
Creencias Hacia la Lactancia Materna y la Actitud Hacia Apoyar la Lactancia en Público de un Grupo de Estudiantes de Salud de una Escuela Superior de la Región Educativa de Caguas

NILDABEL ACOSTA TORRES, MPHE*; VIRGINIA VÁZQUEZ, MPHE, PsyD*;
RENÉ R. DÁVILA TORRES, MS*; ANA M. PARRILLA RODRÍGUEZ, MD, MPH, IBCLC†

El objetivo de este estudio fue identificar las creencias hacia la lactancia materna y la actitud de apoyar la lactancia en público en un grupo de estudiantes de salud de una escuela superior de la Región Educativa de Caguas. El diseño de investigación fue descriptivo correlacional. La muestra fue de 101 estudiantes matriculados en el curso de salud. Se utilizó un cuestionario autoadministrable para recopilar la información. Estadísticas descriptivas e inferenciales (χ^2 cuadrado y pruebas t) fueron utilizadas para el análisis de los datos. Se encontró que los participantes en su mayoría tienen la intención de lactar o apoyar la

lactancia de sus hijos. Sin embargo, se observaron creencias equivocadas acerca de la lactancia que podrían ser barreras en un futuro al momento de lactar. Así también se observó que el apoyo de la lactancia se ve reducido por el lugar donde se llevaría dicho proceso. Específicamente, el apoyo más frecuente fue para lugares que no fueran públicos. En conclusión, se demostró la necesidad de desarrollar programas educativos dirigidos a brindar información correcta sobre el proceso de lactancia materna y la importancia de lactar en público en los participantes. *Palabras clave: Lactancia, Actitud, Creencias, TRA*

La lactancia materna es el proceso de dar leche materna como alimento para el recién nacido y al infante (1). A principios de siglo, la lactancia materna era lo tradicional y se realizaba por largos períodos de tiempo. Para esta época la sociedad era predominantemente agrícola y subdesarrollada, carentes de educación formal y acceso a servicios médicos. La práctica de la lactancia materna en Puerto Rico ha disminuido grandemente en los pasados 30 años. Coincide con los cambios debidos al desarrollo económico, la industrialización y el aumento en el número de programas de asistencia por parte del gobierno, incluyendo cupones de alimento y el Programa del Cuidado de la Madre y el Infante (WIC).

A partir de 1950, se iniciaron en Puerto Rico varias transformaciones, tanto en la industria como en el comercio que influyeron grandemente en la estructura familiar. Se iniciaron esfuerzos para establecer en el país un sistema de prestación de servicios de salud, en el que se atenderían los principales problemas causantes de la morbilidad en la población. En relación con la lactancia materna, la medicalización del proceso reproductivo provocó el aumento en el uso de fórmulas de leche enlatada y el progresivo abandono del amamantamiento. El abandono de la lactancia materna fue de tal magnitud que el porcentaje de bebés amamantados en Puerto Rico a principios de la década del ochenta era más bajo (38%) que los porcentajes reportados por otros países latinoamericanos (74% a 97%) y el reportado para los Estados Unidos (54%) (3).

En los últimos años se ha intentado resaltar la importancia de la lactancia materna y los peligros que representa la alimentación artificial. La población de mayor nivel educativo está muy conciente y es quien más ha impulsado esta práctica. Dentro de los objetivos nacionales de Estados Unidos para el año 2,000, se

De los Programas de Educación en Salud* y Madres y Niños† de la Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

Dirigir correspondencia a: René R. Davila, PO Box 822, Barceloneta, Puerto Rico, 00617

encuentra el que se refiere a la práctica de la lactancia materna. Este objetivo establece, que 75% de las madres logren lactar a sus recién nacidos durante la primera semana subsiguiente al parto y que un 50% de las madres lacten a sus infantes hasta los 5 ó 6 meses de edad (4).

Con el propósito de alcanzar este objetivo y mejorar la salud de los recién nacidos e infantes en Puerto Rico, el Departamento de Salud estableció una política pública dirigida a la promoción de la lactancia materna el 21 de febrero de 1995. Este acto culminó el esfuerzo de múltiples profesionales de la salud entre los cuales se encontraban técnicos y ejecutivos del Departamento de Salud, coordinadores del Programa WIC, educadoras en lactancia de la comunidad, médicos de la práctica privada y personal de organizaciones no gubernamentales. En ella se establecieron una serie de prioridades, tales como : la necesidad de fomentar entre la población general la conceptualización de la lactancia materna como norma y como proceso necesario para el logro de un buen estado de salud de la madre y el infante, mediante el desarrollo de un programa educativo amplio y multidisciplinario que provea información correcta sobre la lactancia materna (1). Uno de los mecanismos para satisfacer esta necesidad es el desarrollar un programa educativo para las escuelas públicas y privadas con información correcta sobre lactancia materna a los estudiantes que en un futuro serán padres.

Varios factores socioeconómicos y legales impactan negativamente la lactancia materna y favorecen la alimentación artificial. Uno de ellos es la Ley de Madres Obreras de 1942, que provee para una licencia de maternidad hasta de siete semanas en el período postnatal, establece que el sueldo a pagarse a la mujer trabajadora durante ese tiempo será solamente la mitad del salario habitual de ésta, lo cuál hace que muchas madres regresen antes a su trabajo para poder satisfacer sus necesidades económicas. Aunque ésta y otras leyes proveen protección parcial a la mujer trabajadora durante y después de su embarazo, no existe, ni ha existido en Puerto Rico legislación, hasta 1995, política de gobierno que apoye la lactancia (1).

Otro de los factores que por muchos años fue perjudicial para la lactancia materna fue el Programa Especial de Alimentos Suplementarios para Mujeres, Infantes y Niños del gobierno de Estados Unidos (WIC). Este programa, establecido en 1974, le sirve a mujeres y niños pobres con mayor riesgo nutricional. Los administradores encontraron que su presupuesto no le permitía atender la demanda de cerca del 50 por ciento de su población elegible y que la razón principal para esto era que el 28 por ciento de los dineros se gastaban en comprar leche artificial. También se encontró que las clientes del plan

WIC tenían índices de lactancia inferiores a la otras madres en los Estados Unidos. Por esta razón, desde 1989, el gobierno federal ha tomado medidas para que las oficinas del plan WIC tengan programas activos para fomentar la lactancia materna.

Las barreras hospitalarias es otro factor que ha llevado a la disminución de la lactancia materna en Puerto Rico. Nueve de cada diez personas del personal de servicios de salud refirió no saber el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna, ninguno de los hospitales tenía una política escrita sobre la lactancia materna, todos los hospitales acostumbraban dar glucosa a los recién nacidos y solo el 22% de los hospitales privados permitían el alojamiento conjunto de la madre y su bebé. Ninguno de los hospitales públicos lo permitía (5).

De acuerdo a estudios realizados fuera de Puerto Rico como el de Forester (6), algunos de los factores asociados a la disminución de la lactancia materna incluyen : la edad de la madre, bajo nivel educativo alcanzado, trasfondo socioeconómico bajo, etnicidad y localización geográfica. Así también, actitudes negativas, dificultad percibida, inconveniencia, falta de información y la falta de apoyo social (6).

Varios de los factores antes mencionados se pueden trabajar en la etapa escolar, como por ejemplo: las actitudes, el fomentar el apoyo social y el nivel de información adecuado que forma las creencias. Se deben identificar las creencias, la actitud hacia la lactancia materna en público que éstos estudiantes poseen y su relación con la intención de lactar para que un programa de promoción y educación sobre la lactancia materna en las escuelas de nivel secundario sea efectivo.

El propósito de esta investigación fue identificar las creencias y la actitud hacia la lactancia materna en público que poseen un grupo de estudiantes de escuela superior y su relación con la intención de lactar.

El marco teórico para esta investigación fue la Teoría de Acción Razonada (TRA). Es una teoría general de la conducta humana en la cual se establecen las relaciones entre las creencias, las actitudes, las intenciones de actuar y la conducta (7). Esta teoría intenta explicar una variedad de conductas con referencia a un número pequeño de conceptos que están ligados entre sí en un sistema teórico simple (8).

La teoría de acción razonada provee información al momento de diseñar intervenciones en educación en salud. La TRA es un modelo cognitivo y su aplicación provee predictores fuertes y valiosos de una variedad de decisiones relacionadas con la salud, incluyendo decisiones sobre aborto, intención de planificar los hijos, decisión de lactar y numerosos estudios en toma de

decisiones en el uso de contraceptivos. La teoría de acción razonada sugiere que la intención de un individuo a realizar una conducta específica es una función lineal de una respuesta afectiva de él o ella a realizar la conducta (actitudes) y las normas sociales percibidas sobre la conducta. Las actitudes son, a su vez, predichas por las creencias individuales sobre la probabilidad y evaluación de las consecuencias de realizar la conducta. La fortaleza de la teoría se basa en la clara definición de variables, el uso de una escala de medición bien sustentada, en una clara relación entre variables y su base en las creencias de la población bajo estudio (9).

La teoría de acción razonada ha sido utilizada para predecir y explicar por qué las personas se comprometen o llevan a cabo ciertos tipos de conducta. Esta teoría propone que una conducta volitiva es predicha en la intención de realizar la conducta que es función de las actitudes hacia la realización de la conducta (10).

Según la teoría de acción razonada propuesta por Ajzen y Fishbein (7), la intención de ejecutar una conducta se puede explicar por medio de la combinación de las actitudes sobre una acción en particular y la percepción de la reacción normativa agradable a esa acción. La teoría se enfoca en las actitudes individuales hacia una conducta (las creencias personales de que la conducta producirá ciertos resultados) y su evaluación de los resultados; y en las normas subjetivas (creencias personales de que ciertos individuos o grupos piensan que él puede o no llevar a cabo la conducta) (11).

Para propósitos de este estudio sólo se midieron las creencias y actitudes y su relación con la intención de realizar una conducta. En este caso la conducta es lactar a un infante o apoyar la lactancia materna en un futuro. Debido a la relación existente entre las creencias y actitudes con la intención de realizar una conducta, al identificar estas variables se puede predecir la probabilidad de que realicen o no la conducta en un futuro. De esta manera se podrían diseñar intervenciones educativas para la promoción de la lactancia materna donde se les pueda informar sobre los beneficios de la lactancia y aclarar las dudas que tengan. No se tomará en consideración las creencias normativas ni las normas subjetivas planteadas en este modelo.

Metodología

Diseño del estudio. El diseño de este estudio fue de tipo exploratorio (descriptivo correlacional). En los diseños descriptivos el investigador no persigue probar hipótesis sino buscar información que lo ayude a conocer la naturaleza de la situación, el fenómeno o la población y facilite la toma de decisiones.

Los diseños correlacionales son diseños no experimentales en los cuales no hay intervención. Los mismos envuelven el recopilar datos en dos o más variables y explorar la relación entre ellas. La mayor ventaja de los diseños correlacionales es la habilidad para investigar relaciones complejas entre varias variables en un estudio simple (12).

Población y muestra. La población bajo estudio fueron los 745 estudiantes de una Escuela Superior en Puerto Rico. Esta es una escuela de la comunidad que cuenta con los niveles de décimo, undécimo y duodécimo grado. La escuela está ubicada en una zona urbana y recibe estudiantes, tanto de la zona urbana como de la rural. La muestra estuvo constituida por 140 estudiantes matriculados en el curso de salud de la escuela superior, lo que representa el 18.8% de la población bajo estudio. Se seleccionó esta población ya que la directora no autorizó que todos los estudiantes de la escuela participaran, por la cantidad amplia de estudiantes que la componen.

Los criterios de inclusión fueron que el estudiante estuviera matriculado en el curso de salud de la escuela superior, que estuviera presente el día en que se administrará el cuestionario y entregara la autorización de sus padres y su consentimiento. Los criterios de exclusión fueron los estudiantes que se ausentaran el día de administrar el cuestionario y los estudiantes no autorizados por sus padres a participar.

Descripción del instrumento. La forma de recolección de datos para esta investigación fue por medio de un cuestionario autoadministrable. El cuestionario consistió de cuatro partes. La primera parte contenía información sociodemográfica y consistió de 12 preguntas. La segunda parte estaba constituida por diecinueve aseveraciones para identificar las creencias sobre la lactancia materna. La tercera parte consistió de 16 situaciones o lugares en los cuales se podía lactar a un bebé para identificar la actitud hacia lactar en público si el bebé fuera propio o de otra persona. Por último, la cuarta parte constó de dos preguntas, una para cada sexo, donde se puede identificar la intención de lactar en un futuro por parte de las jóvenes y la intención de apoyar la lactancia en un futuro por parte de los varones. El cuestionario les tomó aproximadamente 15 minutos en contestarlo.

Análisis estadístico. Estadísticas descriptivas fueron utilizadas en el estudio. Se utilizó el programa "SPSS Statistical Package for the Social Sciences". Además, se utilizó análisis de tablas cruzadas con el fin de hacer descripciones más específicas de las variables estudiadas.

Así también, se utilizó la prueba de Chi cuadrada para medir asociaciones entre las creencias y el género, la Prueba t- student y Kruskal Wallis para medir diferencias

en puntuación promedio obtenidas por los participantes en la escala de actitud.

Resultados

Características sociodemográficas. Respecto a las características sociodemográficas se encontró que el 57.4% de los participantes eran del sexo masculino y que el restante 42.6 % eran del sexo femenino. Para la población estudiada la mediana de edad fue de 17 años, la edad máxima fue de 19 años y la mínima fue de 16 años. Para efectos de análisis se crearon tres categorías, encontrándose que el 23.2 % tenía 16 años o menos, el 45.5 % tenía 17 años y el 31.3 % tenía 18 años o más. Al comparar por sexo el grupo de 16 años o menos en su mayoría fueron del sexo femenino (29.3%) y en las categorías, 17 años y 18 años o más el sexo masculino predominaba, 46.6% y 34.5% respectivamente (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los participantes por edad y sexo.

Edad	Femenino		Masculino		Total*	
	n	%	n	%	n	%
≤16	12	29.3	11	19.0	23	23.2
17	18	43.9	27	46.6	45	45.5
>18	11	26.8	20	34.5	31	31.3
Total	41	100.0	58	100.0	99	100.0

Mediana =16 años

*Casos perdidos = 2

La población que se estudió fueron los estudiantes matriculados en el curso de salud de la escuela superior escogida. El 40.6% de los estudiantes cursaba el undécimo grado y el 59.4% cursaba el duodécimo grado. No participaron estudiantes de décimo grado pues los que estuvieron durante el primer semestre en el curso completaron su crédito en salud y se dieron de baja para el segundo semestre. Al comparar por sexo los estudiantes de undécimo grado eran mayormente del sexo femenino (44.2%) y los estudiantes de duodécimo era en su mayoría del sexo masculino (62.1%) (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución participantes por grado escolar y sexo.

Grado	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Undécimo	19	44.2	22	37.9	41	40.6
Duodécimo	24	55.8	36	62.1	60	59.4
Total	43	100.0	58	100.0	101	100.0

El 35.6 % de los participantes residían en la zona urbana y el 64.4 % en la zona rural. Para ambos sexos la mayoría

residia en la zona rural (65.1% femenino y 63.8% masculino) (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de los participantes por zona de residencia y sexo.

Zona de Residencia	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Urbana	15	34.9	21	36.2	36	35.6
Rural	28	65.1	37	63.8	65	64.4
Total	43	100.0	58	100.0	101	100.0

En cuanto al estado civil de los participantes se encontró que el 89.1% son solteros (as) y el 10.9% son casados (as). Por sexo, el 16.3% de las mujeres están casadas en comparación con los varones que solo el 6.9% están casados (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de los participantes por estado civil y sexo.

Estado Civil	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Soltero(a)	36	83.7	54	93.1	90	89.1
Casado(a)	7	16.3	4	6.9	11	10.9
Conviviendo con pareja	--	--	--	--	--	--
Total	43	100.0	58	100.0	101	100.0

El ingreso mensual aproximado de la familia en su mayoría fue de \$100 a \$499 (27.9%). Para el sexo femenino el ingreso mensual aproximado fue predominantemente de \$100 a \$499 y de \$500 a \$999 (26.7% respectivamente) y para el sexo masculino predominó el ingreso de \$100 a \$499 (28.9%) (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de los participantes por sexo e ingreso mensual aproximado de la familia.

Ingreso Mensual	Femenino		Masculino		Total*	
	n	%	n	%	n	%
0-\$99.99	3	10.0	3	7.9	6	8.8
\$100-\$499.99	8	26.7	11	28.9	19	27.9
\$500-\$999.99	8	26.7	10	26.3	18	26.5
\$1000-\$1499.99	7	23.3	7	18.4	14	20.6
\$1500 o más	4	13.3	7	18.4	11	16.2
Total	30	100.0	38	100.0	68	100.0

*Casos perdidos = 33

Del total de la población, el 4.0 % tiene hijos, de los cuales el 100.0% fue lactado en combinación con leche materna, mientras que el 96.0 % no tienen hijos. El 7.0% de las mujeres y el 1.8% de los varones tienen hijos (Tabla 6). El 66.7% combinó la leche materna y fórmula 5 a 6

Tabla 6. Distribución de los participantes por número de hijos y sexo.

Hijos	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí	3	7.0	1	1.8	4	4.0
No	40	93.0	56	98.2	96	96.0
Total	43	100.0	57	100.0	100	100.0

*Casos perdidos = 1

veces al día y el restante 33.3% combinó la leche materna con fórmula 1 a 2 veces al día.

Creencias acerca de la lactancia materna por sexo.

A continuación se presentan las respuestas a las premisas relacionadas con las creencias acerca de la lactancia materna. Para efecto de análisis se agruparon las respuestas como correctas o incorrectas.

El 19.0% de los participantes indicó que la leche artificial es un método de alimentación no costoso. Específicamente, el 20.7% de los varones y el 16.6% de las mujeres piensan que la leche artificial no es un método costoso de alimentación. Así también, se encontró que el 13.9% de los participantes creen que la lactancia materna no protege al bebé contra infecciones, específicamente esta creencia se observó en el 18.9% de los varones.

En cuanto a si la lactancia materna es un método anticonceptivo natural, se encontró que el 30.0% piensa que no lo es. Tanto los varones (26.8%) como las mujeres (36.5%) creen que el lactar no protege anticonceptivamente a la madre. Un 69.4% piensan que la alimentación con leche artificial hace posible que el papá se envuelva en la alimentación del bebé, mientras que la lactancia materna no lo permite. Esta creencia se observó en el 53.5% de las mujeres y el 81.1% de los varones. Más aún el 48.0% de los participantes consideran que la lactancia materna limita la vida social de la madre. Al observarlo por género la proporción fue una similar, el 45.0% de las mujeres y el 50.0% de los varones están de acuerdo con la premisa.

Un 35.6%, 39.6% y 51.0% de los participantes creen que las mujeres nacen sabiendo como amamantar, que la cantidad de leche que produce el seno depende de su tamaño y que la lactancia es un proceso difícil y doloroso. En relación a las mujeres el 32.6% piensan que las mujeres nacen sabiendo lactar, el 28.6% que la cantidad de leche que produce el seno depende de su tamaño y el 59.5% que la lactancia materna es un proceso difícil y doloroso. Mientras que en los varones, el 38.0% creen que las mujeres nacen sabiendo como amamantar, el 46.6% que la cantidad de leche que produce el seno depende de su tamaño y el 44.4% que la lactancia es un proceso difícil y doloroso.

Un 46.5% (47.7% mujeres y 45.6% varones) creen que las madres muy nerviosas no pueden amamantar a sus bebés. El 56.7% (64.3% mujeres y 50.9% varones) indicaron que la lactancia materna hace que se caiga el busto y el 38.5% (36.6% mujeres y 40.0% varones) creen que la lactancia materna hace más difícil la pérdida de peso.

Sobre si la madre lactante debe llevar una dieta específica para lactar, el 62.9% (63.4% mujeres y 62.8% varones) piensan que sí se debe llevar una dieta específica. El 50.0% (52.3% mujeres y 48.3% varones) indicaron que no es posible amamantar al bebé y además trabajar o estudiar fuera del hogar. Así también, un 36.7% (36.7% mujeres y 36.8% varones) piensan que la leche materna debe alternarse con leche artificial.

Por último, se encontró que el 39.0% (33.3% mujeres y 43.1% varones) creen que los niños alimentados con leche artificial o fórmula son más saludables. El 41.6% (32.7% mujeres y 48.3% varones) piensan que la leche materna no abastece al niño(a) y un 42.0% (38.2% mujeres y 46.5% varones) creen que la leche artificial provee la mejor nutrición para el bebé.

Se encontró una asociación significativa entre el sexo del participante y la creencia sobre “la alimentación con leche artificial hace posible que el papá se envuelva en la alimentación del bebé mientras que con la lactancia materna no es posible”. Específicamente los varones creen en mayor proporción (81.1%) que las mujeres (53.5%) que la alimentación con leche artificial hace posible que el papá se envuelva en la alimentación del bebé mientras que con la lactancia materna no es posible ($\chi^2 = 8.81$; $p = .002$). De igual forma se encontró una asociación marginalmente significativa entre el sexo del participante y las premisas que indican que la lactancia materna protege al bebé contra infecciones ($\chi^2 = 2.97$; $p = .08$) y que la cantidad de leche que produce el seno depende de su tamaño ($\chi^2 = 3.31$; $p = .06$). Específicamente, los varones creen en mayor proporción que las mujeres que la lactancia materna no protege al bebé contra infecciones (18.9% y 46.6%, respectivamente) y que la cantidad de leche que produce el seno depende de su tamaño (6.9% y 28.6%, respectivamente) (Tabla 7).

Tiempo Mínimo de Alimentación con Leche Materna o con Leche artificial. La alimentación del bebé con leche materna, se recomienda que sea hasta que tanto la madre como el infante lo deseen. Por lo tanto, puede ser más de 12 meses. La alimentación con leche artificial, por lo general, se da hasta los 12 meses y luego se le cambia a leche fresca o evaporada. Al preguntar sobre cuánto tiempo mínimo se debe alimentar al infante con leche materna, la mayoría respondió de 4 a 6 meses (29.3%) seguido por los que indicaron de 1 a 3 meses (27.3%).

Tabla 7. Distribución por sexo de las respuestas a las premisas relacionadas con las creencias acerca de la lactancia.

Premisa	Femenino				Masculino				Total				X ²	p
	Correctas		Incorrectas		Correctas		Incorrectas		Correctas		Incorrectas			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
La lactancia materna establece una relación de apego entre la madre y el bebé. (Cierto)	42	97.7	1	2.3	52	89.7	6	10.3	94	93.1	7	6.9	2.46	0.23
La leche artificial es un método de alimentación costoso. (Cierto)	35	83.4	7	16.6	46	79.3	12	20.7	81	81.0	19	19.0	0.26	0.61
La lactancia materna provee la mejor nutrición para el bebé. (Cierto)	43	100.0	0	0.0	55	94.8	3	5.2	98	97.0	3	3.0	2.29	0.25
La lactancia materna protege al bebé contra infecciones. (Cierto)	40	93.1	3	6.9	47	81.1	11	18.9	87	86.1	14	13.9	2.97	0.08**
La lactancia materna es un método anticonceptivo natural. (Cierto)	26	66.5	15	36.5	41	73.6	15	26.8	67	69.1	30	30.9	1.06	0.30
La alimentación con leche artificial hace posible que el papá se envuelva en la alimentación del bebé, mientras que con la lactancia materna no es posible. (Falso)	20	46.5	23	53.5	11	18.9	47	81.1	31	30.7	70	69.4	8.81	0.002*
La lactancia materna limita la vida social de la madre. (Falso)	23	54.8	19	45.0	28	50.0	28	50.0	51	52.0	47	48.0	0.22	0.64
Las mujeres nacen sabiendo cómo amamantar a sus bebés. (Falso)	29	67.4	14	32.6	36	62.0	22	38.0	65	64.4	36	35.6	0.31	0.57
La cantidad de leche que produce el seno depende de su tamaño. (Falso)	30	71.4	12	28.6	31	53.4	27	46.6	61	60.4	39	39.6	3.31	0.06**
La lactancia materna es un proceso difícil y doloroso. (Falso)	17	40.5	25	59.5	30	55.6	24	44.4	47	49.0	49	51.0	2.15	0.14
Las madres muy nerviosas no pueden amamantar a sus bebés. (Falso)	22	52.3	20	47.7	31	54.4	26	45.6	53	53.5	46	46.5	0.04	0.84
La lactancia materna hace que se caiga el busto. (Falso)	15	35.1	27	64.3	27	49.1	28	50.9	42	43.3	55	56.7	1.74	0.18
La lactancia materna hace más difícil la pérdida de peso. (Falso)	26	63.4	15	36.6	33	60.0	22	40.0	59	61.5	37	38.5	0.12	0.73
Para lactar al bebé la madre debe de llevar una dieta específica. (Falso)	15	36.6	26	63.4	21	37.2	35	62.8	36	37.1	61	62.9	0.01	0.92
No es posible amamantar al bebé y además trabajar o estudiar fuera del hogar. (Falso)	20	47.7	2	5.2	30	51.7	28	48.3	50	50.0	50	50.0	0.16	0.68
La leche materna debe alternarse con leche artificial. (Falso)	26	63.3	15	36.7	36	63.2	21	36.8	62	63.3	36	36.7	0.03	0.84
Los niños alimentados con leche artificial o fórmula son más saludables. (Falso)	28	66.7	14	33.3	33	56.9	25	43.1	61	61.0	39	39.0	0.98	0.32
La leche materna no abastece al niño. (Falso)	29	67.3	14	32.7	30	51.7	28	48.3	59	58.4	42	41.6	2.51	0.11
La leche artificial provee la mejor nutrición para el bebé. (Falso)	27	61.8	16	38.2	31	53.5	26	46.5	58	58.0	42	42.0	0.71	0.39

Nota: El asterisco (*) significa $p < .05$. El doble asterisco** significa marginalmente significativo a $p < .05$.

Mientras que para la leche artificial la mayoría respondió que el tiempo mínimo debe ser más de 12 meses (40.6%) seguidos por los que indicaron de 10 a 12 meses (16.7%). Al comparar por sexo, el 31.0% del sexo femenino respondió que el tiempo mínimo de alimentación con leche materna es de 4 a 6 meses y con leche artificial más de 12 meses, con un 40.5%. Para el sexo masculino la alimentación con leche materna piensan que debe ser de 1 a 3 meses (33.3%) y con leche artificial más de 12 meses (40.7%)

Actitud hacia apoyar la lactancia en público por sexo. Una lista de 16 lugares, fueron presentados a los participantes, en donde una madre puede lactar. Se observó en qué lugares los participantes apoyan la lactancia materna. Al presentar la situación de lactar en la casa, que es el único lugar no público presentado a los participantes, el 95.0% de los participantes apoyó la lactancia. Tanto para el sexo femenino (97.7%) como para el masculino (93.1%) la mayoría prefieren que se lacte en la casa.

En cuanto a la actitud de apoyar la lactancia en público, de todas las situaciones presentadas, lactar en la casa en presencia de familiares y en la casa con visita de mujeres solamente fueron las preferidas, 51.5% y 66.3%

respectivamente. Al comparar por sexo no hubo diferencias. Al comparar las situaciones; la casa en visita de mujeres solamente (66.3%); con la casa con visita de ambos sexos (32.7%) los participantes que apoyan la lactancia se reduce a la mitad. Se puede resaltar que de las quince situaciones o lugares presentados trece recibieron menos del 50.0% de apoyo. Al comparar por sexo los resultados fueron similares. Es de notar que el lugar que menos apoyo recibió fue en la casa de extraños (5.9%). Para el sexo femenino el lugar que menos apoyo recibió fue la guagua pública (7.0%) mientras que para el sexo masculino fue la casa de extraños (3.4%) (Tabla 8).

Al dividir los lugares en cuatro grupos, el 26.7% de los participantes apoya la lactancia en por lo menos 2 lugares, el 28.7% la apoya en 3 a 4 lugares y el 20.8% la apoya en 5 a 7 lugares. El 23.8% tubo una actitud más positiva ya que apoya la lactancia en 8 o más lugares de los presentados (Tabla 9).

Se encontró que no hay diferencia significativa entre el número promedio de lugares de apoyo a la lactancia y el género ($t = -.05$; $p = .96$). El promedio de lugares en que apoyan la lactancia fue de 5 para ambos sexos. Por grupo de edad no hay diferencia en el número promedio de lugares de apoyo a la lactancia ($k-w = 1.18$; $p = .55$).

Tabla 8. Respuestas por sexo a lugares o situaciones donde se puede lactar.

Situación o lugar	Femenino				Masculino				Total			
	Sí		No		Sí		No		Sí		No	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
La casa de amigos	16	37.2	27	62.8	21	36.2	37	63.8	37	36.6	64	63.4
La casa	42	97.7	1	2.3	54	93.1	4	6.9	96	95.0	5	5.0
La casa en presencia de familiares	22	51.2	21	48.8	30	51.7	28	48.3	52	51.5	49	48.5
La casa con visita de mujeres solamente	30	69.8	13	30.2	37	63.8	21	36.2	67	66.3	34	33.7
La casa con visita de ambos sexos	13	30.2	30	69.8	20	34.5	38	65.5	33	32.7	68	67.3
El parque	10	23.3	33	76.7	10	17.2	48	82.8	20	19.8	81	80.2
El centro comercial	6	14.0	37	86.0	10	17.2	48	82.8	16	15.8	85	84.2
La guagua pública	3	7.0	40	93.0	8	13.8	50	86.2	11	10.9	90	89.1
La iglesia	8	18.6	35	81.4	16	27.6	42	72.4	24	23.8	77	76.2
La casa de conocidos	14	32.6	29	67.4	21	36.2	37	63.8	35	34.7	66	65.3
Un baño público	21	48.8	22	51.2	15	25.9	43	74.1	36	35.6	65	64.4
La sala de espera del médico	19	44.2	24	55.8	25	43.1	33	56.9	44	43.6	57	56.4
La casa de extraños	4	9.0	39	90.7	2	3.4	56	96.6	6	5.9	95	94.1
El supermercado	5	11.6	38	88.4	8	13.8	50	86.2	13	12.9	88	87.1
La escuela	5	11.6	38	88.4	9	15.5	49	84.5	14	13.9	87	86.1
El trabajo	9	20.9	34	79.1	18	31.0	40	69.0	27	26.7	74	73.3

Tabla 9. Distribución de frecuencia por número de lugares o situaciones en donde apoyan la lactancia

Número de Lugares	n	%
0 a 2	27	26.7
3 a 4	29	28.7
5 a 7	21	20.8
8 a 16	24	23.8
Total	101	100.0

Tampoco se observó diferencia significativa entre el grado y el número promedio de lugares de apoyo a la lactancia en público, ($t = .62$; $p = .53$).

Intención de lactar o apoyar la lactancia. Cuando se les preguntó sobre si iban a lactar o a apoyar la lactancia en un futuro el 88.4% del sexo femenino lactará en un futuro, el 11.6% dijo que no lactará. Algunas de las razones expresadas para no querer lactar en un futuro fueron porque se le cae el busto, porque no le gusta, porque es doloroso y se maltratan los senos. A diferencia del sexo femenino, el 100% del sexo masculino apoyarán la lactancia en un futuro (Tabla 10).

Tabla 10. Intención de lactar o apoyar la lactancia en un futuro.

Intención	Femenino		Masculino	
	n	%	n	%
Lactar o apoyar la lactancia	38	88.4	58	100.0
No lactar o no apoyar la lactancia	5	11.6	-	-
Total	43	100.0	58	100.0

Nota. El guión (-) significa ausencia de casos.

Discusión

Las creencias son el primer componente de la Teoría de Acción Razonada que se investigó. Las creencias se basan en la información que la persona ha recibido acerca del tema y se evaluaron como correctas e incorrectas. Aproximadamente una quinta parte de las creencias presentadas fueron contestadas correctamente por los participantes. Lo que señala un conocimiento mínimo en los participantes acerca de la lactancia materna.

La mayoría de los participantes demostraron saber que: la lactancia materna establece una relación de apego entre la madre y el bebé, la lactancia materna provee la mejor nutrición para el bebé, protege al bebé contra infecciones y la alimentación con leche artificial es costosa. La literatura demuestra que las premisas antes mencionadas son ciertas. La relación de apego que se establece entre la madre y el infante y que es el mejor alimento que una

madre puede ofrecer a su hijo son algunos de los beneficios que tienen la lactancia materna (13). Además, se ha reportado en la literatura las propiedades antiinfecciones de la leche materna y lo costoso que es la alimentación con leche artificial, tanto para la familia como para el país (14,15). Contestar estas premisas correctamente sugiere que los participantes ven la lactancia como un método de alimentación seguro y económico para sus bebés, lo que podría motivarlos a considerarlo como método de alimentación para sus futuros hijos. Aún así, es importante señalar que, aproximadamente una quinta parte de los participantes, la mayoría varones, piensa que la alimentación con leche artificial no es costosa. Un pequeño porcentaje de los participantes tenía hijos e indicó haber alimentado a sus hijos con leche artificial en conjunto con leche materna lo que demuestra que no hubo lactancia materna exclusiva.

Aproximadamente una tercera parte de los participantes creen que la lactancia materna no es un método anticonceptivo natural. Esta creencia se observó en un porcentaje mayor de mujeres, lo que sugiere que las mujeres que decidan lactar, podrían utilizar por desconocimiento un método anticonceptivo incompatible con la lactancia materna obligando así a la madre lactante a abandonar la lactancia. La lactancia materna se considera un método anticonceptivo natural bajo las siguientes condiciones: si la madre lacta a tiempo completo y exclusivo, si pasados los cuarenta días después del parto la madre no experimenta menstruación y si no han transcurrido seis meses después del parto (16).

Otro aspecto importante es ver la lactancia como un método que implica solamente a la madre. En este estudio, siete de cada diez participantes entiende la lactancia materna como una actividad en la que el padre no se involucra en la alimentación de su bebé. Esta creencia se observó más en varones que en mujeres. Nos indica la falta de educación sobre el proceso de lactancia en los participantes, pues la lactancia requiere la participación de toda la familia para su éxito. Además, permite tanto al padre como a los familiares participar de la alimentación del bebé ayudando a la madre en las diferentes tareas del hogar, brindando apoyo en el proceso de la lactancia y ayudando en el cuidado del bebé.

Más de una tercera parte de los participantes de este estudio piensa que las mujeres nacen sabiendo cómo amamantar. Aunque esta es una cantidad menor que lo reportado en la literatura (55.8%), es una cantidad significativa de personas con creencias erróneas (17). La realidad es que el amamantamiento es una conducta aprendida y no instintiva. Este conocimiento se supone que se transmite de generación en generación pero actualmente en Puerto Rico no se practica la lactancia

tanto como antes, lo cuál significa la ausencia de continuidad en la enseñanza del amamantamiento. Al no ser una conducta popular, deben existir unas condiciones favorables para iniciar el proceso de lactancia con éxito como por ejemplo, algún familiar o amiga que haya lactado, la recomendación del médico y la ayuda de algún profesional de la salud especialista en lactancia materna.

Aproximadamente cuatro de cada diez de los participantes cree que la cantidad de leche que produce el seno depende de su tamaño, lo que representa una cantidad mayor que lo reportado en la literatura (uno de cada cinco) (17). Esta creencia demuestra un conocimiento erróneo acerca de esta premisa, lo cuál puede ocasionar el error de pensar que mientras más pequeño el seno menos leche producen; lo que puede ser un impedimento para la lactancia exclusiva pues la madre puede pensar que no produce suficiente leche y que necesita leche artificial para satisfacer la necesidad del bebé. Combinar la leche materna con leche artificial lleva a terminar con la lactancia materna en un período corto de tiempo.

Una creencia que demuestra la falta de educación sobre lactancia, tanto en mujeres como varones, es su opinión de entender la lactancia como un proceso difícil y doloroso. Esta creencia afecta negativamente la lactancia y más aún si esta creencia se observa mayormente en las mujeres. La literatura demuestra que la lactancia no es un proceso difícil en comparación con el método de alimentación con leche artificial y además no es doloroso (17). La alimentación con leche artificial es más difícil debido a que requiere la esterilización de botellas y mamaderas, la preparación de la leche artificial y calentar antes de ofrecerla al bebé; con la lactancia materna se evita pasar por este procedimiento. Además, durante la noche u horas de sueño, con la lactancia materna no es necesario levantarse a preparar la botella, sino que simplemente ofrece el pecho al bebé. La lactancia materna no es un método doloroso; sólo hay dolor cuando el bebé está mal colocado en el pecho o no tiene buen agarre. Se puede solucionar con una buena orientación y la ayuda de un profesional con conocimiento pleno sobre lactancia materna.

Aunque la mayoría de los participantes creen que la madre lactante debe llevar una dieta específica, la realidad es que la madre lactante puede comer lo que desee pues ningún alimento esta contraindicado con la lactancia. Aunque cabe señalar la responsabilidad de la madre al vigilar la reacción alérgica de su bebé ante algún alimento. Creer necesario una dieta en específico puede limitar la lactancia materna en la población bajo estudio pues si no pueden llevar una dieta por alguna razón, ponen en peligro la posibilidad de lactar a sus bebés. Estas personas muchas

veces van a establecimientos de comidas rápidas, los cuáles se catalogan como comidas poco nutritivas. La idea de llevar una dieta específica puede limitarlos y optar por abandonar la lactancia.

La mitad de los participantes piensa que no se puede amamantar al bebé mientras trabaja o estudia fuera del hogar. Esto es un aspecto negativo para la lactancia pues los participantes son adolescentes y estudiantes. Se les debe informar que trabajar o estudiar fuera del hogar no impide lactar a sus hijos, pues existe el equipo necesario tales como: bombas de extracción de leche y bolsas de almacenamiento, para facilitar la lactancia fuera del hogar, en el lugar de trabajo o estudio. Estas creencias negativas los lleva a alternar la leche materna con leche artificial lo que puede propiciar que la persona culmine con la lactancia.

Los varones creen en mayor proporción que las mujeres, que la lactancia materna no protege al bebé contra infecciones. Esta creencia es errónea y podría ser un motivo para tomar la decisión de apoyar o no la lactancia exclusiva. Se ha demostrado que la leche materna contiene unas propiedades que protegen al bebé contra infecciones (18).

En este estudio se demuestra claramente la falta de conocimientos por parte de los participantes. Aproximadamente cuatro de cada diez participantes cree que los bebés alimentados con leche artificial son más saludables y que la leche artificial provee la mejor nutrición para el bebé. El desconocimiento de los beneficios de la lactancia materna y de los peligros que representa utilizar la leche artificial es otro factor que debe cambiar para beneficio de la lactancia materna. Los bebés alimentados con leche artificial presentan una razón de morbilidad y mortalidad mayor que los alimentados con leche materna. Además, presentan manifestaciones alérgicas en mayor proporción que los bebés lactados (14).

En cuanto al tiempo mínimo que se debe alimentar al bebé con leche materna la mayoría de los participantes cree que debe ser hasta los 4 a 6 meses, contrario a lo reportado en la literatura donde se reporta de 7 a 9 meses como tiempo mínimo de alimentación con leche materna (17). Con leche artificial la mayoría indicó que debe ser hasta pasados los 12 meses al igual que lo indicado en la literatura (17). Esto indica que la mayoría piensa que la leche materna se debe dar los primeros meses solamente y luego dar leche artificial. Si tomamos en consideración que un porcentaje significativo piensa que la leche materna debe alternarse con leche artificial notamos que gran parte de los participantes tienen unas creencias erróneas acerca de este tema.

El segundo componente de la Teoría de Acción Razonada para este estudio fue la actitud hacia la lactancia

en público. Se presentaron una serie de situaciones, la mayoría de los participantes prefiere no lactar en público, o sea, que se debe lactar sólo en la casa. Como segunda opción, los participantes prefieren lactar en la casa en presencia de mujeres solamente. De las 15 situaciones en público ninguna recibió un apoyo significativo de los participantes. Los resultados de este estudio comparan con los resultados de los estudios de Donelda (17) y Forrester (6), donde se observa una disminución en el porcentaje de apoyo a la lactancia en público por parte de los participantes dependiendo del lugar o situación expresada. Aunque la tendencia fue la misma, los porcentajes de apoyo reportados en la literatura son más altos que los resultados en este estudio. Por ejemplo el apoyo en el centro comercial (20%), en el parque (27%) y la casa en presencia de familiares (86%) (6,17). Estos resultados demuestran la barrera de lactar en público para una lactancia exclusiva, indica una actitud negativa hacia la lactancia en público por la mayoría de los participantes. Casi una cuarta parte de los participantes apoya la lactancia en más de 8 lugares en público y el promedio de lugares que recibió apoyo por los participantes, tanto mujeres como varones, fue de cinco lugares, lo que demuestra el apoyo limitado a la lactancia en público de los participantes. Esto puede ser a consecuencia de factores culturales, sociales y religiosos que han llevado a la sexualización de los senos. Es decir, que no se tiene la visión de que la función natural de los senos es alimentar al bebé sino que se ven los senos únicamente como un órgano sexual. La sexualización de los senos ha llevado a que la mujer no se atreva a lactar en público y dado a que la mujer de hoy día pasa la mayor parte del tiempo fuera de su hogar ya sea trabajando, estudiando, visitando familiares o amigos, o de compras; la lactancia en público se ha reducido y se ha limitado al hogar.

El tercer componente de la Teoría de Acción Razonada que se investigó fue la intención de apoyar la lactancia o lactar en un futuro. Todos los varones indicaron que apoyarán la lactancia en un futuro, mientras que hubo un porcentaje pequeño de mujeres que no lactará. A pesar del poco conocimiento que tienen sobre la lactancia materna, la mayoría de los participantes tienen la disposición de lactar o apoyar la lactancia para sus futuros hijos. Esto puede ser debido a que la mayoría sabe que la lactancia materna establece una relación de apego entre la madre y el infante, que protege contra infecciones, que provee la mejor nutrición para sus hijos y que la alimentación con leche artificial es costosa.

A pesar de que hay una disposición a apoyar la lactancia o lactar en un futuro, los participantes demostraron tener una actitud negativa hacia lactar en público. Todo parece indicar que habrá lactancia en la casa solamente; por el

contrario no habrá lactancia en otros lugares tales como: la iglesia, el parque y los centros comerciales. Lo que podría no permitir que se logre la lactancia exclusiva.

Al aplicar la teoría de Acción Razonada a los resultados obtenidos se puede inferir que la mayoría de los participantes apoyarán la lactancia en un futuro o lactará a sus futuros hijos. Sin embargo, las mujeres lactarán sólo en la casa y por un corto periodo de tiempo. Combinarán la leche materna con leche artificial y utilizarán la leche artificial por lo menos hasta el primer año de vida del bebé. Esto puede contribuir en parte al cumplimiento de los objetivos nacionales para el año 2000 lo cual establece que 75% de las madres logren lactar a sus recién nacidos durante la primera semana subsiguiente al parto y que un 50% de las madres lacten a sus infantes hasta los 5 ó 6 meses de edad (4), pero no contribuye a cumplir con los objetivos para el año 2010, donde se establece la lactancia exclusiva hasta los seis meses de edad del infante y continuar lactando por lo menos hasta el primer año de vida. Además no contribuye a convertir la lactancia materna en una norma social.

Para convertir la lactancia materna en una norma, la actitud de la lactancia en público debe cambiar para que las madres se sientan cómodas de lactar libremente en el lugar donde se encuentren. Esto permitirá que la lactancia tenga una larga duración y que los bebés reciban la mejor nutrición.

Esto demuestra la necesidad de desarrollar programas educativos dirigidos a brindar información correcta sobre el proceso de lactancia materna en los participantes, ya que la literatura señala que las madres jóvenes o menores lactan menos que las adultas (19). También se demuestra la necesidad de educar a los varones participantes ya que esto ayudaría a eliminar la barrera que representa la lactancia materna en público y en la toma de decisiones al momento de elegir el método de alimentación para el bebé y en el tiempo de duración de la lactancia (20,21,22).

Conclusión

Los hallazgos de este estudio muestran el poco conocimiento de los participantes sobre la lactancia materna y que necesitan recibir información correcta sobre el tema. En la literatura se demuestra que los jóvenes en los grados escolares son más receptivos a recibir información nueva sobre los diferentes temas (23); lo cual contribuye a que se puedan diseñar cursos o talleres efectivos para que la lactancia materna se convierta en una norma social y cultural. Estos cursos o talleres deben ofrecerse a varones y mujeres, para reforzar conocimientos, clarificar dudas y proveer información nueva relacionada con la lactancia materna.

Abstract

The objective of this study was to identify the knowledge and attitudes towards breastfeeding and towards breastfeeding in public of a group of high school students in the Caguas Educational Region. The study design was a descriptive survey. The sample consisted of 101 students registered in the Health Course. A self administered questionnaire was used to gather the information. Descriptive and inferential statistics (chi square and t test) were used for data analysis. We found that the majority of the participants have the intention of breastfeeding or supporting breastfeeding for their children. We found, nevertheless, that there were misconceptions regarding breastfeeding which could develop into barriers for effective breastfeeding. It was also observed that support for breastfeeding varied depending on the location where it took place. Support was greater if it was done in non-public places. In conclusion, it became evident that there is a need for educational programs with correct information on breastfeeding and the importance of breastfeeding in public.

Referencias

1. Departamento de Salud. Gobierno de Puerto Rico. Política Pública para la Promoción de la Lactancia Materna en Puerto Rico. Secretaría Auxiliar para la Medicina Preventiva y Salud Familiar 1995.
2. Velasco EM. Assessment of Breastfeeding Education and Practice in Puerto Rico. Medical Science Campus, Graduate School of Public Health, University of Puerto Rico (Thesis). 1994.
3. Becerra J, Smith J. Breastfeeding patterns in Puerto Rico. *Am J Public Health* 1990;80:694-697.
4. U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Services. Healthy people 2000, 2010: national health promotion and disease prevention objectives. Washington D.C.; Government Printing Office 1991.
5. Parrilla A. Seminario sobre prácticas y actitudes entre los profesionales de la salud que influyen en el establecimiento de la lactancia como método de alimentación de infantes. (Tesis). Programa de Salud de la Madre y el niño. Escuela graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico 1994.
6. Forrester IT, Wheelock G y Warren A. Assessment of students' attitudes toward breastfeeding. *J Hum Lac* 1997;13:33-37.
7. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall 1980.
8. Manstead AS, Proffitt C, Smart JL. Predicting and understanding mothers' infant-feeding intentions and behavior: testing the theory of Reasoned Action. *J Person Soc Psych* 1983;44:657-671.
9. Baker SA, Morrison DM, Carter WB, Verdon MS. Using the theory of Reasoned Action to understand the decision to use condoms in an STD Clinic population. *Health Educ Quart* 1996;23:528-542.
10. Bandawe CR, Foster D. AIDS-related belief, attitudes and intention among Malawian students in three secondary schools. *AIDS care* 1996;8:223-32.
11. Shumaker SA, Schron EB, Ockene JK. The handbook of health behavior change. New York : Springer Publishing Company Inc; 1990.
12. Grady K E, Wallston BS. Correlational designs. Research in health care settings. Newbury Park: Sage Publications. 1988; 14:50-51.
13. Kavanaugh K, Meier F. The rewards outweigh the efforts: breastfeeding outcomes for mother of preterm infants. *J Hum Lac* 1997;13:15-21.
14. Walker M. A fresh look at the risks of artificial infant feeding. *J Hum Lac* 1993;9:97-104.
15. Riordan JM. The cost of not breastfeeding: a commentary. *J Hum Lac* 1997;13:93-97.
16. Labbok M, Koniz-Booher P, Cooney K, Shelton J and Krasovec K. Guidelines for breastfeeding in family planning and child survival programs. Washington, DC: Georgetown University; 1990.
17. Donelda JE. Secondary School students' attitudes and beliefs about breastfeeding. *J School Health* 1983;53:600-4.
18. Pryor G. Nursing mother, working mother. Boston MA: The Harvard Common Press; 1997.
19. Pande H, Unwin C, Haheim LL. Factors associated with the duration of breastfeeding: analysis of the primary and secondary responders to a self-completed questionnaires. *Acta Pediatr* 1997;86:173-7.
20. Black RF, Blair JP, Jones VN, Dwrant RH. Infant feeding decisions among pregnant woman from a WIC population in Georgia. *J Am Dietetic Assoc* 1990;90:255-259.
21. Lothian JA. The decision to breastfeed. *J Perin Educ* 1994;3:39-45.
22. Scott JA, Binns CW, Arnold RV. Attitudes toward Breastfeeding in Perth, Australia: Qualitative Analysis. *J Nutrition Educ* 1997;29:244-249.
23. Lizarraga JL, Maehr JC, Wingard DL, Felice ME. Psychosocial and Economic factors associated with infant feeding intentions of adolescent mothers. *J Adol Health* 1992;13:676-681.