

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"PROGRAMA DE APOYO Y PROMOCION DE LA
LACTANCIA MATERNA EN SERVICIOS DE
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD"

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

CARLOS SERGIO OVANDO LAVAGNINO

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

CONTENIDO.

- I INTRODUCCION
- II ANTECEDENTES
- III BASES TECNICAS Y METODOLOGICAS
- IV MODELO DE PROGRAMA
 - a. Objetivos
 - b. Actividades
 - c. Tareas
 - d. Operaciones
 - e. Organización
 - f. Evaluación
- V DISCUSION
- VI CONCLUSION
- VII RECOMENDACIONES
- VIII BIBLIOGRAFIA
- IX ANEXO

I INTRODUCCION

Desde hace varios años se ha puesto en evidencia que existe una tendencia a disminuir en el hábito de la lactancia al pecho a nivel mundial. La preocupación generada por dicha tendencia ha llevado a realizar investigaciones sobre la magnitud del problema y sus causas. En Guatemala, hace ya más de una década que se han investigado los patrones de lactancia, y los resultados de dichos estudios, a través de encuestas y entrevistas a servicios hospitalarios, demostraron que la edad promedio de lactante guarda relación inversa con el nivel socio-económico.

Existen en la literatura reportes de programas de promoción de la lactancia al pecho, donde se han obtenido éxitos relativos en grupos experimentales sobre grupos controles. Los programas de este tipo enfocaron sus acciones en mujeres en períodos de embarazo, parto y puerperio, y las realizaron mayormente a nivel hospitalario (16).

La dificultad existente en realizar programas de apoyo y promoción de la lactancia al pecho en las áreas rurales, a través de los servicios de salud estriba en que éstos en la actualidad tienen coberturas deficientes y, aunque en algunos casos accesibles, las personas muestran poca afinidad en utilizarlos; en donde es necesario plantear cambios en el sistema actual de la oferta de servicios de salud, manera de cubrir un mayor número de personas, considerando la limitación de recursos humanos y físicos que tiene el actual sistema de salud.

El presente trabajo de tesis propone un modelo de programa de apoyo y promoción de la lactancia materna, enfocado a las áreas rurales, en el cual la comunidad juegue el papel principal, ejecutando y evaluando sus acciones a través de personal volun-

tario adiestrado y supervisado por el personal médico y auxiliares de salud existentes.

El modelo propuesto representa un esfuerzo por plantear acciones específicas y concretas que puedan ser llevadas a la práctica a corto plazo y a un costo razonable tanto para la comunidad como para el país, a fin de que no se pierda el hábito de lactar a los niños al pecho durante el primer año de vida.

II ANTECEDENTES

Desde los primeros años de la década del 60, la lactancia materna ha sido estudiada en Guatemala, y la mayoría de estudios demuestran una consistente reducción de la misma que ha afectado mayormente a los grupos sociales urbanos acomodados y menor escala a los grupos urbanos pobres (19)

La situación de la lactancia materna en el área rural no ha sido suficientemente investigada, aunque estudios sobre la edad de destete indican que varía de acuerdo a la región y tamaño de la población. Por ejemplo, entre 1970 y 1973 en 4 aldeas del departamento de El Progreso la edad promedio del destete fue de 18 meses (2). Entre 1965 y 1967 el INCAP encontró en una muestra a nivel nacional, que el 90% de los niños lactaron los primeros 6 meses de vida, cerca del 60% los 12 meses, el 28% los 18 meses y cerca del 10% a los 24 meses (12).

Las principales razones para la cesación de la lactancia materna reportadas por varios autores a nivel nacional e internacional son (19, 20, 1):

- hipogalactia
- mala succión o rechazo del pecho por el niño
- enfermedad materna e infantil
- "razones prácticas"
- trabajo materno
- decisión materna
- rechazo por la madre
- nuevo embarazo

Según autores nacionales (19) existen en los médicos actitudes dirigidas a la substitución de la lactancia materna por le-

ches artificiales cuando las madres se quejan de no tener leche suficiente para amamantar a sus hijos. Basado en este hecho se concluye que una de las razones que llevan a las madres a tomar la decisión de abandonar la lactancia al pecho es el consejo médico. Otros estudios han llegado a esta conclusión (20).

Las condiciones que limitan un desarrollo adecuado de la lactancia materna en las áreas urbanas de Guatemala (19) son:

- la falta de conocimiento de las ventajas de la lactancia materna;
- falta de consejo apropiado cuando hay problemas con la lactancia;
- propaganda incontrolada de los alimentos infantiles;
- falta de interés por el personal de salud en promover la lactancia materna.

Los factores de riesgo del abandono de la lactancia materna fueron tentativamente establecidos en un taller realizado en Brasil sobre técnicas de promoción de la lactancia materna (20):

- Aquellas mujeres que han fracasado en el amamantamiento de hijos anteriores.
- Primigestas sin información adecuada.
- Patología perinatal que implique separación del niño.
- Madres de nivel socio-económico bajo llegadas al medio urbano cuando tenían menos de 15 años.
- Madres adolescentes.

Otros estudios sugieren que aun separaciones breves después del parto pueden provocar alteraciones en la conducta de la madre con su hijo, meses y hasta años después (18).

Varios programas en América Latina se han orientado a la promoción de la lactancia al pecho y habitualmente se han circunscrito a experiencias piloto, con ciertas limitaciones que no permiten evaluar impacto tal como se cita en un estudio (4) donde se manifiesta que no han considerado en el diseño indicadores adecuados para el proceso de "Evaluación por Seguimiento".

En el documento de OPS "Notas sobre Programas de Promoción de Lactancia Materna" se presenta un cuadro con ejemplos de intervenciones en esta clase de programas, con porcentajes de éxito sobre grupos control que variaron entre 13 y 50%.

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.

III BASES TÉCNICAS Y METODOLÓGICAS

El modelo de programa que se propone implica actividades de carácter educativo y de servicio a la comunidad, las cuales se fundamentan en el sistema de apoyo concebido por la OPS en 1978 (16) con algunas modificaciones. Dicho sistema de apoyo se centra en 4 puntos:

- Reestructuración de las instalaciones y servicios de salud.
- Refuerzo del adiestramiento del equipo de salud.
- Reorientación de las políticas y de la legislación.
- Expansión de la educación al público.

Se han establecido además los principios que deben guiar el desarrollo de un sistema multidisciplinario para promover la lactancia materna (16), los cuales se enumeran a continuación:

- Mantener un estado nutricional adecuado de la madre durante el embarazo y la lactancia y de las jóvenes durante y después de la pubertad.
- Promover la iniciación de la lactancia tan pronto como sea posible después del parto, ya que el acceso temprano al pecho frecuente y ad libitum es esencial para establecer una buena lactancia durante los primeros días de vida.
- Promover la educación materna adecuada y hacer demostración de técnicas de lactancia, higiene y otros aspectos

tos importantes.

- Facilitar contactos frecuentes madre-niño para el desarrollo de la salud y de los lazos madre-hijo.
- Prevenir la introducción de substitutos de la leche materna, excepto donde sea indicado por razones médicas y de otra índole.
- Promover la lactancia materna como único alimento durante los primeros 3 a 4 meses de vida.
- No fomentar la introducción prematura de fórmulas o comidas para el destete de niños que están siendo amamantados. La práctica tan común de introducir agua azucarada y agua sola, debe ser desechada.
- Reconocer que la lactancia materna después de los 4 meses de edad puede ser básica para la nutrición del niño, haciendo énfasis en las técnicas educacionales de cómo y cuándo introducir alimentos suplementarios dentro del contexto de la cultura local.
- Desarrollar y utilizar técnicas de promoción que sean simples, inmediatamente admitidas y seguidas, además de consistentes con la cultura de los beneficiarios. Se debe estimular a todos los miembros del equipo médico y de salud a adherirse a una filosofía de promoción consistente.
- Los agentes de cambio más que enseñar a la comunidad deben participar con ella en detectar, identificar y resolver los problemas que la aquejan (3).

- Los programas que se desarrollan a nivel de atención primaria en salud deben ser aceptables a un costo que la comunidad y el país puedan soportar (13).
- La educación en salud debe extenderse a la familia, la escuela y al personal de salud (4).

Además de los principios presentados anteriormente, se han identificado los siguientes elementos cognoscitivos que deben ser transmitidos a la comunidad, y que pueden ser de gran utilidad:

- La leche humana es un alimento accesible, limpio y fácilmente digerible (6).
- Satisface los requerimientos nutricionales del niño durante los primeros 3 a 4 meses de edad (6).
- Es una fuente importante de proteínas de alto valor biológico después de los 6 meses de edad (16).
- Proporciona más energía que la leche de vaca (6).
- Provee inmunidad pasiva al niño (6).
- Ayuda a establecer buenas relaciones madre-hijo (18)
- La lactancia al pecho tiene un efecto negativo en el estado nutricional de la madre cuya ingesta de nutrientes es deficiente. (7)
- Las enfermedades maternas e infantiles interfieren la lactancia al pecho (22).
- La separación temprana de la madre y el niño interfiere

en el desarrollo de la lactancia (18, 9).

Universo:

El programa está dirigido a las mujeres mayores de 15 años de edad, principalmente a las embarazadas y lactantes que residen en comunidades rurales.

IV MODELO DE PROGRAMA

El modelo de programa que se propone, ha sido concebido en forma de acciones separadas pero íntimamente ligadas entre sí, partiendo de las bases metodológicas y técnicas que se identificaron. Dichas acciones se han ordenado de manera cronológica, atendiendo a la vez al personal encargado de realizarlas y ha sido llevado, en lo posible, al detalle de plantear actividades y las tareas que las conformen, ejemplos de normas, de esquemas de organización, sistema de apoyo, y mecanismos de evaluación, en un afán por demostrar que en un plano teórico y siguiendo un proceso lógico se pueden plantear programas con participación comunal activa que extienda los beneficios del sistema de salud, usando los recursos existentes en la actualidad.

a. Objetivos y Metas

General:

Contribuir a mejorar el estado nutricional de la población infantil a través del diseño de acciones que sean operativas en áreas rurales, encaminadas a promover y apoyar la práctica de la lactancia al pecho.

Específicos:

- Disminuir los riesgos de que se produzca destete precoz
- Disminuir los efectos del destete precoz
- Prevenir los factores que limiten la lactancia al pecho.
- Lograr que el 100% de los niños sin francas contraindicaciones

maternas o infantiles sean amamantados desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad.

Lograr que por lo menos el 80% de los niños sean amamantados hasta los 12 meses de edad.

b. Actividades

El modelo se realizaría a través de 3 actividades:

1. Introducción del Programa a la Comunidad
2. Servicios a la Comunidad
3. Educación a la Comunidad

Dichas actividades se implementarían en los puestos de salud, locales comunales y en visitas domiciliarias, y se desglosan en las siguientes tareas:

c. Tareas

1. Introducción del programa a la comunidad
 - 1.1 Entrevista con autoridades formales de la comunidad.
 - 1.2 Informar sobre el perfil del programa.
 - 1.3 Convocar a asamblea de las comunidades.
 - 1.4 Proveer información a las comunidades sobre el programa.
 - 1.5 Motivar la selección de promotores por la comunidad.

dad.

- 1.6 Motivar la formación de comités de apoyo a las actividades del promotor.
- 1.7 Adiestrar a promotores rurales de salud.
- 1.8 Evaluar las actividades de los promotores.

2. Servicios a la Comunidad

- 2.1 Realizar levantamiento de planos de las comunidades.
- 2.2 Realizar censo de las familias residentes en las comunidades.
- 2.3 Interrogar sobre la presencia de elementos de riesgo de destete precoz.
- 2.4 Registrar información.
- 2.5 Proveer suplemento nutricional a madres embarazadas y lactantes.
- 2.6 Hacer seguimiento de casos con suplementación nutricional.
- 2.7 Interrogar sobre presencia de enfermedades.
- 2.8 Referir casos de enfermedades detectadas.
- 2.9 Tratar enfermedades.

3. Educación a la Comunidad

- 3.1 Proveer información sobre lactancia materna en visita domiciliaria.
- 3.2 Organizar grupos de madres.
- 3.3 Realizar reuniones de información a los grupos.
- 3.4 Hacer contacto con instituciones educativas.
- 3.5 Proveer información a maestros sobre lactancia materna.
- 3.6 Promover la difusión de la información en las escuelas.
- 3.7 Hacer contacto con emisoras de radio.
- 3.8 Organizar actividades de divulgación por medio de la radio.

El personal de los servicios de salud será el encargado de efectuar la actividad de introducción del programa a la comunidad.

Los promotores rurales de salud elegidos con apoyo de la comunidad, y los comités que soportan las actividades del promotor, serán los encargados de efectuar las actividades de entrega de servicios a la comunidad y las actividades de información a nivel individual y de grupos sobre lactancia materna.

La difusión de mensajes a través de medios masivos de comunicación locales estará a cargo del personal que labora en los

servicios de salud con categoría de Centro de Salud, a través de la intervención de Médicos y Enfermeras Profesionales y técnicos en salud rural, en programas radiales de carácter popular, cuyo diseño se realice conjuntamente con personal experto en este campo.

d. Operaciones:

De la entrevista con autoridades formales de la comunidad:

- El médico director del centro de salud será el responsable de entrevistarse con autoridades formales de la comunidad, que incluirá al alcalde municipal, el gobernador departamental o su representante y otras personas influyentes de la comunidad.
- La entrevista se realizará basándose en los siguientes puntos:
 - Informar sobre las características del programa
 - Solicitar autorización formal
 - Solicitar cooperación de subalternos
- Si no se obtiene autorización formal, el responsable deberá insistir en efectuar nuevas reuniones para tratar de obtenerla.
- Al tener autorización formal para realizar el programa el responsable solicitará que a través de alcaldes auxiliares y otras autoridades locales se reúnan a las diferentes comunidades, con calendario y horario apropiado para no interferir con las actividades tradicionales de la comunidad.
- El técnico en salud rural de acuerdo al calendario y hora-

rio establecido de reuniones, se presentará en las comunidades que le sean asignadas para proveer información relativa a las características del programa, la necesidad de la participación activa de la comunidad y motivará discusiones sobre el tema.

- Planteará a la comunidad la necesidad de que se elija de entre ellos a las personas idóneas que deberán recibir adiestramiento como promotores rurales de salud, a fin de que se realice el programa.
- Sugerirá algún mecanismo de elección de los promotores rurales de salud, a fin de agilizar el procedimiento.
- Completada la selección de promotores, el técnico en salud rural comunicará a la asamblea de vecinos que es necesaria la existencia de un comité que brinde apoyo a las actividades de los promotores.
- Motivará la elección de los miembros del comité, planteando que sus actividades se dirigirán a tratar de facilitar las de los promotores en lo que se refiera a contactos con agencias gubernamentales y privadas así como a suministros y logística.
- Una vez realizada la elección del comité de salud, y la selección de promotores, el técnico en salud rural los reunirá para establecer conjuntamente el horario-calendario de actividades de adiestramiento.
- El adiestramiento será efectuado por el técnico en salud rural, con la colaboración de la auxiliar de enfermería y del médico y la enfermera.

- El adiestramiento se llevará a cabo en sesiones que comprendan:
 - Exposición de los elementos teóricos
 - Explicación de las actividades
 - Presentación del calendario de prácticas
- Cada sesión de adiestramiento deberá ser seguida de la práctica correspondiente.
- El orden de las sesiones de adiestramiento será determinado por las actividades de servicio a la comunidad, es decir que la primera sesión será sobre la identificación del universo de trabajo, procediéndose en la práctica correspondiente a realizarse dicha identificación.
- El técnico en salud rural evaluará las actividades del promotor durante las visitas que efectúe a las comunidades, centrando su atención en la cuantificación de las actividades realizadas, los problemas con los que haya tropezado el promotor de salud al realizarlas, reforzará conocimientos del promotor en aquellas áreas en que lo encuentre con dificultades.
- Establecerá conjuntamente con el promotor rural de salud las necesidades de suministros que éste tenga, así como el calendario de charlas a la comunidad que el promotor deba realizar.
- El técnico en salud rural sumará la información del promotor en presencia de éste, retroalimentándolo con los datos obtenidos y las necesidades de determinadas actividades que la sumariazación reporte.

- La identificación del universo de trabajo será efectuada por el promotor rural de salud.
- Para realizar la identificación, el promotor rural de salud deberá hacer el levantamiento o actualización del plano de la comunidad que sea su área de trabajo.
- En el plano identificará a las familias que residan en cada una de las casas por el nombre del jefe de familia.
- Cuando haya completado el levantamiento del plano o su actualización, el promotor rural de salud efectuará visitas domiciliarias en todas las familias de su área de trabajo.
- En la visita domiciliaria el promotor informará que el objetivo de su visita es realizar un censo como parte de las actividades del programa, haciendo una breve exposición del mismo a la familia.
- Solicitará la colaboración del jefe de familia para que le proporcione la información requerida.
- Para efectuar el censo el promotor utilizará la "Forma A" (Ver anexo) que contiene datos relativos a la presencia de mujeres en edad fértil, embarazadas, lactantes y niños menores de un año.
- Interrogará a mujeres en edad fértil sobre los hábitos de lactancia que tengan con respecto a sus hijos, incluyendo:
 - si ha dado pecho a hijos anteriores
 - edad a la que se produjo el destete
 - causas del destete

- Interrogará sobre elementos de riesgo de destete precoz
- Se consideran elementos de riesgo:
 - madres menores de 16 años de edad
 - mujeres con su primer embarazo
 - mujeres que hayan fallado en dar pecho a sus hijos anteriores
 - enfermedad de la madre o del niño que implique separación temprana de ambos.
- Las mujeres que respondan afirmativamente a una o más de las preguntas anteriores serán informadas sobre lactancia al pecho enfatizando:
 - la leche materna es el mejor alimento para el niño;
 - es un alimento limpio y que el niño digiere fácilmente;
 - es un alimento que protege al niño de algunas enfermedades (especialmente diarreas);
 - dar el pecho al niño le brinda sensación de ser apreciado por su madre y de bienestar;
 - tan pronto como sea posible después del parto, el niño debe ser puesto al pecho;
 - el mejor estímulo para que se produzca leche es que el niño mame;
 - el tratamiento temprano de las enfermedades de la madre y del niño asegura que la lactancia al pecho se mantenga.
- Proveerá suplemento nutricional a las mujeres que se encuentren en período de embarazo y entre 0 y 6 meses postparto que estén amamantando a sus hijos.
- La provisión del suplemento nutricional se hará cada mes,

- acompañándose de consejos sobre la preparación y utilización de los alimentos, así como enfatizando que el suplemento nutricional no debe substituir ninguno de sus alimentos tradicionales.
- El promotor en su visita mensual a la familia reinterrogará sobre si la lactancia al pecho ha sido continuada, y si se desarrolla en forma adecuada.
- En caso de respuestas negativas, interrogará sobre las causas y sugerirá conducta apropiada dependiendo de la causa, a fin de que si el niño es menor de un año se restablezca la lactancia.
- Interrogará sobre la presencia de enfermedades en la madre, especialmente en cuanto a:
 - dolor o tumefacción de las mamas
 - fiebre prolongada
 - postración
 - diarrea y/o vómitos
 - fiebre intermitente
 - tos productiva de más de 2 semanas de duración
- Cuando la mujer refiera cualquiera de los signos/síntomas anteriores u otros que reflejen enfermedades que interfieran con la lactancia, el promotor rural de salud deberá referirla al puesto de salud más cercano para que ella asista preferentemente en menos de 24 horas.
- En los puestos y centros de salud se dará tratamiento curativo a las mujeres que por su condición lo ameriten, poniendo especial énfasis en que la lactancia al pecho sea suspendida únicamente en los casos en que exista contraindicación.

cación absoluta para que la misma se continúe.

- En cada visita domiciliaria el promotor rural de salud informará sobre lactancia materna, utilizando los elementos de conocimiento sobre el tema que haya recibido en el adiestramiento.
- Promoverá asimismo la formación de grupos de embarazadas y de madres lactantes, que tengan como finalidad el intercambio de información sobre lactancia, y en los cuales se efectúen charlas y demostraciones relacionadas con el tema, especialmente en lo que se refiere a la preparación de la madre para la lactancia en sus aspectos higiénicos, de formación del pezón, cuidados en la alimentación, etc.
- Las reuniones deberán motivarse con el aprendizaje de técnicas de bordado, costura, artesanías, etc.
- El personal profesional así como el técnico en salud rural y auxiliar de enfermería deberá participar en estas reuniones dando charlas y demostraciones.
- El técnico en salud rural y la auxiliar de enfermería organizarán reuniones con otros grupos existentes en la comunidad, a fin de informarles sobre la necesidad de que cada persona de la comunidad debe convertirse en promotor de la lactancia al pecho, exponiendo las ventajas de la misma, y la necesidad de detectar y evitar los factores que interfieran con la lactancia al pecho.
- La auxiliar de enfermería deberá ponerse en contacto con las personas encargadas de la educación formal en la comunidad, los maestros, a fin de expanerles la necesidad existente de que las futuras madres, así como el resto de los

asistentes a los centros educativos reciban en su educación la información relativa a las ventajas de el hábito de lactar al pecho.

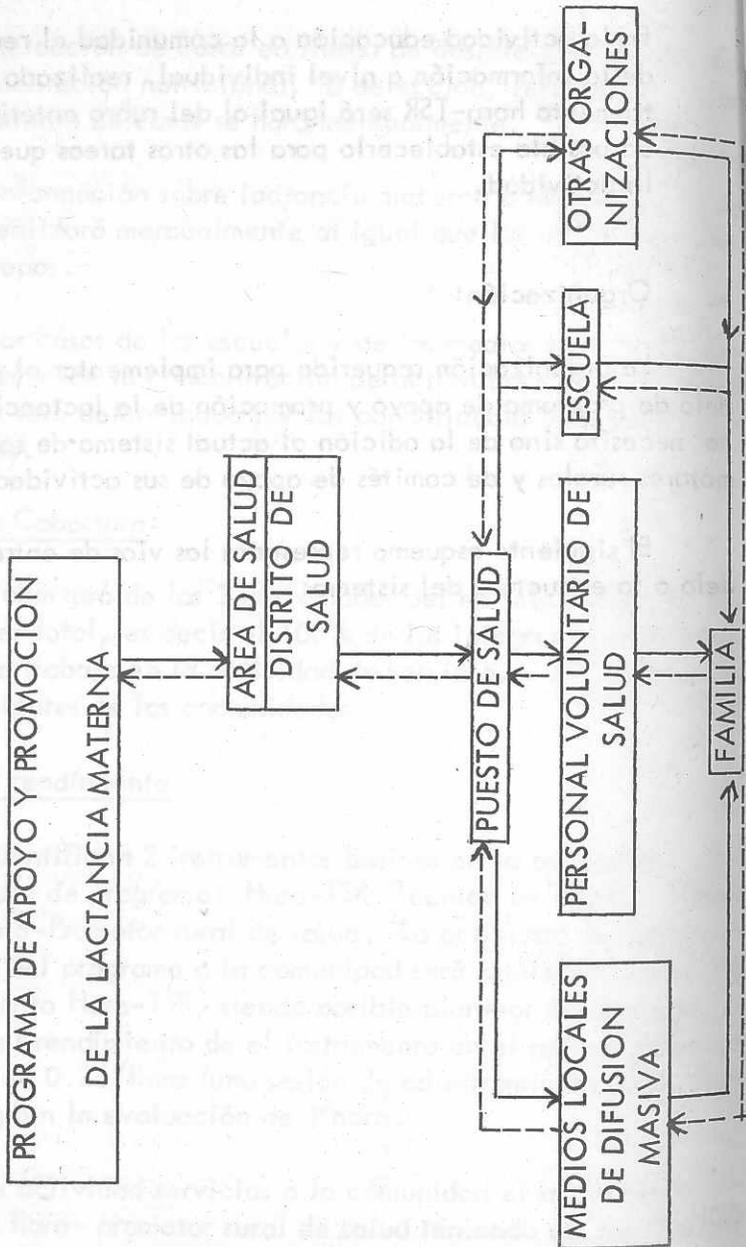
Conjuntamente con los maestros, se elaborarán charlas y otras actividades como elaboración de carteles, periódicos murales, etc., sobre las ventajas de la lactancia materna.

El personal del centro de salud deberá ponerse en contacto con emisoras de radio que se escuchen en la comunidad a fin de solicitar su colaboración en cuanto a la difusión de programas o cortos que tengan mensajes relacionados con la lactancia materna.

El diseño de los programas radiales o cortos será hecho por el personal de salud y el que labore en las emisoras de radio, atendiendo a que éstos deberán ser transmitidos en el lenguaje, el tono de voz, la dicción, el fondo musical, etc. que se identifique con los valores tradicionales de la comunidad.

Ejemplos de Normas:

- La actividad de introducción del programa a la comunidad se efectuará una vez en cada comunidad, exceptuando las tareas de adiestramiento y evaluación del personal voluntario, las cuales deberán realizarse mensualmente.
- El levantamiento y actualización de planos de las comunidades se hará una vez al año.
- El censo de las familias se actualizará 6 veces al año, dada la necesidad de datos de embarazos, partos y madres lactantes.



A fin de facilitar las tareas de introducción del programa a la comunidad, en los niveles de decisión del Ministerio de Salud Pública deberá tenerse presente la necesidad de coordinación que plantea el programa con otras entidades del estado.

Además de los pasos establecidos para la operación del modelo de programa, debe tenerse en cuenta que en el esquema presentado, aunque no aparezca, está presente el nivel de dirección de servicios de salud y el de Ministro de Salud siguiendo las líneas verticales de comando tradicionales en el Ministerio; de manera tal que la introducción del programa a la estructura se haga luego de analizarlo y discutirlo a nivel de jefatura de área.

Sistema de Apoyo

El modelo de programa que se propone requiere de un sistema de apoyo que contemple entre sus funciones la de asegurar la asistencia técnica necesaria para la operación del programa, que incluya ayudas audio-visuales, técnicas de enseñanza, técnicas de comunicación a través de medios masivos, producción de materiales gráficos, etc., y que además contemple la provisión de suministros de alimentos para suplemento nutricional, la cual podrá ser hecha a través del empleo de bodegas de nivel intermedio establecidas en los centros de salud y las pequeñas bodegas que serán de salud con sus comités de apoyo.

f. Evaluación:

El mecanismo de evaluación del modelo de programa propuesto se fundamenta en la medición periódica de las actividades del promotor rural de salud, considerándose en la misma los parámetros relacionados con la cobertura de la actividad de servicio en la comunidad y el impacto sobre la edad de destete, la cali-

dad de la atención prestada por el promotor, medida en relación a aumento de consultas por enfermedad materna o infantil referidas por promotor; asimismo debería ser objeto de la evaluación - determinar el grado de cumplimiento de las actividades del personal de los centros y puestos de salud, debiendo prevalecer en el proceso el interés por retroalimentar la ejecución del programa, modificando aquellas áreas en las cuales se encuentren dificultades en la aceptación del programa por la comunidad.

En el Anexo I se presenta un modelo de tarjeta para ser utilizada por el promotor de salud y por el técnico en salud rural para el control y evaluación de las actividades.

V DISCUSION

Es evidente que la leche materna es el mejor alimento para el niño durante el primer año de vida, además que la práctica de la lactancia al pecho ha decrecido en los últimos años en áreas urbanas de Guatemala y que este fenómeno amenaza con extenderse a las áreas rurales del país. La práctica de la lactancia materna está determinada por factores biológicos, sociales y psicológicos; en consecuencia las acciones que tiendan a prevenir o revertir la declinación de su práctica deben tener enfoques amplios y multidisciplinarios.

Los conceptos actuales sobre sistemas de salud, especialmente los dirigidos a poblaciones rurales, implican atención sanitaria esencial puesta al alcance de toda la comunidad mediante su plena participación; tomando lo anterior y con las limitaciones que las condiciones de vida en las áreas rurales de Guatemala imponen a los aspectos de nutrición, educación, etc., se propone un modelo de programa fundamentado en un proceso educativo llevado hasta el seno del hogar y en el cual la participación activa de la familia y personas de la comunidad en el aprendizaje de la detección temprana de los elementos de riesgo de destete así como de enfermedades maternas e infantiles, coadyuvados por acciones en suplementación alimentaria de embarazadas y lactantes que disminuyan los riesgos de destete precoz.

Se considera que la eficacia del programa aquí planteado depende del establecimiento de un sistema de salud que tienda a beneficiar a las poblaciones más susceptibles, siendo estas, el grupo materno infantil de las áreas rurales del país.

VI CONCLUSION

La alternativa para las áreas rurales de Guatemala a fin de lograr apoyo y promoción de la lactancia al pecho, es la utilización de conceptos simplificados sobre lactancia por voluntarios de la comunidad, que lleven los elementos de conocimiento y los servicios a donde no llega el actual sistema de prestación de servicios de salud.

VII RECOMENDACIONES

- En el enfoque del problema que representa la declinación de la lactancia materna deben participar todos los sectores relacionados con el fenómeno dinámico salud enfermedad.
- Que los programas encaminados a promover y apoyar la lactancia materna sean incluidos en los sistemas de entrega de ser vicios de salud.
- Que en todos los países de condiciones similares a las de Guatemala se implementen programas dirigidos a promover la lactancia materna.

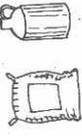
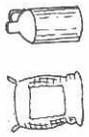
VIII BIBLIOGRAFIA

- 1 Canella, Susana; Susana Mendelbrum; A. M. O'donell y Lila Micutín "Estudio Exploratorio sobre pautas de alimentación a pecho en la ciudad de Buenos Aires". Revista del Hospital de Niños 18(72): 243-253, 1976
- 2 Delgado, H; A. Lechtig; E. Brineman; R. Martorell; CH. Yarbrougu y R. E. Klein "Nutrition and Birth internal components, the Guatemalan Experiencie" in: W. Henry Mosley (ed.): Nutrition and Human Reproduction N. York, Plenum press. pp 385-399, 1978.
- 3 Greiner, T; "Regulation and education; Strategies for solving the bottle feeding problem" cornell international-nutrition monograph series Vol (4): 62-67 1977
- 4 Gutiérrez L., M. Importancia y justificación de la educación como instrumento de cambio, en: El Rol del Equipo de salud materno infantil en la promoción del hábito de lactar al pecho. Mimeografiado oct. 1977 pp. 2-4
- 5 Ibarra, A. "VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA EN GUATEMALA". Trabajo de tesis realizado previo a obtener el título de médico y cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala, Mayo 1979 p.p. 7-13 33-39
- 6 Jelliffe. D.B.; Patrice Jelliffe. "Breast is Best" N. Eng. J. Med. 297: 17: 912-915 1977
- 7 _____ "Maternal Nutrition and Lactation in: Ciba Found Symp. 45, Elsevier. Excerpta medica, North Holland Amsterdam pp 119-143, 1976.
- 8 _____ "Psychosocial, nutritional and economic significance" in: Human Milk in the Modern World. Oxford University Press, pp 62-114, 1978
- 9 Klaus, M y J. Kennell "Mothers separated from their newborn infants". Ped. Clinics N. Am. 17: 10-15-1038, 1970
- 10 Latham, M. "Infant Feeding in national and International perspective: An examination of the declive in Human lactation, and the modern crisis in infant and young child feeding practices". An. N. Y. Acad. Sc. 300; 197-209, 1977
- 11 Lechtig, A.; M. Irwin G C. Gopalán R.E. Klein: Societal implications of early protein energy malnutrition. - In preparation.
- 12 Menchú, Ma. Teresa; Marina Flores; Marta R. Lara y M. Béhar. "Lactancia y destete en el Area Rural de Centroamérica". Arch. Lat. Nutr. 22 (1): 85-99. 1972
- 13 Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS. Informe. 6-12 Septiembre de 1978. 91 p.
- 14 Organización Panamericana de la Salud/Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. Glosario de Lactancia Materna. Mimeografiado.
- 15 _____ . Taller Nacional sobre promoción de la Lactancia Materna. "Informe final". Enero-febrero, 1979
- 16 _____ . Taller Nacional sobre Promoción de la Lactancia Materna. "Notas sobre programas de Promoción de

lactancia materna". Enero-febrero, 1979

- 17 Quezada, M.A y Hedi Deman de Dardón. "Implicaciones económicas de la alimentación artificial en el niño" En: Taller Nacional sobre Promoción de la Lactancia Materna. Enero-febrero, 1979. Mimeografiado
- 18 Sosa, R.; J. Kennell; M. Klaus y J. J. Urrutia. "The effect of early mother-infant contact on breast feeding, infection and growth", in: Breast feeding and the mother, Ciba Symposium 45 (New Series), Mouton y Co. The Hague Editors pp. 179-188
- 19 Urrutia, J.J. y M.A. Quezada. Informe del estado actual de la lactancia materna en Guatemala. Guatemala - Pediatría 2(2); 9-16, 1979.
- 20 Vechi, D.P.; J.M. Filho, F.T. María y Viana Costa. - Seminario sobre Tecnología para promover o aleitamento Materno o Nutricao Infantil na América Latina. Brasilia D.F. agosto, 1978 pp. 7-10
- 21 World Bank. "Guatemala Economic and Social Position Prospects" In: World Bank Country Study: Guatemala Agosto 1978. 181 p.
- 22 Nelson, W.; V. Vaughan, B.J. McKay. Tratado de Pediatría, pp 147-153 Tomo I. 6a. edición. 1971. Salvat.

IX ANEXO

<p>MUJERES ENTRE 15 Y 49 AÑOS</p> 							
<p>NIÑOS MENORES DE 1 AÑO</p> 		<p>COMPLEMENTO NUTRICIONAL</p> 	<p>REFERENCIAS ENFERMEDADES MATERNAS</p> <table border="1" data-bbox="503 168 576 672"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				
<p>MUJERES LACTANDO</p> 			<p>ENFERMEDADES INFANTILES</p> <table border="1" data-bbox="641 168 714 672"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				
<p>MUJERES EMBARAZADAS</p> 							

Br. Carlos Sergio Ovando Lavagnino

Asesor

Dr. Aaron Lechtig

Revisor

Dr. Juan José Urrutia

Director de Fase III

Dr. Julio de Leon M.

Secretario General

Dr. Raul A. Castillo R.

Vo.Bo.

Decano

Dr. Rolando Castillo Montalvo