

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONOCIMIENTOS, CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL AL PUESTO DE SALUD DE SAN LUCAS SACATEPEQUEZ.

TESIS

PRESENTADA A LA HONORABLE JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.

POR:

Amanda Patricia Coronado Castillo de Ramirez

EN EL ACTO DE INVESTIDURA DE:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Noviembre de 1994.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

DL
05
TC(7270)

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

HACE CONSTAR QUE:

El (La) Bachiller: AMANDA PATRICIA CORONADO CASTILLO

Carnet Universitario No. 8710407

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al

Título de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

"CONOCIMIENTOS, CREENCIAS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

EN MADRES QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL AL PUESTO DE SALUD DE SAN LUCAS

SACATEPEQUEZ".

Trabajo asesorado por: DR. HERBERT ORLANDO VIDES


y revisado por: DR. OLIVER VALIENTE H.

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,
firma y sella la presente

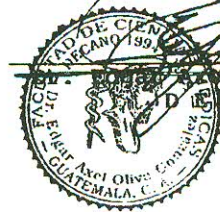
ORDEN DE IMPRESION:


Guatemala, 2 de Noviembre de 1994

DR. EDGAR R. DE LEÓN BARILLAS
Por Unidad de Tesis


DR. RAUL A. CASTILLO RODAS
DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRIMASE:




Oliva Gonzalez
DECANO



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 27 de octubre de 1994

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: Secretaria AMANDA PATRICIA CORONADO CASTILLO DE
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
RAMIREZ Carnet No. 8710407
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

CONOCIMIENTOS, CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE LA LACTANCIA MATER-
NA EN MADRES QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL AL PUESTO DE SALUD DE SAN LU-

CAS SACATEPEQUEZ
y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos
metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de
las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y cien-
tífica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Asesor
Firma y sello personal

Dr. Robert Orlando Vides J.
Médico y Cirujano
Colegiado No. 6.807

Firma del estudiante

Dr. Oliver A. Valiente H.
Médico y Cirujano
Especialista en Ginecología y Obstetricia
Edificio El Centro Nivel II Oficina 11-03
9a. Calle 6-85, Zona 1
Teléfono 51-35-28

Revisor
Firma y sello
Registro Personal

CONOCIMIENTOS, CREENCIAS, ACTITUDES Y PRAC
TICAS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EN MUJERES
EMBARAZADAS QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL.
AL PUESTO DE SALUD DE SAN LUCAS SACATEPEQUEZ.

Estudio realizado en 150 mujeres
embarazadas que consultaron al
Puesto de Salud de San Lucas Sac.,
Del 27 de septiembre al 14 de octu-
bre de 1994. Guatemala.

Amanda Patricia Coronado Castillo de Ramirez
Carnet 8710407

INDICE

I.	INTRODUCCION	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III.	JUSTIFICACION	4
IV.	OBJETIVOS	6
V.	MARCO TEORICO	7
	Lactancia materna	7
	Desarrollo de la glándula mamaria	8
	Anatomía de la mama	9
	Fisiología de la glándula mamaria	9
	Leche materna	11
	Composición aproximada de la leche humana	11
	Factores de defensa	14
	Factores de crecimiento	17
	Factores psicológicos	17
	La producción de la leche depende de	18
	Ventajas de la lactancia materna	19
	Recomendaciones para amamantar al niño con éxito.	21
	Preparación para la lactancia	23
	Alimentación de la madre lactante	24
	Algunos problemas durante la lactancia y su recomendación para solucionarlos.	25
	Causas por las que las madres dejan de dar lactancia materna tempranamente	26
	Situación de la lactancia materna en Guatemala.	27
	Creencias, prácticas y costumbres en relación a la lactancia materna.	30
VI.	METODOLOGIA	39
	Grafica de Gantt	45

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS CUADROS	47
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	71
IX. CONCLUSIONES	78
X. RECOMENDACIONES	79
XI. RESUMEN	80
XII. BIBLIOGRAFIA	82
XIII. ANEXOS	90

I . INTRODUCCION

En Guatemala aproximadamente el 68% de su población lo conforma el grupo materno-infantil, siendo además el que tiene las tasas más elevadas de morbi-mortalidad. (24)

Es por ello necesario hacer conciencia sobre la importancia que cobra en ellos la lactancia materna ya que a través de ella los niños están bien nutridos, hay disminución de las infecciones (particularmente diarréicas) y los embarazos en sus madres se vuelven menos frecuentes y más espaciados, disminuyendo el riesgo de mortalidad materno-infantil. (40)

Se sabe además que esa buena nutrición infantil dada por la lactancia materna afectará positivamente en períodos posteriores la salud del niño tanto en la vida escolar como en la vida adulta. (9,20,40)

Entre los aspectos que ayudan a poder llevar a cabo una lactancia materna adecuada están el brindar los conocimientos necesarios a la madre sobre ella, así como el modificar en alguna forma las creencias, prácticas y actitudes que no favorezcan a la misma, y por ello se decide realizar esta investigación en mujeres embarazadas que asisten a control prenatal al Puesto de Salud de San Lucas Sacatepéquez.

Este trabajo se realizó en 150 mujeres embarazadas comprendidas entre los 15 y 45 años, del 27 de septiembre al 14 de octubre de 1994 mediante entrevistas y recolectando los datos de las mismas en un cuestionario elaborado para el efecto. (Ver anexo) Los resultados mostraron que la mayoría de las madres tienen conocimientos, creencias, actitudes y prácticas que benefician el desarrollo de la lactancia materna, aunque también existen algunas que desconocen el verdadero valor de la leche materna, con el cual tal vez aumentaría el apego hacia ella por parte de las mismas. Recomiendo utilizar estos datos para que en base a ellos se tomen las medidas necesarias para la promoción de la lactancia.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

Con frecuencia sucede que una mujer no sabe con certeza como alimentar a su niño al nacer, especialmente si es el primero. La leche materna es indiscutiblemente el mejor alimento para un lactante y el amamantarlo es algo muy sencillo y natural si se sabe cómo hacerlo. (19.41)

A pesar de ser un proceso natural hay mujeres que necesitan ayuda para poder llevarla a cabo. Es por ello que la futura madre necesita información que la aliente y algunos conocimientos maternos prácticos para amamantar a un niño. (19.35.41)

La leche materna es un medio incomparable que proporciona un alimento ideal para el crecimiento y desarrollo del recién nacido y ejerce una inigualable influencia biológica y afectiva tanto en la madre como en el niño, siendo para éste último fundamental para su supervivencia. (35.58)

Por sus propiedades antiinfecciosas la leche materna protege al niño contra enfermedades y existe una relación importante entre ella y el espaciamiento de embarazos. (58.64)

Desde el comienzo de la historia hasta el siglo veinte el pecho ha sido el modo principal de alimento de los lactantes, considerando que en la antigüedad no había alternativa para sustituirla. (20)

A pesar de sus grandes atributos la lactancia materna ha ido disminuyendo en incidencia y duración en diversos países sobre todo en países en desarrollo con la modernización y urbanización. Esto se ha observado sobre todo en mujeres de ciudades afluentes de más alto nivel educativo o que por su condición económica deficiente han migrado del campo a la ciudad teniendo que dejar al lactante en etapa temprana, sucediendo lo contrario en las zonas rurales donde amamantan a sus hijos con más frecuencia, quizás por no tener estos problemas y estar menos expuestas a las campañas publicitarias a favor del uso de la fórmula. (58.63,67)

Es por ello que uno de los factores para el éxito de la lactancia materna es brindar a la futura madre la educación necesaria sobre la alimentación del recién nacido al seno

materno, cosa que la mayoría de instituciones y profesionales al servicio de la salud no proporcionan. (20.35) Así los propios servicios de salud sin darse cuenta han contribuido a esa baja en la alimentación al seno, ya que la madre por el desconocimiento de sus ventajas y/o creencias erróneas sobre ella no la inician, la interrumpen prematuramente o comienzan una alimentación complementaria antes de que ésta sea necesaria desde el punto de vista nutricional. (9.58)

Este estudio se realizó en el Puesto de salud de San Lucas Sacatepéquez, municipio ubicado a 27 kilómetros de la ciudad capital en la parte noreste del departamento de Sacatepéquez, con una extensión territorial de 5 km. cuadrados con los siguientes límites: al norte con Santiago, al sur con Santa Lucía Milpas Altas, al este con Mixco, al oeste con San Bartolomé Milpas Altas; el grupo de estudio fueron 150 mujeres embarazadas que asistieron a su control prenatal a dicho puesto y cuyas edades variaron entre los 15 a 45 años.

Será que por las creencias, actitudes y prácticas erróneas y/o por la falta de conocimiento de las ventajas de la lactancia materna estas mujeres podrían no poder llevar a cabo una lactancia exitosa? A través de este trabajo se establecen los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna que tienen las mujeres embarazadas que asisten a su control prenatal al puesto por medio de entrevistas personales para que por los resultados se adopten las medidas necesarias en beneficio de la lactancia materna.

III. JUSTIFICACION

En todo el mundo la gente quiere llevar una vida sana, criar niños bien alimentados y ofrecerles oportunidades para el futuro. Los gobiernos invierten mucho dinero en la adopción de medidas de salud pública y programas de planificación familiar para conseguir esos objetivos, pero los recursos son escasos y las exigencias muchas. La lactancia materna es un recurso natural que puede contribuir de forma importante a lograr estos objetivos, ya que es una fuente inapreciable de nutrientes y es barata. (20, 63)

La lactancia materna ha ido aumentando en los últimos 15 años en países de mayor desarrollo técnico incluyendo los Estados Unidos Americanos, Suecia, Australia, siendo lo contrario en las áreas marginales y periurbanas de los países del "Tercer Mundo" con pocos recursos y en vías de un desarrollo técnico. (9,40)

Si bien en cada país o región se observa una tendencia específica en general, la cantidad de mujeres que inician la lactancia materna en los países en desarrollo es cada vez menor y las que lo hacen es por un período más corto, especialmente en América Latina. Las causas para este patrón de alimentación infantil son diversas, complejas y derivadas de las influencias de la cultura occidental que incluyen efectos de los servicios de salud, de su personal, factores del nuevo estilo de vida de pobladores rurales que migran a ciudades y la falta de ética en la promoción de leches artificiales, ya que ellas incluyen el uso de técnicas de persuasión y motivación basadas en el prestigio, el ascenso de la escala social, etc., en comunidades en donde no existe la posibilidad de comprar dichas fórmulas en cantidades adecuadas y/o en donde la lactancia materna todavía es la norma, además de la poca higiene y bajo nivel de educación de la madre. (9,40,67)

Con ello se ha observado que enfermedades tales como la desnutrición proteico-energética y las de origen diarréico, han venido a predominar durante el primer año de vida del infante, cosa que no sucede al dar lactancia materna ya que ésta los protege contra infecciones y les proporciona una dieta nutricionalmente adecuada para los primeros 4 a 6 meses de edad. (8,40,66,67)

Estando Guatemala en la misma situación que otros países en desarrollo de la América Latina en donde como ya se mencionó la cantidad de mujeres que practican la lactancia materna es cada vez menor, se decide hacer este estudio sobre los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna en mujeres embarazadas que asistieron al puesto de salud de San Lucas Sac., Sac., para que en base a él se adopten posteriormente actividades que beneficien su práctica en ese lugar.

IV. OBJETIVOS

GENERAL:

Identificar los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna en mujeres embarazadas que llegan al Puesto de Salud de San Lucas Sacatepéquez.

ESPECIFICO:

1. Determinar:

- Los conocimientos que tienen las mujeres embarazadas sobre la lactancia materna.
- Cuales son las creencias con respecto a la alimentación con leche materna en las mujeres embarazadas.
- Las actitudes que con respecto a la lactancia materna tienen las mujeres embarazadas que consultan al Puesto de Salud de San Lucas Sac.
- En que forma practican o practicarán la lactancia materna las mujeres embarazadas.

V. MARCO TEORICO

LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna puede definirse como la alimentación de un niño por medio de la leche de la madre en el período de vida en que mama. (11)

A través de investigaciones se ha demostrado que el proceso de succión se ha adaptado y modificado por años para acomodarse a las necesidades de la cría particular, así tenemos a mamíferos marítimos como la ballena y el delfín que segregan leche rica en calorías y grasa, con un reflejo de expulsión muy poderosa que permite que la cría reciba grandes cantidades de calorías en forma rápida, mientras está mamando bajo el agua, así también algunas focas tienen cortos períodos de lactancia (a veces duran sólo 4 días) durante los cuales la cría duplica su peso de nacimiento. (40)

El recién nacido tiene al nacer un nivel intermedio de madurez y es esencialmente un feto externo, queriendo decir con ello que después de nacer continúa con su existencia intrauterina estrecha a través del calor del cuerpo de la madre, su contacto piel a piel, con los mismos estímulos auditivos (especialmente el latido del corazón de la madre) y con el papel de placenta externa que desempeñan los pechos. (40)

El amamantamiento del recién nacido debe comenzar tempranamente, es decir inmediatamente después del parto ya que casi todos los niños están preparados e incluso ansiosos de mamar en algún momento durante la primera hora de nacidos, además se sabe que su reflejo de succión está listo alrededor de 20-30 minutos después de nacer. (19,34,41)

Por lo anterior el niño no debe ser separado de la madre después de nacer ya que se desaprovecha este momento primordial para iniciar la lactancia materna y se afecta la capacidad del infante para buscar el pezón e ingerir la leche materna. (7,41,75)

La lactancia materna es muy beneficiosa desde el primer momento tanto para la madre como para el niño, así con la acción inmediata de mamar del recién nacido se apresura la expulsión de la placenta, con menor pérdida de sangre, y para el niño el hecho de estar cerca de su madre es lo más consolador y sin contar que el calostro es una fuente inapreciable de inmunidades. (41)

La lactancia materna ha sido dividida en varios tipos: 1) La lactancia exclusiva: alimentación con leche materna sin ningún otro alimento sólido o líquido. 2) Lactancia casi exclusiva: alimentación al pecho principalmente, pero con muy pequeñas cantidades de otros líquidos y 3) Lactancia Parcial que combina la lactancia materna con otros alimentos líquidos y sólidos. Se les considera a las dos primeras como la Lactancia Materna Completa. (40.67)

Al inicio de la mamada el niño obtiene una leche pobre en grasa que se hace seguir por otra con mayor cantidad. En los primeros 6 minutos de la mamada el niño ha ingerido casi la mitad de la tetada, y a los siguientes tres minutos casi el 90%. (22)

DESARROLLO DE LA GLANDULA MAMARIA

La primera etapa en el desarrollo de las glándulas mamarias inicia al final de la 6a semana de vida embrionaria cuando en el embrión el ectodermo presenta engrosamiento a lo largo de 2 líneas, llamadas mamarias que van de la axila a la ingle, con su proyección a la axila conocida como Cola de Spence. Las células epiteliales tienen la potencialidad de introducirse en el mesénquima subyacente en cualquier sitio de la línea mamaria para formar la glándula mamaria. (26.39)

Estos pliegues experimentan atrofia completa con excepción de varios engrosamientos persistentes en la porción cefálica que luego originan los pezones. En el segundo trimestre de embarazo de la capa basal de la epidermis crecen hacia adentro unos 15-25 cordones separados que originarán las glándulas exócrinas compuestas desembocando cada una en el pezón. (26.60,65)

Estos cordones se bifurcan y dividen en dos capas de células cuboidales, de las cuales la interna es el epitelio secretor que produce leche y la externa se transforma en mioepitelio que da el mecanismo de excreción de ella. (60)

Al inicio estos cordones son macizos adquiriendo luego una luz y así al nacer el niño se ha formado un sistema rudimentario de conductos de los que puede secretar un poco de leche lo que se debe a estímulo hormonal por parte de la madre que ha pasado por la placenta. (26.39,65)

En la vida prepuberal se ramifican y crecen con bastante lentitud. Poco antes de la menstruación aumenta el crecimiento, se ramifican los conductos y proliferan el estroma, alcanzando en la pubertad casi su tamaño adulto. (65)

ANATOMIA DE LA MAMA

Las mamas son normalmente dos, una derecha y otra izquierda situadas en la parte superior y anterior del tórax por adelante de los músculos pectorales. Su forma es semiesférica, aunque puede variar con la raza, la abundancia de grasa, estado de salud y costumbre de la mujer, en el centro presenta una papila que es el pezón. (62)

Su volumen varia con la edad y su consistencia es mayor en vírgenes y nulíparas y se vuelve blanda y flácida en las múltiparas. Cada una está formada por un número de lóbulos que oscilan entre 15-25, después en forma más o menos radial y separados por tejido adiposo. Cada lóbulo está formado por varios lobulillos compuestos por muchos alveolos y cada alveolo tiene un pequeño conducto que se une al de los otros formando un conducto mayor hasta constituirse en un único canal para el lóbulo. Estos conductos galactóforos se dirigen al pezón en donde se abren por separado, teniendo el pezón de 15 a 25 conductos. (39,60,62)

Existe además una envoltura cutánea formada por piel que cubre a la glándula en su cara anterior y que tiene 3 zonas:

- 1) Zona mamilar
- 2) Zona areolar
- 3) Zona periférica

Su irrigación proviene de la arteria mamaria interna (60%) y de la torácica lateral y las intercostales. (39,62) La circulación venosa está dada por el círculo venoso de Haller. (62)

Su drenaje linfático tiene su origen en las redes cutáneas, redes glandulares y en los linfáticos de los conductos galactóforos. Existen tres vías por las que los conductos linfáticos que llegan a la mama penetran en los ganglios: vía axilar, la interpectoral y de la mamaria interna, siendo la primera la principal. (62,68)

Su inervación procede de los 5 nervios intercostales de la supraclavicular y del plexo cervical superficial. (62)

FISIOLOGIA DE LA GLANDULA MAMARIA

Debido a la estimulación de varias hormonas en la pubertad inician a desarrollarse las mamas, es decir se inicia la primera etapa de la mamogénesis. (25,60,69)

De estas hormonas los estrógenos son los principales encargados de la proliferación de los conductos mamarios y favorecen además el depósito de grasa que les dá su forma. la progesterona que se encarga del desarrollo de los lóbulos y alveólos que crean la base para la futura lactancia. (16,60)

Durante el embarazo la mamogénesis o desarrollo mamario se completa a través del desarrollo completo lobulo-alveolar por estimulación de cantidades elevadas de estrógenos y progesterona producidos por la placenta y de otras hormonas como la hormona del crecimiento, prolactina, glucocorticoides suprarrenales e insulina. (16,25,69)

La iniciación de la secreción de leche se dá hasta después del parto debido a que los niveles altos de estrógenos y progesterona que hay durante el embarazo la inhiben. (25)

Existe otra hormona, la prolactina que promueve la secreción de leche, esa hormona es secretada por la hipófisis materna y vá aumentando conforme aumenta el embarazo, además se ve apoyada por grandes cantidades de somatomatina coriónica humana secretada por la placenta. (25)

Al darse la expulsión de la placenta disminuye los niveles de estrógenos y progesterona y con ello la prolactina adopta su función de fomentar la producción de leche - iniciándose así la lactancia. (16)

Al inicio se secretan pocos mililitros (10-20) de líquido al día llamándosele a este "Calostro", y en 1 a 7 días se empiezan a secretar cantidades abundantes de leche. Esta secreción requiere de la secreción suficiente de otras hormonas maternas siendo las más importantes: Hormona del crecimiento, cortisol y hormona paratiroidea que son necesarias para que la leche cuente con los aminoácidos, ácidos grasos, glucosa y calcio adecuados. (16,22,25)

El amamantamiento provoca además la liberación refleja de oxitocina que proviene de la hipófisis. Así al mamar el niño se transmiten impulsos sensoriales por los nervios somático a la médula espinal y en seguida al hipotálamo quien a través de su control sobre la hipófisis produce la secreción de oxitocina y de prolactina. Luego la oxitocina es llevada por la sangre a la mama donde hace que las células mioepiteliales que rodean la pared externa de los alveolos se contraigan a una presión mayor de 10-20 mmHg. obteniéndose la leche después de unos 30 segundos a 1 minuto, conociéndosele a éste como el "Reflejo de la Eyección de la leche". (16,19,25)

LECHE MATERNA

La leche materna consiste en los primeros 5 días post parto en una secreción amarillenta clara, cuyo color es dado por los carotinoides ligados a la grasa, ésta recibe el nombre de Calostro que se diferencia de la leche posterior por su alto contenido proteico y bajo en grasa y lactosa. Luego de esta leche está la leche transicional que se obtiene entre el 5o y 10o días y que puede durar hasta 1 mes, la sigue la leche madura que consiste en una emulsión de grasa y una dispersión coloidal de proteínas (que le dá su color opaco lechoso) junto con la lactosa en disolución verdadera con elevado número de leucocitos viables, minerales, calcio fósforo, vitaminas, factores inmunológicos y algunos compuestos orgánicos. (20,22)

En el calostro existen una buena proporción de inmunoglobulinas especialmente IgA secretora que tapizará el intestino del recién nacido que lo protege de la colonización por bacterias tipo Coli que podrían causarle infecciones intestinales. Otra proteína es la lactoferrina que fija el hierro alimentario impidiendo que éste sirva para el desarrollo de bacterias patógenas; contiene además una cantidad de células alveolares enteras y leucocitos tipo macrófagos que pueden sintetizar el complemento, la lisozima y la lactoferrina. El C4 y C3 ayudan a la opsonización y adhesión de los anticuerpos a las bacterias favoreciendo su destrucción. La lisozima tiene efecto bacteriostático contra bacterias gram positivas y negativas; contiene también un factor de crecimiento que favorece la colonización del intestino por el lactobacillus bífidus. (69)

COMPOSICION APROXIMADA DEL CALOSTRO Y
LECHE HUMANA

COMPONENTE g/100g	LECHE HUMANA	CALOSTRO HUMANO
Agua	88	87
Proteína	0.9	2.7
Caseína	0.4	1.2
Lactoalbúmina	0.4	-
Lactoglobulina	0.2	1.5
Grasa	3.8	2.9
% poliinsaturado	8.0	7.0
Lactosa	7.0	5.3
Minerales	0.2	0.5
Calcio mg/100g	34	30
Fósforo mg/100g	15	15
Sodio mEq/l	7	48
Potasio mEq/l	13	74

COMPONENTE g/100g	LECHE HUMANA	CALOSTRO HUMANO
Cloro mEq/l	11	80
Magnesio mg/100g	4	4
Azufre mg/100g	14	22
Cromo ug/l	-	-
Manganeso ug/l	10	indicios
Cobre ug/l	400	600
Zinc mg/l	4	6
Yodo ug/l	30	120
Selenio ug/l	30	-
Hierro mg/l	0.5	0.1
Aminoácidos (mg/100 ml.)		
Histidina	22	
Leucina	68	
Isoleucina	100	
Lisina	73	
Metionina	25	
Fenilalanina	48	
Treonina	50	
Triptófano	18	
Valina	70	
Arginina	45	
Alanina	35	
Acido Aspártico	116	
Cistina	22	
Acido glutámico	230	
Glicina	0	
Prolina	80	
Serina	69	
Tirosina	61	
Vitaminas (litro)		
Vitamina A (UI)	1898	
Tiamina (ug)	160	
Riboflabina (ug)	360	
Niacina (ug)	1470	
Piridoxina (ug)	100	
Pantotenato (mg)	2	
Folato (ug)	52	
B ₁₂ (ug)	0.3	
Vitamina C (mg)	43	
Vitamina D (UI)	22	
Vitamina E (mg)	2	
Vitamina K (ug)	15	

PROTEINAS:

Se consideran de alta calidad por su relación lactoalbumina/caseína que permite la formación de un cuajo - blando floculento. Están representados en un 60% por las proteínas del suero especialmente la alfa lactoalbúmina y la beta lactoglobulina y en un 40% por caseína.

Además las proteínas del suero de leche son más ricas en lisina, arginina, histidina y triptófano como aminoácidos esenciales y en alanina, cistina y ácido asparginico que poseen un valor biológico más elevado. (20,22,25)

GRASA:

Ésta se encuentra en forma de emulsión y consiste en ácidos grasos de cadena larga insaturados y poliinsaturados. Aproximadamente el 40% está en forma de triglicéridos de los ácidos oleico, palmítico y esteárico, conteniendo doble cantidad del triglicérido más fácilmente absorbible la oleína. Los ácidos grasos volátiles (butírico, cáprico, y caprílico), sólo representan alrededor del 1.3% de la grasa en la leche materna. Contiene una pequeña cantidad de ácido linoleico el cual es suficiente para prevenir su déficit. Los triglicéridos son el vehículo para las vitaminas liposolubles y por su alta productividad calórica constituyen casi el 50% del aporte energético y son importantes en la sensación de saciedad y satisfacción que siente el niño después de haber mamado. Además es más fácil de absorber que la de la vaca. (20,22,47,54)

HIDRATOS DE CARBONO:

El más importante es la lactosa que tiene un alto valor calórico. La porción principal está constituida por un 60-63% en B-lactosa y un 36.9% en alfa lactosa. El resto de hidratos de carbono se encuentran en cantidades muy escasas, entre ellos oligosacáridos heterogéneos con efectos bifidógenos. Promueven el crecimiento de las bacterias lactobacillus bifidus que frustran el desarrollo de bacterias indeseables. (20,22,31,41,54)

MINERALES:

Tiene valores bajos de calcio y fósforo que con la vitamina D son suficientes para la adecuada mineralización de los huesos. (22,32,41)

El hierro es el doble que en la leche de vaca y su absorción es 40 veces mayor que ella. Este por medio de lactoferrina y transferrina que recogen el hierro del aparato intestinal del niño lo fijan y con ello impiden su utilización por bacterias nocivas (E.Coli). Su contenido le dá al niño menos probabilidad de anemias ferropénicas. (20,22,41)

El cobre es 3 veces mayor en la leche humana que en la de vaca. Pero su cantidad de sodio es más baja, pero con ello hace que en su manejo se requiera menos agua que para el manejo de la misma cantidad de leche de vaca. (32,47)

VITAMINAS:

Su contenido en leche materna puede ser muy variable según la dieta y reservas maternas.

La vitamina A está contenida en más cantidad, siendo suficiente su aporte a través de ella. La C está en una cantidad hasta 5 veces mayor que la que se encuentra en la leche de vaca. (20,22)

La vitamina B en general se encuentra en cantidades pequeñas. La B6 en cantidades más altas y ayuda a evitar problemas posteriores como convulsiones y anemias. La B12 se encuentra en cantidades suficientes para el niño, al igual que el ácido fólico. (20,22)

La leche humana proporciona 22 unidades internacionales por litro de vitamina D, valores bajos que son suficientes junto a los obtenidos a través de una exposición adecuada a los rayos del sol para la adecuada absorción de calcio para un buen crecimiento y mineralización normal de los huesos del lactante. (20,22,73)

El contenido de vitamina E es mayor en la leche humana proporcionando un ingreso adecuado que permite aumentar y alcanzar los valores normales para la infancia. (20)

La vitamina K se encuentra en valores bajos. (31)

FACTORES DE DEFENSA:

Los niños alimentados desde el nacimiento con leche materna tienen menos probabilidad de morir o enfermar, especialmente cuando han ingerido el calostro y si son alimentados exclusivamente con ella durante los primeros 4 a 6 meses de vida por sus propiedades inmunológicas. (30,63,66)

Estas propiedades son dadas por la presencia en la leche materna de células, factores antibacteriales, componentes inmunológicos y en la actualidad se ha descubierto que también sus triglicéridos tienen propiedades anti-infecciosas. (30)

FACTOR BIFIDO:

Favorece el desarrollo del lactobacillus bifidus, bacterias no dañinas que colonizan predominantemente en el intestino. Esta colonización está favorecida además por el alto contenido de lactosa, bajo contenido proteico, baja capacidad de buffer y la producción de ácido acético fermentos de lactosa. (9,20,79)

Estos lactobacillus producen sustancias que hacen que el intestino no sea adecuado para el crecimiento de bacterias dañinas como la shigella y los protozoos. (9)

LACTOPEROXIDASA:

Enzima que convierte el oxígeno en peróxido de hidrógeno que le confiere una actividad antimicrobiana mostrando ésta contra estreptococo, Pseudomona, E. Coli y E. Typhimurium. (9,20)

LACTOFERRINA:

Proteína que captura el hierro y evita su utilización por bacterias que causan enfermedades, ejerciendo una función bacteriostática importante frente a E.Coli, S. Aureus y C. Albicans. (9,20,69,74,79)

LISOZIMA O MURAMIDASA:

Posee efecto antiinfeccioso (bactericida) la que se debe a la capacidad de destruir los peptidoglicanos presentes en las paredes celulares. (20,74)

Su acción se manifiesta sobre todo frente a gérmenes enteropatógenos (Giardia Lamblia y Entamoeba histolytica), mycobacterias y algunos grampositivos. Se cree también contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la flora característica del niño amamantado. (31, 47,74)

FACTOR ANTI-ESPIROCOCCICO O FACTOR DE RESISTENCIA

Está conformado de ácidos grasos insaturados, ha demostrado una mayor resistencia de los niños amamantados a la infección especialmente causada por *S. Aureus* (9,74,69,79)

COMPLEMENTO:

El componente C3 activado del complemento tiene una capacidad de opsonización siendo propiedades quimiotáxicas y anafilácticas. C3 y C4 actúan en la lisis bacteriana al fusionarse con los anticuerpos determinantes. (9,47,69)

ANALOGOS DE LOS RECEPTORES:

Son sustancias iguales a los receptores presentes en las células llamadas "análogos de los receptores" que bloquean la unión de la toxina con la célula y así previenen enfermedades, por ejemplo la producida por Neumococo. (9)

ANTICUERPOS:

Son abundantes en el calostro inicial los anticuerpos IgG, M, D y A. Su principal localización de la actividad de éstos está en la fracción Ig A, tiene anticuerpos neutralizantes contra enterovirus, también tiene anticuerpos hemaglutinantes pasivos a varios serotipos de *E. Coli*, *V. Cholerae*, *Salmonella*, *Shigella* y también contra virus como poliovirus, coxachie virus, reovirus, rotavirus, echovirus, rinovirus y algunos contra virus sincitial respiratorio. También brindan protección frente a la aparición precoz de manifestación a alérgias. Además se ha evidenciado la presencia de anticuerpos anti-parasitarios sobre todo por *E. histolytica* y *G. Lamblia*. (9,47,69)

LEUCOCITOS:

Constituidos por un 80-90% de macrófagos espumosos, Polimorfonucleares, linfocitos T y B en un 10%. Los macrófagos funcionan de igual manera que a los macrófagos tisulares teniendo capacidad de fagocitar, secretar lizosima, así como su capacidad inhibitoria, proteolítica, de transporte y biosintética. (22,69)

Libera a la IgA, en cultivos de tejidos interviene en la producción de lactoferrina, favorece la adherencia eritrocítica de C3b y de IgG necesaria para la fagocitosis. (22,69)

LINFOCITOS:

Se encuentran en la leche los linfocitos T y B, predominando los primeros (1.4-1). La función de los T es sintetizar fundamentalmente la IgA. Su actividad bactericida es innegable, además se ha demostrado su acción antiviral frente a los agentes de la parotiditis, inclusión citomegálica, rubeola y rotavirus. (9, 69)

Las células del calostro tienen sus funciones antivirales basadas en los siguientes mecanismos:

- A) Secreción de interferón.
- B) Fagocitosis indirecta
- C) Producción de IgA específica. (20)

FACTORES DE CRECIMIENTO:

Son proteínas de bajo peso molecular las cuales inician la respuesta al crecimiento en células blanco a través de la unión de receptores específicos a la superficie de la célula, luego de unirse al receptor el complejo es interiorizado en la célula guiando un aumento en el tamaño y número de ambas células. Esto es sobre todo en el sistema gastrointestinal y respiratorio. (21)

Existen el factor de crecimiento epidermal que estimula el crecimiento y diferenciación de tejidos epiteliales, gastrointestinal y otros como el del hígado, y el factor de crecimiento nervioso necesario para la supervivencia y desarrollo de las neuronas simpáticas. Otros factores de crecimiento encontrados en la leche humana son la insulina, insulina como factor de crecimiento I, mamaria derivada del factor de crecimiento y el factor de crecimiento alfa transferrina. (21)

FACTORES PSICOLOGICOS:

La lactancia natural brinda un medio incomparable al proporcionar un elemento ideal para el crecimiento y el desarrollo del recién nacido y ejerce una inigualable influencia biológica y efectiva sobre la salud tanto de la madre como del niño. El niño también mama para obtener placer, cosa que satisface a través de la succión y de los componentes emocionales y relaciones que éste conlleva como el con-

tacto corporal piel a piel con la madre, el calor, temperatura y seguridad de estar sostenido en los brazos de la madre. El satisfacer esta necesidad es importante para el desarrollo integral tanto físico como emocional del lactante. (19, 58,69)

Se ha demostrado por lo anterior que es fundamental - construir una buena relación **entre la madre y el niño**, proceso que se ve facilitado a través del contacto inmediato de ambos después del parto en los primeros 30 minutos de vida extrauterina, estimulando al recién nacido a mamar lo más pronto posible. (40,69)

Así se ha observado que las madres que ven y tocan a sus hijos inmediatamente después del nacimiento, están más ligadas a él, son más afectuosas y los amamantan por más tiempo y a través de esta lactancia más prolongada mejora el desarrollo psicosocial del niño.

Otro factor importante es que la madre mantenga un buen estado de ánimo, libre de problemas que afecte su secreción láctea pudiendo disminuir o hasta agotarse. (54)

LA PRODUCCION DE LA LECHE DEPENDE DE:

1. La confianza de la madre en sí misma, de tener la suficiente leche y de poder dar de mamar.
2. De una buena dieta, variada, adecuada para mantener el peso y rica en líquidos, vitaminas y minerales. Se deben ingerir aproximadamente tres litros diarios de líquidos. (19,54)
3. De la frecuencia con que se alimente al niño.
4. Que la madre esté descansada y relajada al momento de dar de mamar al niño.

Se ha observado que una razón por la que las madres interrumpen o no inician la lactancia es su ansiedad asociada a los temores injustificados del fracaso de lactar o de tener insuficiente leche, por lo cual se debe de dar a toda madre un apoyo emocional que le dé mayor confianza en que puede dar de mamar bien. (58)

La alimentación de la madre lactante es importante, aunque se ha observado que todas las mujeres están en la capacidad de producir suficiente leche para su lactante, salvo en condiciones excepcionales de desnutrición severa (mujeres con peso menor del 85% de P/T). La calidad de la leche en términos de proteína, carbohidratos y minerales se ve relativamente poco afectada por la nutrición materna, aunque se ha visto en casos de desnutrición severa que la

cantidad y calidad de la leche materna es adecuada en los primeros 4 meses. (64)

VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA

Para el niño:

1. Contribuye a la disminución de la desnutrición, en especial en el primer año de vida debido a que es la mejor fuente de nutrientes metabolizados y a que son fácilmente digeribles (proteínas del suero, lípidos, lactosa, vitaminas A,D,E,C,K, y una proporción adecuada y equilibrada de aminoácidos). (9,67)

Se observa así que los niños amamantados exclusivamente con leche materna tienen un mejor desarrollo tanto físico como cognoscitivo. Además sus proteínas favorecen a índices más elevados de ganancia de peso, observándose que los lactantes de bajo peso al nacer amamantados con leche materna ganan peso a casi el mismo índice que en la vida intrauterina (entre las 28-36 - semanas de gestación). (28,32,53)

2. Previene enfermedades:
En donde el saneamiento es pobre y la obtención de antibióticos difícil, los niños alimentados con leche materna tienen una mayor ventaja porque hay menos ingestión de bacterias y por consiguiente índices más bajos de infección, siendo importante para la salud del recién nacido. (27,48,49,78)

Los procesos respiratorios provocados especialmente por el virus de la influenza y la otitis media son menos frecuentes y/o de menor duración, además tiene una acción preventiva frente a las neumonías y otras. (66,67,69,71)

Las infecciones gastrointestinales prácticamente no se presentan, en especial entre los primeros 6 meses al año de edad. Tiene una acción específica con las más frecuentes enterobacterias como: Salmonella, Shigella, E. Coli, etc. (9,30,67,71)

3. Previene la alergia:
Reduce la frecuencia y gravedad de los estados alérgicos por medio del sistema inmunitario. La acción bloqueadora de la IgA detiene y evita el paso de elementos desencadenantes de la reacción alérgica. (49,67,69)

4. Previene problemas dermatológicos:
Mediante el factor de crecimiento epidérmico hay un mejor desarrollo dermoepidérmico que evita la presentación de eritema, foliculitis y sobre todo excema, cosa que se relaciona con el contenido de urea que de manejar el riñón del neonato y lactante. (54,69)

5. Protege la boca y el tracto digestivo:
El Ph de la leche humana es uno de los mejores protectores contra la caries dental, además brinda un estímulo gingival adecuado para la colocación armónica-estética de las piezas dentarias evitando problemas de ortodoncia. (41,49,69)

Además provee un adecuado estímulo para un buen desarrollo de la flora bacteriana normal, favoreciendo la eliminación de heces con la acidez necesaria y facultando una acción anti-micótica, antibacteriana y anti-parasitaria. (69)

6. Favorece un adecuado desarrollo emocional:
El contacto estrecho y frecuente de la madre y el niño que hace del estímulo un extraordinario desarrollo psicomotor observándose en ellos una mayor reactividad y respuesta a los estímulos así como una gran relación afectiva entre ellos, acercándose más uno a otro y amándose más, es por ello que no debe verse en términos de sólo la madre o el niño, sino como un contexto global. (19,28,45,67,69)

7. Previene la obesidad durante la lactancia.

Para la Madre:

1. Ayuda a la contracción del útero mediante la producción de hormonas con lo que disminuye la hemorragia post-parto. (41)

2. Siempre lista:
En cualquier momento es un producto ideal, sabroso, suficiente y está a una temperatura adecuada, libre de contaminación evitándose así la madre de tener que preparar pachas. (19,69)

3. Alimentación a bajo costo:
Suprime la necesidad de comprar leche, pachas y aparatos esterilizadores. (19,69)

4. Ayuda a la planificación familiar:
Las mujeres al no dar de lactar reaparece su menstruación y ovulación entre los 30 a 60 días post-parto, siendo diferente al hacerlo. La lactancia materna prolonga la infertilidad después del parto inhibiendo la menstruación y ovulación mediante la inactivación del endometrio por un periodo que puede variar de 7 meses a los 2 años, lo que se logra mediante una lactancia exclusiva. (Observándose que la frecuencia, intensidad y duración de la lactancia son los determinantes más importantes para el tiempo de la amenorrea y anovulación post-parto). (15,37,38)

Al lactar el niño se transmiten estímulos nerviosos del pezón hasta el lóbulo posterior de la hipófisis. Estos aceleran la producción de prolactina y ésta a su vez ayuda a suprimir la liberación hipofisiaria de hormonas luteinizante y foliculoestimulante. Así una mujer que lacta exclusivamente por 6 meses tiene un 98% de protección. (35,41,58,67,69)

5. Disminuye la edad ovulatorio y con ello el riesgo de - cáncer ovárico (10), además también disminuye la frecuencia de cáncer mamario comparado con las mujeres que no dan de lactar. (3,19,55,67)
6. Ayuda a tener un mayor vínculo de unión entre madre e hijo no sólo al inicio de la vida sino en épocas posteriores. (41,67)
7. Favorece a que la mujer recobre su figura mediante la utilización de los depósitos de grasa formados en el embarazo al producir la leche. (60)

RECOMENDACIONES PARA AMAMANTAR AL NIÑO CON EXITO.

En la actualidad se recomienda amamantar al recién nacido lo más rápido posible después del parto (dentro de la primera media hora de nacido) disminuyendo con ello la pérdida inicial de peso. (8,20,22)

Con respecto a la madre:

1. Es importante darle a conocer a la madre que tendrá una producción baja de leche en las primeras 24 a 48 horas de nacido el niño, pero a pesar de ello se debe insistir en darle de mamar cada vez que el niño lo pida. (20)

2. Permita a la madre que se siente o acueste en un lugar cómodo para que pueda estar relajada. (19,22)
3. Mostrar a la madre como sostener al niño en sus brazos de manera que el cuerpo del niño quede frente al de la madre y el abdomen del bebé pegado con el de la mamá. (9,19,22)
4. Sostener al niño de los hombros y espalda, quedando su cabeza sobre el área antecubital del brazo del lado del pecho ofrecido. (9,19)
5. Asegurar que la cara y boca queden frente al seno materno, tocando así el pezón las mejillas o labios del niño. (8,9,19)
6. Al tener contacto el pezón con la mejilla se dá el reflejo de búsqueda con lo que el bebé dirige su boca hacia el pezón. (8,9,19,22)
7. Al abrir el niño la boca y quiera empezar a succionar se debe colocar rápido el pezón y la mayor parte de la areola en la boca del niño para así pueda mamar correctamente, vigilando que sus labios queden volteados hacia afuera (como boca de pescado). (8,9,19,20,22)
8. En cada toma debe colocarse al niño en ambos senos, teniendo en cuenta que a la próxima mamada será iniciada con el seno donde se término la anterior. (22)
9. Al inicio del amamantamiento deben ser períodos de 10 a 12 minutos por la falta de costumbre de los pezones a esa función. Se sabe que en los primeros 4 a 7 minutos de succión casi el 90% de la leche de un seno ha sido obtenida, aunque se debe permitir al niño que mame hasta que quede satisfecho. (20,22,54)
10. El bebé debe ser alimentado cada vez que quiera desde el momento de su nacimiento. No importa el número de veces que se amamante ni los intervalos, sino lo importante es la cantidad total ingerida por día y lo adecuado en su crecimiento y desarrollo. (19,22)
11. Para retirar al niño del pecho, se tiene que presionar el seno en la parte superior (arriba de la areola) para romper el vacío y que el niño se retire suavemente y no lastime el pezón. (8)
12. Después de la toma colocar al niño incorporado sobre el hombro de la madre o en sus rodillas para que eructe el aire deglutido. Se pueden dar pequeñas palmaditas en la espalda. (19,20,54)

13. Después de mamar colocar al niño en la cuna en decúbito lateral derecho o prono para facilitar el vaciamiento gástrico hacia el intestino y disminuir la posibilidad de regurgitar. (19,54)
14. No deben haber intervalos entre cada mamada de más de 4 horas mientras la lactancia sea exclusiva. (8)
15. No deben dársele otros líquidos al lactante durante los primeros 6 meses de vida, ya que no lo necesitan al tener su lactancia exclusiva y además porque les pueden producir diarreas. (8)
16. La madre debe tomar suficientes líquidos (jugos naturales, incaparina, agua, etc.). (8)

CON RESPECTO AL NIÑO:

1. Debe estar cómodo
2. Seco y limpio
3. En un ambiente higiénico, tibio y agradable
4. Debe tener hambre. (19,20)

PREPARACION PARA LA LACTANCIA

La mayor parte de las mujeres están físicamente capacitadas para dar pecho, por lo cual durante el embarazo es importante que se le explique las ventajas de ésta forma de alimentación y brindarle seguridad y apoyo psicológico. (54)

Para una exitosa lactancia es importante la preparación de los senos y pezones, lo cual se describe a continuación: (19,41)

1. Para los senos:
 - Rodear con ambas manos la base del seno y presionar. Hacer el masaje deslizando las manos hacia el pezón.
2. Para los pezones:
 - Esta debe iniciar en los últimos 3 meses del embarazo:
 - Poner en los dedos unas gotas de aceite mineral o poner una toalla esponjosa entre los dedos.
 - Estire el pezón y manténgalo así por dos minutos.
 - Estírelo de nuevo y gírelo entre sus dedos por 2 minutos.
 - Estire la piel desde el centro (pezón) hacia afuera por un par de minutos
 - Estire la piel desde el centro hacia arriba y abajo por otros dos minutos.

- Exponga los pezones al sol 3 a 5 minutos dos a tres veces al día.
- No use sobre sus pezones alcohol, cremas que lo contengan, ni jabón.

Hacer estos ejercicios varias veces con cada pezón hasta sentir ligera incomodidad, nunca dolor, dos veces al día. El prescindir del sostén durante una parte del día o usar uno con la punta cortada les ayudará a los pezones por la fricción con la ropa y al contacto con el aire. Los pezones planos y/o invertidos (umbilicados) deben iniciarse a preparar 6 meses antes del nacimiento del niño. (8,19,41)

ALIMENTACION DE LA MADRE LACTANTE

El recién nacido depende completamente de su madre para la obtención de nutrientes a través de la leche materna lo que conlleva una serie de adaptaciones maternas que involucra la mayoría de órganos. (50)

Es por lo anterior que la madre lactante tiene necesidades nutricionales mayores y por ello debe haber un incremento sustancial de la ingesta de energía y nutrientes (merece especial atención la ingesta de proteínas, calcio y vitaminas), ya que su dieta influye en la composición y producción de la leche. (56,58)

Las recomendaciones dietéticas se basan en que la madre típica produce 850ml. de leche por día y necesita consumir suficientes alimentos para cubrir cada uno de los componentes secretados. (23,50,58)

Se describen a continuación 3 elementos clave para la promoción positiva de las prácticas de nutrición en las mujeres embarazadas y lactantes:

1. Aumentar el acceso al cuidado prenatal'
2. Reencausar el contenido del cuidado prenatal para incluirlo con mayor énfasis en su proyección e intervención para el comportamiento de los factores de riesgo, incluyendo prácticas nutricionales pobres.
3. Entrega de cuidados nutricionales basados en guías recientes de instituciones nutricionales y de medicina. (57)

Si la mujer ha estado bien nutrida durante el embarazo tendrá reservas de energía adecuadas en forma de grasa - que puede utilizar para compensar parcialmente esas necesidades adicionales. Así el contenido energético de la leche materna es de 70 Kcal/día, necesitando por ello el incrementar su ingesta a 75 Kcal/día. (23,50)

ALGUNOS PROBLEMAS DURANTE LA LACTANCIA Y SU RECOMENDACION
PARA SOLUCIONARLOS

1. Sensación de sobrecarga:

Esta sensación es común y se debe en parte al aumento de la cantidad de sangre y líquido en el tejido de soporte, poniéndose los senos duros, inflados y dolorosos. Para disminuir las molestias e incluso prevenirlas se debe dar de mamar de inmediato después del parto.

Además para tratar el congestiónamiento se debe sacar un poco de leche de los senos por extracción manual o con un extractor manual de leche y luego colocar al niño para que siga mamando. (19)

2. Pezones adoloridos:

Su causa más común es que el niño succiona en mala posición, a menudo éstos mejoran en pocos días sin ningún tratamiento. Se aconseja al dar de mamar al niño por tiempo más largo (10 minutos de cada lado) y más a menudo (a cada dos horas), ya que con ello los pechos no se llenan demasiado y el niño no está muy hambriento evitando empiece a morder o a mamar frenéticamente del pezón. (19,41)

Primero debe corregir la posición en la cual el bebé mama, luego si continúa el dolor se puede aplicar hielo antes de mamar sobre el área adolorida, o colocar gasas húmedas metidas al congelador según se necesita, luego empezar a dar de mamar con el seno menos adolorido, y después de más o menos 10 minutos pasarlo al otro seno. (19,41)

3. Pezones agrietados:

Si el niño continúa mamando en mala posición puede dañarse la piel del pezón apareciendo una fisura en él, con estas lesiones las bacterias pueden entrar en el tejido del seno y causar mastitis o abscesos.

Para el tratamiento se debe corregir la posición del bebé continuando la lactancia, comenzando por el lado menos adolorido, y dejando una gota de leche al final en el pezón después que mame el niño. Entre una y otra mamada exponer los pezones al aire y al sol, si no se puede usar una lámpara de rayos ultravioleta colocándose a un metro de distancia, exponiéndose a la

luz dos veces al día por no más de un minuto el primer día, dos el segundo y tercer días y 3 minutos al cuarto y quinto días. (19,41)

4. Conductos obstruidos:

A veces la madre nota en la mama un lado sensible con hinchazón que causa dolor, en cuyo caso debe considerarse la posibilidad de un conducto obstruido. Esta obstrucción generalmente es debida a un vaciado deficiente e irregular de los conductos, para ello se pueden remojar los pechos en agua tibia por unos 10 minutos 2 a 3 veces al día o colocar calor local y luego dar de mamar. (19,41)

5. Mastitis:

Si un conducto no se destapa el tejido del seno se puede infectar y esta infección se puede extender a otros segmentos. Gran parte del seno se inflama y duele, pudiendo o no haber fiebre. En este caso se debe aplicar primero calor, sugerir descanso y mantener el pecho vacío. Sólo en caso necesario se dará tratamiento antibiótico bajo prescripción médica. (19,41)

CAUSAS POR LAS QUE LAS MADRES DEJAN DE DAR LACTANCIA MATERNA
TEMPRANAMENTE

1. Falta de información y educación a embarazadas sobre la lactancia materna.
2. No preparación para la lactancia.
3. No promoción de apego inmediato madre-niño, ni la promoción de la succión durante la primera media hora de nacido.
4. Pezones agrietados, mastitis.
5. Pezones invertidos o umbilicados.
6. Promoción negativa de sucedáneos de la leche materna y la creencia de que la fórmula artificial es mejor que la leche materna.
7. Enfermedades maternas como tuberculosis, epilepsia, anemia severa, nefritis, insuficiencia cardíaca, neumonía.
8. Por parte del niño labio y paladar hendido.
9. Repulsión a la alimentación al seno por parte de la madre.

10. Tener que trabajar fuera del hogar y no conocer las técnicas adecuadas para extraer la leche.
11. Vergüenza para amamantar en público.
12. Temor a desfigurarse.
13. Desconocimiento de las ventajas de la lactancia materna.
14. Uso de drogas como: amantadina, anfetaminas, atropina, metotrexate, ciclofosfamida, clemastina, cimetidina, ergotamina, espironolactona, estreptomina, fenilbutazona, heroína, litio, metronidazol, galium 69, yodo 125-131, tecnecio, sales de oro, sulfapiridina, sulfisoxazol, trimetropin sulfametoxazol (éste en menores de 8 meses), fenindiona, cloranfenicol.
15. Por políticas de las instituciones de cuidado médico que hacen que la lactancia materna inicie más tardíamente.
16. Escasez de habilidad en la lactancia que conlleva a inseguridad y con ello a la disminución de la secreción de leche.

Aunque cada caso es diferente hay técnicas que le ayudarán a las madres a poder seguir amamantando, por ello la importancia de su conocimiento temprano, como por ejemplo la extracción manual de la leche en casos de niño con labio y paladar hendido, o al tener necesariamente que estar lejos madre e hijo. (1,9,20,22,33,42,46,52,67,77)

SITUACION DE LA LACTANCIA MATERNA EN GUATEMALA

Conforme el proceso de transculturación aumenta en Guatemala y van evolucionando las comunidades, la práctica de la lactancia materna ha ido disminuyendo tanto en el área urbana como en la rural, lo que se ha debido entre otras cosas a la introducción a gran escala al mercado nacional de leches artificiales y otros alimentos suplementarios para los niños y el hecho de que la alimentación al pecho es inversa a las posibilidades económicas y al nivel de escolaridad de las madres. Todo ello se ha venido observando a través de varios estudios realizados en el país - mostrando que los grupos urbanos destetan más tempranamente que los rurales, lo cual conlleva a que se presente uno de los problemas principales de nutrición en estos niños. (10,13,29,51,59,70,72)

En estudios realizados en grupos indígenas rurales muestran que en 1972 la edad de destete era de 26 meses, en 1975 de 14 meses, en 1977 de 12 meses, en 1980 más de 12 meses, las diferencias entre las comunidades talvés se deban al tamaño de la localidad, ya que comunidades más pequeñas tienen menor información al respecto y por lo consiguiente guardan más los patrones culturales tradicionales de la comunidad. El tiempo de práctica de la lactancia se ve muy influenciado por los medios de comunicación social, migración, urbanización y por el personal de salud. (51,61 70,76)

En el área urbana también está disminuyendo la lactancia, especialmente en las mujeres de condición socioeconómica alta y las que están protegidas por el sistema de seguridad social. así para 1978 se encontraba un promedio de destete entre 3.5 y 2.7 meses, en los grupos de baja condición socioeconómica de la ciudad se ha encontrado un destete precoz que se está dando durante los primeros 3 a 4 meses de edad. (10,43,51,76)

Estos datos nos reflejan que la lactancia materna tiene mayor duración en el grupo rural indígena que en el grupo urbano, esto se debe generalmente en éste último a que las madres tienen que trabajar fuera de casa, a que no cuentan con facilidades para lactar y otro factor podría ser el hecho que existen asignaciones complementarias. (29,43,51)

En estudios reportados se han considerado como causas de destete:

En el Area Urbana:

- 1) Poca cantidad de leche producida por la madre.
- 2) Mala succión o rechazo de succionar el seno por el niño.
- 3) Razones prácticas como influencias sociales, la integración de la mujer al trabajo fuera de casa mayor disponibilidad de leches artificiales y biberones, por medicamentos.
- 4) El niño se enfermó.

En el Area Rural:

- 1) Nuevo embarazo
- 2) Poca leche y/o rala.
- 3) El médico lo indicó.

Según algunos autores nacionales existen en los médicos actitudes dirigidas a la substitución de la lactancia materna por leches artificiales.

Todas estas causas se han considerado como excusas o ignorancia de la madre. (4,5,12,13,29,43,51,59,72,76)

Al ocurrir este destete precoz en su mayoría se ha observado que en nuestros niños siempre se acompaña por una reducción de peso que es independiente de la edad en que se dé. (10,59)

Existen condiciones que limitan un adecuado desarrollo de la lactancia materna en las áreas urbanas de Guatemala y son:

1. Falta de conocimiento de las ventajas de la lactancia materna.
2. Falta de consejo apropiado cuando hay problemas con la lactancia.
3. Propaganda incontrolada de alimentos inferiores.
4. Falta de interés por el personal de salud en promover la lactancia materna. (59)

Otro factor que se ha encontrado que influye negativamente a la práctica de la lactancia materna es el que el niño no sea entregado inmediatamente después del parto a la madre por el personal de enfermería y el hospital, que puede ser predisponente para el descenso de la práctica de la lactancia natural en el área rural y urbana, además con el uso temprano y frecuente de biberones por parte del personal de enfermería o médico con horarios rígidos, diseñados para facilitar su trabajo, éstas son actitudes negativas que deben ser modificadas. (12,70)

En Guatemala como se ha visto existe el problema de la disminución del hábito de la lactancia materna exclusiva y la intensidad del mismo varía de acuerdo a características culturales y socioeconómicas de la población, (en estudio realizado por la Dra. Hercilia García en 1979 se encontró que entre mayor es el número de hijos menos lactancia se da debido posiblemente a que estas madres necesitan trabajar por su condición socioeconómica mala, esto se encontró tanto a nivel de la clase social media como la baja pero a pesar de ello ésta última sigue siendo la que más practica), así como a la existencia de políticas de salud específicas y a actividades que la promuevan. (4,18,51,61)

En estudios realizados se ha referido que en varios lugares (especialmente en el medio rural) un alto porcentaje de madres no han recibido ninguna información sobre los beneficios e importancia de la práctica de la lactancia materna. En el área urbana se encuentra que la mayoría de madres si ha recibido alguna información sobre la lactancia materna, la que en su mayoría fue dada por médico, enfermería, trabajadores sociales, aunque hay que hacer mención que a pesar del control prenatal que recibieron algunas madres con médico este no les dió información sobre

lactancia. Quizás se deba a que tanto a profesionales como a no profesionales (médicos, enfermeras, nutricionistas auxiliares, etc.) se les ha dado capacitación cuyo contenido ha sido prácticamente el aspecto fisiológico de la lactancia materna y no sobre otros aspectos que posiblemente tengan mayor utilidad, aunque también muchos de ellos nunca han recibido ninguna capacitación. Lo anterior repercute en el éxito o fracaso de la lactancia por lo cual es importante la adecuada educación al respecto. (12,14,61,76)

Jellife y otros autores documentaron las consecuencias de una falta de promoción y protección a la lactancia natural y han evidenciado que sin lactancia materna exclusiva se promueve la DPC por 1) una mayor dilución de costos substitutos de la lactancia natural, 2) un aumento en las enfermedades infecciosas dada por la falta de transmisión de factores inmunológicos propios de la leche materna y 3) una manipulación inadecuada de los substitutos de la lactancia materna. (12)

Establece el Dr. Gutiérrez Leyton que "La intervención necesaria para rescatar y promover el hábito de la lactancia materna se logra mediante la educación a los padres de familia, al personal de salud y en la escuela logrando transformarlos en recursos de salud". (59)

La labor de promoción de la lactancia materna en hospitales y servicios de salud es limitada por su poca cobertura, y la capacitación del personal con respecto a la misma no parece tener un adecuado seguimiento.

Aun cuando hay leyes de protección para la mujer en lo que concierne al descanso pre y postnatal, y a que se autoriza un período diario de 1 hora para amamantar a su hijo por más o menos 6 meses, no se dispone de información acerca del cumplimiento de estas leyes. (17)

CREENCIAS, PRACTICAS Y COSTUMBRES EN RELACION A

LA LACTANCIA MATERNA

Guatemala cuenta con una gran variedad de costumbres y creencias que se han ido transmitiendo de generación en generación. Antes de entrar en detalle sobre algunas de ellas con respecto a la lactancia materna es necesario definir algunos conceptos básicos:

Conocimiento: Es la acción y el efecto de conocer algo, entendiéndolo.

Creencia: Expresión de lo que una persona dá por cierto, -
Ej: el limón agría la leche.

Práctica: Ejercicio, que, bajo la dirección de un maestro o persona se hace varias veces para habilitarse y poder realizar alguna cosa, uso continuado, costumbre o estilo de una cosa.

Actitud: Reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto, proposición u otra. Ej: la madre le daría suero oral al niño en caso de diarrea.

Con respecto a los hábitos y costumbres de la lactancia materna se han realizado varios estudios que demuestran las siguientes variables: En los grupos indígenas más tradicionales la lactancia materna se inicio unas horas después del nacimiento, por el contrario en otros sectores consideran que el calostro o primera leche es inconveniente dársela al niño por lo que éste mama del pecho de otra mujer por 2-3 días, hasta que su madre tenga leche, llámán dosele a ésta leche "cocida". Esto se observa sobre todo en poblaciones no indígenas tanto del área rural como urbana. (43,51)

En comunidades rurales no indígenas estudios han revelado que algunos recién nacidos reciben agua azucarada o infusiones de hojas con pequeñas cantidades de azúcar con cucharadita o botella desde el nacimiento hasta por 3-4 días, hasta que ya haya secreción de leche, por la creencia que los niños nacen con el estómago caliente y con ello se les refresca. (10,43,51,70)

Existe otra práctica que consiste en la administración de un laxante (jarabe medicinal o aceite de oliva) al niño inmediatamente después del nacimiento para "limpiarlo internamente", por la creencia que el niño al nacer tiene parásitos que de no expulsarlos les ocasionaran la muerte. Posterior a ello la lactancia materna se hace a libre demanda y en cualquier lugar. (43,51)

Bajo condiciones ideales se considera que la lactancia materna es el único alimento que el niño necesita en los primeros 4-6 meses de vida, el tiempo de lactancia varía según el grupo y área estimándose un promedio de dos años o más en grupos indígenas y a veces hasta después del nacimiento de otro hermano, amamantando así a 2 niños juntos. Para que estas madres aumenten su producción se recomiendan el tomar algunas hierbas como el IXBUT, el anís, la harina de avena, atoles y frescos. (10,43,51)

En las madres de condición socioeconómica alta el período de lactancia, cuando este se da, ocasionalmente es mayor de 4 meses. (13,43,51)

Es común en las áreas rurales que las madres coloquen a sus niños al pecho cuando lloran en la misma manera que lo hacen las madres del área más desarrollada o urbana al darle la mamila. (10)

El destete en los grupos indígenas generalmente es abrupto con frecuencia se aplican sobre los pezones substancias de sabor desagradable como el limón, chile, tabaco, heces de gallina, sábila, achiote, la hierba llamada "chacté", también en algunas ocasiones se separa al niño de los padres enviándolo por algunos días con otros familiares, cosa que hacen por no tener suficiente información sobre cómo destetar a los niños además de no tener cuidado higiénico de los pezones durante la lactancia materna.

Las razones más frecuentes por las que se da el destete entre los indígenas y no indígenas pobres son la reaparición de la menstruación o un nuevo embarazo, que creen que al darse la leche que toman los niños es ajena y ya no sirve pues se convierte en suero y le hace mal al niño dan dolor de diarrea y vómitos, otras madres consideran que después del año la leche ya no es nutritiva y hace daño. (43,51,61,70)

El destete brusco ocasiona un trauma psicológico al niño que es aumentado por el nacimiento de un nuevo hermanito, cosa que conlleva al niño a presentar enfermedades o situaciones a las que se le ha dado el nombre de "Estar chipe", término utilizado en todos los grupos guatemaltecos de indígenas y ladinos rurales y urbanos. (43,51)

En los grupos urbanos el destete antes de los 3 meses es atribuido a: que el niño es muy grande, por usar anticonceptivos orales, trabajar fuera de casa, que el niño rechaza el pecho por consejo del personal de salud, por dolor en los pechos, en este grupo el destete ocurre en forma más gradual. (43,51)

En las áreas rurales la lactancia materna es generalmente dada en demanda y es la principal o única fuente de nutrientes por al menos los primeros 6 meses de vida. Los grupos indígenas rara vez emplean otros alimentos antes del año y si se da es ocasional comenzando con avena, incaparina, caldo de frijol, tortilla, pan, café y después los huevos. Estas prácticas son culturales y se basan en las creencias dañinas que sobre la naturaleza del organismo del niño, además también está limitada en cantidad y selección de alimentos por temor a que le provoquen diarrea u otras enfermedades. Estas comidas son en varios aspectos inapro-

piados para la alimentación para el infante y son pobres sustitutos de la leche materna. (10,43,51)

Al darse el destete antes de los 8 meses generalmente empiezan a darle más diluidas para evitar diarrea o indigestión por lo cual no hay una adecuada nutrición, agregándose a esto las malas técnicas de higiene que hay en la mayoría para su preparación.

En promedio en Guatemala la edad del destete ocurre entre los 6 a 8 meses, lo que ha ido disminuyendo en los ladinos urbanos de clase inferior y en la clase media y alta que es más o menos a los 3 meses. Esta tendencia de los primeros se atribuye al deseo de ellos de imitar a las clases superiores en la práctica de la lactancia artificial como fenómeno de prestigio, escalafón de clase sin contar con la figura, a que criar al niño es molesto por temor a que cambien de forma los pechos, y no sean ya atractivos a los varones. (18,43,51,72)

Para los niños en el primer año el alimento básico es la leche materna, y una gran parte de las madres creen que es el único alimento que necesitan los niños por ese tiempo, lo que limita la introducción de alimentos no lácteos. El uso de alimentos suplementarios tardíamente y en forma muy deficiente como se da en la población indígena tiene efectos dañinos para la nutrición infantil, que se dan cuando el niño ya no tiene hambre y por ello pide pocos alimentos. Esta tendencia ha sido asociada al fenómeno cultural llamado "miedo al alimento", común en el medio rural, que consiste en que la madre le atribuye más efectos negativos que positivos al alimento, por lo que siempre inician la suplementación con timidez y tardíamente, utilizando el criterio de usar alimentos menos dañinos, desconociendo el valor nutritivo de ellos. A excepción del maíz consideran responsables a todos los alimentos de cualquier enfermedad que el niño presente (los principales alimentos acusados son frutas, verduras, carnes y huevos) por lo cual es corriente el uso de alimentos preparados a base de almidones. (43,51,70)

Otro factor influyente en la práctica de la lactancia materna es el sistema calor-frío, pues se tiene la costumbre de no dar ésta en caso de enfermedad de la madre como resfrío, si está acalorada o expuesta a situaciones consideradas como calientes, o si se ha enojado ya que refieren que el niño toma leche caliente con bilis por lo que se enferman, también consideran que el comer ciertos alimentos les hará daño a los niños, por ejemplo: aguacate, coco, frijoles, frutas ácidas y verdes, cebolla, chicharrón, carne de cerdo, pescado, chile repollo, coliflor, arroz, maní, nance, mamey, lima, perejil y por el contrario le es benefi-

cioso si come la madre: leche, atoles, incaparina, caldos, gallina, pollo pavo, huevos, chocolate, queso, miel, papas. Además en caso de enfermedad del niño (especialmente diarrea y fiebre) eliminan parte de los alimentos de la dieta del niño, imponiendo mayores restricciones dietéticas que trae efectos nocivos a su nutrición. (13,14,43,51,70)

Solien hace un estudio sobre las prácticas positivas y negativas de la alimentación natural de algunas comunidades de Guatemala:(51)

Poblaciones rurales tradicionales:

a) Prácticas positivas:

- 1) Calocar al niño al seno en pocas horas después de nacido, lo que permite que el recién nacido recibe el calostro.
- 2) Dar el pecho cada vez que lllore el niño.
- 3) Llevar a cabo períodos de lactancia materna no menos de 18 meses.

b) Prácticas negativas:

- 1) Suministrar tardíamente alimentos suplementarios.
- 2) Contar con una variedad y cantidad de alimentos muy restringidos (café, tortilla).

Poblaciones rurales con algunos cambios:

- a) El niño es colocado al seno en el 3er y 4o. día de nacido. Refiere la madre que su leche es mala y no sirve por lo que el niño es alimentado por otra mujer y así el niño no recibe el calostro, y con respecto al tiempo de lactancia y suplementación alimentaria no hay diferencia con el anterior.

Poblaciones Urbanas pobres:

a) Prácticas positivas:

- 1) La suplementación de alimentos es más tempranamente empezando más o menos a los 6 meses en la que le dan principalmente tortilla, pan, guicoy, (en puré de sopa), café y leche.

b) Prácticas negativas:

- 1) El recién nacido no recibe ninguna clase de leche.
- 2) Les dan agua con azúcar hasta que ya tenga la madre leche.
- 3) El período de lactancia materna no es de más de 6 meses, luego de este tiempo el niño recibe leche de vaca diluida.

En estudios realizados en 1985 el Dr. Lui con respecto a las creencias y actitudes en la alimentación e higiene del neonato y el del Dr. Chávez en 1986 sobre las creencias y actitudes en la alimentación del niño de 1 a 4 años nos ayudan a corroborar lo anterior en que hay predominio de actitudes negativas ante las positivas, especialmente en la lactancia materna. (51)

Con respecto a las creencias sobre el calostro en un estudio de 1987 por el Dr. Carlos Morales, el mayor porcentaje (45%) cree que es bueno ya que limpia el estómago del niño al servir de purgante, un 14% cree que tiene vitaminas, aunque siempre hubo madres que opinaron que era malo por causar diarreas. Se encontró en este mismo estudio que un 73% de las madres dan lactancia materna por considerarla ser la mejor leche, que le da más defensas a su hijo y es el mejor alimento. En este además se encontró una actitud ventajosa en la cual el 70% de las madres expresaron como tiempo ideal para amamantar entre 1 y 2 años, siempre y cuando sea complementada a buen tiempo y con buena cantidad y calidad de nutrientes. (70)

También se han encontrado diversas acciones que realizan y recomiendan las madres para aumentar la producción de leche entre ellas el alimentarse mejor, tomar vitaminas (54%), el resto opina que es beneficioso tomar cerveza por 9 días, calentarse la espalda con trapos de cocina, tomar 7 pescaditos vivos, ponerse agua ardiente en la espalda para calentarse, tomar agua de cáscara de zapote.

El hecho de tener que tomar medicamentos por parte de la madre, especialmente penicilina y aspirina, hace a un 9% de ellas el suspender la lactancia materna por creer que ésta va a matar los glóbulos rojos del niño al pasar por la leche de ellas.

Por estudios se ha comprobado que prevalece la costumbre de cuidar mejor a los niños que a las niñas, dándoles a éstos por lo mismo más lactancia materna, ya que ellos representan un mayor valor a nivel social. (5)

En 1991 la Dra. Quan realizó un estudio sobre los conocimientos y prácticas sobre la lactancia materna en madres de edad fértil en la comunidad de San Jacinto, Chiquimula en donde encontró que el 100% de las madres practican o han practicado la lactancia materna por tradición y factores económicos y no por conocer su importancia, además de ellas el 78% inicia la lactancia materna al nacimiento y el resto al 3er y 4o días cuando ya les ha bajado la leche. El 82% proporciona complemento alimenticio a partir del 4 al 6 mes concretándose este a "tortilla desecha con caldo de frijol" lo cual es usual en nuestro medio por razones culturales y económicas, además del desconocimiento de la importancia de los beneficios de algunos alimen -

tos que se tienen en el hogar y que no son aprovechados. (61)

El Dr. Morales Chacón hace un estudio sobre las creencias, actitudes y prácticas populares acerca de la lactancia materna en una comunidad de Guatemala siendo las siguientes: (51)

CREENCIAS Y ACTITUDES BENEFICIOSAS:

1. Brindar lactancia materna a todos sus hijos.
2. Considerar que no es necesario separar a una madre de su hijo en las primeras horas post-parto.
3. Iniciar la lactancia materna en las primeras 6 horas de nacido el niño.
4. Conocer algunas propiedades de la leche calostrál.
5. Proporcionar lactancia materna a libre demanda del niño.
6. Brindar leche de los 2 pechos en una misma mamada del niño.
7. Proporcionar lactancia al seno materno hasta que el niño ya no quiera en cada mamada.
8. Realizar el destete gradualmente.
9. No suspender la lactancia materna por enfermedad del niño.
10. No suspender la lactancia materna por menstruación.
11. No suspender la lactancia materna por tratamiento con medicamentos.
12. Creer que la leche materna es bueno brindarla siempre en caso que el niño amamantado inicie con diarrea.
13. Referir que suspenderían la lactancia materna si tienen que tomar medicamentos únicamente si el médico lo recomienda.
14. Creer que alimentarse mejor ayudará a una mayor producción de leche materna y a su vez a prolongar la lactancia.
15. Referir que si una madre trabaja no debe suspender la lactancia materna, sino ajustarle el horario al niño que mama.
16. Iniciar la lactancia natural sin esperar consejo para esto.
17. Considerar que el tiempo ideal de suspender la lactancia materna debe ser entre los 12 y 18 meses de edad del niño.

CREENCIAS Y ACTITUDES DAÑINAS:

1. Creer que el niño al nacer viene con el estómago caliente y por consiguiente hay que brindarles agua de cebada para refrescarlo.
2. Desconocer la importancia real que tiene el calostro.
3. Desconocer las ventajas del inicio rápido de la lactancia materna.
4. Iniciar la complementación de la lactancia materna antes de los 3 meses y con una variedad y cantidad de alimentos muy restringidos.
5. Iniciar la complementación de la lactancia materna con alimentos ofrecidos en biberón.
6. Retrasar la complementación de la lactancia materna al niño por atribuir más efectos negativos que positivos a los nutrientes.
7. Desconocimiento de que el baño diario con agua y jabón es suficiente para mantener la higiene de los pezones.
8. Creer que la leche humana se puede descomponer y perder sus cualidades nutritivas por diversas situaciones.
9. Suspender temporalmente la lactancia natural por enfermedad materna.
10. Suspender la lactancia materna inmediatamente al enterarse de un nuevo embarazo sin importar la edad del niño que mama.
11. Evitar comer ciertas comidas, frutas y verduras disponibles en la comunidad durante el período de lactancia materna.
12. Suspender la lactancia materna temporalmente por enojo y/o cólera materna.
13. Considerar que la leche materna después de cierto tiempo ya no sirve.
14. Creer que al darles lactancia materna por mucho tiempo a los varones es malo pues se vuelven enojados y malcriados.
15. Aplicarse sustancias con mal olor y/o sabor en los pezones para destetar repentinamente.
16. No buscar ayuda médica al tener problemas con sus pezones.

CREENCIAS Y ACTITUDES INOCUAS:

1. Atribuirle efecto refrescante al agua azucarada y al agua de cebada.
2. Atribuirle efectos positivos a las vitaminas para aumentar la producción de leche materna

VI . METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO:

Este es un estudio transversal descriptivo ya que se realiza en un momento dado y abarca un sólo fenómeno (grupo) los que se estudian, interpretan y se describen simplemente como aparecen sin profundizar en las interrelaciones causales.

B. SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO:

Se realizó el estudio con mujeres embarazadas que asistieron a su control prenatal al Puesto de Salud de San Lucas Sacatepéquez, a quienes se les entrevistó acerca de los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas de la lactancia materna.

C. UNIVERSO DE ESTUDIO:

Se tomó la totalidad de mujeres embarazadas que consultaron al Puesto de Salud del 27 de septiembre al 14 de octubre de 1994.

D. CRITERIOS:

Inclusión:

1. Mujer embarazada
2. Que asista a control prenatal al Puesto de Salud de San Lucas Sacatepéquez, Sac.
3. Que estén comprendidas entre los 15 a 45 años.

Exclusión:

1. Mujeres embarazadas que asistan a control prenatal al Puesto de Salud de San Lucas Sac., y que no acepten participar en el estudio.

E. VARIABLES:

1. Edad:
Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.
Definición operacional: Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta la fecha de la entrevista.
Tipo: Cuantificable.
Escala de medición: Años

2. Estado civil:
 Definición conceptual: Aptitud legal que tiene una persona en relación o como consecuencia del matrimonio, de la unión de hecho, pudiendo ser soltero, casado o unión de hecho.
 Definición operacinal: Relación que tiene la madre con el padre del niño.
 Tipo: Cualificable.
 Escala de medición: casado, soltero, unido, otro.
3. Escolaridad:
 Definición conceptual: Conjunto de estudios que una persona sigue en un lugar o establecimiento docente.
 Definición operacinal: Conocimiento de la madre acerca de la escritura y lectura, según estudio sistematizado, tomando como alfabeta a la persona que recibió alfabetización, y clasificando a los demás según el grado cursado.
 Tipo: Cualificable
 Escala de medición: analfabeta, alfabeta, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta y completa, universitaria incompleta y completa.
4. Trabajo:
 Definición conceptual: Esfuerzo humano aplicado a la producción de riqueza.
 Definición operacional: Actividad que desempeña la madre o a lo que se dedica indicando que no trabaja cuando realiza trabajos domésticos en su casa, sin recibir remuneración por ello, y que si trabaja al realizar cierta actividad por la cual recibe remuneración a cambio de ella, ya sea que lo realice en su casa o fuera de ella.
 Tipo: Cualificable
 Escala de medición: NO, Si: fuera de casa, en casa.
5. Grupo étnico:
 Definición conceptual: Grupo perteneciente a una nación o raza.

Definición operacional: Indígena: persona que viste traje autóctono y habla algún dialecto.
Ladino: Persona que no viste traje autóctono, y habla castellano, sin hablar dialectos.

Tipo: categórica.

Escala de medición: indígena, ladino, otro.

6. Número de partos:

Definición conceptual: Número de veces en que madre por medio de un conjunto de fenómenos fisiológicos que conducen a la salida del clausuro materno de un feto viable y sus anexos.

Definición operacional: Número de veces en que la madre ha parido un niño.

Tipo: Cuantificable.

Escala de medición: Número de partos.

7. Número de hijos vivos:

Definición conceptual: Número de hijos que la madre ha parido y están vivos.

Definición operacional: Idem.

Tipo: Cuantificable.

Escala de medición: Número de hijos vivos.

8. Tiempo de embarazo:

Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde la última menstruación de la madre hasta el momento en que se realiza la entrevista.

Definición operacional: Idem.

Tipo: Cuantificable.

Escala de medición: Número de semanas.

9. Control prenatal:

Definición conceptual: Evaluaciones que la mujer recibe por su embarazo por parte de personal médico o en algunas ocasiones paramédico adiestrado, éste tiene el objetivo de que el embarazo culmine en un niño sano.

Definición operacional: Idem.

Tipo: Cuantificable.

Escala de medición: Número de controles: la vez,
1 a 2, 3 a 4, 5 a 6; más de 6 veces.

10. Alimentación del recién nacido:

Definición conceptual: Alimentación que recibe el recién nacido desde las primeras horas de nacido, la que se aconseja sea la leche materna en forma exclusiva entre los primeros 4 a 6 meses.

Definición operacional: Idem.

Tipo: Cualificable.

Escala de medición: 1) lactancia materna exclusiva por 4-6 meses, 2) lactancia materna y otra fórmula láctea, 3) lactancia materna y otros alimentos, 4) Fórmula láctea en biberón únicamente, 5) otra (especifique)

11. Lactancia materna exclusiva:

Definición conceptual: Alimentación con leche materna sin ningún otro alimento sólido o líquido.

Definición operacional: Idem.

Tipo: Cuantificable

Escala de medición: 1 a 2 meses, 3 a 4 m., 4 a 6 meses, más de 6 meses, no sabe.

12. Calostro o Primera leche:

Definición conceptual: Secreción amarillenta o clara que abarca los primeros 5 días post-parto, la cual tiene una buena proporción de inmunoglobulinas.

Definición operacional: Idem.

Tipo: Cualificable

Escala de medición: No, si, no sabe.

13. Edad de destete:

Definición conceptual: Edad en que el niño debe de dejar el pecho de su madre.

Definición operacional: Idem.

Tipo: Cualificable.

Escala de medición: seguir dando lactancia por ratos cortos y más frecuentes, dejar de dar de mamar, dar de mamar sólo con el pecho que no duele, dejar de dar el pecho afectado sólo si sale mucho pus, sangre y extraerse la leche a mano.

18. Preparación de los pezones para la lactancia:

Definición conceptual: Conjunto de ejercicios y acciones que contribuyen a dar forma erecta al pezón para facilitar su introducción a la boca del lactante y con ello haya una buena lactancia.

Definición operacional: Idem.

Tipo: Cualificable.

Escala de medición: Haciéndoles masajes a los pezones todos los días, utilizando sostenes con la punta cortada, no usar sostenes, echándose a alguna sustancia sobre ellos, no sabe, otro.

19. Pezones invertidos o umbilicados:

Definición conceptual: Pezón retraído, cuando éste queda hundido en una depresión umbilical.

Definición operacional: Idem.

Tipo: Cualificable.

Escala de medición: no, si, no sabe.

F. RECURSOS:

1. Materiales:

a. económicos

Aproximadamente Q.300.00.

b. Físicos:

a. Puesto de salud de San Lucas Sac.

b. Lapiceros, papel bond.

c. Cuestionarios para la recolección de datos.

Definición operacional: Idem.

Tipo: Cuantificable.

Escala de medición: 6 a 11 m., 12 a 17 m., 18 a 23 m., 24 meses y más, hasta que el niño lo deje no sabe.

14. Leche materna:

Definición conceptual: La leche producida por la madre del niño, la cual en los primeros 5 días post-parto consiste en una emulsión amarillenta llamada calostro, y posteriormente en una blanca (leche madura); la cual es la mejor fuente de nutrientes para el niño, además de contener diversos factores de defensa que lo protegen contra ciertas enfermedades, y ayuda a un contacto más estrecho entre la madre y el hijo.

Definición operacional: Idem.

Tipo: Cualificable

Escala de medición: si, no, no sabe.

15. Lactancia materna y planificación familiar:

Definición conceptual: Al mamar el niño se produce un estímulo hormonal que inhibe la ovulación y la menstruación.

Definición operacional: Idem.

Tipo: Cualificable.

Escala de medición: no, si, no sabe.

16. Limpieza del pecho:

Definición conceptual y operacional: Forma en que la madre higieniza sus pechos para poder dar de mamar.

Tipo: Cualificable.

Escala de medición: Con alcohol, agua limpia y jabón, agua limpia solamente, cualquier sustancia tipo detergente, otro, no lo hace.

17. Pezón adolorido:

Definición conceptual: Dolor en el pezón causado más comunmente por una mala posición del niño al mamar.

2. Humanos:

- a. Estudiante (investigador)
- b. Enfermeras auxiliares.
- c. Mujeres embarazadas.

G. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION:

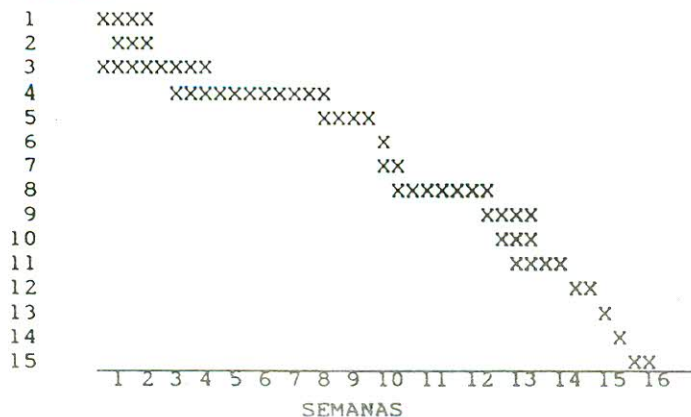
Esta investigación se realizó en mujeres embarazadas que asistieron al Puesto de Salud de San Lucas Sacatepéquez, previa autorización de las mismas, indicándoles de antemano de que se trataba la investigación.

H. PLAN DE RECOLECCION DE DATOS:

Se procedió a solicitar autorización para la realización del trabajo a la Jefatura del Area de Salud de Sacatepéquez, en la Antigua Guatemala, posterior a la obtención de la misma se inició en el Puesto de Salud de San Lucas en forma individual a la toma de los datos generales de cada mujer embarazada, preguntándoles además la fecha de su última menstruación para así estimar a partir de ella la edad gestacional en las mismas, luego se prosiguió a realizar una serie de preguntas relacionadas con la lactancia materna, las cuales fueron respondidas por medio de una entrevista, recolectando los datos en un cuestionario, el que fue realizado por el investigador.

GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDADES



ACTIVIDADES:

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección del asesor y revisor
3. Recopilación de material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto por asesor y revisor.
6. Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis.
7. Diseño de los instrumentos que se utilizarán para la recopilación de la información.
8. Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información.
9. Procesamiento de los datos, elaboración de tablas y gráficas.
10. Análisis y discusión de resultados.
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
12. Presentación del informe final para correcciones.
13. Aprobación del informe final.
14. Impresión del informe final y trámites administrativos.
15. Examen público de defensa de la tesis.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO 1

EDAD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ASISTIERON A CONTROL
 PRENATAL AL PUESTO DE SALUD DE SAN LUCAS SACATEPEQUEZ.
 27 DE SEPTIEMBRE AL 14 DE OCTUBRE DE 1994.

EDAD EN AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15-20	41	27.3
21-25	39	26
26-30	33	22
31-35	22	14.7
36-40	8	5.3
41-45	7	4.7
TOTAL	150	100.0%

FUENTE: Cuestionario de recolección de datos "Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna en mujeres embarazadas que asisten a control prenatal al Puesto de Salud de San Lucas Sacatepéquez".

CUADRO 2

ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ASISTIERON A CONTROL PRENATAL AL PUESTO DE SALUD DE SAN LUCAS SACATEPEQUEZ. 27 DE SEPTIEMBRE AL 14 DE OCTUBRE DE 1994.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADA	82	54.6
UNIDA	60	40
SOLTERA	7	4.7
OTROS (1)	1	0.7
TOTAL	150	100.0%

(1): viudas o divorciadas.

FUENTE: Cuestionario de recolección de datos "Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna en mujeres embarazadas que asisten a control prenatal al Puesto de Salud de San Lucas Sacatepéquez."

CUADRO 3

ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES QUE ASISTIERON A CONTROL PRENATAL AL PUESTO DE SALUD DE SAN LUCAS SACATEPEQUEZ, SAC.

27 DE SEPTIEMBRE AL 14 DE OCTUBRE DE 1994.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETA	39	26
ALFABETA (1)	3	2
PRIMARIA INCOMPLETA	63	42
PRIMARIA COMPLETA	31	20.7
SECUNDARIA INCOMPLETA	12	8
SECUNDARIA COMPLETA	2	1.3
UNIVERSITARIA	0	0
TOTAL	150	100.0%

(1) Únicamente ha recibido alfabetización.

FUENTE: Cuestionario de recolección de datos "Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna en mujeres embarazadas que asisten a control prenatal al Puesto de Salud de San Lucas Sacatepéquez."

CUADRO 4

TRABAJO QUE REALIZAN LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ASISTIERON A CONTROL PRENATAL AL PUESTO DE SALUD DE SAN LUCAS SAC.
27 DE SEPTIEMBRE AL 14 DE OCTUBRE DE 1994.

TRABAJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO TRABAJA	126	84%
TRABAJO REMUNERADO REALIZADO EN CASA	17	11.3
TRABAJO REMUNERADO REALIZADO FUERA DE CASA.	7	4.7
TOTAL	150	100.0%

FUENTE: Cuestionario de recolección de datos "Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sobre la lactancia en mujeres embarazadas que asisten a control prenatal al Puesto de Salud de San Lucas Sacatepéquez."

CUADRO 5

GRUPO ETNICO DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ASISTIERON A
CONTROL PRENATAL AL PUESTO DE SALUD DE SAN LUCAS SAC.
27 DE SEPTIEMBRE AL 14 DE OCTUBRE DE 1994.

GRUPO ETNICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INDIGENA	33	28
LADINO	117	78
TOTAL	150	100%

FUENTE: Cuestionario de recolección de datos "Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna en mujeres embarazadas que asisten a control prenatal al Puesto de Salud de San Lucas Sacatepéquez."

CUADRO 6

NUMERO DE PARTOS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ASISTIERON
AL CONTROL PRENATAL AL PUESTO DE SALUD DE SAN LUCAS SAC.
27 DE SEPTIEMBRE AL 14 DE OCTUBRE DE 1994.

NO. DE PARTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	13	8.7
1	38	25.3
2	30	20
3	21	14
4	20	13.3
5	9	6
6	5	3.3
7	5	3.3
8	2	1.3
9	3	2
10	1	0.7
11	1	0.7
12	1	0.7
13	0	0
14	1	0.7
TOTAL	150	100.0%

FUENTE: Cuestionario de recolección de datos "Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna en mujeres embarazadas que asisten a control prenatal al Puesto de Salud de San Lucas Sacatepéquez.

CUADRO 7

NUMERO DE HIJOS VIVOS DE LAS MUJERES QUE ASISTIERON A CONTROL PRENATAL AL PUESTO DE SALUD DE SAN LUCAS SACATEPEQUEZ
27 DE SEPTIEMBRE AL 14 DE OCTUBRE DE 1994.

NO. DE HIJOS VIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	15	10
1	37	24.7
2	35	23.3
3	23	15.3
4	18	12
5	8	5.4
6	4	2.6
7	3	2
8	1	0.7
9	4	2.6
10	2	1.4
TOTAL	150	100.0%

FUENTE: Cuestionario de recolección de datos "Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna en mujeres embarazadas que asiste a control prenatal al Puesto de Salud de San Lucas Sacatepéquez."

CUADRO 8

CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA EN MUJERES QUE ASISTIERON A CONTROL PRENATAL AL PUESTO DE SALUD DE SAN LUCAS SACATEPEQUEZ. 27 DE SEPTIEMBRE AL 14 DE OCTUBRE DE 1994.

PREGUNTA	NO	PORC. SI	PORC. NO	SABE_PORC.		
Durante sus controles ha sido informada acerca de cómo alimentar al bebé que está esperando?	65	43.4	85	56.6	-	-
Para que un niño se mantenga sano los primeros 6 meses debe ser alimentado únicamente con la leche materna sin darle agua u otro alimento?	40	26.6	100	66.6	10	6.8
Protege la leche materna al niño contra diarrea y pulmonía?	14	9.3	128	85.3	8	5.4
La lactancia materna ayuda a la madre a que no quede embarazada nuevamente?	73	48.7	62	41.3	15	10

FUENTE: Cuestionario de recolección de datos "Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna en mujeres embarazadas que asisten a control prenatal al Puesto de Salud de San Lucas Sacatepéquez".

CUADRO 9

INFORMACION RECIBIDA POR LAS MUJERES EMBARAZADAS EN SUS CONTROLES PRENATALES SOBRE LA MANERA DE ALIMENTAR AL BEBE QUE ESPERAN. 27 DE SEPTIEMBRE AL 14 DE OCTUBRE DE 1994.

INFORMACION RECIBIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Lactancia materna exclusiva por 4-6 meses.	82	96.4
Lactancia materna y otra fórmula láctea.	1	1.2
Lactancia materna y otros alimentos.	0	0
Fórmula láctea en biberón únicamente.	0	0
Otra (1)	2	2.4
TOTAL	85	100.0%

FUENTE: Cuestionario de recolección de datos "Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna en mujeres embarazadas que asisten a control prenatal al Puesto de Salud de San Lucas Sac."

CUADRO 10

EDAD A LA QUE CREEN LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ASISTEN
A CONTROL PRENATAL AL PUESTO DE SALUD DE SAN LUCAS SAC.
DEBE DARSELE A UN NIÑO ÚNICAMENTE LECHE MATERNA.
27 DE SEPTIEMBRE AL 14 DE OCTUBRE DE 1994.

EDAD DEL NIÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 a 2 meses	1	0.7
3 a 4 meses	26	17.3
4 a 6 meses	67	44.7
Más de 6 meses	54	36
No sabe	2	1.3
TOTAL	150	100.0%

FUENTE: Cuestionario de recolección de datos "Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna en mujeres embarazadas que asisten a control prenatal al Puesto de Salud de San Lucas Sac."

CUADRO 11

MANERA EN LA QUE CONSIDERAN LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL AL PUESTO DE SALUD DE SAN LUCAS SAC. COMO SE DEBE DE ALIMENTAR A UN BEBE QUE ACABA DE NACER 27 DE SEPTIEMBRE AL 14 DE OCTUBRE DE 1994.

MANERA DE ALIMENTARCO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Unicamente leche materna	109	72.7
La leche materna y agua	24	16
La leche materna y fórmu la láctea.	7	4.7
La leche materna y ali - mentos sólidos	0	0
No sabe	9	6
Otro	1	0.6
TOTAL	150	100.0%

FUENTE: Cuestionario de recolección de datos "Conocimien-
tos, creencias, actitudes y prácticas sobre la lac-
tancia materna en mujeres embarazadas que asisten a
control prenatal al Puesto de Salud de San Lucas
Sac."

CUADRO 12

MANERA EN LA QUE CONSIDERAN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEBEN
PREPARAR SUS PEZONES PARA PODER DAR DE MAMAR ASSU NIÑO -
CUANDO NAZCA.

27 DE SEPTIEMBRE AL 14 DE OCTUBRE DE 1994.

FORMA DE PREPARARLOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Haciéndoles masajes a sus pezones	63 1	42
Utilizando sostenes con la punta cortada	1	0.7
No usando sostenes	0	0
Echándoles alguna sustancia	2	1.3
Otro	1	0.7
No saben	83	55.3
TOTAL	150	100.0%

FUENTE: Cuestionario de recolección de datos "Conocimientos, creencias, actitudes y ráticas sobre lactancia materna en mujeres que asisten control prenatal al Puesto de Salud de San Lucas. Sac.

CUADRO 13

CREENCIAS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA DE MUJERES EMBARAZADAS
QUE ASISTIERON A CONTROL LPRENATAL AL PUESTO DE SALUD DE SAN
LUCAS SAC. 27 DE SEPTIEMBRE aL 14 DE OCTUBRE DE 1994

PREGUNTAS	NO	%	SI	%	NO SABE	%
Cree usted que el calostro o primera leche es bueno dársela al bbé.	28	18.7	109	72.6	13	8.7
El dar de mamar pone gorda a la madre?	116	77.3	22	14.7	12	8
Se deforman los pechos por dar de mamar?	54	36	92	61.4	4	2.6
Cree usted que es bueno que los bebés mamen por la noche?	8	5.3	141	94	1	0.7
Cree usted que los niños menores de 4 meses necesitan otra leche aprte de la suya para que crezcan bien?	108	72	40	26.7	2	1.3
Cree usted que además de la leche materna es necesario darles a los bebés menores de 4 meses agua hervida.	27	18	123	82	-	-
Si sus pezones tiene forma de ombligo (invertidos) cree que podrá dar de mamar.	113	=75.3	29	19.3	8	5.4
Cree que con la lactancia se produce una relación más cercana y duradera en tre la madre y el niño.-	6	4	139	92.7	5	3.3

FUENTE: Cuestionario de recolección de datos "Conocimientos, creen-
cias, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna en
mujeres embarazadas que asisten a control prenatal al Pues-
to de Salud de San Lucas Sac."

CUADRO 14

TIEMPO DESPUES DE NACER AL QUE CONSIDERAN LAS MUJERES EM
BARAZADAS QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL AL PUESTO DE SA_
LUD DE SAN LUCAS SE DEBE INICIAR A DAR LACTANCIA MATERNA
A SUS BEBES. 27 DE SEPTIEMBRE AL 14 DE OCTUBRE DE 1994

TIEMPO DESPUES DE NACIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INMEDIATAMENTE	92	61.3
A la hora de nacido	6	4
A las 2 horas de nacido	12	8
Después de 2 horas de nac.	15	10
Después de 3 días de nac.	25	16.7
No sabe	0	0
TOTAL	150	100.0%

FUENTE: Cuestionario de recolección de datos "Conocimien-
tos, creencias, actitudes y plrlácticas sobre lac-
tancia materna en mujeres embarazadas que asisten a
control prenatal al Puesto de Salud de SAN Lucas Sac."

CUADRO 15

QUE CONSIDERAN LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ES LO MAS IMPORTANTE PARA QUE PUEDAN AUMENTAR SU PRODUCCION LACTEA.
27 DE SEPTIEMBRE AL 14 DE OCTUBRE DE 1994.

FORMA DE AUMENTAR LA PRODUCCION LACTEA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tomar bastante agua	15	10
Tomar tés o atoles	91	60.7
Comer algunas hierbas	1	0.7
Alimentarse bien	37	24.6
Hacerse masajes en los pechos.	0	0
Dar de mamar cuando el niño quiera.	1	0.7
No sabe	5	3.3
TOTAL	150	100.0%

FUENTE: Cuestionario de recolección de datos "Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna en mujeres embarazadas que asisten a control prenatal al Puesto de Salud de San Lucas Sac"

CUADRO 16

ACTITUDES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EN MUJERES EMBARAZADAS
QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL AL PUESTO DE SALUD DE SAN LU_
CAS SACATEPEQUEZ, 27 DE SEPTIEMBRE AL 14 DE OCTUBRE DE 1994

PREGUNTA	NO	%	SI	%	NO SABE	%
Según su opinión la leche materna es bastante nutritiva para los bebés?	8	5.3	140	93.3	2	1.4
Se les dá de mamar a los bebés cada vez que lloran, están inquietos o no pueden dormir?	27	18	123	82	-	-
Si se enferma su niño de diarrea o con resfrío le seguiría dando de mamar?	25	16.7	118	78.6	7	4.7

FUENTE: Cuestionario de recolección de datos "Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna en mujeres embarazadas que asisten a control prenatal al Puesto de Salud de San Lucas Sac."

CUADRO 17

TIEMPO DEL EMBARAZO ACTUAL Y CANTIDAD DE VECES QUE ASISTIERON A
CONTROL PRENATAL AL PUESTO DE SALUD DE SAN LUCAS SACATEPEQUEZ
LAS MUJERES EMBARAZADAS.
27 DE SEPTIEMBRE AL 14 DE OCTUBRE DE 1994

SEMANAS DE EMBARAZO	NUMERO DE CONTROLES PRENATALES				
	la vez	1 a 2	3 a 4	5 a 6	Más de 6
Menos de 12	7	3	0	0	0
De 13-24	9	26	22	1	2
De 25-36	7	12	12	13	13
Más de 36	3	3	1	5	11
TOTAL	26	44	35	19	26

FUENTE: Cuestionario de recolección de datos "Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna en mujeres embarazadas que asisten a control prenatal al Puesto de Salud de San Lucas Sac."

CUADRO 18

ACTITUD QUE TOMAN LAS MUJERES EMBARAZADAS AL DOLERLES
O AGRIETARSELES SUS PEZONES.
27 DE SEPTIEMBRE AL 14 DE OCTUBRE DE 1994.

ACTITUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Seguir dando lactancia por ratos cortos pero más seguidos aunque duela.	96	64
Dejar de dar de mamar hasta que se cure	42	28
Dar de mamar sólo con el pecho que no duela	2	1.3
Dejar de dar el pecho afectado sólo si le sale mucho pus, sangre y extraerse la leche.	0	0
Consultar al personal de salud.	10	6.7
TOTAL	150	100.0%

FUENTE: Cuestionario de recolección de datos "Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en mujeres embarazadas que asisten a su control prenatal al Puesto de Salud de San Lucas Sac."

CUADRO 19

PRACTICAS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL AL PUESTO DE SALUD DE SAN LUCAS SAC.
27 DE SEPTIEMBRE AL 14 DE OCTUBRE DE 1994.

PRACTICA	NO	%	SI	%	NO SABE	%
Cree que debe de seguir un horario fijo para darle lactancia materna a su bebé?	107	71.3	41	27.3	2	1.4

FUENTE: Cuestionario de recolección de datos "Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna en mujeres embarazadas que asisten a control prenatal al Puesto de Salud de SanLucas Sac."

CUADRO 20

EDAD A LA QUE CONSIDERAN LAS MADRES QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL AL PUESTO DE SALUD DE SAN LUCAS SAC. SEA LA MEJOR PARA QUE DEJEN EL PECHO LOS NIÑOS. 27 DE SEPTIEMBRE AL 14 DE OCTUBRE DE 1994.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
6 a 11 meses	20	13.3
12 a 17 meses	50	33.3
18 a 23 meses	41	27.4
24 meses y más	27	18
Hasta que el niño deje el pecho	7	4.7
No sabe	5	3.3
TOTAL	150	100.0%

FUENTE: Cuestionario de recolección de datos "Conocimientos creencias, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna en mujeres embarazadas ~~que~~ asisten a control prenatal al Puesto de Salud de San Lucas, SAC."

CUADRO 21

LUGAR DONDE CONSIDERAN DEBE PERMANECER SU BEBE DESPUES DE
NACER. 27 DE SEPTIEMBRE AL 14 DE OCTUBRE DE 1994.

LUGAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
En la misma cama con la madre	123	88
En el mismo cuarto de la madre pero en una cuna.	18	12
En la sala de recién nacidos	0	0
Otros	0	0
No sabe	0	0
TOTAL	150	100.0%

FUENTE: Cuestionario de recolección de datos "Conocimientos Creencias, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en mujeres embarazadas que asisten a control prenatal al Puesto de Salud de San Lucas Sac."

CUADRO 22

MANERA COMO DETECTAN LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE EL BEBE
TIENE HAMBRE Y NECESITA SER ALIMENTADO CON SU LECHE.

27 DE SEPTIEMBRE AL 14 DE OCTUBRE DE 1994.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cuando el bebé llora	130	86.7
Cuando el bebé está inquieto	13	8.6
Cuando el bebé no puede dormir	2	1.3
Otro	0	0
No sabe	5	3.4
TOTAL	150	100.0%

FUENTE: Cuestionario de recolección de datos "Conocimientos, Creencias, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en mujeres embarazadas que asisten a control prenatal al Puesto de Salud de San Lucas Sac."

CUADRO 2.3

SUBSTANCIA CON LA QUE LAS MADRES QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL AL PUESTO DE SALUD DE SAN LUCAS SACATEPEQUEZ SE LIMPIARÁN SUS PECHOS ANTES DE CADA MAMADA. 27 DE SEPTIEMBRE AL 14 DE OCTUBRE DE 1994.

SUBSTANCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con alcohol	6	4
Agua limpia y jabón	27	18
Agua limpia sólomente	80	53.3
Cualquier substancia tipo detergente.	0	0
Otro (1)	32	21.3
No lo hacen	5	3.4
TOTAL	150	100.0%

(1) Paños húmedos y papel higiénico.

FUENTE: Cuestionario de recolección de datos "Conocimientos creencias, actitudes y practicas sobre lactancia materna en mujeres que asisten a control prenatal a Puesto de Salud de San Lucas Sac."

VIII. ANALISIS Y DISCUSION
DE RESULTADOS

CUADRO # 1:

Se observa en este cuadro que el grupo que predomina es el de 15 a 20 años con un 27.3%, seguido por las madres de 21 a 25 años con un 26%, siendo en su mayoría madres jóvenes, a pesar de ello se encontró cierta diferencia con respecto al tiempo para dar lactancia materna exclusiva y la edad de destete, lo cual se les atribuye a su falta de experiencia.

CUADRO # 2:

En este cuadro se observa que en el grupo estudiado predominan las mujeres que poseen un compañero, ya fuera unidas o casadas con un 90%, lo cual ayuda a las madres a tener mayor estabilidad emocional y con ello se favorece a que se desarrolle una mejor lactancia. (54)

CUADRO # 3:

Se observa que el mayor porcentaje es alfabeta (74%) contando la mayoría con una primaria incompleta (entre 1er. y 3er. año). Según lo descrito en la literatura la escolaridad va inversamente proporcional con la práctica de la lactancia, lo que se podría reflejar en estas mujeres.

CUADRO # 4:

Se observa que la mayoría (84%) de las mujeres embarazadas no realizan trabajos que le sean remunerados, trabajando sólo en sus oficios domésticos lo cual es beneficioso para poder contar con mayor tiempo para dedicarles a sus bebés y alimentarlos al seno.

CUADRO # 5:

El grupo étnico predominante que asiste al Puesto de Salud a su control prenatal es el ladino (78%), el resto lo conforman el grupo indígena. Según la literatura consultada el grupo indígena es el que da por mayor tiempo lactancia materna a sus niños (Más de 2 años) sin embargo en el estudio se encontró que este período era similar en ambos grupos con algunas diferencias de tipo cultural.

CUADRO # 6 y 7:

Se observa que las madres que han parido niños han tenido en promedio 3.2 niños (13 madres aún no habían parido ninguno) y que en promedio tenían 2.9 hijos vivos (habiendo 15 sin ningún hijo), con ello nos podemos dar cuenta que hubo una mortalidad de 44 niños, los cuales en su mayoría pertenecían a las madres grandes multiparas. Se encontró que en algunas de ellas los períodos de lactancia fueron más cortos lo cual pudo contribuir a que se diera esa mortalidad.

CUADRO # 8:

Se observa que el 43.3% de las madres a la fecha de la entrevista no habían recibido aún ninguna información sobre la manera de alimentar al niño que esperaban, lo cual pudo haberse debido por contar el Puesto de salud con poco personal y ser demasiado grande la población que asiste al mismo, no pudiendo por ello realizar el mismo esta actividad informativa, sin embargo debiera descartarse que fuese por poca instrucción del personal hacia las madres. Se encuentra además que más del 75% de las mujeres cuentan con los conocimientos adecuados sobre la lactancia, sin embargo más del 50% desconocen las ventajas de la lactancia con respecto a la planificación familiar, porcentaje elevado que es susceptible de ser modificado a través de la educación a las madres, algunas de estas mujeres argumentaban que no creían en que ayudaba a la planificación familiar por haber quedado ellas embarazadas más o menos después de 6 a 8 meses de nacido su último niño.

CUADRO # 9:

Se observa que de las 85 madres que han recibido información sobre como alimentar a su recién nacido el 96.4% refiere haber sido informada de dar lactancia materna exclusiva por los primeros 4 a 6 meses, con lo cual se beneficia grandemente al niño, el resto recibió información errónea a este respecto, la cual podría haber sido dada por alguna persona ajena al personal de salud (comadrona familiar, etc.). Esta información perjudica la salud del niño, y puede ser modificada a través de educación.

CUADRO # 10

Se observa que más del 80% considera la edad ideal para que el niño sea alimentado únicamente con leche materna

sea hasta después de los primeros 4 a 6 meses de edad lo cual está de acuerdo a las normas de la comisión de la lactancia, sin embargo algunas de ellas refieren darles mejor suplementación alimentaria después de los 12 meses, lo cual lo hacen por atribuirle efectos negativos a los alimentos, adjudicándoles enfermedades a los mismos, esto perjudica el desarrollo del niño; algunas madres consideran deben iniciar la suplementación antes de los 4 meses por considerar a la leche no suficiente para sus niños, con ello nos damos cuenta que no tienen conocimientos sobre el verdadero valor nutricional de la leche humana.

CUADRO # 11:

Se puede ver que más del 72% considera que la alimentación ideal para un recién nacido es únicamente la leche materna lo cual nos indica que llevan a cabo una práctica que contribuye al buen desarrollo físico y psicológico del niño, aunque no se sabe si en realidad lo hacen por conocimiento del valor real de la leche materna.

CUADRO # 12:

Un 55.3% de las madres no saben cómo preparar sus pezones para la futura lactancia lo que se puede deber a que no han recibido información para lo mismo por parte del personal de salud, este porcentaje es sumamente preocupante ya que influye para el desarrollo de una mejor lactancia, este se modificaría a través de educación a las madres.

CUADRO # 13:

Dentro de las creencias se observa que tiene varias que son positivas con respecto a la lactancia las cuales la mayoría las considera como buenas, como: que el calostro es bueno para los bebés, el que no engordan las madres por dar de mamar, el que mamen los niños por las noches, el creer no necesaria otra leche para los niños menores de 4 meses, el dar de mamar ayuda a una relación más cercana y duradera entre la madre y el niño, todas ellas benefician la lactancia, entre las negativas están el que al tener los pezones invertidos la madre no puede dar de mamar, el creer que los niños menores de 4 meses necesitan de agua hervida como refrescante para su estómago, el que el dar de mamar deforma los pechos, creencias erróneas susceptibles de modificación.

CUADRO # 14:

Un 61.3% consideran que la leche materna se debe iniciar a dar inmediatamente después del nacimiento del niño, sien

do importante el que se inicie tempranamente la lactancia materna, tanto para la madre como para el niño, sin contar que el bebé al nacer esta ansioso y listo para mamar en la primera media hora de nacido. Un 16.7% indicó se debía iniciar después de los 3 días argumentando que antes la leche es mala, lo que vá en contra del niño, observando en ellas que predominan las creencias erróneas que van pasando de generación en generación.

CUADRO # 15:

Nos damos cuenta que un 60.7% de las madres consideran que es importante para tener leche el tomar tés o atoles confirmando con ello que predominan en ellas la tradición, en cuanto creer que éstos alimentan más a la madre, que hace su leche más nutritiva y más espesa, lo cual es una creencia errónea.

CUADRO # 16:

Las actitudes presentadas en este cuadro son beneficiosas para la lactancia y más del 80% opta por ellas, entre las cuales están el considerar la leche materna bastante nutritiva, el dar de mamar a los niños cada vez que lloran, están inquietos o no pueden dormir y el seguir dando lactancia a los niños aunque tengan diarrea o resfrios

CUADRO # 17:

El 53% de las mujeres embarazadas se encontraron en el 3er trimestre de embarazo de las cuales la tercera parte únicamente contaba con uno a dos controles prenatales, indicando con ello que las mismas los inician tardíamente, siendo esta una actitud negativa, la cual quizás se deba a desconocimiento por parte de ellas a realizarlos.

CUADRO # 18:

Ante un pezón adolorido o agrietado la mayoría de las madres (64%) continúa la lactancia materna; por ratos más cortos y frecuentes aunque les duela, siendo esta una actitud positiva, una cuarta parte de las mujeres embarazadas dejarían de dar de mamar temporalmente, observándose con ello que se confirma lo descrito en cuanto a mencionar los pezones agrietados como una de las causas de suspensión de la lactancia tempranamente, esta actitud se observó principalmente en las mujeres primíparas y mujeres jóvenes.

CUADRO # 19:

Un 71.3% considera que no se les debe dar a los bebés lactancia con horario fijo, sino cada vez que lo pidan (lloren), con lo cual tal vez sin saberlo contribuyen a que haya una mayor estimulación y con ello a que aumente la producción láctea.

CUADRO # 20:

Más del 75% refiere que es mejor el que los niños dejen el pecho después del año de nacidos lo cual es beneficioso para ellos y está de acuerdo a lo estipulado por la comisión de la lactancia, sólo un 13.3% indicaron que se debía destetar antes del año, siendo esta práctica errónea, la que se presentó sobre todo en mujeres primigestas y jóvenes atribuyéndose ésto a su falta de experiencia.

CUADRO # 21:

Sobre el lugar donde deben permanecer los bebés después de su nacimiento el 88% considera que debe ser en la misma cama con la madre, y un 12% considera mejor en una cuna en el mismo cuarto de la madre. A pesar de que están en favor del alojamiento conjunto muchas se encuentran ante la situación que a la hora del parto la madre y el niño son separados por el personal médico y/o paramédico en diversos hospitales. (12,70)

CUADRO # 22:

Se puede apreciar en este cuadro que un 86.7% de las mujeres embarazadas detectan que el niño tiene hambre y necesita ser amamantado cuando llora, un 8.6% cuando están inquietos, el resto cuando no pueden dormir o simplemente no saben.

Se ha referido que a los niños se les debe dar de mamar cada 2 o 3 horas, lapso de tiempo común para el apetito de los niños pequeños, pero con ello no se quiere decir que se les debe dar con horario el pecho. El hecho de que el bebé lllore, esté inquieto o no pueda dormir no quiere decir forzosamente que el niño tenga hambre, aunque el colocarle el pecho lo tranquilice, ya que el niño encuentra también en el pecho consuelo aparte de su alimento.

CUADRO # 23:

En este cuadro se observa que un 53.3% de las mujeres embarazadas se limpian sus pechos antes de cada mamada con agua limpia sólomente, práctica positiva, un 21.3% utilizan paños húmedos o papel higiénico, otro 18% utiliza jabón y alcohol, formas erróneas para hacerlo que se pueden modificar a través de educación hacia las madres.

IX. CONCLUSIONES

1. Más del 75% de las madres poseen conocimientos adecuados sobre la lactancia.
2. Un 58.7% de las madres desconocen las ventajas que tiene la lactancia sobre la planificación familiar.
3. Más del 80% de las madres poseen creencias positivas sobre la lactancia.
4. La mayoría de las madres tienen actitudes beneficiosas para el desarrollo de una feliz lactancia.
5. Una gran cantidad de madres poseen o realizan prácticas positivas para la lactancia.
6. La influencia del personal de salud y los medios de comunicación es mínima en favor de la lactancia materna hacia las madres de la población.

X. RECOMENDACIONES

1. Implementar pláticas sobre la lactancia materna al personal de salud, a las madres lactantes, embarazadas y comadronas para que a través de ellas se promueva la lactancia materna.
2. Que aumente el personal del Puesto de Salud de San Lucas Sacatepéquez para que así el mismo puede llevar a cabo todas las actividades que les corresponden, dentro de ellas fomentar la lactancia materna.
3. El distribuir material impreso a base de gráficas o dibujos sobre la lactancia materna a toda mujer, especialmente embarazadas, para así promoverla más.

XI. RESUMEN

Este estudio (transversal-descriptivo) se llevó a cabo en el Puesto de salud de San Lucas Sacatepéquez, Sac. del 27 de septiembre al 14 de octubre de 1994, cuyo objeto de estudio fue 150 mujeres embarazadas que asistieron a su control prenatal a dicho puesto, cuyas edades variaron de 15 a 45 años. Las mismas en su mayoría eran casadas o unidas (más del 90%) y en promedio tenían una escolaridad (mayormente primaria incompleta). Más del 50% de las madres se encontraban en su 3er trimestre de embarazo de las que una tercera parte contaban únicamente con uno a dos controles.

El grupo étnico predominante fue el ladino (más del 75%) y el resto era indígena, contando en promedio con 3.2 partos y 2.9 hijos vivos.

El estudio se realizó con el objetivo de establecer los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna en dichas mujeres, utilizando para la recolección de los datos un cuestionario, el cual fue llenado por medio de las entrevistas personales. Se encontró que más del 40% de estas señoras no habían recibido ninguna información por parte del personal de salud sobre como alimentar a sus bebés que estaban esperando; la mayoría de las mujeres entrevistadas refirieron el amamantar a sus niños únicamente con leche materna hasta los 4 a 6 meses, y el destete lo realizarían en promedio entre los 17 y 24 meses, un bajo porcentaje lo realizarían antes de los 12 meses, siendo estas señoras las primíparas, primigestas y en algunos casos las grandes múltiparas, cabe decir que esta no fué la regla.

Un porcentaje grande de las mujeres embarazadas tienen creencias beneficiosas como: considerar el calostro como bueno, a pesar que argumentan que con él se les limpia el estómago a sus niños, desconociendo el verdadero valor del mismo, también que es bueno dar de mamar por las noches, sin horario, no consideran necesario el darles a los niños otra leche aparte de la de ellas a los menores de 4 meses, además también la mayoría de ellas consideran bastante nutritiva la leche materna y que protege a sus niños contra la diarrea y la neumonía. Se encontró que la mayoría (más del 70%) limpia sus pechos antes de cada mamada, aunque sólo el 53.3% lo hace de forma ade-

cuada, (sólamente con agua limpia). Con este estudio se pretende concientizar a las autoridades en salud para que tomen las medidas necesarias para implementarlas y promover con ellas más la lactancia en todas las comunidades, ya que como se observa hay madres que aún conservan sus costumbres, unas beneficiosas, las cuales las hacen porque hay que hacerlas y no por saber el verdadero valor de la lactancia materna.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Avila, R.H., et.al. Factors Associated with the practice of breast feeding. I) A study of women with prenatal control. Perinatología y reproducción humana. 1989, Jul-Sep; 3(3):110-6.
2. Bonnar, J. Natural Family planning including breast-feeding. Advantages in fertility research. 1982;1:1-18.
3. Campbell, J. Breastfeeding and birth control (letter). - Lancet. 1991, Apr.13;337(8746):911.
4. Cardona, C.L. Lactancia Materna y Trabajo: Estudio realizado en madres trabajadoras afiliadas al Instituto de Guatemalteco de Seguridad Social que consultaron a Pediatría de la Clínica Periférica de la zona II durante el mes de junio de 1993. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1993. 40p.
5. Cerezo, R. Lactancia Materna en relación con crecimiento y desarrollo del niño. Guat. Ped. 2:74, 1980.
6. Cosich, C. et.al. Algo más sobre Lactancia Materna. - Guat. Ped. 1983; 5:189.
7. Científicos aconsejan no separar al recién nacido de su madre. Siglo Veintiuno. Nov. 3 1990.
8. Comisión Nacional de Promoción de la lactancia materna. Hospitales amigos de la lactancia materna. UNICEF. Guatemala 1993. Pags. variada.
9. Comisión Nacional de Promoción de la Lactancia materna. Paquete de documentos sobre lactancia materna. INCAP. Guatemala 1989. Pags. variada.
10. Delgado, H.L.et.al. Lactation in rural Guatemala: Nutritional effects on the mother and the infant. Food ann Nutrition bull. 1985;7(1):15.
11. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 11a edic. Barcelona, Salvat Editores. 1978.

12. División de Materno-Infantil y Planificación familiar - (con asesoría de Francisco Pineda), Informe final sobre conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna del personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. San Salvador, 1986, mayo.
13. Figueroa, C. et al. Factores determinantes en la práctica de la lactancia materna. Guat Ped. 1983;5:5.
14. Flores, O. Lactancia materna: Evaluación de conocimientos sobre lactancia materna de 300 madres primiparas atendidas en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt durante los meses de octubre y noviembre de 1985. Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1986.
15. Freedman, R.S. et al. Effects of breastfeeding practice on the post-partum endometrium. South african Journal of Medical Sciences. 1976; 41(2):99-108.
16. Ganong, W.F. Fisiología Médica. 11a edic. México, D.F. Edit. El Manual Moderno. 1988, 691p. (pp.387-389)
17. García, B. et al. Práctica de la lactancia natural y actividades para su promoción en Centroamérica, Panamá y la República Dominicana. Arch Latinoamer Nutr. 1985;35 (5):258.
18. García, H.J. Influencia de la situación socioeconómica en los hábitos y costumbres sobre lactancia materna; estudio prospectivo de 150 casos de madres de familia, detectadas en la clínica de niño sano del Hospital General San Juan de Dios Clínicas médicas privadas y entrevistas domiciliarias durante febrero a mayo de 1979. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1979. 40p.
19. Girón, R.E. Cómo ayudarles a las mamás a amamantar. Comisión Nacional de Promoción de la lactancia materna. CO NAPLAN. Guatemala. 2a Edición. Edit. Alfíl. Guatemala. Jul. 1989. Pags. variada.
20. Granados C.,S. Alimentación del niño. Docto. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Fase II. Programa Medicina Familiar. 1986. Pags. variada.
21. Growth Factors in Human Milk. Journal of tropical pediatrics. 1990 Feb;36:2-3.

22. Guatemala, Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Fase II. Alimentación del Recién Nacido y lactante sanos. 1978. 1-16p.
23. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Fase II. Requerimientos dietéticos de la madre para la lactancia; consideraciones teóricas. 1982 1-21p.
24. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Fase III. Programa de Atención Materno-Infantil. 1980. 94p.
25. Guyton, A.C. Tratado de Fisiología Médica. 8a. edición. Nueva York, Edit. Interamericana. 1991. 1063p. (pp.968-970).
26. Ham. A.W. et.al. Tratado de Histología. 8a. edición. México, D.F. Edit. Interamericana. 1983. 1080p. (pp.975-976).
27. Holland, B. Breast-feeding and infectious diarrhea (letter). JAMA. 1987, Jun.26;257(24);3361.
28. Huaman, E.J. et.al. Study on maternal lactation in population groups in Lima. In: Parto, lactancia y planificación familiar; (Compiled by) Asociación Multidisciplinaria de Investigación y docencia en población. (AMIDEP) 1986, Dec.:147-148.
29. Ibarra, A.M. Ventajas de la lactancia materna en Guatemala. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala. 1979. 40p.
30. Isaacs, C.E. et.al. Antiviral and antibacterial lipids in human milk and infant formula feeds. Archives of Disease in Childhood. 1990;65:861-864.
31. Jensen, R.G. et.al. Human lactation. Milk components on Methodologies. New York, Plenum Press. 1985. Pags. variada.
32. Kashyap, S. et.al. Growth, nutrient retention, and metabolic response of low-birth-weight infants fed supplemented and unsupplemented preterm human milk. American Journal Clinical Nutrition. 1990;52:254-62.

33. Koch, R.M. Concerns in breast-feeding. The knowledge of a group of primiparae in hospital delivery in Ciritiba. Revista Paulista de Enfermagem. 1983:3(2):62-5.
34. Kumari, S. et.al. Maternal Attitude and practices in - initiation of Newborn feeding. Indian Journal of Pediatrics. 1988. Nov-Dec: 55(6):905-911.
35. Labbok, M. et.al. Guías para lactancia materna en los - programas de planificación familiar y supervivencia infantil. Instituto para investigaciones internacionales en planificación familiar natural de la Universidad de Georgetown. Washington, enero 1990. s.p.
36. La leche, un alimento completo y controversial. Prensa Libre. Agosto 17 1994. Pag.29.
37. Lathan, M.C. The relationship of breastfeeding to human fertility. In Lathan M.C., ed. the decline of the breast an examination of its impact on fertility and health, and its relation to socioeconomic status. Ithaca, New - York, Statutory Colleges of the State University at Cornell University, Division of nutritional Sciences. 1982 1-21. Cornell International Nutrition Monograph Series #10.
38. Laukaran, V.H. Breastfeeding and the use of contraceptives. Outlook. 1985 Mar:3(1):2-5.
39. Lawrence, R.A. Breastfeeding a guide for the medical profession. 1993, s.p.(Publicación de la Liga de la leche materna de Guatemala).
40. Liga de la leche materna de Guatemala, la Comisión Nacional de Promoción de la lactancia materna y el Instituto de nutrición de Centroamérica y Panamá. Los últimos descubrimientos en relación a la excepcionalidad de la lactancia materna; implicaciones y aplicaciones. Guatemala feb. 1991. Pags. variada.
41. Liga Internacional de la Leche. El Arte femenino de amamantar. New York, Edit. Diana, S.A. Jul 1988. 690p. pags. variada.
42. Marmet, C. et.al. Instruments used in breastfeeding management: a guide. In: Programmes to promote breastfeeding. edited by Derrick B., Jellife and E.F. Patrics Jellife, Oxford, England, Oxford University Press, 1988.330p
43. Martínez, H.O. Descripción de creencias y prácticas alimenticias del niño de 0-12 meses, Estudio descriptivo prospectivo en madres del grupo étnico Kekchí, Pocomchí de la comunidad de Tamahú, Alta Verapaz, Jun-Jul 1991. Tesis (médico y cirujano)- Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala. 1991.

44. Mazariegos, A.M. Conocimientos, creencias y prácticas sobre lactancia materna en una comunidad indígena; Estudio descriptivo observacional en madres de la Aldea Chamac, San Pedro Sac., San Marcos durante los meses de mayo junio 1993, Guatemala. Tesis (médico y cirujano)- Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala. 1993.
45. Mead, M. Family contexts of breastfeeding. Breastfeeding and food Policy in a hungry world. 1979. 3-23p.
46. Meldrum, B. Psychological Factors in breast feeding versus bottle feeding in the third world. Bulletin of the British Psychological society. 1982. Jun:35:229-31.
47. Meneses, L.F. Lactancia Materna. Docto. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Fase III Programa de Atención Materno-Infantil. 1981. Pags. variada.
48. Millman, S. et.al. Breastfeeding birth spacing and early mortality in three latin American countries. (unpublished) 1985. 14:3.
49. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Protejamos y defendamos la lactancia materna. Guatemala, 1993 S.P.
50. Monzón, B.R. Nutrición de la embarazada y la madre lactante. Docto. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Fase II. Programa de Medicina Familiar. Oct. 1990. 1-17p. Pags. variada.
51. Morales, J.C. Creencias, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna en una población rural del oriente de la república, estudio descriptivo-prospectivo de 100 madres comprendidas entre 15-45 años de edad de la aldea el Jute, municipio de Usumatlán, Departamento de Zacapa, realizado durante mayo y junio de 1987. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 1987.
52. Morice, T.A. et.al. Excreción de drogas y medicamentos en leche materna y su efecto en el niño. Comisión nacional de Lactancia Materna. San José. C.R. Edit. EDNASS. feb 1991. 1-17p.

53. Morrow-Tlucak, M. et.al. Breastfeeding and cognitive development in the first 2 years of life. Social Science and medicine. 1988: 26(6):635-9.
54. Nelson, W. Tratado de Pediatría. 12a. edición. Tomo I. México Edit. Interamericana, 1988, pags. 154-162.
55. Newcomb, P.A. et.al. Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer. N Engl J Med. 1994 Jan 13:330 (2)81-7.
56. Nichols, E.L. et.al. Human Milk; Nutritional Resource. Progress in clinical and biological research. 1981:61: 109-146.
57. Olson, C.M. Promoting positive nutritional practices during pregnancy and lactation. Am J Clin Nutr. 1994 Feb. 59(2):525-30.
58. Organización mundial de la Salud. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Declaración conjunta OMS/ UNICEF. Ginebra, 1989; 1-39p. (pp. 3,28-29)
59. Ovando, C.S. Programa de apoyo y promoción de la lactancia materna en servicios de atención primaria de salud. Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1979.31p.
60. Pritchard, J.A. et.al. Williams Obstetricia. 3a. edición. Barcelona, Edit. Salvat. 1987. 900p. (pp.357-61)
61. Quan, I.L. Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna en madres de edad fértil en la comunidad de San Jacinto Chiquimula, Estudio prospectivo-comparativo realizado en grupos de riesgo diferente, durante el mes de mayo 1991. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de SAN Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1991. 60p.
62. Quiroz, G. et.al. Tratado de Anatomía Humana. 26a. edic. México, D.F. Edit. Porrúa, 1985. Tomo II (338-41)
63. Ramalingaswani, V. Lactancia Materna, como proteger un recurso natural. UNICEF, Washington 1988. 4-28. (pp.1-14)
64. Revisión de Expertos sobre prácticas óptimas para la alimentación infantil. Washigton, D.C. Preguntas y respuestas sobre la alimentación infantil: un nuevo análisis realizado por el panel de expertos. 24 y 25 de septiembre de 1990. INCAP. 1991.1-47p.

65. Robbins, S.L. et.al. Patología estructural y funcional. 3a. edic. México, D.F. Edit. Interamericana 1987. 143p. (pp.1145-1146)
66. Robin, D.H. et.al. Relationship between infant feeding and infectious illness: Aprospective study of infants during the first year of life. Pediatrics. 1990 Apr.; 85(4):464-71.
67. Rodríguez, G. et.al. Promotion of breastfeeding and the participation of nursing personnel. Boletín de la Oficina Sanitaria panamericana. 1991. Jul. Vol III(1). 1-15.
68. Sabinston, D.C. Tratado de patología quirúrgica. 11 edic. México, D.F. Edit Interamericana 1987. Tomo I (pp.590-91)
69. Sarrazin, L.E. et.al. Lactancia materna conocimientos básicos para el equipo de salud. Comité interinstitucional de la lactancia materna. Ecuador, oct. 1991; 1-25. Pags. variada.
70. Scott, F.M. Situación de la lactancia materna en un área rural de Guatemala, Factores sociales, económicos y culturales que determinan la práctica de la lactancia materna en el municipio de San José, el Rodeo, del Departamento de San Marcos. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1987. 50p.
71. Shortrindge, K.F. et.al. Protective potential of colostrum and early milk against prospective influenzae viruses. Journal of Tropical Pediatrics. 1990, Apr. Vol. 36. 2-3p.
72. Soto V.,S.Y. Lactancia Materna realidad urbana y rural. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1977.37p.
73. Specker, D.C. Do North American women need supplemental vitamin D during pregnancy or lactation? Am J Clin Nutr. 1994 Feb;59(2) 484-90.
74. Stites, D.F. et.al. Inmunología Básica y clínica. 6 edic. México D.F., Edit. El Manual Moderno. 1988.756p. (pp.164-165)
75. Toussaint, G. et.al. Breastfeeding: Impact of early mother-child post-partum contact. Perinatología y reproducción humana. 1988 Jul-Sep;2(3):115-20.

76. Urrutia, J.J. et.al. Informe del estado actual de lactancia materna en Guatemala. Guat Ped. 1979;1-9.
77. Vis, H.L. et.al. Decline in breast-feeding: About some of its causes. Acta Pediátrica. Bélgica 1978, Oct-Dec. 31(4):195-206
78. World Health Organization. Seminar of traditional practices affecting the health of women and children, kartoum, Sudan. Feb. 10-15, 1979. Alexandria 1979 Mar.43p.
79. Worthington, R. et.al. Nutrition in Pregnancy and lactation. 4th. edition, St. Louis, Edit. Times Mirror 1989. (pp.268-292)



XIII. ANEXOS

CONOCIMIENTOS, CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL AL PUESTO DE SALUD DE SAN LUCAS SAC.

I. DATOS GENERALES:

FECHA:

NOMBRE DE LA MADRE:

EDAD:

ESTADO CIVIL: 1) CASADA 2) SOLTERA 3) UNIDA 4) OTRO

ESCOLARIDAD: 1) ANALFABETA 2) ALFABETA: 2.1 PRIMARIA INCOMPLETA
2.2 PRIMARIA COMPLETA
2.3 SECUNDARIA INCOMPLETA
2.4 SECUNDARIA COMPLETA
2.5 UNIV. INCOMPLETA
2.6 UNIV. COMPLETA

TRABAJA: 1) NO 2) SI 2.1 FUERA DE CASA
2.2 EN CASA

GRUPO ETNICO: 1) INDIGENA 2) LADINO 3) OTRO

NUMERO DE PARTOS:

NUMERO DE HIJOS VIVOS:

TIEMPO DE EMBARAZO ACTUAL: (EN SEMANAS)

II. PREGUNTAS

II.1 CONOCIMIENTOS:

1. Durante sus controles prenatales ha sido informada acerca de cómo alimentar al bebé que está esperando?
 1. No
 2. Si
2. Qué información recibió?
 1. Lactancia materna exclusiva por 4 a 6 meses.
 2. Lactancia materna y otra fórmula láctea.
 3. Lactancia materna y otros alimentos.
 4. Fórmula láctea en biberón únicamente.
 5. Otra.

3. Para que un niño se mantenga sano los primeros 6 meses debe ser alimentado únicamente con la leche materna sin darle agua u otros alimentos?
1. No 2. Si 3.No sabe
4. Considera que la leche materna protege al niño de la diarrea y pulmonía?
1. No 2. Si 3. No sabe.
5. Considera que la lactancia materna ayuda a la madre. a que no quede embarazada nuevamente?
1. No 2. Si 3. No sabe
6. Hasta que edad debe dársele a un niño únicamente leche materna?
1. 1 a 2 meses
2. 3 a 4 meses
3. 4 a 6 meses
4. Más de 6 meses
5. No sabe
7. Si algún familiar o vecina le pregunta acerca de cómo alimentar a su bebé que acaba de nacer, usted que le aconsejaría? (esperar respuesta)
1. Únicamente la leche materna
2. La leche materna y agua
3. La leche materna y fórmula láctea
4. La leche materna y alimentos Sólidos.
5. No sabe que aconsejar
6. Otro.
8. Cómo debe preparar sus pezones para dar de mamar a u su niño cuando nazca?
1. Haciendoles masajes a los lpezones todos los día
2. Utilizando sostenes con la punta cortada.
3. No usando sostenes.
4. Echándose alguna substancia sobre ellos.
5. No sabe como
6. Otro.

II.II CREENCIAS

9. Piensa usted que el calostro o la primera leche es buena dársela al bebé?
1. No 2. Si 3. No sabe
10. Cree que al dar de mamar la madre se pone gorda?
1. No 2. Si 3. No sabe
11. Cree que al dar de mamar se deforman los pechos de la madre?
1. No 2. Si 3. No sabe
12. Al cuánto tiempo después de nacer se debe empezar a dar el pecho al bebé? (esperar respuesta)
1. Inmediatamente
2. A la hora de nacido
3. A las 2 horas de nacido
4. Después de 2 horas de nacido
5. Después de 3 días de nacido
6. No sabe
13. Si sus pezones tienen forma de ombligo (invertidos) cree que podrá dar de mamar?
1. No 2. Si 3. No sabe
14. Cree usted que es bueno que los bebés mamen por la noche?
1. NO 2. Si 3. No sabe
15. Qué es para usted lo más importante que debe de hacer la madre para tener bastante leche: (esperar respuesta)
1. Tomar bastante agua
2. Tomar té o atoles
3. Comer algunas hierbas
4. Hacerse masajes en los pechos
5. Dar de mamar cuando el niño quiera
6. Alimentarse bien
7. No sabe
16. Cree usted que los niños menores de 4 meses hay que darles otra leche, además de la leche de su madre para que crezcan bien?
1. No 2. Si 3. No sabe.

17. Cree usted que además de la leche materna es necesario darle a los bebés menores de 4 meses agua hervida?

1. No 2. Si 3. No sabe

18. Cree que con la lactancia se produce una relación más cercana y duradera entre las madres y el niño*

1. no 2. Si 3. No sabe

II. III ACTITUDES

19. Cuántas veces ha asistido a su control prenatal?

1. Es la primera vez
2. 1 a 2 veces
3. 3 a 4 veces
4. 5 a 6 veces
5. Más de 6 veces

20. Cree que la leche materna es bastante nutritiva?

1. No 2. Si 3. No sabe

21. Se les dá de mamar a los bebés cada vez que lloran, están inquietos o no pueden dormir?

1. No 2. Si 3. No sabe

22. Si su pezón le duele que haría?

1. Seguir dando lactancia por ratos cortos pero más seguidos aunque duela.
2. Dejar de dar lactancia hata que se curen
3. Dar de mamar sólo con el lpecho que no duele
4. Dejar de dar de mamar con el lpecho afectado sólo si le sale mucho pus, sangre y extraerse la leche a mano.
5. Consultar al personal de salud.

23. Si se enferna su niño de diarrea o resfrío le seguiría dando de mamar?

1. No 2. Si 3. No sabe