

CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO, A.C.

**Diseño de material para orientar y apoyar el
amamantamiento de niños sonorenses**

Por

Olga Yolanda Ramírez Magaña

TESIS APROBADA POR LA
COORDINACIÓN DE NUTRICIÓN

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS

Hermosillo, Sonora

Septiembre de 2011

APROBACIÓN

Los miembros del comité designado para revisar la tesis de Olga Yolanda Ramírez Magaña, la han encontrado satisfactoria y recomiendan que sea aceptada, como requisito parcial para obtener el grado de Maestro en Ciencias.



Dra. Ana María Calderón de la Barca
Directora de Tesis



Dra. María Isabel Ortega Vélez
Asesora



Dra. Graciela Caire Juvera
Asesora




MC. Adriana Verónica Bolaños Villar
Asesora

DECLARATORIA INSTITUCIONAL

Se permiten y agradecen las citas breves del material contenido en esta tesis sin tener permiso especial del autor, siempre y cuando se dé el crédito correspondiente. Para la reproducción parcial o total de la tesis con fines académicos, se deberá contar con la autorización escrita del Director del Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. (CIAD).

La publicación en comunicaciones científicas o de divulgación popular de los datos contenidos en esta tesis, deberá dar los créditos al CIAD, previa autorización escrita del manuscrito en cuestión, de la directora de tesis



Dr. Ramón Pacheco Aguilar
Director General

DEDICATORIA

A mi familia

A mi madre por ser el pilar de la familia y ejemplo de mujer trabajadora

A mis hermanos por estar conmigo y apoyarme en cada momento que lo
necesité

A mi abuela, que donde quiera que esté, me sigue cuidando y sé que estará
muy orgullosa de mí

A Manuel, por el amor y apoyo incondicional otorgado

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo institucional y económico brindado a lo largo de la maestría.

Al Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. (CIAD, AC) por haberme ofrecido la oportunidad de estudiar en su programa de maestría en Ciencias.

A la Coordinación de Nutrición por las facilidades otorgadas durante mi estancia en la maestría y trabajo de campo.

A el personal de la biblioteca Gerardo Reina, Luis Conde, Fernando Leyva, por su excelente disposición y ayuda.

A la Dra. Ana María Calderón de la Barca por sus excelentes aportaciones, conocimiento y experiencia, en la dirección de esta tesis. Por el enorme conocimiento adquirido en estos 2 años. Muchas gracias.

A los miembros de mi comité de tesis, la Dra. M. Isabel Ortega, la Dra. Graciela Caire por el apoyo y propuestas en la elaboración de este documento. A MC. Adriana V. Bolaños por su ayuda, consejos y motivación en el desarrollo de esta tesis, así como todas las experiencias únicas vividas durante el trabajo de campo, gracias por el valioso tiempo, muchísimas gracias.

A mis maestros del programa de la Maestría, por cada uno de los conocimientos transmitidos durante mi formación.

A todas y cada una de las madres que confiaron en nosotras y nos permitieron compartir sus experiencias y dudas mientras amamantaban a sus hijos.

Al HIMES por permitirme trabajar en sus instalaciones, así como al personal de la institución, a las Enfermeras Amalia y Dulce por compartir sus experiencias y confiar en mí para impartir la sesión de la “fiesta de egreso”.

Al personal del área de estimulación temprana del CAAPS, la Sra. María Esther y la Sra. Susana por permitirme trabajar con ustedes.

A mis compañeros de la maestría, los increíbles momentos vividos y apoyo mostrados entre cada uno de nosotros. A Karina y Vianey mis primeras “roomies” y amigas, por las múltiples alegrías y gratos momentos vividos, un gusto enorme haberlas conocido y saber que cuento con ustedes. Johana, Anita, Melissa, Borgo, Karina G, Gaby, Erika, Gabriel, Elí, Camelia, Liliana, grandes

compañeros de la maestría, me llevo en mi mente y corazón un recuerdo especial de cada uno de ustedes.

A mis compañeros de laboratorio, René Valenzuela por la excelente disposición y apoyo, así como las múltiples risas compartidas. A Melissa Ruiz y Liliana Valenzuela, por darme ánimos y ser excelentes compañeras de laboratorio.

A Paola Ontiveros y Lizbeth Beltrán por su ayuda durante el trabajo de campo, las “asoleadas” y divertidas “patoaventuras” que vivimos.

A mis “roomies” Nehiby y Fabiola por compartir más que una casa conmigo, sino un hogar, ofrecerme su amistad, cariño y apoyo en todo este tiempo que vivimos juntas, me llevo en mi corazón dos grandes amigas.

A Manuel, que llegaste en el momento preciso, que aún en la distancia me hiciste saber que siempre podía contar contigo. Gracias por tu amor, las palabras de aliento y confianza, te amo.

Por último a mi mamá y hermanos, Claudio y Eduardo, por apoyarme en este proceso de formación, por estar siempre pendientes de mí y sencillamente por quererme de la manera en que lo hacen, los amo.

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	xi
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	3
Efectos del amamantamiento a corto y largo plazo.....	3
Duración óptima del amamantamiento.....	4
Prevalencia y tendencias del amamantamiento en el mundo y México.....	5
Causas de abandono del amamantamiento.....	8
Estrategias de promoción y apoyo al amamantamiento.....	10
Asesoría por profesionales de la salud.....	10
Materiales educativos de orientación y apoyo al amamantamiento.....	11
OBJETIVOS	13
General.....	13
Específicos.....	13
Bibliografía.....	14
Capítulo 1. Factores que intervienen en el cese del amamantamiento exclusivo o parcial	
INTRODUCCIÓN	19
SUJETOS Y MÉTODOS	21
Sujetos.....	21
Consejería para el amamantamiento.....	22
Regímenes de lactancia y motivos para suspender el amamantamiento.....	23
Análisis Estadístico.....	23
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	24
Población estudiada.....	24
Regímenes de lactancia.....	27
Motivos para suspender el amamantamiento.....	29
Introducción de alimentos complementarios.....	32
Conclusiones.....	35
Bibliografía.....	36
Capítulo 2. Diseño y evaluación cualitativa de los materiales impresos para el inicio y mantenimiento del amamantamiento	
INTRODUCCIÓN	39
SUJETOS Y MÉTODOS	41
Diseño de materiales de orientación y apoyo al amamantamiento.....	41
Evaluación de materiales de orientación y apoyo al amamantamiento.....	41
Grupos focales.....	41
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	44

Diseño de materiales de orientación y apoyo al amamantamiento.....	44
Evaluación cualitativa de materiales de orientación y apoyo para el amamantamiento y sus adecuaciones	51
Historieta “¿No se llena Carlitos con mi leche?”.....	54
Comprensión.....	54
Identificación.....	55
Atracción.....	57
Inducción a la acción.....	58
Aceptación.....	58
Cambios a la historieta.....	60
Historieta: Cuidado de los pechos para amamantar.....	61
Comprensión.....	61
Identificación.....	62
Atracción.....	62
Inducción a la acción.....	62
Aceptación.....	63
Cambios a la historieta.....	63
Tarjetón: “¿Sientes que el niño no se llena?”.....	64
Comprensión.....	64
Atracción.....	65
Inducción a la acción.....	65
Aceptación.....	65
Cambios al tarjetón.....	67
Tarjetón: Amamantar es esencial.....	68
Comprensión.....	68
Identificación.....	68
Atracción.....	69
Inducción a la acción.....	69
Aceptación.....	69
Cambios al tarjetón.....	70
Tarjetón: ¿Cómo cuidar tus pechos para amamantar?.....	70
Comprensión.....	70
Identificación.....	70
Atracción.....	71
Inducción a la acción.....	71
Aceptación.....	72
Cambios al tarjetón.....	73
Material de apoyo al amamantamiento otorgado por la Secretaría de Salud Pública y posible distribución del material diseñado.....	73
Conclusiones.....	79
Bibliografía.....	80
Anexo	en contraportada

LISTA DE CUADROS

Cuadro	Página
1. Porcentajes de niños menores de 6 meses amamantados exclusivamente en Latinoamérica.....	7

CAPÍTULO 1

Cuadro	Página
1 Características generales de la población de estudio.....	26
2. Regímenes de lactancia los primeros 5 meses postparto.....	28
3. Motivos para dejar de amamantar de forma exclusiva o cambiar totalmente a fórmula infantil.....	30
4. Alimentos con los que se inició la alimentación complementaria..	34

CAPÍTULO 2

Cuadro	Página
1. Preguntas clave incluidas en la guía del moderador para conducir los grupos focales.....	43
2. Grupos focales y materiales evaluados.....	53
3. Madres atendidas por primera vez en consulta prenatal en Hermosillo durante el 2010.....	74

LISTA DE FIGURAS

CAPÍTULO 1

Figura	Página
1. Número de madres invitadas y razones por las que no participaron o no continuaron.....	25

CAPÍTULO 2

Figura	Página
1. Historieta ¿No se llena Carlitos con mi leche?.....	45
2. Cuidado de los pechos para amamantar.....	46
3. ¿Sientes que el niño no se llena?.....	48
4. Amamantar es esencial.....	49
5. ¿Cómo cuidar tus pechos para amamantar?.....	50
6. “Prepárate para la lactancia”.....	75
7. “Guía de alimentación para madres, padres y responsables de los menores de 5 años”.....	76
8. Recomendaciones de Lactancia Materna.....	77

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El amamantamiento es esencial para alimentar al lactante durante sus primeros meses, promoviendo su salud y la de la madre. Por eso es preocupante la disminución de esta práctica en las últimas décadas, especialmente en el noroeste de México. Los factores que influyen en la instauración y duración del amamantamiento son diversos, dependiendo de la población su cultura y época. Por esto, la identificación de tales factores sustenta el desarrollo de estrategias que promueven y alargan el periodo de amamantamiento en una población dada. **OBJETIVOS:** Diseñar y evaluar materiales gráficos de orientación, apropiados culturalmente y acordes a las barreras que enfrentan las madres de Hermosillo, Sonora, para iniciar y mantener el amamantamiento. **SUJETOS Y MÉTODOS:** Se dio seguimiento y apoyo técnico verbal a un grupo de madres (n=91) de Hermosillo durante 5 meses, identificando los principales motivos para dejar de amamantar. En base a los resultados, se diseñaron 5 materiales impresos de orientación y apoyo al amamantamiento y se evaluaron cualitativamente por medio de grupos de discusión (grupos focales). **RESULTADOS:** Se identificaron como principales motivos para suspender el amamantamiento de forma parcial o definitiva la percepción de la madre de no llenar a su hijo o de producir insuficiente cantidad de leche, además de la presencia de alguna molestia o dolor en los pechos o pezones. Los materiales diseñados, dos historietas cortas y tres tarjetones, fueron muy bien aceptados por las madres participantes en su evaluación cualitativa, considerándolos novedosos, prácticos, entendibles e importantes para la madre amamantando. **CONCLUSIÓN:** La entrega de los materiales elaborados en este trabajo, podría ser un complemento a las diferentes estrategias utilizadas por la Secretaría de Salud del Estado de Sonora para promover el amamantamiento. Queda como tarea futura validar el efecto de los materiales para ayudar al cambio de actitudes y costumbres negativas, en torno al amamantamiento.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los bien conocidos beneficios de amamantar tanto para el niño como para la madre, las cifras de amamantamiento en el mundo no son alentadoras. El Banco Global de Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que sólo alrededor del 35% de los niños son amamantados de forma exclusiva hasta los 4 meses de edad (WHO, 2006). En la población mexicana, las prácticas de alimentación infantil no han sido las más adecuadas en las últimas décadas, que se caracterizan por presentar periodos muy cortos de amamantamiento. La Encuesta Nacional de Nutrición (ENN) de 1999, muestra que 86% de los niños fueron amamantados en algún grado durante el primer mes de edad y 39% a los 11 meses. De éstos, el 42% lo fueron de forma exclusiva durante el primer mes, descendiendo a menos de 5% al sexto mes (González-Cossío et al., 2006). En la ciudad de Hermosillo, Hurtado-Valenzuela et al. (2006), encontraron que sólo 29% de los niños entre 1-2 meses de edad eran amamantados exclusivamente, lo que muestra un porcentaje aún menor al del país.

Diversos estudios se han dedicado a investigar los motivos por los que las madres cesan o reducen el amamantamiento. Ahluwalia et al. (2005), encuestaron a madres en los Estados Unidos sobre las razones para dejar de amamantar. Los tres principales motivos fueron: dolor en los senos, percepción de producción insuficiente y problemas del niño para alimentarse o no quedar satisfecho. En México, un hospital del Distrito Federal evaluó las causas que dieron las madres para abandonar el amamantamiento exclusivo. Los motivos mencionados fueron, “el bebé no se llena” (36,7%), por decisión materna (33.3%), “requería otra leche” o indicación médica (6.7%) y grietas en los senos (3.3%) (Delgado-Becerra et al., 2006). A pesar de ser diferentes poblaciones, se logran evidenciar factores comunes para no amamantar de forma exclusiva.

Algunas estrategias de promoción para incrementar el amamantamiento incluyen videos, folletos, trípticos y páginas web (Shealy et al., 2005). Sin embargo, no cualquier población puede acceder a la información sobre las fórmulas infantiles en la misma forma en que recibe la propaganda. Además, el material no siempre se aproxima a su cultura, ni está diseñado específicamente para una población determinada. Las estrategias de promoción sugieren considerar la participación de la mujer en la creación de materiales educativos, teniendo en cuenta experiencias de madres que han amamantado (Hinojosa et al., 2010; Roig et al., 2010). Asimismo, la utilización de medios de comunicación populares con un acercamiento cultural, brindando soluciones a problemas que afectan a la mujer mientras está amamantando, podrían favorecer esta práctica (Faraz, 2010). De esta manera, surge la necesidad de diseñar, evaluar y validar instrumentos de orientación, que favorezcan el inicio y mantenimiento del amamantamiento, en base a las barreras y problemas que enfrentan las madres sonorenses.

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

Para asegurar que los niños alcancen todo su potencial de crecimiento, salud y desarrollo, es indispensable una nutrición adecuada durante la infancia y niñez temprana (OPS, 2010). Para ello, el amamantar es esencial, ya que la leche materna cubre todos los requerimientos necesarios para alcanzar dicho potencial (WHO, 2006; Howard, 2010).

Efectos del amamantamiento a corto y largo plazo

A lo largo de los años se han mostrado con una evidencia epidemiológica amplia, los beneficios que representa el amamantar al corto y largo plazo. Las revisiones sistemáticas revelan un riesgo menor de infecciones gastrointestinales, del tracto respiratorio y urinario, en niños que son amamantados de forma exclusiva (Agostoni et al., 2009; Jackson y Nazar, 2006). Tienen riesgo menor de padecer enfermedades de tipo inmunológico, como el asma, dermatitis atópica, enfermedad celiaca, diabetes mellitus tipo 1, artritis reumatoide y enfermedad de Crohn (Kneepkens y Brand, 2010, Temboury, 2004). Otros estudios, muestran que en la vida adulta las personas que fueron amamantadas presentan menos problemas de presión arterial y de colesterol total, así como una prevalencia menor de sobrepeso/obesidad y de diabetes mellitus tipo 2 (Horta et al., 2007; AAP, 2005).

Se estima que si el 90% de las madres estadounidenses amamantaran de forma exclusiva los primeros 6 meses de vida, el sistema de salud se ahorraría 13 mil millones de dólares al año y se prevendrían alrededor de 911 muertes en lactantes (Bartick y Reinhold, 2010).

Los beneficios de la lactancia al seno, no sólo repercuten en la salud del lactante sino que además se favorece la salud de la madre. El amamantar de forma

exclusiva, mejora el vínculo madre-hijo y disminuye el riesgo de hemorragia postparto. El riesgo de fractura espinal y de cadera después de la menopausia es menor entre madres que amamantaron; además, en mujeres premenopáusicas se reduce hasta un 4.6% el riesgo de cáncer de ovario y cáncer de mama, por cada 12 meses que amamantaron (OPS, 2010; Riaño, 2004). Esto sin dejar de mencionar el espaciamiento que se consigue entre los embarazos, la amenorrea postparto que disminuye el riesgo de anemia y la pérdida de grasa corporal (Lutter, 2010).

Duración óptima del amamantamiento

Diversas organizaciones han realizado recomendaciones sobre la duración óptima de la lactancia al pecho, con la finalidad de obtener los beneficios que otorga el amamantar. Antes del 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomendaba que todos los niños debían ser amamantados de forma exclusiva los primeros 4 a 6 meses, seguidos de una introducción gradual de alimentos complementarios (Fewtrell et al., 2007). Sin embargo, en marzo del 2001, un grupo de expertos en nutrición infantil, realizó una nueva revisión demostrando la necesidad de modificaciones en torno a la recomendación previa. Los nuevos lineamientos aprobados recomiendan amamantar de forma exclusiva los primeros 6 meses de vida, seguido de la introducción de alimentos complementarios, pudiendo extenderse el amamantamiento hasta los 2 años de vida (WHO, 2002).

Algunas asociaciones internacionales muestran una ligera diferencia en la recomendación de la duración del amamantamiento exclusivo propuesto por la OMS. Las diferencias se deben a resultados de estudios sobre la ventaja de tolerancia a los antígenos para prevenir el desarrollo de enfermedades autoinmunes. La Sociedad Europea de Gastroenterología Pediátrica,

Hepatología y Nutrición (ESPGHAN), recomienda el amamantamiento exclusivo los primeros 6 meses de vida, como meta deseable. Sin embargo, considera que la introducción de alimentos complementarios debe ocurrir entre las 17 y 26 semanas de edad, mientras se continúa amamantando (Agostoni et al., 2009). De forma análoga, la Sociedad Australiana de Inmunología Clínica y Alergia, recomienda el inicio de alimentación complementaria en los primeros 4-6 meses de edad, sin interrumpir la lactancia al pecho, en niños que presentan un alto riesgo de alergia (Prescott y Tang, 2005).

En México, la Norma Oficial Mexicana (NOM) 043, recomienda el amamantamiento exclusivo los primeros 4-6 meses de vida y si es posible, después de esta edad, continuar amamantando mientras se dan otros alimentos, hasta el año de vida (NOM 043-SSA2-2005). Por lo que se puede observar, aún existen diferencias en la recomendación de la duración óptima del amamantamiento, influenciadas además por las características culturales de cada población. Mientras tanto la OMS, así como diversas instituciones a nivel internacional, continúa con la constante revisión de nuevos estudios que otorguen información precisa y de calidad sobre la duración del amamantamiento exclusivo.

Prevalencia y tendencias del amamantamiento en el mundo y México

En el 2006, el Banco Global de datos en amamantamiento de la OMS, que cubría 94 países y 65% de los niños menores de 12 meses del mundo, estimó que sólo el 35% eran amamantados de forma exclusiva hasta los 4 meses de edad (WHO, 2006).

Datos obtenidos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS) de la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (NHANES) mostraron un incremento del 17% en el porcentaje de niños

amamantados entre 1994 y el 2006 (Mcdowell et al., 2008). En el año 2007, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), estimó que 75% de las madres comenzaron a amamantar después del parto. De éstas, sólo 33% continuaron amamantando de forma exclusiva hasta los 3 meses, descendiendo a 13.3% a los 6 meses de vida (CDC, 2010).

En Europa, existen diferencias en la proporción de madres que amamantan a sus hijos. Inglaterra se encuentra entre los países con menor porcentaje de madres que amamantan en esa región, ya que sólo 25% lo hace los primeros 6 meses de vida. No obstante, en países como Suecia y Alemania, tienen mayores índices de iniciación y continuación de lactancia al pecho, con porcentajes mayores del 40% los primeros 6 meses de vida (Agboado et al., 2010; Yngve y Sjöström, 2001).

En América Latina, las proporciones de madres que amamantan a sus hijos, varían mucho entre países y también entre regiones de un mismo país, especialmente entre zonas rurales y urbanas. Así, el porcentaje de niños que son amamantados de forma exclusiva los primeros 6 meses en los países de esta región oscila entre 7.7 % y 63.9% (Cuadro 1) (Lutter, 2010).

En México, la ENN de 1999, mostró que a pesar de que 86% de los niños son amamantados durante el primer mes de vida, sólo 42% lo hacen de forma exclusiva, disminuyendo a menos de 5% al sexto mes de vida. Este panorama del amamantamiento es desalentador en nuestra población; más aún, en la zona norte del país, donde se dan los porcentajes más bajos de madres que amamantan (González-Cossío et al., 2006).

Cuadro 1. Porcentajes de niños menores de 6 meses amamantados exclusivamente en Latinoamérica

País	Año	Amamantamiento exclusivo en < 6m (%)	Duración media amamantamiento (meses)
Bolivia	2008	60.4	19.4
Brasil	2006	38.6	14
Colombia	2005	46.7	17.3
República Dominicana	2007	7.7	10.7
Ecuador	2004	39.6	16.2
El Salvador	2008	31.4	20.5
Guatemala	2002	49.6	20.6
Nicaragua	2006/2007	30.6	18.4
Perú	2004	63.9	19.6

Adaptado de Lutter (2010)

Un estudio realizado en Hermosillo, Sonora en 1996, encontró que 48.6% de las madres amamantaban de forma exclusiva los primeros 3 meses (Román- Pérez et al., 1998). Dicho porcentaje fue resultado de las acciones emprendidas por el Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre, instaurado en Hermosillo en 1995, ya que en el decenio anterior el porcentaje era sólo de 9% de los niños de 3 meses. El incremento desafortunadamente no se sostuvo, aunque no decayó tanto como en los años ochenta. Hurtado-Valenzuela et al. (2006), señalan que el porcentaje de madres amamantando exclusivamente en Hermosillo, fue de 29% en niños entre 1-2 meses y 15% en niños de 4-5 meses de edad. Estas cifras muestran las tendencias que sigue la población del noroeste del país, con un alto porcentaje de niños que dejan de ser amamantados exclusivamente mucho antes de los 6 meses de vida.

Causas de abandono del amamantamiento

Aún conociendo la gran cantidad de beneficios que ofrece el amamantar, es notorio el alto porcentaje de madres que no amamanta los primeros 6 meses de vida. Los motivos o barreras para iniciar o continuar la lactancia al pecho son diversos y están muy influenciados por cuestiones psicológicas, sociales y ambientales. Entre otros se incluyen la falta de conocimiento, vergüenza, falta de motivación o apoyo familiar, costumbres o tradiciones transmitidas “a modo de herencia” (Murimi et al., 2010; Hersch-Martínez, 2008). El nivel socioeconómico es una condicionante más, donde las madres menos favorecidas ingresan al mundo laboral con condiciones poco favorables para continuar amamantando a sus hijos (Calvo-Quirós, 2008). Con la finalidad de planear y mejorar estrategias que promuevan el amamantamiento, es de suma importancia conocer los motivos o razones que mencionan las madres para dejar de amamantar.

Ahluwalia et al. (2005), recabaron datos del Sistema de Monitoreo y Evaluación de Riesgos en el Embarazo (PRAMS) de los Estados Unidos, sobre los motivos por los que no se inició o continuó amamantando. Los principales motivos fueron: dolor en los pezones, producción insuficiente de leche, dificultad del niño para succionar y la percepción de que el niño no era saciado. Roig et al. (2010), encontraron asociaciones entre el abandono del amamantamiento, con el no haber amamantado con anterioridad, tener un menor nivel de estudios y el uso de fórmula láctea o chupones en el hospital. Foster et al. (2006), entrevistaron a madres primerizas en Australia antes del parto y seis meses después. Los principales factores que influyeron en el cese del amamantamiento fueron: no tener la intención de amamantar, que la madre fumara antes de embarazarse, no recibir orientación, obesidad materna, así como problemas de depresión o ansiedad.

En la Ciudad de México, un estudio prospectivo evaluó los motivos comunes de abandono del amamantamiento a finales de los 90's. Las causas principales

para amamantar menos de 4 meses fueron: trabajar fuera del hogar, disminución en la producción de leche, el rechazo del bebé, mastitis y enfermedad del bebé (Chávez et al., 2002). Años después, en la misma ciudad, un estudio prospectivo en un hospital de tercer nivel dio seguimiento a 194 diadas madre-hijo por 6 meses. Las causas más comunes para suspender el amamantamiento exclusivo fueron: “el bebé no se llena” (36.7%), decisión materna (33.3%), consideración de que requería otra leche (6.7%), indicación médica y grietas en los senos (3.3%) (Delgado-Becerra et al., 2006).

En Hermosillo, Sonora, Hurtado-Valenzuela et al. (2006), entrevistaron a 400 madres de niños entre 1 y 5 meses de edad, que acudían a consulta ambulatoria en el Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES). Los principales motivos que dieron las madres para dejar de amamantar de forma exclusiva fueron: producción insuficiente (60.5%), trabajo o estudios (11.3%) y enfermedad tanto de la madre como del niño (14%), entre otras causas (14.2%). Caire-Juvera (2002), muestra como motivos principales para suspender el amamantamiento exclusivo en madres de esta misma población, sentir que no lo llena (48%), regresar al trabajo (39%) o a la escuela (9%).

Como se puede observar, los factores y motivos que dan las madres para suspender el amamantamiento ya sea de forma parcial o definitiva, son diversos. Algunos de los que predominan presentan similitudes entre los estudios, sin embargo sus características llegan a diferir de una población a otra. Por ello, el identificar los motivos por los que se suspende el amamantamiento, representa una base significativa para planear mejores estrategias que incrementen su práctica.

Estrategias de promoción y apoyo al amamantamiento

La continuidad en el régimen de lactancia al pecho está influenciada por múltiples factores. Las cifras alarmantes de madres que suspenden el amamantamiento en el corto plazo, han propiciado la intervención de diversas asociaciones. Los programas gubernamentales como WIC (Women Infants, and Children) en los Estados Unidos o la iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Madre de la UNICEF, promueven el amamantamiento de manera constante. Se han utilizado en conjunto como estrategias para incrementar el inicio y duración del amamantamiento, la asesoría vía telefónica, el apoyo por pares (madres que amamantaron), por profesionales de la salud, los videos educativos y los materiales impresos (Shealy et al., 2005; Hannula et al., 2008). Cualquiera que sea el apoyo o asesoría otorgado a la madre, tiene efectos positivos y la hace menos propensa a abandonar el amamantamiento exclusivo antes de los 5 meses de edad del niño (Britton et al., 2007).

Asesoría por profesionales de la salud

Una de las intervenciones más utilizadas para incrementar el número de madres que amamantan, así como su duración, es la asesoría y apoyo de parte de profesionales de la salud (médicos o enfermeras). Este tipo de asesoría se otorga en un nivel de atención primaria por medio de consultas prenatales, durante las visitas al hospital o a través de asesoría individuales en el domicilio de la madre (Shealy et al., 2005). Programas como WIC o la Asociación Internacional de Consultores en Lactancia, cuentan con personal especializado en apoyar y promover el amamantamiento. Este tipo de apoyo incluye asesoría y motivación para la madre sobre cómo resolver situaciones de crisis mientras está amamantando, correcto agarre al pecho materno, consejos para la madre que regresa a trabajar, todo dependiendo de las necesidades de la mamá (ILCA; 2011).

El apoyo profesional continuo, mediante consultas prenatales, visitas personales o llamadas telefónicas, aumenta la proporción de mujeres amamantando (Guise et al., 2003, Britton et al., 2007). Un estudio de intervención en madres francesas mostró un incremento en la duración del amamantamiento exclusivo por asesoría profesional especializada, en comparación con un grupo que no recibió este tipo de apoyo (Labarere et al., 2005). Estos resultados destacan la importancia del apoyo que puede otorgar en general el personal de salud especializado en amamantamiento, para incrementarlo.

Materiales educativos de orientación y apoyo al amamantamiento

Otra de las estrategias utilizadas para incrementar el número de madres que amamantan, es el uso de materiales impresos. Libros, folletos, hojas informativas y carteles, son considerados como herramientas básicas de información para las mujeres que están considerando amamantar. Estos recursos ofrecen principalmente estrategias para el inicio del amamantamiento, con información sobre problemas y dudas cotidianas para la madre que inicia amamantando (Shealy et al., 2005; Smith, 2005).

Algo importante a destacar en el uso de materiales educativos, es su poca efectividad al utilizarlos por sí solos. La importancia de utilizar estas herramientas radica en su combinación con programas de apoyo y asesoría para la madre (Hannula et al., 2008; Sikorski et al., 2003). Pannu et al. (2011), observaron estos efectos en madres de Australia, donde se muestra, que el recibir folletos y el participar en clases y grupos de apoyo, se asoció a una mayor tasa de madres que amamantan desde un inicio. Asimismo Hoyer y Hovart (2000), encontraron este incremento favorable en madres que recibieron materiales impresos con información, en conjunto con la asesoría por parte de profesionales de la salud.

Otra de las características principales de la eficacia que provee el uso de materiales educativos en la promoción del amamantamiento, radica en la inclusión de tradiciones, costumbres e imágenes características de la población. Las campañas de promoción al amamantamiento que muestren este tipo de acercamiento cultural, permiten a la mujer conectarse fácilmente con la información, incrementando su aceptación y comprensión (Stopka et al., 2002; Faraz, 2010). En población latina de los Estados Unidos, el uso de herramientas educativas con estas características, como las fotonovelas, así como el uso de situaciones de la vida real, lograron una alta aceptación e identificación por parte de los participantes (Amano et al., 2010; Unger et al., 2009). El uso de situaciones de la “vida real” logró muy buena aceptación por las participantes.

OBJETIVOS

General

Diseñar y evaluar materiales gráficos de orientación, apropiados culturalmente y de acuerdo a las barreras que enfrentan las madres de Hermosillo, Sonora, para iniciar y mantener el amamantamiento.

Específicos

- Seguir a un grupo de madres de Hermosillo, Sonora, dando asesoría sobre amamantamiento durante 5 meses y registrar los factores que intervienen en el cese del amamantamiento exclusivo o parcial.
- Diseñar, con base en los resultados del objetivo anterior, herramientas de orientación para instaurar y mantener el amamantamiento los primeros meses de vida, en una población hermosillense.
- Someter a un proceso de evaluación los materiales diseñados para el inicio y mantenimiento del amamantamiento en los primeros meses de vida por madres de Hermosillo que han amamantado.

BIBLIOGRAFÍA

- Agboado G, Michel E, Jackson E, Verma A. Factors associated with breastfeeding cessation in nursing mothers in a peer support programme in Eastern Lancashire. *BMC Pediatrics* 2010; 10: 3.
- Agostoni C, Braegger C, Decsi T, Kolacek S, Turck D, Koletzko B, et al. Breastfeeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009; 49:112.
- Amano T, Baron MF, Molina G, Ting GH. Use of fotonovelas as a culturally and linguistically appropriate tool in a diabetes disease management program. Seventh National Conference on Quality Health Care for Culturally Diverse Populations 2010. [acceso 16 Febrero de 2011]. Disponible en: <http://dx.confex.com/dx/10/webprogram/Paper2861.html>
- Ahluwalia I, Morrow B, Hsia J. Why do women stop breastfeeding? Findings from the pregnancy risk assessment and monitoring system. *Pediatrics* 2005; 116: 1408-12.
- AAP (American Academy of Pediatrics). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*.2005; 115: 496-506.
- Bartick M, Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: A pediatric cost. *Pediatrics* 2010; 125: e1048-56.
- Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub3.
- Caire-Juvera G. Evaluación del proceso de amamantamiento comparando producción láctea y estado nutricional de madres adolescentes con adultas de dos localidades (Tesis doctoral). Hermosillo: Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo; 2002.
- Calvo-Quirós C. Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. *Rev Enfermería Actual de Costa Rica* [Revista en línea]. Octubre 2008 – Marzo 2009. [Acceso 18 de Mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/factoreslactancia.pdf>
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Breastfeeding among U.S. children born 1999—2007, CDC National Immunization Survey.2010. [Acceso 10 de Noviembre de 2010]. Disponible en: http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/NIS_data/index.htm.
- Chávez A, Sánchez R, Ortiz HI, Peña B, Arocha B. Causas de abandono de la lactancia materna. *Revista de la Facultad de Medicina. UNAM* 2002. [Acceso 15 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/12654>

- Delgado-Becerra A, Arroyo-Cabrales L, Díaz-García M, Quezada-Salazar C. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2006; 63: 31-9.
- Faraz A. Clinical recommendations for promoting breastfeeding among Hispanic women. *J Am Acad Nurse Pract* 2010; 22: 292-99.
- Fewtrell M, Morgan J, Duggan C, Gunnlaugsson G, Hibberd P, Lucas A, Kleinman R. Optimal duration of exclusive breastfeeding: What is the evidence to support current recommendations. *Am J Clin Nutr* 2007; 85(suppl): 635S– 8S.
- Foster DA, McLachlan HL, Lumley J. Factors associated with breastfeeding at six months postpartum in a group of Australian women. *Int Breastfeed J* 2006; 1: 18.
- González-Cossío T, Rivera-Dommarco J, Moreno-Macías H, Monterrubio E, Sepúlveda. Poor compliance with appropriate feeding practices in children under 2 y in Mexico. *J Nutr* 2006; 136: 2928-33.
- Guise JM, Palda V, Westhoff C, Chan BK, Helfand M, Lieu TA. Based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for the US preventive services task force. *Ann Fam Med* 2003; 1: 70-8.
- Hannula L, Kaunonen M, Tarkka M. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs* 2008; 17: 1132-43.
- Hersch-Martínez P. Lo sociocultural desde la perspectiva biomédica. Una revisión de publicaciones en torno al tema. *Región y Sociedad*. 2008; 10: 163-264.
- Hinojosa MS, Hinojosa R, Nelson DA, Delgado A, Witzack B, Gonzalez M et al. Salud de la mujer: Using fotonovelas to increase health literacy among latinas. *Prog community health partnership* 2010; 4: 25-30.
- Horta B, Bahl R, Martines J, Victora C. Evidence on the long-term effects of breastfeeding. Systematic reviews and meta-analyses. Geneva: WHO; 2007.
- Howard CR. Commentary: Getting the language right in the age of style. *Birth*. 2010; 37: 60-1.
- Hoyer, S. and Horvat, L. Successful breast-feeding as a result of a health education programme for mothers. *J Adv Nur* 2000; 32: 1158–67.
- Hurtado-Valenzuela J, Sotelo-Cruz N, Williams-Lara C, García-Bojorquez M. Lactancia materna exclusiva. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son* 2006; 23:15-9.
- Jackson KM, Nazar AM. Breastfeeding, the immune response, and long-term health. *J Am Osteopath Assoc* 2006; 106: 203-7.
- Kneepkens C, Brand, P. Clinical practice: Breastfeeding and the prevention of allergy. *Eur J Pediatr* 2010; 169: 911-7.

- Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayras AS, Duc C, Berchotteau M, N Bouchon et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during a nearly, routine, preventive visit: A prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics* 2005; 115: 139-46.
- Lutter C. ¡El inicio temprano de la lactancia materna: la clave para supervivencia y desarrollo! Secretariado OMS; 2010. [Acceso 26 de octubre de 2010]. Disponible en:
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=6429&Itemid=2301
- McDowell MA, Wang CY, Kennedy-Stephenson J. Breastfeeding in the United States: Findings from the National Health and Nutrition Examination Surveys 1999–2006. NCHS data briefs, no 5. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2008.
- Murimi M, Dodge CM, Pope J, Erickson D. Factors that influence breastfeeding decisions among special supplemental nutrition program for women, infants, and children participants from central Louisiana. *J Am Diet Assoc* 2010; 110: 624-27.
- Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Diario oficial 2006; (Primera sección): 32-49.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). La alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington D.C. 2010.
- Pannu PK, Giglia RC, Binns CW, Scott JA, Oddy WH. The effectiveness of health promotion materials and activities on breastfeeding outcomes. *Acta Paediatr* 2011; 100: 534-7.
- Prescott S, Tang M. The Australian Society of Clinical Immunology and Allergy position statement: summary of allergy prevention in children. *Med J Aust* 2005; 182:464-67.
- Riaño I, 2004. Duración recomendada de la lactancia materna. Ventajas e inconvenientes. En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Majadahonda: Ergo; 2004. p. 85-94.
- Roig A, Richart M, Cabrero J, Pérez S, Laguna G, Flores J et al. Factors associated to breastfeeding cessation before 6 months. *Rev Latino Am Enfermagem* 2010; 18 (3): 373-80.
- Román-Pérez R, Calderón de la Barca AM, Valdés EA, Cubillas-Rodríguez MJ, Caire-Juvera G. Lactancia materna: un análisis de las tendencias recientes en Hermosillo, Sonora (1986-1996). *Estudios Sociales*; 1998; 8: 95-108.
- Shealy K, Li R, Benton-Davis S, Grummer-Strawn L. The CDC guide to Breastfeeding Interventions. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2005.

- Sikorski J, Renfrew M J, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, 3, 2003.
- Smith L. Bright Future Lactation Resource Centre Ltd. 2005; [1 página]. [Acceso 09 de Mayo de 2011]. Disponible en:
http://www.bflrc.com/ljs/teaching/evaluation_tools.htm
- Stopka TJ, Segura-Pérez S, Chapman D, Damio G, Pérez-Escamilla. An innovative community-based approach to encourage breastfeeding among Hispanic/Latino women. J Am Diet Assoc 2002; 102: 766-67.
- Temboury MC. Composición de la leche humana. En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: Guía para profesionales. Majadahonda: Ergon; 2004: p. 59-76.
- Unger JB, Molina GB, Baron M. evaluation of sweet temptations, a fotonovela for diabetes education. Hispanic Health Care International 2009; 7: 145-52.
- WHO (World Health Organization). Complementary feeding report of the global consultation. Geneva. 2002.
- WHO (World Health Organization). Global data bank on breastfeeding. 2006. [acceso 18 Noviembre de 2010]. Disponible en:
https://apps.who.int/nut/db_bfd.htm.
- Yngve A, Sjöström M. Breastfeeding in countries of the European Union and EFTA: current and proposed recommendations, rationale, prevalence, duration and trends. Public Health Nutr. 2001; 4: 631-45.

CAPÍTULO 1

FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL CESE DEL AMAMANTAMIENTO EXCLUSIVO O PARCIAL

INTRODUCCIÓN

Los beneficios de salud que ofrece el amamantar para el recién nacido y la madre, no tienen comparación. Sin embargo, hay una disminución preocupante del número de madres que amamantan, por lo que varias organizaciones internacionales y nacionales, desarrollan diversas estrategias para incrementar el amamantamiento (Pérez-Escamilla, 2007). Entre las estrategias de promoción y apoyo al amamantamiento se incluyen las asesorías por profesionales de la salud y el apoyo por pares (madres que amamantaron). También se trabaja en programas de educación con apoyo de materiales impresos de orientación, alojamiento conjunto y contacto materno temprano (Palda et al., 2004; Shealy et al., 2005).

La efectividad de las diferentes estrategias que promueven el amamantamiento, reside en identificar y atacar las barreras y motivos que dan las madres para dejar de amamantar. Por esto, en primer término se debe trabajar en la identificación de dichos motivos, para cada población particular.

Dentro del Programa de apoyo WIC (Women, Infants, and Children) en Estados Unidos, las madres argumentaron como principales motivos para dejar de amamantar, el no tener suficiente leche, presentar pezones adoloridos y el regreso a trabajar o a la escuela (Murumi et al., 2010). Las mismas razones habían sido previamente señaladas en la encuesta PRAMS en ese país (Ahluwalia et al., 2005). En un estudio mexicano de seguimiento durante 6 meses, las madres argumentaron como principales causas para dejar de amamantar de forma exclusiva, la percepción de no llenar al bebé y una decisión personal (Delgado-Becerra et al., 2006). Como se puede observar, la percepción de no llenar al niño parece común entre ambas poblaciones estudiadas; mientras que las otras razones difieren dependiendo de las características particulares de cada población.

El objetivo de este capítulo fue detectar y registrar los motivos dados por un grupo de madres de la ciudad de Hermosillo para dejar de amamantar a sus hijos. Estos resultados se obtuvieron durante el seguimiento realizado por medio de visitas a domicilio, así como llamadas telefónicas, con la finalidad de promover el amamantamiento. Se obtuvieron además datos de la duración del amamantamiento exclusivo, el tipo de leche que recibía el niño, así como el inicio de la alimentación complementaria.

SUJETOS Y MÉTODOS

Sujetos

Las participantes fueron madres a las que se invitó durante la “Fiesta de Egreso” del Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora (HIMES), de Hermosillo, entre junio y septiembre del 2010, aunque el seguimiento se hizo hasta el mes de febrero del 2011. Esta “Fiesta” se realiza inmediatamente antes de dar de alta a las madres con sus hijos recién nacidos.

Durante la “Fiesta de Egreso”, las madres reciben una sesión informativa sobre los cuidados del recién nacido, planificación familiar y beneficios de amamantar, por personal del HIMES. Al finalizar las sesiones en el periodo antes señalado, se invitó a las madres a participar en el estudio y recibir asesoría en torno al amamantamiento, por medio de visitas a domicilio y llamadas telefónicas. A las madres que dieron su consentimiento verbal para participar en el estudio y recibir asesoría, le fue solicitado su nombre completo, domicilio, así como número de teléfono o celular. Posteriormente, se contactaron las madres vía telefónica para acordar una fecha de visita en su domicilio. En casos de participantes que no contaban con teléfono o celular, la visita se acordó desde un inicio en la “Fiesta de Egreso”.

Se excluyeron las participantes a las que no se les pudo localizar por teléfono al tercer intento, o no se encontraron en su domicilio en 2 ocasiones consecutivas en que se les buscó. También se excluyeron las madres que no desearon ser visitadas nuevamente en su domicilio, después de una primera visita.

Consejería para el amamantamiento

Previo al trabajo de campo, el personal que lo realizó, estudió y completó los ejercicios incluidos en el Manual de Consejería para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. El curso incluye teoría de la anatomía y fisiología de los pechos, ejemplos de casos y habilidades para la comunicación y consejos sobre cómo orientar y apoyar a las madres a alimentar al lactante, de acuerdo a lineamientos de la OMS/UNICEF (OMS, 2009).

Se programaron 3 visitas al domicilio, así como llamadas telefónicas a las participantes entre los 7 y 150 días postparto (pp). En la primer visita pp, se otorgó información a la madre sobre las ventajas de amamantar, anatomía del pecho, así como formación y composición de la leche materna. Se revisaron las distintas posiciones para amamantar, factores que dificultan el amamantamiento, los resultados de un mal agarre al pecho materno y ejercicios para la formación de pezones, en caso de que estuvieran planos o invertidos. Se registraron datos de la madre como la edad, número de hijos, tipo de parto, el peso y talla del niño al nacer.

Durante la segunda visita a domicilio y/o llamada telefónica, se continuó dando orientación a la madre para seguir amamantando. Se siguió orientando a las madres sobre cómo mantener o incrementar la producción de leche, así como los métodos de extracción y almacenamiento, en caso de su regreso a trabajar fuera de casa.

En la tercera visita a domicilio y llamadas telefónicas restantes, se continuó con la orientación y asesoría, además de solucionar dudas o preguntas de las madres mientras continuaban amamantando a sus hijos.

En todas las visitas se alentó a la madre a continuar amamantando, se dejó además un número de contacto para llamar en caso de presentar alguna duda o problema mientras amamantaba.

Regímenes de lactancia y motivos para suspender el amamantamiento

Durante todas las visitas que se realizaron al domicilio de la madre, así como las llamadas telefónicas, se preguntó el tipo de lactancia que estaba recibiendo el niño. En caso de que la madre no continuara amamantando o hubiera dejado de hacerlo en forma exclusiva, se le preguntó y registró el motivo o razón por la que había dejado de amamantar total o parcialmente y la fecha desde que había dejado de hacerlo.

Análisis Estadístico

Se utilizó estadística descriptiva para los datos obtenidos. Se utilizó la media y DE o el porcentaje para variables como la edad de la madre, tipo de parto, número de hijos, estado civil, peso y talla al nacer del niño, tipo de alimentación, tipo de leche que recibía el lactante, así como inicio de la alimentación complementaria. Se utilizó además la prueba de chi-cuadrada para identificar diferencias del tipo de parto y el número de hijos, con el tipo de leche que recibió el lactante los primeros 15 días pp.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Población estudiada

Un total de 158 madres estuvieron de acuerdo en participar en el estudio cuando se les invitó durante la “Fiesta de Egreso” en el Hospital de la Mujer del Estado de Sonora (HIMES), entre junio y septiembre de 2010. A esta institución acuden madres que cuentan con el seguro popular o forman parte del programa “Bienvenido Nuevo Sonorense”, permitiendo a todas las mujeres de escasos recursos económicos recibir atención gratuita, antes, durante y después del parto. A 67 de las 158 (42.4%) madres no se les pudo localizar en sus domicilios, no quisieron o no pudieron participar en el estudio por diversas razones (Fig. 1). Las 91 madres que sí participaron, fueron visitadas en su domicilio al menos 2 veces, además de ser contactadas vía telefónica hasta 4 veces. Incluso algunas madres continuaron en el estudio cuando sus hijos tenían ya 6 meses de vida o poco más. Sin embargo, como se observa en la Fig. 1, el número de participantes se redujo a 77% en la segunda visita y a 45% en la tercer visita postparto (pp).

Entre el año 1998 y el 2000, se realizó un estudio sobre lactancia materna en Hermosillo en un grupo de madres invitadas tanto en el HIMES como en el IMSS, al momento de la alta hospitalaria después del parto (Caire-Juvera, 2002). Del total que acordaron participar al egreso del hospital, el 60% no se pudo localizar, no quiso o no pudo participar desde la primera visita. Curiosamente, el 40% de las que fallaron fue porque iniciaron la alimentación con fórmula en cuanto estuvieron en casa. En el presente estudio, la pérdida de participantes fue un poco menor, pudiendo ser resultado de la intervención realizada desde el momento en que se invitó a la madre a participar (Fig. 1).

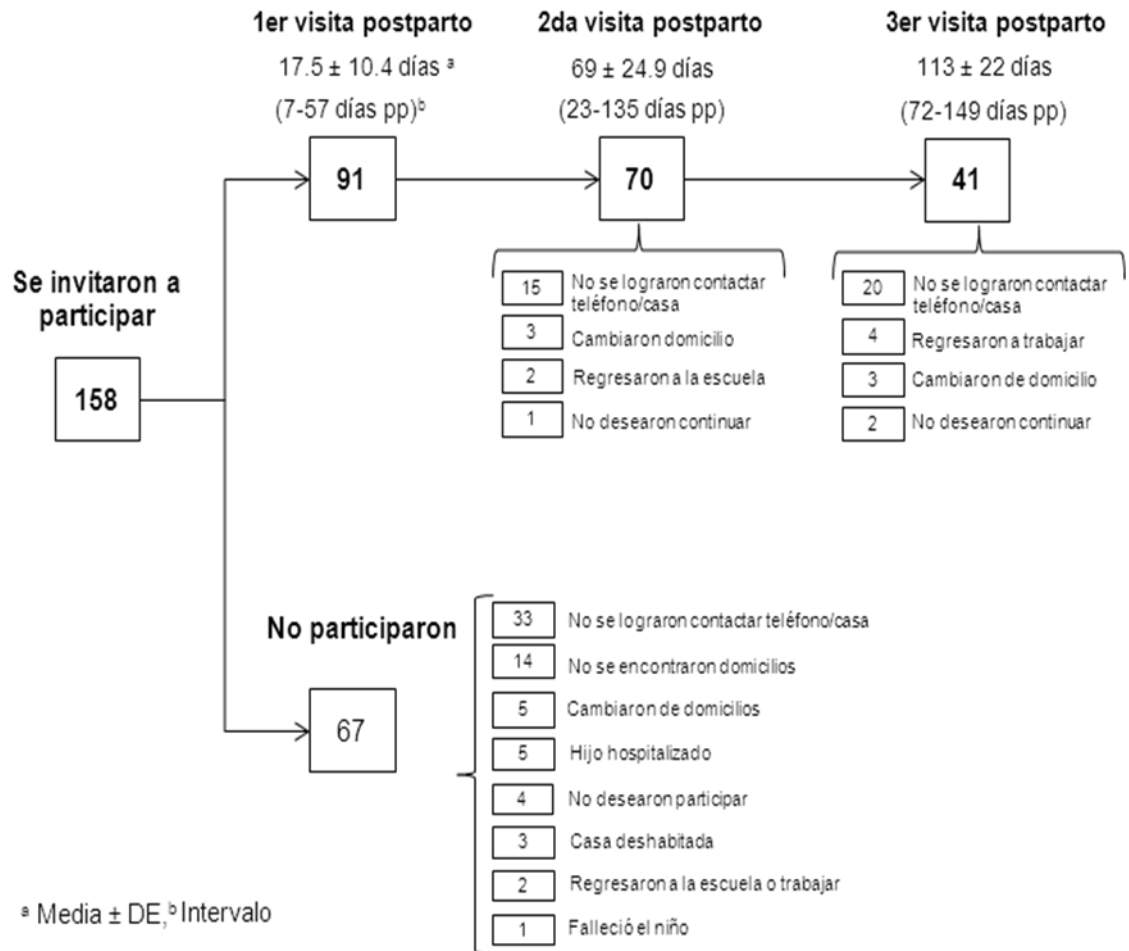


Figura 1. Número de madres invitadas y razones por las que no participaron o no continuaron

El Cuadro 1 presenta las características generales de las madres y los lactantes estudiados. Todos los niños fueron de peso y talla adecuados de acuerdo a patrones de crecimiento de la OMS (OMS, 2007), con 3.4 kg y 51.1 cm promedio, al nacer. El rango de edad de las madres que participaron fue de 15 a 38 años. Además, casi la mitad de ellas era primigesta.

Cuadro 1. Características generales de la población de estudio

Niños (n=93*)	
Sexo (n):	
Femenino	45 (48%)
Masculino	48 (52%)
Peso al nacer (kg)	3.4 ± 0.4
Talla al nacer (cm)	51.1 ± 3.4
Madres (n=91)	
Edad (años)	23.1 ± 5.8
Tipo de parto	
Vaginal	60 (65.9%)
Cesárea	31 (34.1%)
No. de hijos (n)	
1	41 (45.6%)
2-3	37 (41.1%)
Más de 4	9 (13.3%)
Estado civil	
Soltera	17 (18.9%)
Unión Libre	55 (61.1%)
Casada	18 (20%)

*2 pares de gemelos

Valores expresados como media ± DE

Regímenes de lactancia

Poco más de la mitad de las madres en el estudio (52.7%), logró establecer el amamantamiento exclusivo a los 15 días posparto y se mantuvo con un porcentaje comparable (49.3%) durante todo el primer mes (Cuadro 2). Datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN) de 1999, revelan que al finalizar el primer mes postparto, sólo 42% de los niños eran amamantados de forma exclusiva en el país (González-Cossío et al., 2005). Probablemente la comparación de los porcentajes de amamantamiento hermosillenses con los del país no sean válidos, ya que nuestro grupo de madres fue intervenido y el nacional no. El grupo de madres de este estudio recibió una primera orientación durante la “Fiesta de Egreso”, basada en la guía práctica de lactancia materna del Hospital Amigo del Niño y de la Madre, así como una visita en su domicilio alrededor de los 17 días pp, además del apoyo por teléfono.

Entre el segundo y quinto mes de vida, alrededor del 40% de las madres que permanecieron en el estudio, continuaron amamantando de forma exclusiva a sus hijos (Cuadro 2). Sin embargo, el número absoluto de madres en el estudio, se redujo de 91 los primeros 15 días a 38 entre el cuarto y quinto mes pp. De esta forma, por ejemplo hasta los 3 meses de edad, sólo 26 de 91 mamás del inicio, es decir el 28.8% continuaba con amamantamiento exclusivo. Caire-Juvera (2002), logró mantener a 31.8% de las madres lactando exclusivamente al pecho, hasta los 3 meses, porcentaje que no difiere mucho del encontrado en este estudio (Cuadro 2).

Así, nuestra intervención, apoyada en el Manual de Consejería para la Alimentación del Lactante del Niño Pequeño de la OMS (OMS 2009), tuvo buen efecto para mantener el amamantamiento exclusivo durante el primer mes, pero no hasta los 3 meses pp. Así, es necesario no solo trabajar para aumentar el amamantamiento exclusivo durante el primer mes, sino reforzar la intervención que sostenga la práctica del amamantamiento durante más tiempo.

Cuadro 2. Regímenes de lactancia los primeros 5 meses postparto

Tipo de leche	15 días pp (%)	15-30 días pp (%)	1-2 meses pp (%)	2-3 meses pp (%)	3-4 meses pp (%)	4-5 meses pp (%)
n	91	77	71	64	47	38
Leche materna	48 (52.7)	38 (49.3)	32 (45.1)	26 (40.6)	20 (42.5)	15 (39.5)
Leche materna y fórmula láctea	40 (44)	33 (42.9)	29 (40.9)	26 (40.6)	18 (38.3)	15 (39.5)
Fórmula láctea/leche entera	3 (3.3)	6 (7.8)	10 (14.1)	12 (18.7)	9 (19.1)	8 (21.0)

De este estudio, 40 de 91 mamás estaban complementando el amamantamiento con fórmula láctea en los primeros 15 días pp (Cuadro 2). Con la intervención basada en el manual de Consejería de la OMS, se logró que 5 de ellas dejaran de complementar con fórmula y amamantaran de forma exclusiva.

Por otra parte, sólo el 3% de las madres no logró establecer el amamantamiento ni en forma parcial a los 15 días pp. Posiblemente estas madres estén entre el 5% de mujeres que por razones biológicas realmente no puedan producir suficiente leche (Tully y Dewey, 1985). La proporción de madres que abandonaron el amamantamiento fue aumentando a medida que el niño crecía, como se muestra en el Cuadro 2. Esta proporción creció a expensas de ambos grupos, el de las madres que amamantaban de forma exclusiva y de aquel que lo hacía en forma mixta.

Se pudo observar además, que ni el tipo de parto ni el número de hijos, influyeron para instaurar el amamantamiento los primeros 15 días postparto, ya que no hubo diferencias ($p > 0.05$) entre los grupos. Esto nos permite descartar

que haya una influencia “negativa” por el tipo de parto o ser madre primeriza como se ha encontrado en otros estudios (Chen et al., 2008; Zanardo et al., 2010). Sin embargo, dichos resultados pudieron influenciarse por el alojamiento conjunto y la orientación y apoyo al amamantamiento durante su estancia hospitalaria, así como a la intervención en el seguimiento.

Como ya se comentó antes, los datos de este estudio no son los adecuados para representar regímenes de lactancia de los niños hermosillenses en general, porque fue un grupo con intervención. Sabemos que ésta es una población con muy bajos niveles de lactancia al pecho; a mediados de los años ochenta el amamantamiento exclusivo en niños de 3 meses de edad fue sólo del 9.2 %. A mediados de los noventa, con el Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre, este porcentaje subió a 49% (Román Pérez et al., 1998); aunque no se sostuvo por mucho tiempo (Hurtado-Valenzuela et al., 2006). Esto habla aún mejor a favor de los efectos positivos de una intervención. Aunque la nuestra no fue muy sistemática ni tuvimos material de apoyo visual para dar a las madres como reforzamiento, el apoyo que hicimos parece haber influido positivamente en los índices de amamantamiento exclusivo y parcial.

Motivos para suspender el amamantamiento

El Cuadro 3 enlista los motivos que manifestaron las madres para amamantar parcialmente o suspender por completo el amamantamiento. La razón que dieron poco más de la mitad de las madres que complementaron el amamantamiento con fórmula láctea desde el inicio, fue la sensación o percepción de no satisfacer por completo a su hijo. Dicha sensación se reafirmó en las entrevistas subsiguientes, en las que se unieron a ellas otras 6 madres. En un estudio de Delgado-Becerra et al. (2006), la sensación de “no llenar a su hijo”, fue motivo principal para abandonar el amamantamiento exclusivo, en

madres de la Ciudad de México. En población hermosillense también se ha mostrado, la sensación de no satisfacer a su hijo, como principal motivo para abandonar el amamantamiento exclusivo al corto plazo (Román-Pérez et al, 1998; Caire-Juvera, 2002). Nótese la diferencia para expresar este problema en otras poblaciones en donde las madres refieren que “no dan suficiente leche” (Ahluwalia et al., 2005). En este estudio solo 2 madres dieron así su razón y 10 de ellas dijeron que “se les secó la leche”.

Se observó que del grupo de madres que argumentaron sentir que no llenaban a sus hijos durante la primera visita, 8 continuaron complementando con fórmula láctea, 4 retomaron el amamantamiento exclusivo y 5 decidieron alimentar sólo con fórmula láctea, las madres restantes (n=6) ya no se pudieron contactar.

Cuadro 3. Motivos para dejar de amamantar de forma exclusiva o cambiar totalmente a fórmula infantil

Motivo	Visita 1 n	Visita 2 n	Visita 3 n
Siente que no lo llena	24	5	2
Producción insuficiente o se “le secó la leche”	3	6	3
Problema pechos o pezones (Planos/dolor/congestión)	6	1	-
Rechazo al pecho	3	2	3
Regresó a trabajar	-	4	1
Tratamiento médico	2	1	-
“Acostumbrar a tomar fórmula”	2	-	-
Es muy cansado, tiene que salir, le dieron fórmula en el hospital, por un susto, despierta mucho por la noche, llora mucho.	5	1	1
Por enfermedad del niño o de la madre.	1	3	-

N=91

Los motivos restantes para suspender el amamantamiento exclusivo o parcial, fueron diversos, destacándose el presentar algún problema en los pechos o pezones y la molestia que causa el satisfacer el hambre tan frecuente del niño. El dolor en los pechos o en los pezones, ha mostrado ser otro de los motivos principales que dan las madres para dejar de amamantar. De acuerdo a Ahluwalia et al. (2005), el presentar dolor en los pezones, fue uno de los principales motivos para dejar de amamantar en madres de los Estados Unidos. En nuestra población, la presencia de molestias y dolor en los pezones estuvo dentro de los 3 principales motivos para utilizar fórmula láctea en un grupo de madres hermosillenses de mediados de los 80's (Román-Pérez et al., 1998).

El abandono al amamantamiento se ha influenciado por las circunstancias culturales y socioeconómicas que facilitaron la implantación de la “cultura del biberón”. En nuestra población pudimos observar vigente esta “cultura”, debido al elevado número de madres que alimentaron a sus hijos con fórmula infantil desde etapas muy tempranas. El uso de fórmulas infantiles se ha considerado sinónimo de alto poder adquisitivo, modernidad y calidad en la alimentación de los recién nacidos (Rojas, 2000; García-Sánchez et al., 2010). Por esto, hubiéramos supuesto que debido al bajo nivel socioeconómico de nuestra población de estudio y el alto costo de las fórmulas infantiles, el número de madres que amamantaría sería mayor. No obstante y a pesar de haber recibido orientación sobre las múltiples ventajas del amamantar y las desventajas de la introducción de fórmulas infantiles; e incluso después de haber amamantado durante su estancia hospitalaria, las madres comenzaron a usar la fórmula láctea al momento de regresar a su casa.

La propaganda indiscriminada de las fórmulas infantiles, su alta disponibilidad y la falsa creencia de que el alimentar con fórmulas lácteas resulta “igual” que con leche materna, eleva el porcentaje de fracaso del amamantamiento. Si a esto se une una deficiente asesoría y apoyo por personal de la salud y la familia, sobre

cómo superar cualquier dificultad mientras se está amamantarlo, las posibilidades de prolongar el amamantamiento más allá del segundo o tercer mes, resultan cada vez menores (Molina, 2001).

Otro de los factores considerados en el abandono del amamantamiento exclusivo, es la incorporación de la mujer al trabajo (Delgado-Becerra et al., 2006; Roig et al., 2010). Ninguna de las madres de nuestro grupo de estudio mencionó el regreso al trabajo como motivo de abandono del amamantamiento, en la primera visita. El regresar a trabajar fue mencionado sólo por 5 madres durante las visitas segunda y tercera, como motivo para dejar de amamantar exclusivamente o cambiar totalmente a fórmula láctea.

Algunos otros factores considerados en el abandono del amamantamiento, incluyen las prácticas hospitalarias deficientes que no promuevan ni faciliten el amamantamiento, así como la apatía y falta de información del personal de la salud (García-Sánchez et al., 2010). El HIMES así como múltiples hospitales alrededor del mundo, se encuentra certificado como “Hospital Amigo del Niño y la Madre”, donde una de sus prioridades incluye alentar el amamantamiento exclusivo a todas las madres durante su estancia en hospital. El personal del hospital recibe capacitación sobre la importancia de amamantar, para así orientar a la madre sobre cómo iniciar el amamantamiento mientras se encuentra hospitalizada. Sin embargo, estas acciones no tienen mucha repercusión una vez dados de alta la madre y el niño.

Introducción de alimentos complementarios

Los alimentos con los que se inició la alimentación complementaria se muestran en el Cuadro 4. En promedio, la introducción de alimentos complementarios empezó a los 4.6 meses de edad (n=42), con un rango de introducción entre los 2.5 y 6 meses. El 9.5% de las madres dio alimentos distintos a la leche materna

de los 4 meses de edad, el 78.6% entre los 4-6 meses y el 11.9% a partir de los 6 meses de edad. Como se puede observar, el inicio de alimentos complementarios antes de los 6 meses se presentó en un alto porcentaje de los niños, práctica similar a lo mostrado en la ENN de 1999 (González- Cossío et al, 2005). Aún cuando las recomendaciones actuales de la OMS, sugieren la introducción de alimentos complementarios a partir de los 6 meses (WHO, 2002), nuestra NOM-043-SSA-2005, indica la introducción de purés de frutas y verduras, entre los 4-6 meses de edad.

La introducción de cereales se realizó en promedio a los 5.1 meses de edad y en específico, el consumo de alimentos a base de trigo, a los 5.7 meses de edad (n=12), el consumo de otros cereales como el maíz, no fue mencionado por ninguna mamá al momento de la entrevista. Estos resultados difieren de los registrados retrospectivamente por madres de preescolares de nivel socioeconómico bajo y medio de Hermosillo. En dicho trabajo la introducción de alimentos complementarios fue desde los 2 meses de edad, con un consumo de cereales alrededor de los 3 meses (Cruz-Ángeles, 2007). Los resultados del presente estudio, podrían suponer un efecto positivo de la asesoría otorgada en retrasar la introducción de alimentos diferentes de la leche.

Otro dato que pudimos observar fue la introducción temprana de leche entera de vaca. Dos madres ofrecieron esta leche a sus hijos antes de los 4 meses. Una de ellas complementó el seno materno con leche entera y la otra alimentó de forma exclusiva con este tipo de leche. Esta práctica está contraindicada totalmente ya que la composición de la leche es específica para las necesidades de cada especie. La humana contiene 60% de proteínas séricas y 40% de caseína, sin betalactoglobulina, predominante en la leche de vaca, una de las proteínas implicada principalmente en alergias (Lebrero et al., 2001). Por el contrario, la leche entera de vaca, tiene 80% de caseínas y 20% de proteínas séricas, mayor contenido de sodio, potasio, fósforo y calcio y menor cantidad de

hierro y vitamina C. Todo esto representa una sobrecarga renal de solutos para el sistema gastrointestinal inmaduro de los niños menores de 1 año. Su introducción temprana se asocia con estreñimiento crónico y fisuras anales e incluso desarrollo de diabetes en la adultez (Binns et al, 2007).

Cuadro 4. Alimentos con los que se inició la alimentación complementaria (n=42)

Alimentos	n (%)
Frutas y/o verduras	28 (66.7)
Frutas y/o verduras + cereal (arroz/atole/avena)	13 (30.9)
Frutas y/o verduras + pollo o yogurt	2 (4.8)

Mediante el seguimiento realizado a este grupo de madres, logramos registrar los principales motivos por los que se dejó de amamantar de forma exclusiva y complementar o cambiar totalmente a fórmula infantil. Los motivos expresados obedecieron principalmente a los comentarios vertidos por las mismas madres durante las visitas a domicilio o las llamadas telefónicas realizadas.

La falta de información y asesoría sobre cómo identificar si el niño estaba siendo bien alimentado, ¿cómo aliviar grietas en los pezones o congestión mamaria?, así como consejos a madres con pezones planos o invertidos, indujeron a la suspensión del amamantamiento exclusivo. Además, pudimos observar que en los primeros 15 días postparto fue muy importante para la mamá recibir asesoría sobre estos y otros problemas comunes que enfrentan cuando comienzan a amamantar. Estos resultados muestran la importancia de crear estrategias basadas en proveer asesoría profesional antes y después de parto y de manera constante, con información que otorgue soluciones a los motivos comúnmente mencionados por las madres para dejar de amamantar.

CONCLUSIONES

Se identificaron los motivos de las madres para dejar de amamantar parcial o totalmente, durante un seguimiento realizado a madres de Hermosillo. Estos fueron, la sensación de no llenar a su hijo, no producir suficiente leche y la presencia de molestias, dolor en los pezones o problemas en su formación. Estas razones son similares a las dadas por grupos de madres de otras poblaciones mexicanas, aunque difieren en proporciones. La percepción de no satisfacer al niño o de no producir suficiente leche, es la razón más citada por madres que comienzan a suplementar a su hijo con fórmula o suspenden el amamantamiento.

El principal efecto de la intervención ocurrió durante el primer mes postparto con un 42% de las madres amamantando de forma exclusiva, sin conseguir llevarlo más allá de la primera visita. Nuestro estudio no logró un seguimiento y asesoría mayor debido a la dificultad de contactar a las madres de manera constante, porque había que hacerlo casa por casa y no en forma institucionalizada.

Los resultados obtenidos muestran la importancia de proveer información oportuna y apoyo constante, a las mujeres durante y después de su embarazo por personal capacitado para superar los diversos obstáculos que se presentan mientras amamantan.

BIBLIOGRAFÍA

- Ahluwalia I, Morrow B, Hsia J. Why Do Women Stop Breastfeeding? Findings from the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System. *Pediatrics* 2005; 116: 1408-12.
- Binns CW, Graham KI, Scott JA, Oddy WH. Infants who drink cows milk: a cohort study. *J Paediatr Child Health*. 2007 Sep;43(9):607-10.
- Caire-Juvera G. Evaluación del proceso de amamantamiento comparando producción láctea y estado nutricional de madres adolescentes con adultas de dos localidades (Tesis doctoral). Hermosillo, Sonora: Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo; 2002.
- Chen LH, Liu CK, Merrett C, Chuo YH, Wan KS. Initiation of breastfeeding lessons from Taiwan. *Paediatr Nurs* 2008; 20:34-6.
- Cruz-Ángeles LI. Regímenes de lactancia, alimentación complementaria y conductas maternas relacionadas como condicionantes del sobrepeso y obesidad en preescolares (Tesis maestría). Hermosillo Sonora: Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo; 2007.
- Delgado-Becerra A, Arroyo-Cabrales L, Díaz-García M, Quezada-Salazar C. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2006; 63: 31-9.
- García-Sánchez MR, Alonso-Cordero ME, Fernández- Concepción M, Díaz-García J. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna en un grupo de embarazadas. *Revista de Ciencias Médicas de la Habana* 2010; 16: 146-155.
- González-Cossío T, Rivera-Dommarco J, Moreno-Macías H, Monterrubio E, Sepúlveda. Poor compliance with appropriate feeding practices in children under 2 y in Mexico. *J Nutr* 2006; 136: 2928-33.
- Hurtado-Valenzuela J, Sotelo-Cruz N, Williams-Lara C, García-Bojorquez M. Lactancia materna exclusiva. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*. 2006; 23: 15-9.
- Lebrero EA, Fernández Moya L, Somoza Álvarez ML. Alergia a alimentos en niños. *Alergol Inmunol Clin* 2001; 16:96-115.
- Molina T. Papel del pediatra en la promoción de la lactancia materna. *Revista Pediatría de Atención Primaria*; 3: 361-67.
- Murimi M, Dodge CM, Pope J, Erickson D. Factors that influence breastfeeding decisions among special supplemental nutrition program for women, infants, and children participants from central Louisiana. *J Am Diet Assoc* 2010; 110: 624-27.
- Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. *Diario oficial* 2006: 32-49.

- OMS (Organización Mundial de la Salud). Consejería para la alimentación del lactante y del niño pequeño: Curso integrado. 2009.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). Patrones de crecimiento infantil de la OMS 2007. [Acceso 19 Enero de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/childgrowth/es/index.html>.
- Palda VA, Guise JM, Wathen CN. Interventions to promote breast-feeding: applying the evidence in clinical practice. *CMAJ* 2004; 170: 976-8.
- Pérez-Escamilla R. Evidence based breast-feeding promotion: The baby-friendly hospital initiative. *J Nutr.* 2007; 137: 484-87.
- Roig AO, Richart M, Cabrero J, Pérez S, Laguna G, Flores JC, et al. Factors associated to breastfeeding cessation before 6 months. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2010; 18: 373-80.
- Rojas AV. Lactancia materna y factores sociales. *Correo científico Médico de Holguín* 2000; 4.
- Román-Pérez R, Calderón de la Barca AM, Valdez EA, Cubillas-Rodríguez MJ, Caire-Juvera G. Lactancia materna: un análisis de las tendencias recientes en Hermosillo, Sonora (1986-1996). *Estudios Sociales* 1998; 8: 95-108.
- Shealy K, Li R, Benton-Davis S, Grummer-Strawn L. The CDC guide to breastfeeding interventions. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2005.
- Tully J, Dewey KG. Private fears, global loss: a cross-cultural study of the insufficient milk syndrome. *Med Anthropol* 1985; 9: 225-43.
- WHO. (World Health Organization). Complementary feeding Report of the global consultation. Geneva. 2002.
- Zanardo V, Svegliado G, Cavallin F, Giustardi A, Cosmi E, Litta P, et al. Elective cesarean delivery: Does It have a negative effect on breastfeeding?. *Birth* 2010; 37: 275-79.

CAPÍTULO 2

DISEÑO Y EVALUACIÓN CUALITATIVA DE LOS MATERIALES IMPRESOS PARA EL INICIO Y MANTENIMIENTO DEL AMAMANTAMIENTO

INTRODUCCIÓN

La protección, promoción y apoyo al amamantamiento representa una de las obligaciones básicas del área de la salud pública (Shealy et al., 2005). Como es sabido, los beneficios que otorga el amamantar a los lactantes y las madres son múltiples para ambas partes. En los niños amamantados, la leche materna reduce los índices de morbilidad y mortalidad, protege contra infecciones y disminuye el riesgo de ciertas enfermedades agudas y crónicas. En las madres el dar pecho reduce su riesgo de cáncer de mama y ovario, además de ayudarles a perder grasa corporal y disminuir el riesgo de otras enfermedades (WHO, 2001; OMS, 2010). A pesar de los reconocidos beneficios que otorga el amamantar, la proporción de madres que lo realizan es cada día menor. En México, 60% de las madres amamantan exclusivamente el primer mes posparto, disminuyendo hasta 8% al sexto mes.

Las intervenciones y estrategias para incrementar la proporción de madres que amamantan son diversas. Se utilizan con este fin la asesoría por pares (madres que amamantaron), asesoría por profesionales de la salud, programas de educación y grupos de apoyo. Todas estas intervenciones que orientan sobre cómo y cuánto amamantar, se apoyan en una diversidad de materiales educativos impresos, como libros, folletos, hojas informativas y carteles. La función primordial de estos materiales, junto con las asesorías, es el proveer información a las mamás que están amamantando o están considerando hacerlo, sobre problemas o dudas al respecto (Shealy et al., 2005).

Las características principales que deben de tener los materiales de información utilizados en el área de la salud, es que impacten de manera correcta, motiven y logren modificar algunas prácticas y actitudes negativas. Además, que el contenido consiga reflejar las necesidades de la población, abordando sus problemas y dudas comunes (Ziemendorff y Krause, 2003).

Desafortunadamente, muchos de los materiales impresos que son entregados a las madres, no consiguen las metas establecidas porque son ineficientes, alejados de la realidad e inadecuados para la población (Faraz, 2010). Con la finalidad de evitar que esto ocurra, es de suma importancia que los materiales para apoyar el amamantamiento, se diseñen específicamente para cada población y se sometan a procesos de evaluación y validación en la misma población. Mediante la evaluación, representantes del grupo al que va dirigido el material deben opinar y dar su visto bueno, antes de que ingrese a la etapa final o impresión (McGee, 2010).

El propósito de este capítulo, fue diseñar y evaluar materiales impresos de orientación y apoyo al amamantamiento, con el fin de que sirvan como apoyo para incrementarlo. Se muestran las características de diseño de los materiales, formato y contenido de los mismos, así como el proceso de evaluación al que fueron sometidos por medio de la técnica de discusión de grupos de enfoque.

SUJETOS Y MÉTODOS

Diseño de materiales de orientación y apoyo al amamantamiento

Los principales motivos por los cuales se deja de amamantar parcial o completamente, se obtuvieron del seguimiento realizado de junio a diciembre del 2010 a un grupo de madres atendidas por parto en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora (HIMES). Dichos motivos ya descritos en la sección de resultados y discusión del capítulo anterior, se retomaron para diseñar los guiones con información para dar soluciones y consejos a dos aspectos principales: a) la sensación de no llenar al niño (34%) o no producir suficiente leche (13%) y b) problemas en los pechos (8%). Se tuvo en consideración el empleo de un lenguaje claro y sencillo. Se evitó el uso de tecnicismos que dificultaran la comprensión del material. El diseño (color, imágenes y formato), se desarrolló en conjunto con especialistas en el área del diseño gráfico y publicidad.

Se diseñaron 5 diferentes materiales impresos, 2 en formato tipo historieta y 3 de tipo tarjetón. Cada uno con información y consejos para la madre que inicia o iniciará a amamantar a su hijo.

Evaluación de materiales de orientación y apoyo al amamantamiento

Grupos focales

Los materiales se sometieron a un proceso de evaluación utilizando la técnica de grupos focales. Cada uno de estos se conformó por 3-10 madres residentes en Hermosillo con niños menores de 2 años, con la experiencia de haber amamantado a sus hijos, sin importar el tiempo que lo hicieron. Se estructuró un guión temático (Cuadro 1), que incluyó los principales puntos de interés para la evaluación del material y sirvió de guía en el desarrollo de la dinámica de los grupos focales.

Al inicio de cada sesión de grupo focal se informó a las madres la dinámica de la sesión, destacando la importancia de expresar su opinión sobre el material a evaluar, así como la cantidad de materiales que serían evaluados. Se entregó un solo material impreso a cada una de las participantes y se dieron alrededor de 5 minutos para su lectura y análisis. Con la ayuda de un moderador (la autora del presente trabajo) se generó una discusión del material en evaluación. Se dirigieron las discusiones con el fin de obtener todas las opiniones posibles con respecto a: 1) comprensión, 2) identificación, 3) atracción, 4) aceptación e 5) inducción a la acción, del material entregado durante cada sesión (Ziemendorff y Krause, 2003; CENA VECE, 2010).

Un observador que acompañó al moderador realizó anotaciones adicionales sobre el curso de la discusión, así como todas las expresiones no verbales de interés.

Además, cada sesión fue grabada en su totalidad en audio y video previa autorización de las participantes. Posteriormente, las sesiones se transcribieron textualmente y se clasificaron y analizaron por categorías en el programa Nvivo9, de acuerdo al guión temático elaborado.

Cuadro 1. Preguntas clave incluidas en la guía del moderador para conducir los grupos focales

Información obtenida	Preguntas clave
Comprensión	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál creen que sea el objetivo del material/mensaje principal? • ¿Encontraron alguna palabra rara o que no entendieran? ¿La información fue fácil de entender, fue clara?
Identificación	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Algunas de ustedes vivieron o sintieron lo que dice el material?
Atracción	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué les parecen los dibujos que se muestran en el folleto, hay algunos que no se entienden o no se vean bien? • ¿Qué cambios propondrían para mejorar el material y hacerlo más claro?
Aceptación	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Están de acuerdo con lo que se propone y menciona el material? Sí____ No____ ¿Por qué? • ¿Consideran útil la información que viene en el material? • ¿Qué cambios propondrían para mejorar el material y hacerlo más claro?
Inducción a la acción	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Utilizarían la información que se menciona para comentarlo con una mamá que esté amamantando? • ¿Consideran que las madres que están amamantando podrían llevar a cabo las recomendaciones que ofrece el material?

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Diseño de materiales de orientación y apoyo al amamantamiento

Se diseñaron en total 5 materiales impresos, dos con formato de historieta (13.5 x 21.5 cm) y tres tipo tarjetón (14 x 28 cm). En el anexo se incluyen los materiales terminados en su dimensión real. A continuación, se describen y presentan 5 figuras con los contenidos completos de cada uno, tal y como quedaron en su forma final, después de incluir los cambios sugeridos.

Los materiales impresos podrían utilizarse para apoyar los programas para amamantar, entregándolos después de la consulta a las madres en el HIMES y los diversos centros de salud. La información que contienen propone soluciones y consejos prácticos a los principales motivos que dan las madres para dejar de amamantar. Algunos materiales están dirigidos a madres que sienten que no llenan a sus hijos o no producen suficiente leche y otros a madres con problemas en los pechos o cuyos niños dicen ellas que rechazan el pecho. Así, se evitó el uso de demasiada información en un solo material, que pudiera llegar a ser abrumadora para las lectoras, evitando un posible rechazo (McGee, 2010).

Se decidió utilizar el formato tipo historieta, debido a que se considera como una estrategia de entretenimiento para proveer mensajes de educación en salud (Unger et al., 2009). Este formato, nos permitió mostrar la experiencia vivida por la mayoría de las madres a las que se les dio seguimiento durante la lactancia de sus hijos, dando lugar a un mejor acercamiento y aceptación.

La historieta “¿No se llena Carlitos con mi leche?” (Fig. 1), muestra la constante duda y preocupación de la madre por saber si está llenando a su hijo con la leche que está produciendo. En ella se informa a la madre sobre los signos para detectar si el niño está recibiendo una cantidad suficiente de leche, así como la frecuencia con la que pedirá alimento.

¿No se llena Carlitos con mi leche?

¿Será que no doy suficiente leche?

De repente...

Es la primera noche de Carlitos en la casa, al salir del hospital donde nació.

¿Ya se despertó?, pero si apenas y se acaba de dormir.

10:20 p.m.

¿Que pasa mi niño?, ¿tienes hambre?

Está bien mi niño, ya estarás más tranquilo.

Ya dormiste, ahora a dormir.

¡Pero si acabo de dormirlo!

12:30 a.m.

¿Que sucede Carlitos?, ¿todavía tienes hambre?

2:15 a.m.

Aaahh... Al fin voy a poder dormir.

4:00 a.m.

¿Qué pasa?

¿Por qué llora?, ya le di de comer, ¿se sigue quedando con hambre?, ¿que hago?.

12

¿No estoy llenando a mi hijo porque no doy suficiente leche?

Si tu hijo está creciendo bien, gana peso y talla, tiene buen color y está contento, no debes preocuparte, el niño está bien alimentado.

Revisa la cantidad de pañales que ensucia. De 6 a 8 pañales orinados y de 2 a 5 pañales sucios al día, es normal. La orina de los pañales húmedos debe ser de color claro.

¿Es normal que el niño me pida de comer a cada rato?

Si, porque la leche materna es fácil de digerir para tu hijo. Un niño recién nacido, se alimenta de 8-12 veces en un día con todo y su noche. Algo que debes siempre recordar es que, amamantar no tiene horario.

La siguiente noche...

¡Ahora entiendo! Amamantar no tiene horario!

Por las noches te pondré en una cunita muy cerca de mí.

Así podrás tomarte fácilmente en brazos para alimentarte.

Si me siento muy cansado, se puede amamantar mientras deoanso un poco.

DEBO DE TENER PACIENCIA Y ASÍ PODRÉ LLENAR BIEN A MI HIJO.

Adaptado de: <http://www.thefoodoflove.org/breastfeed-in-your-sleep.htm>

CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO A.C.
www.ciad.mx

Figura 1. Historieta ¿No se llena Carlitos con mi leche?
(4 páginas media carta)

La segunda historieta “Cuidado de los pechos para amamantar” (Fig. 2 A y B), cuenta la historia de Verónica, una madre con grietas en los pezones, horas después de comenzar a amamantar a su hija recién nacida. En esta historieta se informa a la madre de la importancia de un correcto agarre al pecho materno, así como consejos para aliviar pechos congestionados.



Figura 2A. Cuidado de los pechos para amamantar (páginas 1 y 2).

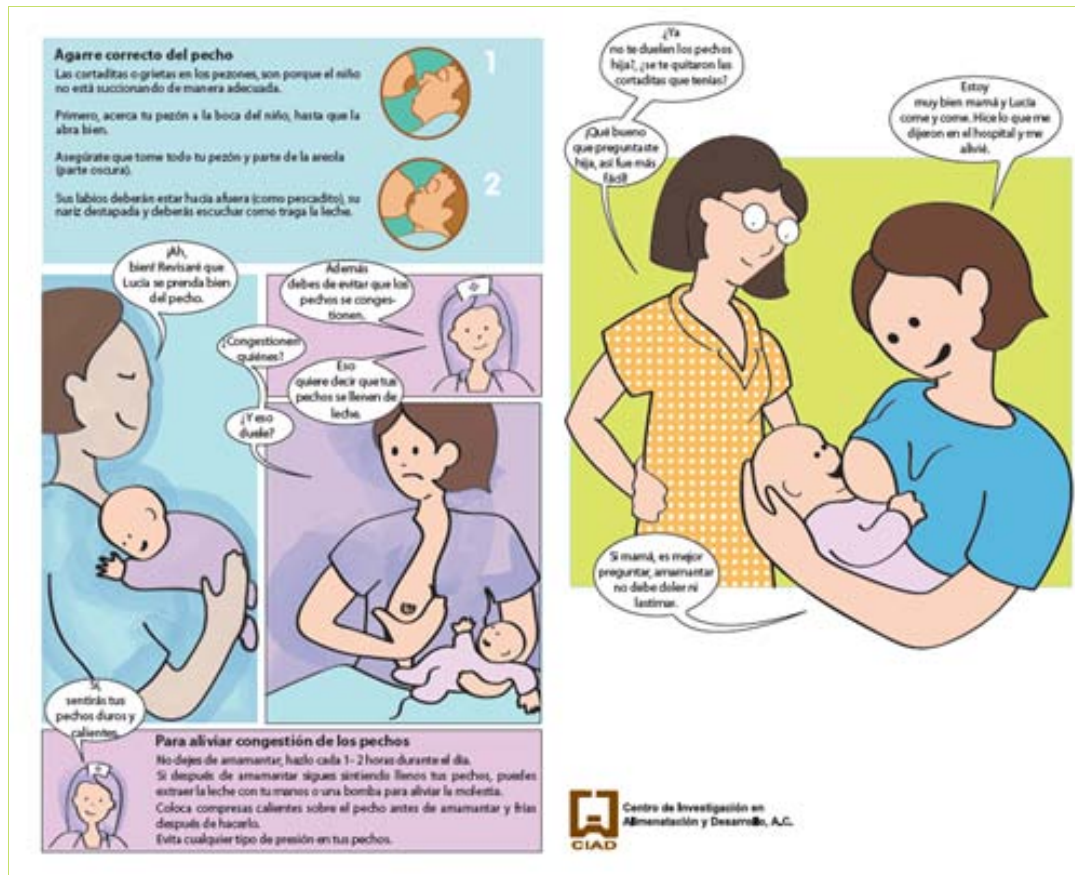


Figura 2B. Cuidado de los pechos para amamantar (páginas 3 y 4).
 (tamaño de página media carta)

Los materiales restantes de formato tipo tarjetón, incluyen mensajes cortos con información y recomendaciones para que las madres continúen amamantando de forma exclusiva.

El tarjetón “¿Sientes que el niño no se llena?” (Fig. 3), informa a la madre cómo identificar si su hijo está recibiendo la cantidad suficiente de leche materna. Como se explica más adelante, el título se cambió a “¡Tu leche sí es suficiente!” porque las madres que lo validaron así identificaron el contenido.

¡Tu leche sí es suficiente!

Cuando amamantas por primera vez, podría preocuparte no llenar al niño. Te gustaría estar segura de que produces la suficiente cantidad de leche y también saber qué tan seguido debes dársela. No se requiere mucha ciencia para responder a tus inquietudes, basta que mires con cuidado algunas señales sencillas.

Señales de un buen amamantamiento

- 1 De recién nacido, dale entre 8 y 12 veces el pecho durante todo el día, incluyendo la noche (24 horas). El niño pide el pecho tan seguido porque digiere fácilmente la leche materna.
- 2 Cada que termina de mamar, el niño está contento y tranquilo.
- 3 El niño está creciendo y ganando peso conforme pasan los días.
- 4 Al cambiar el pañal durante los primeros días de la vida del niño, puedes observar la cantidad de pañales que ensucia.



Día de vida del niño	Pañales mojados	Pañales sucios
Día 1	1	1 (color negro)
Día 2	1 ó 2	1 (color negro)
Día 3	3 (amarillo claro)	2 ó 3 (verdosas)
Día 4	4 (amarillo claro)	3 ó 4 (blandas, amarillentas)
Después del día 5	6 (amarillo claro)	3 ó 4 (blandas, amarillentas)

Asegúrate de que el niño tenga un buen agarre al pecho, con dos pasos:

- 1 Estimula los labios del niño con tu pezón, para que abra bien su boca.
 
- 2 Coloca el pecho de forma que el niño agarre gran parte de la areola (piel mas oscura) y no sólo la punta de tu pezón. Su barbilla deberá tocar tu pecho y su nariz estar despejada para que pueda respirar.
 

Para aumentar tu producción de leche

- Dale solo el pecho. Si complementas con fórmula infantil, tu cuerpo reducirá la producción de leche.
- Permite que el niño decida cuándo quiere el pecho, no impongas tiempos ni horarios.
- Amamántalo con frecuencia, puedes ofrecer tu pecho cada 2 ó 3 horas durante el día, incluso con más frecuencia, no esperes a que lllore de hambre.
- Espera a que el niño termine de comer de un pecho antes de cambiarlo al otro.
- Aliméntate bien y toma suficientes líquidos y agua. No tomes cerveza.

¡Todas las madres saludables son capaces de producir suficiente leche y amamantar bien a sus hijos!

CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO A.C.
www.ciad.mx

Figura 3. ¿Sientes que el niño no se llena?(anverso y reverso).
(Se modificó el título)

El tarjetón “Amamantar es esencial” (Fig. 4), muestra los múltiples beneficios que otorga a la salud del niño y de la madre el amamantamiento. Además, registra la cantidad promedio de leche que produce una madre hermosillense amamantando en forma exclusiva a los 3.5 meses de nacido y lo que el niño gana en peso y talla, durante este tiempo. La información está tomada de Bolaños et al. (2000) y Caire-Juvera (2002).

Amamantar es esencial

Si estás amamantando a tu hijo ¡Felicidades!, le estás dando al niño y te estás dando tú misma, un regalo de vida.

Beneficios para ti si solo alimentas con leche materna

- Te protege contra el cáncer de mama y ovario
- Te previene de osteoporosis
- Te ayuda a recuperar la figura, puedes perder 1 kg de grasa a los 3 meses postparto
- Te ahorra el gimnasio, es como si hicieras aerobics 1 hora al día
- Te ahorra al menos **\$585** el primer mes y **\$2300** durante los primeros 3 meses, porque no tienes que comprar las fórmulas infantiles.

¿Cuánta leche produces?

Se midió exactamente la cantidad de leche que dan a sus hijos nacidos en el Hospital de la Mujer del Estado de Sonora (HIMES), un grupo de madres como tú.

15 días postparto: más de ½ litro de leche al día

3 meses postparto: hasta 1 litro

¿Qué tan buena calidad tiene tu leche para el niño?

- Protege contra infecciones gastrointestinales y respiratorias
- Previene el desarrollo de alergias y otras enfermedades.
- Va cambiando día a día de acuerdo a sus necesidades.
- *Ayuda a un crecimiento y desarrollo perfectos:

15 días de edad: aumenta 700 gramos de peso y crece 2.5 centímetros

3 meses de edad: aumenta 3 kg de peso y crece 10 centímetros.

**Se midió a los hijos de las mismas madres de Hermosillo a las que se cuantificó la leche que producían.*

¿Hasta qué edad debes y puedes amamantar al niño?

Tu leche cubre todas las necesidades del niño durante sus primeros 6 meses. Después, puedes continuar amamantando hasta los 2 años, al mismo tiempo que le das otros alimentos, iniciando con pequeñas cantidades y de uno en uno.

¡No dudes en continuar amamantando todo el tiempo que puedas, tu leche siempre sirve al niño, aun después de los 6 meses!

CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO A.C.
CIAD www.ciad.mx

Figura4. Amamantar es esencial (anverso y reverso)

El tarjetón, “¿Cómo cuidar tus pechos para amamantar?” (Fig. 5), muestra una serie de recomendaciones para aliviar pechos congestionados y grietas en los pezones, además de consejos para que las madres que presentan pezones planos o invertidos puedan amamantar.

Cómo cuidar tus pechos para amamantar

A veces, cuando inicias el amamantamiento, se te agrietan los pezones o sientes dolor. Hay algunos consejos sencillos para evitar o curarte las molestias.

Asegúrate de que el niño tenga un buen agarre al pecho al amamantarlo, con dos pasos:

- 1** Estimula los labios del niño con tu pezón, para que abra bien su boca.
- 2** Coloca el pecho de forma que el niño agarre gran parte de la areola (piel más oscura) y no sólo la punta de tu pezón. Su barbilla deberá tocar tu pecho y su nariz estar despejada para que pueda respirar.

Si vuelve a doler el pecho cuando estás amamantando, intenta colocarlo de nuevo al niño. Coloca tu dedo limpio entre sus encías, jala un poquito hacia abajo y espera a que suelte el pezón.

Si tienes grietas en los pezones

- Procura que el niño se agarre bien para mamar.
- Cuando el niño termine de mamar, ponte unas gotas de tu leche en el área lastimada y frótala. Déjala secar al aire. También puedes utilizar alguna crema o ungüento en tus pezones, asegurándote que es especial para amamantar.
- No laves los pezones antes y después de amamantar, la piel de esa área es delicada y se podría resecar. Alimenta primero al niño del pecho que menos te duela.
- Si usas sostén, procura que sea de algodón.
- Si el dolor es muy fuerte y dejas de amamantar por un día, saca la leche con tus manos, para que no se detenga la producción. Evita las bombas o sacaleches ya que podrían aumentar el dolor.

Si están congestionados los pechos y te duelen

- Tus pechos no deben de estar duros para sentir que estas produciendo leche; el sentirlos así, es señal de que se llenaron demasiado y hay que sacar la leche.
- No esperes a que el niño te pida de comer, ofrece tu pecho en caso de sentirlos llenos o utiliza tus manos o un sacaleches para extraer tu leche.
- Evita cualquier tipo de presión sobre tus pechos. Algunas blusas, leotardos, trajes de baño o sostenes apretados, pueden tapar los conductos por donde sale la leche y provocar que se pongan duros o se congestionen los pechos.
- Busca diferentes posiciones cada vez que amamantes al niño.
- Puedes utilizar compresas calientes antes de amamantar y frías después de hacerlo, esto ayudará a disminuir la congestión de tus pechos y hará más fácil sacar la leche.
- Si el dolor continúa y no mejoras, visita a tu médico o centro de salud más cercano para una revisión de tus pechos.

Si tienes pezones planos o invertidos

¡Desde luego que puedes amamantar a tus hijos, solo ten paciencia! Primero necesitas probar algunas maneras de formar el pezón antes de iniciar el amamantamiento, para ver cuál te resulta.

- Estimula la areola durante unos minutos con tu dedo índice y pulgar para formar el pezón.
- Intenta con un sacaleches o bomba sacar y formar el pezón.
- Usa una jeringa de plástico de 20 ml (sin aguja).

- 1** Corta la parte inferior de la jeringa.
- 2** Saca el émbolo y cámbialo hacia la parte que cortaste.
- 3** La parte más ancha y suave de la jeringa quedará en tu areola y con el otro extremo harás succión.

¡Procura que tu hijo tenga la boca bien abierta, con los labios hacia fuera, con un buen agarre y a amamantar!

CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO A.C.
 www.ciad.mx

Figura 5. ¿Cómo cuidar tus pechos para amamantar? (anverso y reverso)

Evaluación cualitativa de materiales de orientación y apoyo para el amamantamiento y sus adecuaciones

Con la finalidad de tener materiales para transmitir información útil, incentivar, modificar actitudes y prácticas negativas en torno al amamantamiento, estos se sometieron a un proceso de evaluación mediante la técnica de grupos focales o de discusión. Así, se recopilaron las opiniones sobre los materiales diseñados antes de que ingresen a manufactura, asegurando mejores niveles de comprensión, identificación y percepción (Ziemendorff y Krause, 2003).

Se llevaron a cabo un total de 6 sesiones de grupos focales (GF), en un lapso de 4 semanas, con diferentes madres de niños menores de 2 años y con la experiencia de haber amamantado a su hijo sin importar el tiempo de duración (Cuadro 2). Cada uno de los materiales diseñados fue evaluado por un grupo focal al menos en 3 ocasiones o hasta alcanzar la saturación. No obstante, uno de los materiales fue evaluado una sola vez, debido a que las observaciones y sugerencias vertidas fueron mínimas. La sesión de discusión de cada grupo focal tuvo una duración promedio de 55 minutos.

El número de integrantes de los grupos de discusión como los grupos focales, lo constituyen un número limitado de personas: entre 4 y 10 participantes, un moderador y si es posible un observador (Prieto y March, 2002). Algunos otros autores sugieren desarrollar grupos focales con un mínimo de 6 u 8 y un máximo de 12 participantes (CDC, 2008; Grudens-Schuck, et al., 2004). Estas variaciones entre el mínimo de participantes, residirán en la dinámica grupal que se desarrolle durante la discusión. Algunos autores consideran que el utilizar grupos menores de 4 personas, corresponde a otro tipo de dinámica grupal denominada grupos triangulares (Prieto y March, 2002). No obstante, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, considera que el uso de grupos de 3 personas resulta igual de efectivo que grupos mayores para obtener retroalimentación de materiales impresos. Esto permite a

los participantes hablar más, permitiendo explorar las diferencias y razones detrás de sus opiniones (McGee, 2010).

En uno de nuestros grupos focales tuvimos solo 3 participantes, número menor a la recomendación de 4 o 6. Lo incluimos porque las opiniones vertidas durante esa sesión, dieron lugar a una retroalimentación suficiente de los materiales. Se dieron diferencias de opinión entre las participantes, además de que la dinámica desarrollada permitió una mayor oportunidad de profundizar en las opiniones expresadas por cada.

De manera general, los materiales fueron bien aceptados por las participantes en los diferentes grupos focales. Se consideraron herramientas de apoyo novedosas, prácticas, entendibles y de suma importancia para las madres que amamantan.

La historieta “¿No se llena Carlitos con mi leche?”, se destacó por haber generado más discusión. Las participantes se sintieron identificadas con la historia y señalaron aspectos susceptibles de modificar y considerar. Entre estos, mencionaron cambiar el color, incluir los beneficios de amamantar y considerar que el padre aparezca desvelado junto con la mamá.

Cuadro 2. Grupos focales y materiales evaluados

Historieta ¿No se llena Carlitos con mi leche?	Historieta Cuidado de los pechos para amamantar	Tarjetón ¿Sientes que no llenas a tu hijo?	Tarjetón Cómo cuidar tus pechos para amamantar	Tarjetón Amamantar es esencial
GF piloto (n = 5)	-	-	-	GF piloto (n=5)
GF 1 (n=3)	-	GF 1 (n=3)	GF 1 (n=3)	-
GF 2 (n=7)	-	GF 2 (n=7)	-	-
-	-	-	GF 3 (n=6)	GF 3 (n=6)
GF 4 (n=10)	-	GF 4 (n=10)	GF 4 (n=10)	-
GF 5 (n=5)	-	-	GF 5 (n=5)	GF 5 (n=5)
-	GF 6 (n=8)	-	-	-

n= Número de participantes

La historieta “Cómo cuidar mis pechos para amamantar”, logró gran aceptación entre las participantes, sintiéndose identificadas con la madre que en ella aparece. Las recomendaciones de las participantes radicaron en cambios en la distribución de algunos diálogos, ligeras modificaciones en las imágenes y especificaciones en algunos de los cuadros de información.

Finalmente, los tarjetones “¿Sientes que no llenas a tu hijo?”, “Amamantar es esencial” y “¿Cómo cuidar tus pechos para amamantar?”, tuvieron gran aceptación entre las participantes y los consideraron de utilidad. El diseño y contenido de los mismos favoreció en gran medida su aprobación debido a la inclusión de información que ellas aún con la experiencia de haber amamantado, desconocían. Las sugerencias se centraron en incluir los beneficios de amamantar en el tarjetón del cuidado de los pechos, además de modificaciones

a una de las imágenes de posición en la toma del pecho, utilizada en dos de los tarjetones

A continuación se muestran algunos de los comentarios expresados por las madres participantes en cada uno de los aspectos evaluados, para cada material. Además, se añade al final de cada material un apartado describiendo los cambios realizados, de acuerdo a las opiniones de las madres participantes en los grupos focales.

Historieta “¿No se llena Carlitos con mi leche?” (Fig. 1)

Comprensión

El contenido fue claro y fácil de entender por las participantes. *“... está muy bien, la información que viene osea, lo que contiene, eso está muy claro... muy fácil de comprender” (GF 2, participante 6).*

Las participantes identificaron la paciencia como mensaje principal de la historieta. Ésta fue considerada un factor importante durante los primeros meses de amamantamiento. Las participantes comentaron: *“La clave está en la paciencia, ahí relajarse uno, principalmente para poder pues dar la leche” (GF 4, participante 1).* *“Eso de la paciencia y que, que entiendas que “el bebé” no se tiene que adaptar a ti, tú te tienes que adaptar al bebé y tiene hambre y estás cansada y dormida, pues te tienes que despertar, entonces sí, sí es muy difícil de que pues, son las 2-3 de la mañana y estar despierto ¿no?” (GF 4, participante 9).* *“Qué los niños recién nacidos, osea como dice, amamantar no tiene horario, tener mucha paciencia para amamantarlo, a los niños les da hambre y como dice aquí, la leche se digiere rápido y eso es un mensaje...” (GF 5, participante 2).*

No obstante, algunas de las participantes expresaron que la frecuencia con la que el niño pide ser amamantado en la historieta, podría resultar desalentador para iniciar y mantener el amamantamiento los primeros días postparto. Las

expresiones al respecto fueron: *“Qué el bebé no va a dormir toda la noche”* (GF1, participante 1)... *“ni nosotras”* (GF1, participante 2). *“Puede que veas esto y te asustas y dices ¡ay no!, mejor voy a comprar latas de leche...”* (GF 4, participante 4).

La historieta muestra una madre que se levanta durante la noche a amamantar a su hijo aproximadamente cada 2 horas. Es posible que esta situación provocara el comentario de algunas de las madres de que podría ser desalentador saber con qué frecuencia se requiere amamantar al niño.

Identificación

Mientras las participantes revisaban la historieta, se sintieron identificadas, comentando haber experimentado situaciones similares, como la angustia y cansancio que vive la madre de la historia. Una de ellas dijo: *“Pues es muy común (risas), es lo que pasa pues”* (GF 1, participante 2). Otra comentó: *“Como dicen en muchos casos sí tienes que.... este..., pues darle pecho y fórmula ¿no?, porque muchas veces, cómo dice aquí, que no se llena... primero lo amamantaba, luego la fórmula y ya como que dormía más. Al principio si me desesperaba mucho porque lloraba, ya te di comida, ya te cambié, ¿por qué no te duermes?, decía yo (risas)...”* (GF 4, participante 3).

Algunas de las madres comentaron que la desesperación las llevó a alimentar a su hijo con fórmula. *“A mí me pasó así lo mismo (risa) y yo no tuve suficiente paciencia, yo si fui y agarré un biberón y le eché leche y ¡cómetela!, porque sí, porque mmm. Los primeros tres días pues no me salía leche, al menos no era una cantidad, yo creo que eran mililitros o 2 mililitros yo creo. Entonces, sí lo intentaba amamantar, pero no, me desesperaba porque no se llenaba, lloraba mucho, entonces iba y le hacía una dos onzas de leche de fórmula y eso le daba y ya se calmaba. Pero eso sí, el mensaje que a mí me deja es que hay que tener paciencia (risa)”* (GF 4, participante 4).

Otra de las participantes expresó haber vivido una angustia similar a la de la mamá de la historieta, sin embargo tuvo el apoyo adecuado para comprender que el niño no sólo llora por hambre. *“...yo me acuerdo el primer día que llegué a la*

casa y que el bebé ¡Guaa! y ¡guuaa!, era como la 1 de la mañana y arranqué, no estaba en mi casa, y pues ni modo la mamá quería ir por... pues no es que ha de tener hambre, mi tía es enfermera, y ella me decía ¡no, no tiene hambre!, osea, pégatelo ha de tener coliquito, pero bueno si tú quieres ir, pues ve, y ya yo fui por mi bote de fórmula y nunca lo abrí. Creo que si yo no hubiera tenido a una persona a lado que me estuviera diciendo, ¿sabes qué? este, no es que no produzcas leche, ten paciencia pues, es lo que ella me quería decir (GF 4, participante 9). En uno de los grupos focales se llegó al punto donde empezaron a salir los saberes populares, por los que se considera no se produce suficiente leche. Tres de las participantes comentaron lo siguiente: *“Este, pero ahí entran mucho los miedos y los mitos que por ejemplo, de mujeres que dicen, si no empiezas a darle los primeros días, se te va la leche, que se te va la leche no se me olvida” (GF 4, participante 6).* *“...y eso de que ¿será que no doy suficiente leche?, lo que he oído en la mayoría, ¿oye y le diste a tu niño?, no es que no producía demasiada leche. De la mayoría es el pretexto o la ignorancia o la o no sé, que es que no produjo mucha leche...” (GF 4, participante 10).* *“...muchas mujeres dicen, ¡es que no, fue cesárea y no puedo, fue cesárea!, apenas las que tuvieron un parto natural puedan dar leche y yo lo he escuchado muchas veces, de muchas personas, ¿no le diste pecho a tu bebé?, es que fue cesárea... tiene que ser parto y no es cierto eso, hay muchas cosas que, la gente no está bien informada (GF 4, participante 4).*

En general, se pudo percibir el constante miedo de las madres de no producir suficiente leche cuando inician el amamantamiento. Sacco et al. (2006), señalan como signo común de “producción insuficiente de leche”, el llanto, mencionado en conjunto con “el bebé se queda con hambre” o “el bebé no se llena” en madres de la ciudad de México. De igual forma, las madres que participaron en los grupos focales de este estudio manifestaron la preocupación de ver a su hijo llorando y no saber cuánta leche producen, especialmente en los primeros días posparto.

De acuerdo a Segura et al. (1994), la percepción de un grupo de mujeres hermosillenses, de producción insuficiente de leche, puede deberse al retraso de la “bajada de la leche”. El 61% de las madres expresaron esta sensación

durante la primera semana posparto. El proceso de la “bajada de la leche” ocurre entre las 50 y 73 horas (2do ó 3er día) después del nacimiento, pero hasta un 25% de las madres perciben la “bajada” después de las 72 horas. Es en este momento, que el niño logra extraer alrededor de 20 mL de leche en cada toma (Martín-Calama, 2004). Fue interesante observar que las participantes comentaron sobre la poca o nula participación de los padres en el proceso de amamantamiento ya que en la historieta aparece como parte de la familia. Los comentarios al respecto fueron: *“Algo que a mí me llama mucho la atención aquí y seguramente es algo cultural, es obviamente que el papá nunca se levanta”* (GF 4, participante 6). *“Se hacen los que no oyen, porque no creo que no oigan, mi esposo me dice ¡ay yo ni lo oí anoche!, ¡ay no, no lo vas a oír!, ¡si te estaba llorando en el oído!, le digo (risa)”* (GF 1, participante 2)

Atracción

El utilizar el formato tipo historieta para informar a las madres sobre el amamantamiento, llamó la atención de las participantes, resultando para la mayoría una forma nueva y “original”. Una de ellas comentó: *“Esta se me hace bien porque, pues es una caricatura, que se ve pues, que realmente así es como funciona”* (GF 2, participante 3). Otra dijo: *“Es la primera vez que yo veo algo así”* (GF 1, participante 1).

El color rosa del papel en el que estaba impresa la historieta inicialmente no fue del agrado de las participantes. *“No me gustó... parece un folleto viejo, pero no, no me gusta el color... no sé, un color más vivo”* (GF2, participante 3). Consideraron que el color no era atractivo, que incluso provocaba una sensación de rechazo y tristeza. *“Es un color triste, muy descolorido”* (GF 5, participante 1).

Inducción a la acción

Todas las participantes coincidieron en que la información que presenta la historieta podría ser de gran utilidad para mamás que comienzan a amamantar o ya están amamantando y viviendo una situación similar. Inclusive, algunas de las madres comentaron que de haber recibido esta información habrían intentado amamantar por más tiempo. *“A lo mejor si lo hubiera leído, hubiera dicho, bueno pues a lo mejor y dale 20 veces al día, a ver si así se llena, cosas así pues... porque como dice ahí, la leche la digiere rápido, entonces comen más, a lo mejor si yo hubiera dicho eso, bueno pues, hubiera tenido como más paciencia precisamente”* (GF2, participante 6).

Aceptación

Las participantes mencionaron estar de acuerdo con la información, asegurando que el amamantar es a libre demanda y de manera constante. Sin embargo, algunas de las participantes no estuvieron de acuerdo con la imagen que muestra a la madre durmiendo junto a su hijo considerándolo una forma peligrosa, como se aprecia en los siguientes comentarios: *“Se me hizo raro esto de que dormir con el bebé, a mí no me gusta, me da miedo, porque me muevo mucho, osea no me parece, igual es tenerlo cerca ¿supongo yo? de alguna manera, pero yo no lo haría”* (GF 4, participante 7). *“Me daba miedo aplastarlo osea, me daba miedo que durmiera conmigo y voltearme y no sentirlo o algo pues y que el niño se fuera a ahogar o cosas de esas...”* (GF 2, participante 6). *“Es malo, lo podemos acostar al revés, en lo mismo que estamos dormidas podemos aplastar al bebé o se ahogan y uno está dormida cuando están comiendo... hasta ahorita yo no sé si haiga pasado, pero sí puede pasar”* (GF 1, participante 3).

Sin embargo, otras madres expresaron haber compartido la cama con su hijo al principio, sin haberlo lastimado. *“Pues a mí en mi caso, lo que tuve que produjo muy poquita leche entonces, siempre le daba las dos, primero le daba pecho, hasta que ya vaciaba le daba la leche. Entonces yo en la noche, mi receta que encontré, me dormía*

con el bebé en un sillón reposit, entonces de ahí no se me caía se dormía conmigo, me dormía sin brassier sin nada. Solito el niño cuando tenía hambre, iba y se prendía del pecho y ya terminaba de comer, le sacaba los gases, yo dormida o sea ya era automático...” (GF 4, participante 8). Incluso, esta práctica llegó ser considerada como algo normal y común entre la población, además de fácil ya que permitía el amamantar a su hijo sin necesidad de levantarse. “Así yo me ponía con la más grande, así dormía por un lado (GF piloto, participante 5). “Y en mi caso, pos yo sí apliqué esto, porque al principio yo me iba de la cuna a la cama, de la cama a la cuna, ya casi tiraba la toalla, hasta que me lo llevé al niño, así era, de un lado, luego del otro... (GF 4, participante 2).

Con la finalidad de mejorar la historieta las madres participantes en los grupos focales hicieron algunas sugerencias. La principal y recurrente en todos los grupos focales fue cambiar el color del fondo de la historieta. Algunas de las sugerencias expresadas fueron: “Un azul, un naranja, verde” (GF 5, participante 7), “Un color verde” (GF 5, participante 9).

Otra de las sugerencias fue incluir una leyenda o cuadro con información de los principales beneficios que otorga el amamantar, tanto para la salud de la madre como la del hijo. Desde el primer grupo focal se mencionó este aspecto. “A lo mejor se pudiera como algo que motive más a dar pecho, no sé, decir por ejemplo, el beneficio que trae la leche materna, como que eso sí le faltó o falta decir... lo que vas a ganar tú y él pues en cuanto a la salud”(GF 1, participante 1). Otra comentó: “A mí lo que se me hace importante, que habría que destacar por algún lado, la importancia también de la leche... de alguna manera el que lo lee y que diga, ¡ah pues tiene algún beneficio!, es mucho esfuerzo, pero tiene mucho, mucho beneficio, vale la pena ¿no?” (GF 4, participante 4).

Aún cuando las madres participantes manifestaron haber recibido poca ayuda por parte de los padres como algo “normal”, sugirieron que se mostrara su participación y apoyo mientras están amamantando a su hijo. “Que el señor se levante también (risas), que así se animen a los papás a ayudar a la mamá, porque los

primeros días son muy pesados” (GF 1, participante 3). “Mostrar al papá desvelándose con la mamá” (GF 5, participante 2).

El papel biológico del hombre durante la lactancia es nulo. El apoyo del padre dependerá de factores como las tradiciones y posibilidades de la pareja misma para ayudar a la madre mientras amamanta a su hijo. La función protectora y proveedora del padre mientras la madre se recupera del parto y cuida a su hijo, sigue vigente en muchas culturas, persistiendo las representaciones sociales respecto de las responsabilidades de hombres y mujeres (Swain y Aparecida, 2009; Faur, 2006). Habría que ahondar en este aspecto en la población de estudio; ninguno de los materiales realizados fue diseñado con esta finalidad y por tanto será una tarea futura abordar la participación paterna en el amamantamiento.

Por último, la imagen de la madre acostada junto con el niño generó controversia entre las participantes. Las opiniones vertidas por las madres, reflejaron solamente el temor de poder lastimar al niño cuando se encuentra dormida, de poder aplastarlo o asfixiarlo. Al respecto, algunos autores consideran que puede ser un riesgo de muerte accidental o el síndrome de muerte súbita del lactante cuando los niños duermen con un adulto (Ball, 2009; McGarvey, 2006). No obstante, diversos estudios sugieren reconsiderar el compartir la cama con el niño, en especial para las madres que amamantan, debido al incremento en la duración y prevalencia de esta práctica (McKenna, 2005). Además de que organizaciones como la UNICEF están de acuerdo en que madre e hijo duerman juntos, bajo ciertos cuidados, mientras el propósito principal sea continuar amamantando (UNICEF, 2011).

Cambios a la historieta

Como se trata de una historieta adaptada de otra autora (Evans, 2009), realizada en blanco y negro (tonos de grises), nosotros rediseñamos las

imágenes en tonos de café-rosa (Fig. 1). Por sugerencia de las madres en los grupos focales, se cambiaron a tono azul-verde más vivos. Además, en el tercer cuadro de la historieta, se eliminó un horario (10:40 pm) que solo indicaba la hora de terminación de amamantamiento y no un horario más de alimentación. Esto para que no pensarán las madres en levantarse una vez más a amamantar al niño.

La sugerencia de agregar los beneficios de amamantar, no fue considerada para no saturar el material, ya que dicha información se encuentra en otro de los tarjetones diseñados en este estudio. La imagen que muestra a la madre durmiendo junto a su hijo a la 1:30am, fue modificada en el diálogo que pasó de *“Por las noches podrás dormir conmigo”* a *“Por las noches te pondré en una camita muy cerca de mí”*. En la siguiente de las 2:30am que no tenía diálogo se puso: *“Así podré tomarte fácilmente en brazos para alimentarte”*. No se realizó ninguna modificación con respecto al papel del padre, ya que correspondería a un material específico tomado de la experiencia que no se consideró en la primera parte y quedará para un trabajo futuro.

Historieta: Cuidado de los pechos para amamantar (Fig. 2)

Comprensión

Todas las participantes lograron entender el mensaje principal de la historieta —*amamantar no debe doler ni lastimar*—, identificando la importancia de cómo cuidar los pechos para evitar molestias o problemas por un incorrecto agarre o por congestión. Una de las madres comentó: *“Pues que las mamás se avienten más a dar pecho, que por lo general, yo he oído comentarios que dicen —no le voy a dar porque me dolió mucho y no quiero volver a sufrir eso—... entonces, yo digo que para que las mamás en caso de que les duela, estén preguntando ¿por qué?, ¿por qué me pasa esto?, porque sí pasa, a mí me pasó (risa) y yo pensé que lo agarraba bien y de*

todo me pasó, pero igual, me aguanté ¿no?, después ya, todo fue normal, pero hay muchas mamás que no quieren soportar eso y dicen, “ay yo no me voy a aguantar y no estoy dispuesta” y no amamantan a sus hijos” (GF 6, participante 6).

Identificación

La mayoría de las participantes expresaron haber presentado grietas en los pezones o congestión en los pechos al inicio del amamantamiento. *“...porque a mí me pasó por ignorancia así en el primer bebé, mmm, pues toda la noche estaba dura, dura y yo no quería que ni me tocaran” (GF 6, participante 8)*

Aún cuando las madres experimentaron situaciones similares, algunas expresaron el utilizar horarios específicos para amamantar, sin mencionar que el amamantar debe ser a libre demanda. *“Pues estoy de acuerdo con las compañeras, no eso que si duele, pues es porque no está correctamente el, ¡a mí no me pasó! ¿no?, pero eh, si me, el doctor el pediatra, si me, ¿cómo se dice?, me advirtió que podría pasar, que me podía cortar y eso, este, ¿lo único que yo le veo?, aquí donde dice, para aliviar la congestión de los pechos, —no dejes de amamantar, hazlo cada 1-2 horas durante el día—, se me hace como que muy corto el lapso de tiempo que da. Porque según yo, es cada 3 horas” (GF 6, participante 5).*

Atracción

Los personajes de la historieta, así como el color de la misma, lograron agradar a todas las participantes. Sin embargo, una de ellas hizo una observación con respecto a las imágenes. *“A mí me llamó la atención nada más porque a veces, tienen y no tienen nariz. Nada más cuando está de perfil le ponen nariz (risas)” (GF 6, participante 4).*

Inducción a la acción

Las participantes expresaron que la información contenida en la historieta, es de gran utilidad para las mamás que están comenzando a amamantar a sus hijos.

“... está muy informativo porque, muchas mujeres, mamás primerizas, a veces no sabemos que esto puede ocurrir, entonces a la mejor, si vemos que nos empezamos a agrietar, lo tomamos como una mala señal, porque no debe de ser bueno, y entonces, ya, tener un folletito, que diga que eso te puede pasar... entonces está bien” (GF 6, participante 1).

Aceptación

Las participantes estuvieron de acuerdo con la información que muestra la historieta, la importancia del correcto agarre del pecho materno, así como el cuidado que se debe de tener para evitar la congestión en los pechos. *“Se me hizo que está, pues está bastante informativo, está clara y sencilla la información y yo creo, que pues si va a servir... si es bien importante y me gustó” (GF 6, participante 4).*

Las sugerencias expuestas por las participantes se centraron en mejorar la distribución de algunos diálogos de la historieta. Se sugirió también el utilizar la palabra “trapitos” en lugar de compresas, ya que de esta manera facilitaría el entendimiento de lo que se quiere decir. *“A lo mejor la palabra congestión... por trapitos” (GF 6, participante 3).* Además de aclarar que un recuadro con el título “Cuidado de los pechos para amamantar”, corresponde sólo a la descripción del correcto agarre del pecho materno.

Cambios a la historieta

Se modificó la historieta evaluada de acuerdo a los comentarios de las madres. Se dibujó la nariz en algunas de las figuras a las que les faltaba, también se añadió una gorra de enfermera a la figura correspondiente porque confundía un tanto. Además, se mejoró la distribución espacial de los diálogos, unificando el color de cada sección en donde señalaron las madres confusión del orden y se modificó la palabra compresas por trapitos. Por último, se cambió el encabezado del recuadro “Cuidado de los pechos para amamantar”, por el de “Agarre

correcto del pecho”, ya que como las evaluadoras indicaron, solo se refiere a eso y no a consejos sobre cómo cuidar tus pechos.

Tarjetón: “¿Sientes que el niño no se llena?” (Fig. 3)

Comprensión

Las madres participantes no encontraron alguna palabra extraña o que no se entendiera y consideraron que la información era clara y sencilla. Sin embargo, se observó que la mayoría de las participantes no logró una conexión entre el título y el contenido del material. Ninguna mencionó que el mensaje fuera identificar si tenía dudas en que el niño estuviera recibiendo suficiente leche materna. En cambio mencionaron otras cosas como: *“Te enseña a cómo amamantarlo y a cada día ver cómo va a hacer, como deja el pañal” (GF2, participante 1). “Cómo hacen cada día del baño” (GF 2, participante 2). “Te ayuda para saber que estás haciendo bien o estás haciendo mal las cosas y este, si te da más información, sobre todo coincido en esto, que debe de haber una forma que debes amamantar, yo creo que es mucha de las, de las cosas que las mamás primerizas no sabíamos cómo hacerlo, entonces, sí te ayuda como decían de las imágenes” (GF 4, participante 3).*

Otra de las observaciones, incluyó la confusión en dos de las imágenes utilizadas. Las participantes dudaron en que las imágenes del niño succionando el pecho de forma correcta y el que lo hacía incorrectamente fueran distintas. Varias comentaron: *“Lo único es que, no entiendo la diferencia del gráfico aquí (imagen niño succionando), que este sí y este no, pero no veo la diferencia” (GF2, participante 4).* Otras participantes comentaron que había que leer el texto para tratar de notar la diferencia entre las imágenes. Una de ellas expresó: *“Yo no le entendí a las imágenes, yo las vi ¿y?, y me quedé, osea, la tuve que ver varias veces y pues si me apoyé de esto (señala las instrucciones escritas)...” (GF 4, participante 2).*

El no haber entendido la diferencia entre dos de los dibujos, residió en que la diferencia entre el área del pecho que abarcaba la boca de los niños en las imágenes, era muy semejante.

Atracción

El diseño del tarjetón “¿Sientes que el niño no se llena?” agradó a las madres participantes, en cuanto al color, tamaño e imágenes utilizadas. Consideraron que tanto el diseño como el formato, logran llamar la atención e invitan a leerlo. Uno de los comentarios del primer grupo focal fue: *“A mí se me hizo bien todo... el color, lo de los pañales, todo muy bien” (GF 1, participante 2).*

Inducción a la acción

La información que se mostró en el tarjetón fue considerado fácil de entender y transmitir a otras mamás. Inclusive algunas de las participantes expresaron lo útil que hubiera sido mientras estuvieron amamantando a su hijo. *“A mí me pareció muy bien, yo creo que si lo hubiera tenido antes, qué bien me hubiera servido cuando recién sané” (GF2, participante 1).* Incluso una de las madres haciendo referencia a lo mencionado en el tarjetón reflexionó lo siguiente: *“Sí... y si es cierto, le das fórmula, eh eh, como menos come el bebé pecho, se te va secando la leche, si cierto” (GF 1, participante 1).*

Aceptación

Una de las secciones del tarjetón que logró gran aceptación, fue el cuadro que indica cómo son las deposiciones de un niño que está siendo amamantado y la cantidad de pañales que ensucia. La mayoría de las participantes consideró esta información novedosa y de gran utilidad y lo expresó de la siguiente forma: *“... y con respecto al color de la popó, también yo pienso que son muy importantes, porque pues, uno no está informada muchas veces y no sabe realmente como debe de ser pues...” (GF 2, participante 4).* Y lo de esto, por ejemplo esto de los pañales...muchas

veces cuando eres primeriza ves el pañal y ¡ay!, ¿por qué hizo así?, te quedas ¿no?, y pues ahí viene que así va a estar haciendo ¿no? (GF1, participante 3).

Aún cuando las madres expresaron estar de acuerdo con la mayor parte de la información, la recomendación de no consumir cerveza que aparece en el tarjetón, generó diferencias de opinión durante las diversas sesiones. Mientras algunas de las madres rechazaron el consumo de cerveza. *“Pues yo no, osea yo ahora ya de grande ¿no?, pero cuando estaba chiquito pues no...” (GF 1, participante 3).* Otras participantes manifestaron sus dudas si en realidad el consumir cerveza funcionaba e incluso familiares les recomendaron ingerirla. *“... ¿por qué dicen?, yo he escuchado mucho, —ah, debes de tomar cerveza—, porque con eso te va a salir más leche, eso es una cosa que yo siempre he escuchado y dice que no debes de tomar cerveza y he escuchado de muchas personas inclusive de las mamás, de las abuelitas, de los papás, —tómame una cerveza y vas a criar más leche—, y es algo que no he sabido el porqué, inclusive venden hasta pastillas que tienen levadura,, entonces muchas han acudido a eso y a unas a las que si les han servido eso pudieron criar leche, tomaron sus pastillas y al parecer sí les funcionó” (GF 2, participantes 7).*

Por otra parte, otras mujeres expresaron haber sentido un incremento en su producción de leche al tomar cerveza: *“... todo mundo me decía, -es que toma cerveza-, ¡no, no quiero!, cómo le voy a dar cerveza y pues te digo, yo sentía que no producía suficiente leche y una vez si me tomé una cerveza y sí, ahí sí sentí que los dos pechos se me llenaron” (GF 4, participante 8).* *“En mi caso, cuando la niña tenía como 15 días, pues yo salía y en una de esas, pues me tomé una cerveza y sí me salió más leche, pero ya no le quise dar pecho porque decía osea, tomé alcohol y luego la cerveza, pues alcohol pues decía ¿cómo le voy a dar leche si tomé cerveza?, pues la leche me salía y se me escurría toda, pero yo ya no quería darle, pero si me salió más leche con la cerveza (risas)” (GF 2, participante 6).* Incluso en algunos casos, el mismo médico les recomendó el consumo de cerveza. *“...a mí, a mí el doctor me dijo que una cerveza diaria” (GF 1, participante 2).* *“Por la levadura que trae, pero a mí, es que mi doctor es de los viejitos y si dice que es bueno... que porque el bebé, el bebé va a agarrar nomás lo bueno de la leche...”*

Durante muchos años y en diferentes culturas, se ha recomendado el consumo de bebidas alcohólicas, en específico la cerveza, con el fin de incrementar la cantidad de leche que producen las madres. En algunas poblaciones de Alemania consideran la cerveza como importante para iniciar y mejorar el amamantamiento (Koletzka, y Lehner, 2000). Madres de Buenos Aires y Córdoba en Argentina, siguen recibiendo consejos tanto de familiares y amigos, de consumir alcohol para incrementar su producción de leche (Pepino y Mennella, 2004). En México, el consumo de bebidas alcohólicas como el pulque es considerado como curativo y con propiedades que promueven la salud, consumiéndose a menudo después del parto con el objetivo de mejorar la producción de leche (Backstrand et al., 2004).

La realidad es que el consumo de alcohol, mientras las madres están amamantando, dificulta la salida de la leche, debido al bloqueo en la liberación de la hormona oxitocina, encargada de la eyección de la leche (Bowen y Tumback, 2010). Estudios como el de Mennella y Beauchamp (1993), que evaluaron el efecto de la cerveza con y sin alcohol, en la cantidad de leche materna que consume un niño, demuestran una disminución (aprox. 23%) en la cantidad de leche, cuando las mamás ingirieron cerveza con alcohol. El consumo de alcohol, no incrementa la producción de leche, por el contrario, altera la conducta, el ritmo de sueño y desarrollo psicomotor del lactante (Díaz-Gómez, 2004). Es por esto y los múltiples estudios que corroboraron los efectos negativos del consumo de alcohol, organizaciones como la Academia Americana de Pediatría y la OMS, rechazan el mito del consumo de alcohol durante el período de amamantamiento (APP, 2005; WHO, 2001).

Cambios al tarjetón

El tarjetón se adecuó en primer término cambiando el título, ya que las madres no pudieron relacionarlo con la idea central “¿Sientes que el niño no se llena? Por eso, se cambió a: “¡Tu leche sí es suficiente!” que es la temática del tarjetón.

Además, se cambió el texto y la imagen sobre el aseguramiento del correcto agarre del pecho, haciendo más evidente la diferencia entre lo correcto y lo incorrecto. Se mantuvo la recomendación de no consumir cerveza, aún cuando algunas de las madres expresaron haber recurrido a ella, como se mencionó anteriormente. Diversos estudios muestran los efectos negativos del consumo de alcohol mientras se está amamantado.

Tarjetón: Amamantar es esencial (Fig. 4)

Comprensión

Las madres no encontraron alguna palabra extraña o inusual. En este caso, todas identificaron y entendieron perfectamente el mensaje principal del tarjetón, así como la información contenida en el mismo. Una de las madres del grupo piloto comentó: *“Que es muy importante dar pecho, pues así aparte de que beneficias al niño, te beneficias tú de como dice ahí, de no contraer cáncer, de prevenirte de la osteoporosis, de todo lo que te puede cuidar”* (GF piloto, participante 2). Otra dijo: *“Pues a mí los beneficios que nos da la leche materna tanto a mí como a mi hijo...”* (GF 5, participante 2).

Identificación

Mientras las participantes se encontraban evaluando el tarjetón, surgieron comentarios de las experiencias que tuvieron cuando amamantaron a sus hijos. La pérdida de peso, la constante duda de la cantidad de leche que estaban produciendo. *“Las cantidades de la leche son de las cosas, yo creo que a todas nos causa una incertidumbre al principio ¿no?, porque dices tú ¿Cuánta leche pudo haber tomado?... (GF 3, participante 4).* Además del gasto que genera comprar latas de fórmula. *“Es muy cierto todo lo que dice y ahorrar, de que te ahorras (risas), lo digo porque, si es cierto yo compro”* (GF 3, participante 2).

Atracción

El color y tamaño del tarjetón agradó a las participantes. Dijeron que este material si tiene un color llamativo y las imágenes “bonitas”.

Inducción a la acción

Todas las participantes coincidieron que el incluir los múltiples beneficios que implica el amamantar, así como la cantidad promedio de leche que produce una mamá, conseguiría motivar a las madres el iniciar y continuar amamantando.

Aceptación

Todas las participantes estuvieron de acuerdo en que la información que se muestra en el tarjetón es de utilidad. “... *todo lo que dice se me hace una información muy precisa y muy completa*” (GF 3, participante 6). Esta aceptación se incrementó cuando algunas madres mencionaron haber desconocido algunos de los beneficios de amamantar mostrados en el tarjetón. “*En la osteoporosis yo no, no sabía, o sea tenía la idea pero no*” (GF 5, participante 3). “*Yo por ejemplo, no conocía que, que te prevenía para la osteoporosis, lo demás si sabía del cáncer de mama, del ovario no*” (GF piloto, participante 2).

La sección que muestra la cantidad de leche promedio que produce una mamá, despertó interés entre las participantes debido a que desconocían la cantidad de leche que podía llegar a producir mientras amamantaban a su hijo. “*También esto, esto fue lo que me llamó más la atención, pues igual uno no sabe, yo no sabía cuánta cantidad de leche me salía, yo creo que ahí, pues no sé, ustedes a lo mejor saben más que uno*” (GF 3, participante 1). “*Las cantidades de la leche, son de las cosas, yo creo que a todas nos causa una incertidumbre al principio ¿no?, porque dices tú, ¿cuánta?, ¿cuánta leche pudo haber tomado?...*” (GF 3, participante 4).

Debido a la gran aceptación del tarjetón, las participantes de las diferentes sesiones, no expresaron la necesidad de incluir o modificarle algo.

Cambios al tarjetón

Aunque no hubo observaciones en la parte de la producción de leche, la imagen de cantidad estaba dada por dibujos de biberones, se les removió la mamila, dejando la imagen de recipientes, para no confundir el mensaje, de acuerdo a la OMS.

Tarjetón: ¿Cómo cuidar tus pechos para amamantar? (Fig. 5)

Comprensión

La información contenida fue clara y sencilla para las madres. Identificaron el mensaje principal comentando que se presentaban consejos sencillos y prácticos para prevenir o sanar molestias comunes que ocurren mientras están amamantando. Algunos comentarios sobre esto fueron: *“Crear conciencia, crearnos conciencia... cómo cuidar tus pechos para que reciba el beneficio”* (GF 1, participante 1), y *“Qué se puede y las maneras en que debes y tú te puedes cuidar tus pechos ¿no? al momento de amamantar, que no es, osea... te da la clave para que digas tú, ¡Ah bueno!, puedo seguir amamantando y me voy a cuidar mis pechos. De esta manera no me va a doler tanto...”* (GF 4, participante 1).

Identificación

Durante la revisión del tarjetón, las madres recordaron algunos de los malestares y problemas que llegaron a presentar mientras estaban amamantando a sus hijos. Una de ellas mencionó: *“A mí si se me agrietó, pero con la misma lechita, me curaba”* (GF 4, participante 8). Otras de las participantes manifestaron haber presentado problemas de congestión en los pechos. *“No sabía en qué situación tienen que encontrarse las mamas a la hora de la vestimenta, yo me acuerdo que me ponía unos tops que me quedaba súper apretados o incluso los brassieres de lactancia también... ahora veo que pudo haber sido una de las cosas que*

me congestionaban (pechos) o me daba temperatura” (GF 3, participante 4). “Algo también muy importante que, que por ejemplo del tiempo de amamantar, no se debe de usar nada apretado ¿no?, nada ajustado... porque, yo pasé una experiencia, me puse una faja en ese lapso y no nos dimos cuenta hasta el mes... el problema de eso fue que me creo un absceso, a consecuencia de eso, que la leche se me acumuló (GF 5, participante 1).

La presencia de molestias o dolor en los pechos mientras se amamanta, fue una constante en los diversos grupos focales. Sin embargo, el mantener la convicción de amamantar, permite a la madre la continuidad. *“Es que como yo veo así y deste... y como me fue muy bien este... es yo no veo ninguna razón porque la que no queramos amamantar al bebé, yo aunque me doliera, a veces, ella me apretaba mucho y no por eso decía, ¡no!, ¡ya no le voy a dar! Tenía sobrinitos ella de su misma edad, decían, ¡ay no yo ya!, ¡ya no quiero!, así que bueno, por una cosita que a veces nos pasan otras cosas que nos duelen más y seguimos en las mismas, entonces no pues vale más amamantarla a ella y, y lo que veía yo es que, casi nunca se me enfermó de gripa, no se me enfermó... (GF 3, participante 3).”*

Atracción

Los colores verdes utilizados y el formato del tarjetón “Cómo cuidar tus pechos para amamantar”, resultaron del agrado de las participantes. Las imágenes que muestran el correcto agarre del pecho materno generaron los mismos comentarios expresados en el tarjetón “¿Sientes que el niño no se llena?”.

Inducción a la acción

Del tarjetón “Cómo cuidar tus pechos para amamantar” las participantes expresaron, que los consejos presentados en el mismo resultan fáciles de seguir para las futuras madres que iniciarán el amamantamiento. El tarjetón lograría motivar a las mamás a no suspenderlo, de acuerdo a lo expresado por las participantes durante los distintos grupos focales.

Aceptación

Las madres participantes consideraron de gran utilidad los consejos que se muestran en el tarjetón. Dijeron que eran sencillos y prácticos de seguir para evitar y solucionar los problemas en los pezones cuando se está amamantando, con información nueva que ellas desconocían, como lo de la vestimenta. Incluso una de las participantes mencionó haber aprendido que el área oscura del pecho se llama areola. *“La areola, no sabía que así se le llamaba al área oscura del, del pecho... esa parte, esa palabra no sabía que así se le llamaba...”* (GF 1, participante 2).

Una de las secciones que llamó la atención y resultó novedosa para las participantes, fue el uso de la jeringa para pezones planos o invertidos. Durante todas las sesiones donde se presentó el tarjetón, las madres participantes mencionaron desconocer esta técnica. Sus comentarios fueron: *“Esto de la jeringa nunca lo había visto”* (GF 5, participante 4). *“También está muy bien, las ilustraciones por ejemplo este (señala parte posterior), pues yo no sabía, para las que tienen pezones planos o invertido, ¡está muy padre!, ¡yo no sabía esto, me sorprende!, y me gustó”* (GF 3, participante 1).

Una de las sugerencias para el tarjetón fue realizar modificaciones en las imágenes que muestra el agarre al pecho materno, las participantes expresaron marcar más las diferencias entre la posición correcta e incorrecta. *“Yo sabes que, lo único que, en que dice, osea donde está el bebé agarrado supuestamente, osea a lo que yo sé, tiene que... la boca tiene que abarcar todo el pezón, entonces aquí, pues si te fijas, sale poquito café. A lo mejor hay mujeres, son un poco más grande pero, pues a lo mejor si sería conveniente, que no saliera tanto café, para que sepan que tiene que abarcar todo el pezón, para que sea, osea que no les duela”* (GF 3, participante 3).

Cambios al tarjetón

En este material, solo se hizo un cambio en la imagen de la forma incorrecta de agarrar el pecho, para hacer más evidente la forma correcta. El diseño restante del tarjetón, como el color, formato y contenido continuó sin modificaciones.

Material de apoyo al amamantamiento otorgado por la Secretaría de Salud Pública y posible distribución del material diseñado

En cuanto a orientación y apoyo al amamantamiento, la Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora, cuenta con programas en los que se informa a las futuras mamás las ventajas y beneficios de amamantar. Las mujeres embarazadas que acuden a consultas de control prenatal son además invitadas a acudir al “Club de las embarazadas”. En estas reuniones, las madres reciben pláticas de orientación sobre cómo llevar un embarazo y puerperio saludable, además de recibir información de los beneficios de amamantar, así como consejos y dudas comunes que presentan las mamás. No obstante, muchas de las madres no acuden a consultas prenatales o sesiones del “Club de las embarazadas”. Datos proporcionados por la Secretaría de Salud Pública, indican que solo un 41.1% de las madres de Hermosillo, acudieron a control prenatal en su segundo trimestre del embarazo y un 24% acudieron por primera vez en su último trimestre (Cuadro 3). Esta proporción muestra un alto porcentaje de madres que reciben poca o nula orientación sobre cómo y durante cuánto tiempo amamantar su hijo.

**Cuadro 3. Madres atendidas por primera vez en consulta prenatal
en Hermosillo durante el 2010**

Hermosillo (incluye poblado Miguel Alemán y Estación Pesqueira)	n
Madres atendidas por primera vez	7,629
• <i>Primer trimestre del embarazo</i>	2,661
• <i>Segundo trimestre del embarazo</i>	3,134
• <i>Tercer trimestre del embarazo</i>	1,834

Fuente: Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora, 2011

La intención de nuestro trabajo de tesis es que los materiales diseñados y evaluados, pudieran aplicarse dentro de los programas de la Secretaría de Salud, para reforzar las acciones de promoción al amamantamiento. En especial, para aquellas madres que no recibieron orientación sobre lactancia materna.

Los materiales impresos que actualmente usa la Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora con información sobre amamantamiento, son pocos. Distribuye en los diferentes centros de salud de la entidad, el tríptico “Prepárate para la lactancia” (Fig. 6). Es un material de 9.5 x 21 cm, a color (rosa y rojo). Contiene mensajes cortos, que muestran los beneficios de amamantar, consejos sobre cómo preparar tus pezones durante el embarazo así como el correcto agarre del pecho.

Uno de los puntos a observar en el contenido del tríptico, radica en la recomendación que muestra de amamantar de forma exclusiva los primeros 4-6 meses de vida. Desde el año 2001, la OMS sugiere amamantar de forma exclusiva durante los primeros 6 meses, a todas las madres del mundo, sin importar su nacionalidad (WHO, 2011). La recomendación que muestra el tríptico limita esta duración, dando la posibilidad a la madre de suspender el amamantamiento exclusivo antes de los 6 meses.

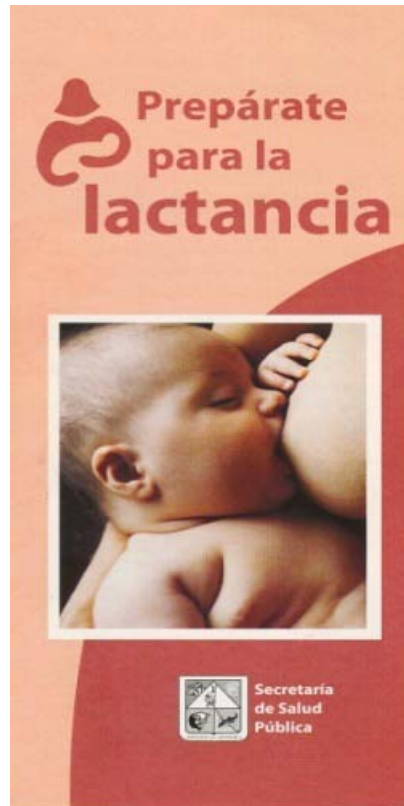


Figura 6. “Prepárate para la lactancia”, folleto ilustrado de la Secretaría de Salud Pública

Otra de las observaciones del tríptico “Prepárate para la lactancia” incluye la preparación prenatal de los pezones desde el séptimo mes, con ejercicios de estiramiento del pezón (ejercicios de Hoffman). Diversos estudios, han mostrado la nula eficacia de realizar este tipo de ejercicios para el tratamiento de los pezones planos o invertidos antes del embarazo. Por el contrario, se ha observado que este tipo de ejercicios podrían desencadenar contracciones uterinas, resultando contraproducente tanto a la madre como al niño (Alexander, 1992; Díaz-Gómez, 2004).

El lenguaje utilizado en el mismo es sencillo, evita el uso de tecnicismos, no obstante, la falta de imágenes que apoyen la información, no consigue explicar algunas de las recomendaciones sobre la posición del bebé mientras es alimentado.

Otro de los materiales impresos de la Secretaría de Salud de la Federación, es la “Guía de alimentación para madres, padres y responsables de los menores de 5 años” (Fig. 7). En esta guía de 39 páginas de 19 x 19 cm a color, incluye una sección corta (3 páginas) sobre el amamantamiento, informando a la madre, los múltiples beneficios de amamantar, así como recomendaciones de cómo hacerlo.



Figura 7. “Guía de alimentación para madres, padres y responsables de los menores de 5 años”, (folleto ilustrado de la Secretaría de Salud)

La guía de alimentación muestra los múltiples beneficios que otorga el amamantar, características de la leche materna, frecuencia con la que será alimentado así como la duración óptima del amamantamiento exclusivo. Contiene además un listado con consejos sobre cómo amamantar al niño (correcto agarre al pecho y posición materna); sin embargo, no muestra imágenes que consigan ejemplificar lo mencionado en el texto. No se otorga consejos u orientación sobre el cuidado de los pechos, ni mensajes que otorguen confianza a la madre de su capacidad para amamantar.

Aún cuando el diseño logra ser atractivo, el tamaño de texto y color de la letra dificulta su lectura debido al pequeño tamaño utilizado.

El HIMES, institución certificada como Hospital Amigo del Niño y la Madre, se encarga de capacitar a su personal para promover y apoyar a la madre a amamantar a su hijo durante su estancia en el hospital. Asimismo, antes de ser dadas de alta, las madres son invitadas a participar en la “Fiesta de Egreso”, donde reciben información sobre planificación familiar, cuidados del recién nacido y lactancia materna. La sección de lactancia, muestra los beneficios de amamantar, la composición de la leche materna, así como extracción y almacenamiento de la leche. Al finalizar la reunión las madres reciben un folleto (díptico) “Recomendaciones de lactancia materna” (Fig. 8), de 14 x 21.5 cm, en blanco y negro. En dicho folleto de 4 páginas se informa a la madre sobre la técnica de amamantamiento al seno, así como la técnica de extracción y almacenamiento de la leche materna.



Figura 8. Recomendaciones de Lactancia Materna,
(folleto del Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora)

El folleto “Recomendaciones de Lactancia Materna”, se centra principalmente en dos temas, la técnica del amamantamiento, extracción y almacenamiento de la leche. El primer tema, explica la posición del niño mientras es amamantando y el correcto agarre al pecho, utiliza 2 imágenes para ilustrar el texto. La sección sobre cómo extraer la leche materna, da consejos sencillos apoyándose en 2 imágenes que muestran cómo realizar la técnica de extracción. El almacenamiento y conservación muestra por medio de un listado las características de duración y temperatura de la leche materna para un adecuado almacenaje. El lenguaje es sencillo, sin el uso de tecnicismos que dificulten la comprensión. Desafortunadamente, el folleto, no otorga información sobre la frecuencia con la que el niño pedirá y será alimentado, dejando a la madre en su principal preocupación de no satisfacer al niño.

Los materiales impresos diseñados y validados en esta tesis, podrían entregarse a las madres en la “Fiesta de Egreso” en el HIMES. También se podrían utilizar durante la consulta prenatal, en alguna de las sesiones del Club de las embarazadas o en la consulta de control del niño sano, si así lo decide la Secretaría de Salud.

Nuestra propuesta es que la historieta “¿No se llena Carlitos con mi leche?” y el tarjetón “Cómo cuidar tus pechos para amamantar”, sean entregados a las madres durante la “Fiesta de Egreso” del HIMES, para ilustrar las explicaciones dadas. Posteriormente, durante las consultas de seguimiento y control del niño sano, se distribuirían los materiales restantes. Para la primera visita que realice (7 días pp), se entregaría el tarjetón “¡Tú leche si es suficiente!”, así como la historieta de “Cuidado de los pechos para amamantar”. Para la segunda visita al centro de salud (28 días pp), se entregaría a la mamá el tarjetón “Amamantar es esencial”, destacando para aquellas madres que continúan amamantando las ventajas y beneficios que están obteniendo. Este tarjetón incluso podrá ser entregado a las mamás durante las consultas de control prenatal para alentarlas a amamantar a sus hijos desde el momento en que nacen.

CONCLUSIONES

Se diseñaron y evaluaron cinco tipos de material impreso: dos historietas cortas y tres tarjetones para orientar y apoyar el amamantamiento.

La evaluación cualitativa de los materiales diseñados por medio de grupos focales, puso de manifiesto que la información expuesta informa y da consejos útiles para problemas comunes de las madres que están amamantando. Las madres expresaron su identificación con las historietas al haber vivido situaciones similares de angustia y preocupación y que les hubiera gustado tener apoyo para resolver sus dudas. Los tarjetones se consideraron informativos y novedosos para orientar fácilmente a la madre que comienza a amamantar a su hijo. Las sugerencias vertidas por las participantes durante las sesiones, permitieron realizar mejoras al material con el fin de incrementar tanto la comprensión, identificación, atracción, aceptación e inducción a la acción de los mismos.

La entrega de los materiales elaborados en este trabajo, podría ser un complemento a las diferentes estrategias utilizadas por la Secretaría de Salud del Estado de Sonora para promover el amamantamiento. Queda como tarea futura validar el efecto de los materiales para ayudar al cambio de actitudes y costumbres negativas, en torno al amamantamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- AAP. (American Academy of Pediatrics). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005; 115: 496-506.
- Alexander JM, Grant AM, Campbell MJ. Randomised controlled trial of breast shells and Hoffman's exercises for inverted and non-protractile nipples. *BMJ* 1992; 304: 1030-31.
- Backstrand JR, Goodman AH, Allen LH, Pelto GH. Pulque intake during pregnancy and lactation in rural Mexico: alcohol and child growth from 1 to 57 months. *Eur J Clin Nutr* 2004; 58: 1626-34.
- Ball H. Bed-sharing and co-sleeping. *New Digest* 2009; 48:22-27.
- Bolaños AV, Caire G, Valencia ME, Casanueva E, Román Pérez R, Calderón de la Barca AM. Energy intake and growth of breast-fed infants in two regions of Mexico. *Adv Exp Med Biol* 2000;478:371-2.
- Bowen A, Tumback L. Alcohol and breastfeeding dispelling the myths and promoting the evidence. *Nurs Women Health* 2010; 14(6): 454-61.
- Caire-Juvera G. Evaluación del proceso de amamantamiento comparando producción láctea y estado nutricional de madres adolescentes con adultas de dos localidades (Tesis doctoral). Hermosillo, Sonora: Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo; 2002.
- CDC. Center for Disease Control and Prevention. Data Collection Methods for Program Evaluation: Focus Groups. [Acceso 2 de Septiembre de 2011]. Disponible en:
<http://www.cdc.gov/healthyouth/evaluation/pdf/brief13.pdf>
- CENAVECE. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. La Evaluación Cualitativa en el Imperio de las Percepciones. [Acceso 15 Marzo de 2011]. Disponible en:
<http://www.cenave.gob.mx/descargas/pdf/Promocion%205%20pasos.pdf>
- Díaz-Gómez M. Contraindicaciones y falsas contraindicaciones para la lactancia materna. En: *Lactancia Materna: Guía para profesionales*. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Madrid: Argon; 2004. P 107-18.
- Evans K. *The food of love*. Myriad editors, 2009, Brighton, UK. [Acceso 10 de Enero de 2011]. Disponible en: <http://www.thefoodoflove.org/breastfeed-in-your-sleep.htm>
- Faraz A. Clinical recommendations for promoting breastfeeding among Hispanic women. *J Am Acad Nurse Pract* 2010; 22: 292-99.
- Faur E. Género, masculinidades y política de conciliación familia-trabajo. *Nómadas* 2006; 24: 130-41.
- Grudens-Schuck N, Allen BL, Larson K. Focus group fundamentals. 2004. [Acceso 2 de Septiembre de 2011]. Disponible en:
<http://www.extension.iastate.edu/publications/pm1969b.pdf>

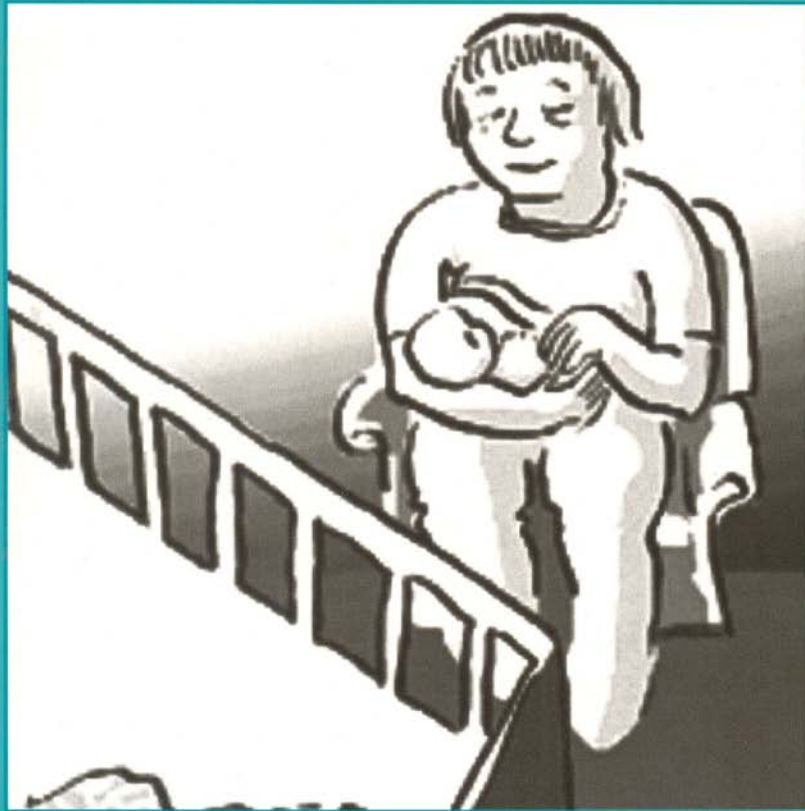
- Koletzka B, Lehner F. Beer and breastfeeding. En: B. Koletzka (Ed.), Short and long term effects of breast feeding on childhealth 2000; (pp. 23–28). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Martín-Calama J. Lactogénesis. En: Lactancia Materna: Guía para profesionales. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Majadahonda, Madrid: Argon; 2004. p: 45-58.
- McGarvey C, McDonnell M, Hamilton K, O'Regan M, Matthews T. An 8 year study of risk factors for SIDS: bed-sharing versus non-bed-sharing. Arch Dis Child 2006; 91: 318-23.
- McGee J. Toolkit for Making Written Material Clear and Effective. Services Centers for Medicare & Medicaid U.S. Department of Health and Human Services, 2010.
- McKenna JJ, McDade T. Why babies should never sleep alone: A review of the co-sleeping controversy in relation to SIDS, bedsharing and breast feeding. Paediatr Respir Rev 2005; 6: 134- 52.
- Mennella J, Beauchamp. Beer, Breast Feeding, and Folklore. Dev Psychobiol 1993; 26 (8): 459-66
- Organización Mundial de la Salud. La importancia de la alimentación del lactante y del niño pequeño y las prácticas recomendadas. En: La alimentación del niño y lactante pequeño. Washington, D.C. OPS; 2010.
- Pepino MY, Mennella JA. Advice given to women in Argentina about breast-feeding and the use of alcohol. Rev Panam Salud Publica 2004; 16 (6): 408–14.
- Prieto-Rodríguez M, March-Cerda JC. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. Aten Primaria 2002; 29: 366-73.
- Sacco LM, Caulfield LE, Gittelsohn J, Martínez H. The Conceptualization of Perceived Insufficient Milk Among Mexican Mothers 2006; 22 (3): 277-86.
- Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora, 2011
- Segura-Millán, Dewey KG, Pérez-Escamilla. Factors associated with perceived insufficient milk in a low-income urban population in Mexico. J Nutr 1994; 124: 202-12.
- Shealy KR, Li R, Benton-Davis S, Grummer-Strawn LM. The CDC Guide to Breastfeeding Interventions. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2005.
- Sudden Infant Death Syndrome and bed-sharing 2011. [Acceso 30 de Junio 2011]. Disponible en:
http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby_Friendly/Statements/BFI_SIDS_statement_151009.pdf
- Swain F, Aparecida I. Las representaciones sociales de un grupo de mujeres /amamantadoras sobre el apoyo a la lactancia materna. Rev Latino-am Enfermagem 2009; 17 (5).
- Unger J, Molina G, Baron M. Evaluation of Sweet Temptations, a fotonovela for diabetes education. Hispanic Health Care International 2009; 7 (3): 145-52.

- UNICEF. UNICEF UK Baby Friendly Initiative statement on new research into WHO. World Health Organization. Exclusive Breastfeeding for six months best for babies everywhere. 2011. [Acceso 15 junio de 2011]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/en/
- WHO. World Health Organization. Healthy Eating during Pregnancy and Breastfeeding. 2001.
- Ziemendorff S, Krause A. Guía de validación de materiales educativos (Con enfoque en materiales de Educación Sanitaria). Chiclayo: Perú. Programa de Agua y Saneamiento PROAGUA/GTZ, 2003.

ANEXO EN CONTRAPORTADA

Historieta ¿No se llena Carlitos con mi leche? (Portada)

¿No se llena Carlitos con mi leche?



¿Será que no doy suficiente leche?

Historieta ¿No se llena Carlitos con mi leche? (página 1)

¿No se llena Carlitos con mi leche?

Es la primera noche de Carlitos en la casa, al salir del hospital donde nació.

De repente...



Historieta ¿No se llena Carlitos con mi leche? (página2)



7



2:15 a.m.

8



9



4:00 a.m.

10



11



12

¿No estoy llenando a mi hijo porque no doy suficiente leche?

Si tu hijo está creciendo bien, gana peso y talla, tiene buen color y está contento, no debes preocuparte, el niño está bien alimentado.

Revisa la cantidad de pañales que ensucia. De 6 a 8 pañales orinados y de 2 a 5 pañales sucios al día, es normal. La orina de los pañales húmedos debe ser de color claro.

Historieta ¿No se llena Carlitos con mi leche? (página3)

¿Es normal que el niño me pida de comer a cada rato?

Sí, porque la leche materna es fácil de digerir para tu hijo. Un niño recién nacido, se alimenta de 8-12 veces en un día con todo y su noche. Algo que debes siempre recordar es que, amamantar no tiene horario.

La siguiente noche...



DEBO DE TENER PACIENCIA Y ASÍ PODRÉ LLENAR BIEN A MI HIJO.

Adaptado de: <http://www.thefoodoflove.org/breastfeed-in-your-sleep.htm>



CENTRO DE INVESTIGACIÓN
EN ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO A.C.

www.ciad.mx

Historieta “Cuidado de los pechos para amamantar” (Portada)

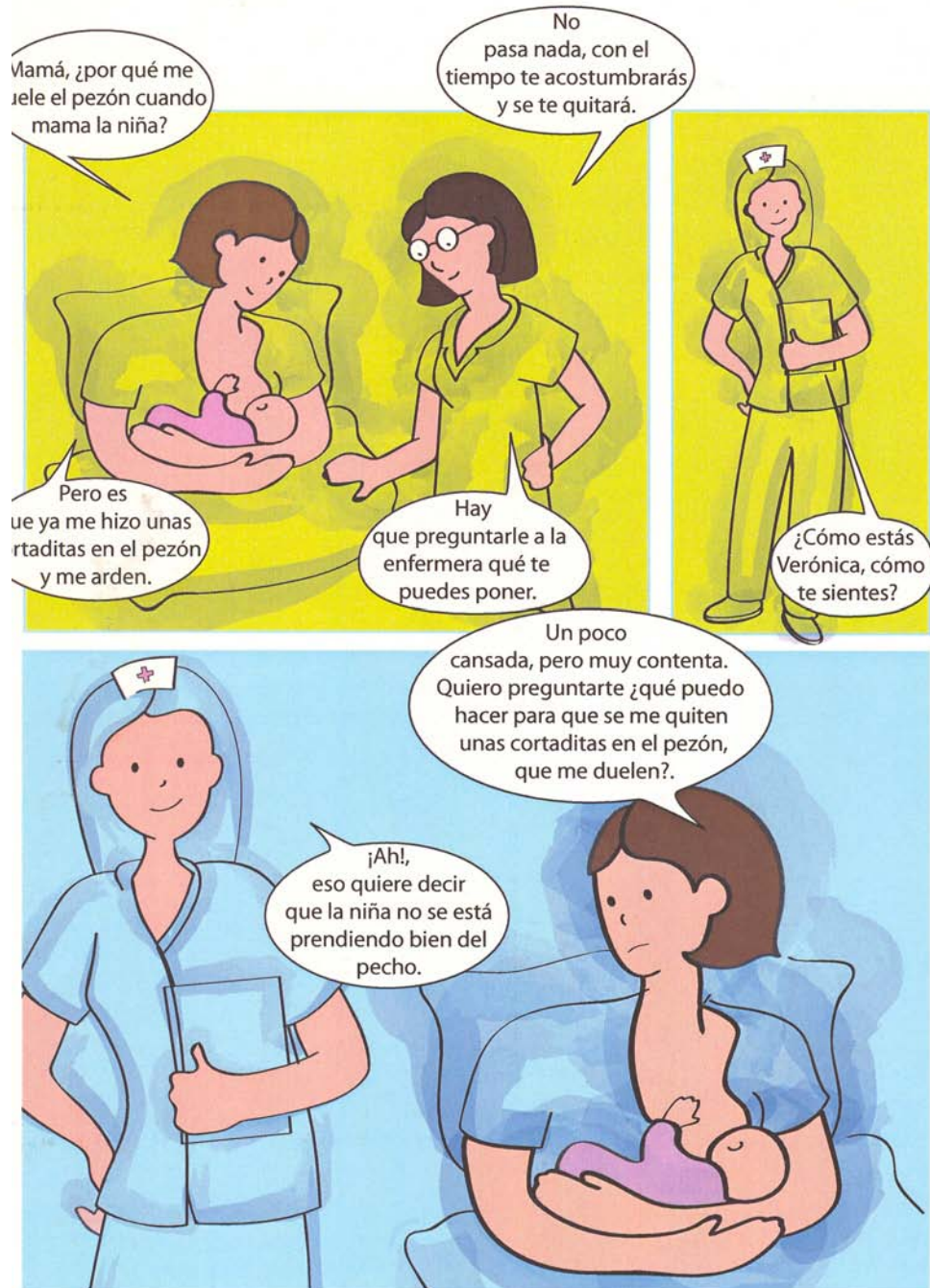
Cuidado de los pechos para amamantar



Es mejor preguntar,
amamantar no debe
doler ni lastimar

Historieta “Cuidado de los pechos para amamantar” (página 1)

Lucía acaba de nacer, su abuela y su mamá están con ella en el hospital...



Historieta “Cuidado de los pechos para amamantar” (página 2))

Agarre correcto del pecho

Las cortaditas o grietas en los pezones, son porque el niño no está succionando de manera adecuada.

Primero, acerca tu pezón a la boca del niño, hasta que la abra bien.

Asegúrate que tome todo tu pezón y parte de la areola (parte oscura).

Sus labios deberán estar hacia afuera (como pescadito), su nariz destapada y deberás escuchar como traga la leche.



1



2



Para aliviar congestión de los pechos

No dejes de amamantar, hazlo cada 1- 2 horas durante el día.

Si después de amamantar sigues sintiendo llenos tus pechos, puedes extraer la leche con tu manos o una bomba para aliviar la molestia.

Coloca compresas calientes sobre el pecho antes de amamantar y frías después de hacerlo.

Evita cualquier tipo de presión en tus pechos.



Historieta “Cuidado de los pechos para amamantar” (página 3)



Tarjetón ¡Tú leche sí es suficiente! (Anverso)

¡Tu leche sí es suficiente!

Cuando amamantas por primera vez, podría preocuparte no llenar al niño. Te gustaría estar segura de que produces la suficiente cantidad de leche y también saber qué tan seguido debes dársela. No se requiere mucha ciencia para responder a tus inquietudes, basta que mires con cuidado algunas señales sencillas.

Señales de un buen amamantamiento

- 1** De recién nacido, dale entre 8 y 12 veces el pecho durante todo el día, incluyendo la noche (24 horas). El niño pide el pecho tan seguido porque digiere fácilmente la leche materna.
- 2** Cada que termina de mamar, el niño está contento y tranquilo.
- 3** El niño está creciendo y ganando peso conforme pasan los días.
- 4** Al cambiar el pañal durante los primeros días de la vida del niño, puedes observar la cantidad de pañales que ensucia.



Día de vida del niño	Pañales mojados	Pañales sucios
Día 1	1	1 (color negro)
Día 2	1 ó 2	1 (color negro)
Día 3	3 (amarillo claro)	2 ó 3 (verdosas)
Día 4	4 (amarillo claro)	3 ó 4 (blandas, amarillentas)
Después del día 5	6 (amarillo claro)	3 ó 4 (blandas, amarillentas)

Tarjetón ¡Tú leche sí es suficiente! (Reverso)

Asegúrate de que el niño tenga un buen agarre al pecho, con dos pasos:

1

Estimula los labios del niño con tu pezón, para que abra bien su boca.



2

Coloca el pecho de forma que el niño agarre gran parte de la areola (piel mas oscura) y **no sólo la punta** de tu pezón. Su barbilla deberá tocar tu pecho y su nariz estar despejada para que pueda respirar.



Para aumentar tu producción de leche

- Dale solo el pecho. Si complementas con fórmula infantil, tu cuerpo reducirá la producción de leche.
- Permite que el niño decida cuándo quiere el pecho, no impongas tiempos ni horarios.
- Amamántalo con frecuencia, puedes ofrecer tu pecho cada 2 ó 3 horas durante el día, incluso con más frecuencia, no esperes a que lllore de hambre.
- Espera a que el niño termine de comer de un pecho antes de cambiarlo al otro.
- Aliméntate bien y toma suficientes líquidos y agua. No tomes cerveza.

¡Todas las madres saludables son capaces de producir suficiente leche y amamantar bien a sus hijos!



CENTRO DE INVESTIGACIÓN
EN ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO A.C.
www.ciad.mx

Tarjetón Amamantar es esencial (Anverso)

Amamantar es esencial

Si estás amamantando a tu hijo ¡Felicidades!, le estás dando al niño y te estás dando tú misma, un regalo de vida.

Beneficios para ti si solo alimentas con leche materna

- Te protege contra el cáncer de mama y ovario
- Te previene de osteoporosis
- Te ayuda a recuperar la figura, puedes perder 1 kg de grasa a los 3 meses posparto
- Te ahorra el gimnasio, es como si hicieras aerobics 1 hora al día
- Te ahorra al menos **\$585** el primer mes y **\$2300** durante los primeros 3 meses, porque no tienes que comprar las fórmulas infantiles.



¿Cuánta leche produces?

Se midió exactamente la cantidad de leche que dan a sus hijos nacidos en el Hospital de la Mujer del Estado de Sonora (HIMES), un grupo de madres como tú.



15 días posparto:
más de ½ litro de leche al día



3 meses posparto:
hasta 1 litro



Tarjetón Amamantar es esencial (Reverso)

¿Qué tan buena calidad tiene tu leche para el niño?

- Protege contra infecciones gastrointestinales y respiratorias
- Previene el desarrollo de alergias y otras enfermedades
- Va cambiando día a día de acuerdo a sus necesidades.
- *Ayuda a un crecimiento y desarrollo perfectos:

15 días de edad: aumenta 700 gramos de peso y crece 2.5 centímetros

3 meses de edad: aumenta 3 kg de peso y crece 10 centímetros.

**Se midió a los hijos de las mismas madres de Hermosillo a las que se cuantificó la leche que producían.*

¿Hasta qué edad debes y puedes amamantar al niño?

Tu leche cubre todas las necesidades del niño durante sus primeros 6 meses. Después, puedes continuar amamantando hasta los 2 años, al mismo tiempo que le das otros alimentos, iniciando con pequeñas cantidades y de uno en uno.

¡No dudes en continuar amamantando todo el tiempo que puedas, tu leche siempre sirve al niño, aun después de los 6 meses!

Tarjetón Cómo cuidar tus pechos para amamantar (Anverso)

Cómo cuidar tus pechos para amamantar

A veces, cuando inicias el amamantamiento, se te agrietan los pezones o sientes dolor. Hay algunos consejos sencillos para evitar o curarte las molestias.

Asegúrate de que el niño tenga un buen agarre al pecho al amamantarlo, con dos pasos:



1 Estimula los labios del niño con tu pezón, para que abra bien su boca.



2

Coloca el pecho de forma que el niño agarre gran parte de la areola (piel más oscura) y **no sólo la punta** de tu pezón. Su barbilla deberá tocar tu pecho y su nariz estar despejada para que pueda respirar.



Si vuelve a doler el pecho cuando estás amamantando, intenta colocar de nuevo al niño. Coloca tu dedo limpio entre sus encías, jala un poquito hacia abajo y espera a que suelte el pezón.

Si tienes grietas en los pezones

- Procura que el niño se agarre bien para mamar.
- Cuando el niño termine de mamar, ponte unas gotas de tu leche en el área lastimada y frótala. Déjala secar al aire. También puedes utilizar alguna crema o ungüento en tus pezones, asegurándote que es especial para amamantar.
- No laves los pezones antes y después de amamantar, la piel de esa área es delicada y se podría resecar. Alimenta primero al niño del pecho que menos te duela.
- Si usas sostén, procura que sea de algodón.
- Si el dolor es muy fuerte y dejas de amamantar por un día, saca la leche con tus manos, para que no se detenga la producción. Evita las bombas o sacaleches ya que podrían aumentar el dolor.

Tarjetón Cómo cuidar tus pechos para amamantar (Reverso)

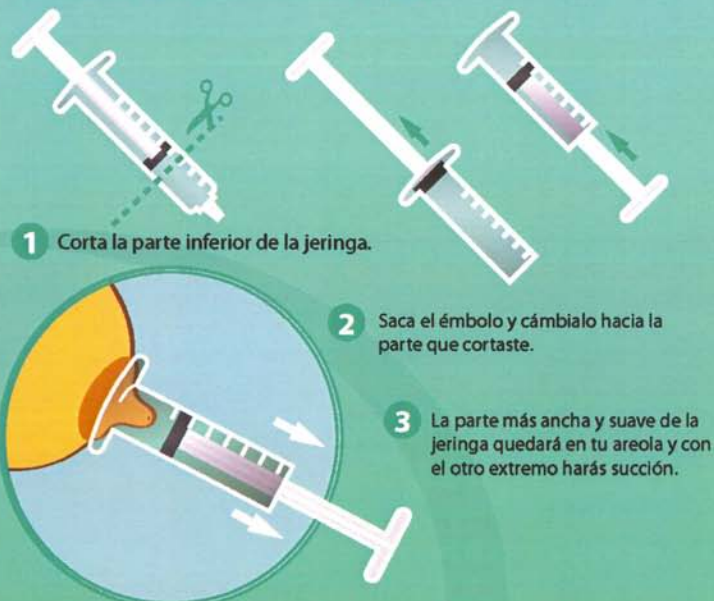
Si están congestionados los pechos y te duelen

- Tus pechos no deben de estar duros para sentir que estas produciendo leche; el sentirlos así, es señal de que se llenaron demasiado y hay que sacar la leche.
- No esperes a que el niño te pida de comer, ofrece tu pecho en caso de sentirlos llenos o utiliza tus manos o un sacaleches para extraer tu leche.
- Evita cualquier tipo de presión sobre tus pechos. Algunas blusas, leotardos, trajes de baño o sostenes apretados, pueden tapan los conductos por donde sale la leche y provocar que se pongan duros o se congestionen los pechos.
- Busca diferentes posiciones cada vez que amamantes al niño.
- Puedes utilizar compresas calientes antes de amamantar y frías después de hacerlo, esto ayudará a disminuir la congestión de tus pechos y hará más fácil sacar la leche.
- Si el dolor continúa y no mejoras, visita a tu médico o centro de salud más cercano para una revisión de tus pechos.

Si tienes pezones planos o invertidos

¡Desde luego que puedes amamantar a tus hijos, solo ten paciencia! Primero necesitas probar algunas maneras de formar el pezón antes de iniciar el amamantamiento, para ver cuál te resulta.

- Estimula la areola durante unos minutos con tu dedo índice y pulgar para formar el pezón.
- Intenta con un sacaleches o bomba sacar y formar el pezón.
- Usa una jeringa de plástico de 20 ml (sin aguja).



¡Procura que tu hijo tenga la boca bien abierta, con los labios hacia fuera, con un buen agarre y a amamantar!



CENTRO DE INVESTIGACIÓN
EN ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO A.C.
www.ciad.mx