

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS
SOBRE LACTANCIA MATERNA**

*Estudio descriptivo en mujeres embarazadas de la Aldea Florido
Aceituno, Departamento de Escuintla, Guatemala
Junio-Julio de 1996.*

MIRNA ARACELY ESQUIVEL GRIJALVA

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

I.	INTRODUCCION	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III.	JUSTIFICACION	3
IV.	OBJETIVOS	4
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA	5
VI.	METODOLOGIA	20
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS	23
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	39
IX.	CONCLUSIONES	44
X.	RECOMENDACIONES	45
XI.	RESUMEN	47
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	48
XIII.	ANEXOS	50

1. INTRODUCCION

La lactancia natural brinda un medio incomparable de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo del recién nacido y ejerce una inigualable influencia biológica y afectiva sobre la salud tanto de la madre como del niño. Por sus propiedades antiinfecciosas, el leche materna protege al niño contra las enfermedades y existe una relación importante entre lactancia natural y espaciamiento de los embarazos.

Por diversas razones sociales, económicas y culturales en muchos países ha disminuido la prevalencia y la duración de la lactancia natural. Con la introducción de las modernas tecnologías y la adopción de nuevos modos de vida, en muchas sociedades ha disminuido claramente la importancia que se concede a esta práctica tradicional.

El objetivo del presente estudio fue determinar los conocimientos, actitudes y práctica sobre lactancia materna en mujeres embarazadas de la Aldea Florido Aceituno Escuintla, durante los meses de Junio a Julio de 1996. Para el efecto se utilizó un cuestionario, el cual fue llenado por medio de visitas domiciliarias obteniendo los siguientes resultados: El 84% de las mujeres embarazadas asisten a control prenatal. El 78% de las mujeres embarazadas tiene conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna y el 93% conoce las ventajas de este modo de alimentación. El 59% conoce la edad durante la cual se debe dar lactancia materna exclusiva y el 74% tiene conocimiento de la edad mas adecuada para practicar el destete en el niño.

El 82% de mujeres embarazadas tiene una actitud a favor de continuar la lactancia materna cuando se presentan pezones agrietados y el 82% cuando se presentan pezones invertidos.

El 99% de mujeres embarazadas han practicado la lactancia materna y de estas el 97% el apego precoz.

El 61% de mujeres han proporcionado fórmulas lácteas y/o agua azucarada al recién nacido.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA.

La lactancia materna es el método de nutrición que contribuye más efectivamente al desarrollo físico y mental del niño, ya que proporciona todas las sustancias nutritivas que los recién nacidos necesitan durante sus primeros cuatro a seis meses de vida. Además con la lactancia materna los bebés no están expuestos a los riesgos que presentan los productos sustitutivos de la leche materna contaminados, los biberones y las tetinas artificiales. (3)

La lactancia materna, en especial cuando es el único método de alimentación, protege contra la diarrea y contra las enfermedades infecciosas comunes que ponen en peligro la vida de los niños, ya que la leche materna contiene una variedad de elementos inmunológicos y de otro tipo que destruyen las bacterias y los virus dañinos. La lactancia materna reduce el riesgo de hemorragias en la madre después del parto y el riesgo de un nuevo embarazo. Además le ofrece satisfacción personal, un vínculo único con el bebé y un ahorro de dinero. (1,13,14,19)

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 fórmulas y por guardar los patrones culturales de la comunidad a través de generaciones. (5,9)

La lactancia materna es un proceso natural para el cual la mayoría de mujeres están preparadas fisiológicamente, pero es determinante que se cuente con los conocimientos básicos, las actitudes y prácticas correctas para llevar a cabo una lactancia exitosa.

Haciéndose necesario, por tanto, responder la siguiente pregunta de investigación:

Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en mujeres embarazadas de la aldea Florido Aceituno del Departamento de Escuintla?

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. (8,19)

La lactancia ha ido aumentando en los últimos 15 años en países de mayor desarrollo técnico incluyendo los Estados Unidos de Norteamérica, Suecia y Australia, siendo lo contrario en las áreas marginales y periurbanas de los países del "Tercer Mundo" con pocos recursos y en vías de desarrollo. (3,15)

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 periodo más corto, especialmente en América Latina. En estudios realizados en grupos 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 menos de 12 meses. Las causas para este patrón de alimentación infantil son diversas, complejas y derivadas de las influencias de la cultura occidental que incluyen prácticas de los servicios de salud, 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 es la norma por los patrones culturales tradicionales, además de la poca higiene y bajo nivel de educación de la madre. (3,6,15)

Con ello se ha observado que enfermedades tales como la desnutrición y las de origen diarreico, 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, además fortalece lazos afectivos entre la madre y el niño. (20)

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 decidió hacer este estudio de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en mujeres embarazadas de la Aldea Florido Aceituno, para que en base a él se adopten actividades que beneficien su práctica.

IV. OBJETIVOS

A. Objetivo General

1. Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna, en mujeres embarazadas de la Aldea Florido Aceituno del Departamento de Escuintla durante Junio-Julio de 1996.

B. Objetivos Específicos

1. Identificar los conocimientos, que sobre lactancia materna poseen las mujeres embarazadas de la Aldea Florido Aceituno.
2. Analizar las actitudes sobre lactancia materna en la Aldea Florido Aceituno.
3. Describir las prácticas sobre lactancia materna en la Aldea Florido Aceituno.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. LACTANCIA MATERNA

Se conoce como lactancia materna el periodo en el cuál el niño es alimentado por medio de la leche de la madre, constituyendo por naturaleza un puente natural entre la vida intrauterina y la adaptación al mundo exterior.

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.

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. (3)

B. ASPECTOS HISTÓRICOS

Muchas culturas en diferentes épocas han entendido muy bien la situación de dependencia del recién nacido preparando al grupo familiar para su recibimiento, para esto protegían y apoyaban a la madre y al hijo durante los primeros dos años de vida del niño porque consideraban que ambos estaban pasando por una época crítica en la cual el niño necesitaba alimento, calor, seguridad y otras atenciones que solo el regazo materno le podía proporcionar. Fue así como el acto de amamantar se convirtió en un hábito transmitido de generación en generación a través de los tiempos.

El interés por estudiar la lactancia materna surge a partir de la segunda guerra mundial, cuando organismos interesados en la salud se alarmaron por los altos índices de mortalidad y desnutrición infantil. Entre las causas de estos males encontraron que una de las principales fue la poca práctica de la lactancia materna.

Los peligros de la alimentación con biberón en el tercer mundo empezaron en los años 70. Algunos expertos empezaron a advertir, en contra del declive de la alimentación al pecho. Algunos opinaban que ello se debía a los métodos de promoción de los preparados para lactantes usados por las empresas productoras. El pediatra Derrick V. Jelliffe, denunció que las actividades promocionales de las compañías de preparados para lactantes eran la causa de la malnutrición comerciográfica. (20)

El 21 de mayo de 1981 los países representados en la Organización Mundial de la Salud (OMS), votaron a favor del código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna en los países del tercer mundo, en una proporción de 118 contra uno; Estados Unidos fue el que votó en contra. El texto exponía a grandes rasgos un código de conducta dirigido a restringir la promoción de preparados para lactantes y otros preparados de leche materna y a promover la alimentación al pecho.

Guatemala, viéndose afectada por dicha problemática adoptó como ley este código desde junio de 1993, mediante la emisión del Decreto Ley No. 66-83. Se emitió un reglamento de aplicación a dicha ley en septiembre de 1987 mediante el Acuerdo Gubernativo No. 841-87.

Sin embargo, la atención hospitalaria también trajo la inclusión de normas y procedimientos institucionales que afectaron a la familia. La alimentación del recién nacido durante el internamiento ha sido a base de leche industrializada, y enfermería se encarga de los cuidados del niño. Este manejo se ha llevado a cabo durante muchos años a pesar que los costos hospitalarios son demasiado altos.

En 1989 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) publicaron una declaración conjunta titulada: Protegiendo, promoviendo y apoyando la lactancia materna. Aquí se describen los diez pasos hacia una feliz lactancia natural, que pueden servir de guía para planificar cambios en las prácticas de los hospitales, con el fin de fomentar mayor conciencia en el desempeño de los servicios de salud en cuanto a la promoción de la lactancia materna. (9)

1

C. DESARROLLO MAMARIO

En la pubertad se inicia la secreción estrogénica de los ovarios, que aumenta el tejido graso mamario, así como la prolongación y ramificación de los conductos mamarios. Con el inicio de la menstruación, la progesterona estimula el desarrollo parcial de los alvéolos mamarios que junto con el tejido graso, atravesado por 15 a 25 conductos ramificados, terminando en racimos de alvéolos mamarios, constituyen la estructura de la glándula hasta la menopausia. Durante el embarazo, se logra el completo desarrollo alvéolo lobular bajo el estímulo continuo del estrógeno, la progesterona y los niveles crecientes de prolactina de la hipófisis y el lactógeno placentario. El tejido graso se reduce y es reemplazado por los conductos y alvéolos en desarrollo. Las células mamarias son capaces de producir leche desde la mitad del embarazo, pero este proceso es frenado por los altos niveles de progesterona circulante. (11)

D. ANATOMIA DE LA GLANDULA MAMARIA

El aparato secretor del pecho, consiste en dos glándulas de secreción externa con aproximadamente 15 a 20 ductos que desembocan en el pezón, atravesando el tejido graso mamario para terminar en la estructura lóbulo alveolares responsables de la secreción y almacenamiento de la leche. Cada ducto y ramificación forman un lóbulo de la glándula mamaria; los lóbulos están separados y sujetos por septos de tejido conjuntivo denso y en el periodo inactivo (mujer no embarazada ni lactante), por gran contenido de tejido adiposo. Los vasos sanguíneos, nervios y linfáticos, están situados en los septos y estos se fusionan con la fascia anterior de la pared torácica.

El pezón, que es el término de los ductos lactíferos está rodeado por un área pigmentada, la aréola que contiene las glándulas sebáceas de Montgomery y las glándulas sudoríparas. En la aréola, termina el cuarto nervio intercostal que lleva la información sensorial de la succión a la médula espinal y el cerebro. Los ductos mamarios se expanden para formar los senos bajo la aréola, desde donde pasa la leche a los conductos que la vierten al pezón. Los alvéolos mamarios y los conductillos están recubiertos por una capa de células cuboides que secretan leche continuamente al lumen. Las células contráctiles envuelven el alvéolo y al contraerse, envían la leche hacia los conductillos y conductos.

E. COMPOSICION DE LA LECHE MATERNA

La leche materna consiste en los primeros 5 días postparto en una secreción amarillenta clara, cuyo color es dado por los carotenoides ligados a la grasa, ésta recibe el nombre de calostro que se diferencia de la leche posterior por su alto contenido protéico 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 un mes, la sigue la leche madura que consiste en una emulsión de grasa y una dispersión coloidal de proteínas (que le da 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. (3,8)

1. Proteínas: se consideran de alta calidad por su relación lactoalbúmina/caseína que permite la formación de un cuajo blando floculento. Están representados en un 60% por las proteínas del suero especialmente la alfa y beta lactoalbúmina y en un 40% por caseína. (3)

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 aspártico que poseen un valor biológico más elevado.

2. Grasas: esta 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, palmitico y esteárico, conteniendo doble cantidad del triglicérido más fácilmente absorbible, la oleína. Los ácidos grasos volátiles (butírico, cáprico y caprílico) sólo conforman 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 vaca. (15,18)

3. Carbohidratos: el más importante es la lactosa que tiene un alto valor calórico. La porción principal está constituida por un 60-63% de beta lactosa y un 36.9% de alfa lactosa. El resto de hidratos de carbono se encuentran en cantidad muy escasa, entre ellos oligosacáridos heterogéneos con efectos bifidógenos que promueven el crecimiento de *Lactobacillus bifidus*, el cual inhibe a ciertas bacterias patógenas.

4. Minerales: tiene valores bajos de calcio y fósforo que con la vitamina D son suficientes para la adecuada mineralización de los huesos.

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 da al niño menos probabilidad de anemias ferropénicas. (18)

El cobre es 3 veces mayor en la leche humana que en la de vaca. Pero su cantidad de sodio es más baja, con ello hace que su manejo requiera menos agua que para el manejo de la misma cantidad de leche de vaca. (1,7)

5. Vitaminas: 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.

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.

La leche humana proporciona 22 unidades internacionales 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. (18)

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.

La vitamina K se encuentra en valores bajos y puede causar hemorragias en el recién nacido, por lo que se recomienda administrar 1mg de vitamina K por vía parenteral a todos los niños. (8)

6. Factores de defensa:

6.1 Factor bifido: favorece el desarrollo del *Lactobacillus bifidus*, bacterias no dañinas que colonizan predominantemente el intestino. Esta colonización está favorecida además por el alto contenido de lactosa, bajo contenido protéico, baja capacidad de buffer y la producción de ácido y fermentos de lactosa. (3,10)

Estos lactobacillus producen sustancias que hacen que el intestino no sea adecuado para el crecimiento de bacterias dañinas como Shigella y los protozoos. (13)

6.2 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. (18)

6.3 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. (3,18)

6.4 Lisozima o muramidasa: posee efecto antiinfeccioso (bactericida) la que se debe a la capacidad de destruir los peptidoglicanos presentes en las paredes celulares. (18)

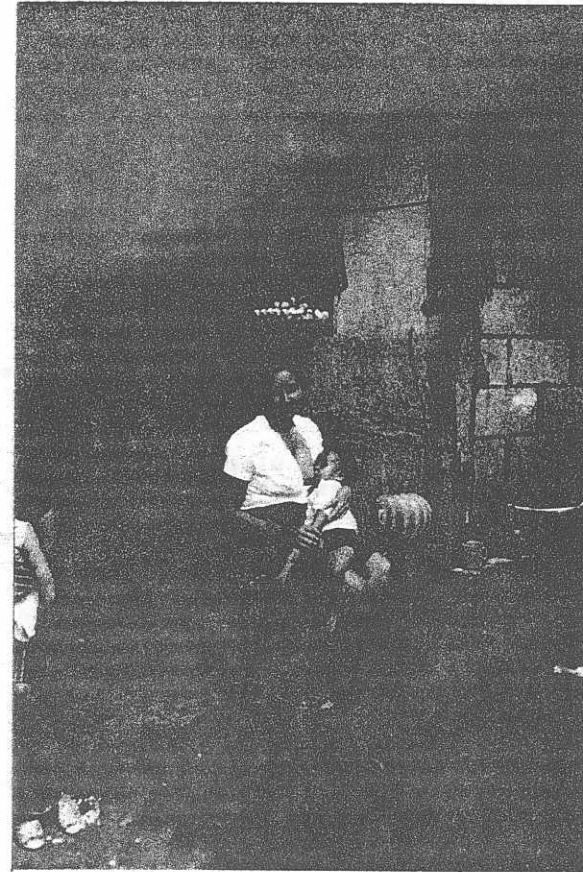
Su acción se manifiesta sobre todo frente a gérmenes enteropatógenos (Giardia lamblia y Entamoeba histolytica), mycobacterias y algunos grampositivos. Se cree también contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la flora característica del niño amamantado. (10)

6.5 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. (3,18)

6.6 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 IgA, 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 Coxsackie virus, poliovirus, reovirus, rotavirus, echovirus y algunos contra virus sincitial respiratorio. También brindan protección frente a la aparición precoz de manifestaciones alérgicas. (13,14,18)

6.7 Leucocitos: constituidos por un 80-90% de macrófagos espumosos, polimorfonucleares, linfocitos T y B en un 10%. Los macrófagos funcionan de igual manera que los macrófagos tisulares teniendo capacidad de fagocitar, secretar lisozima, así como capacidad inhibitoria proteolítica, de transporte y biosintética. (1,3)

6.8 Linfocitos: se encuentran en la leche los linfocitos T y B, predominando los primeros. La función de los linfocitos T es sintetizar fundamentalmente la IgA. Tienen actividad bactericida y antiviral. (18)



Las posibilidades que cada niño tiene de gozar de un futuro mejor pueden ser aumentadas por una buena calidad de vida durante sus primeros años. La lactancia materna es un componente importante de este buen comienzo, particularmente en los países en desarrollo.

7. 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. Esto es sobre todo en el sistema gastrointestinal y respiratorio. (3,18)

F. PREPARACION DE LA MADRE PARA LA LACTANCIA

Durante el embarazo es importante que se le explique las ventajas de ésta forma de alimentación y brindarle seguridad y apoyo psicológico.

Es importante la preparación de los senos y pezones, lo cual se describe a continuación:

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 tomar una toalla esponjosa entre los dedos.
Estire el pezón y manténgalo así por dos minutos.
Estírelo de nuevo y gírelo entre los dedos por dos 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 dos minutos. (4,16)

G. INICIO Y MANTENIMIENTO DEL SUMINISTRO DE LECHE

La lactancia natural se debe iniciar inmediatamente después del parto, tan pronto como lo permita el estado del niño y la madre preferiblemente durante las primeras horas.

El mejor estímulo para secreción de leche humana es el vaciado periódico y completo de las mamas, la producción de la leche disminuye si no se vacía la leche secretada. (2,3)

Se deben curar y cuidar los pezones irritados y dolorosos antes que aparezcan mayores complicaciones. Dar de mamar en distintas posiciones y mantener secas las mamas entre las comidas.

Alojamiento conjunto de la madre y el recién nacido de manera tal que se favorezca el contacto precoz y permanente de ambos, desde el momento del nacimiento.

Un estado relajado y feliz. Las preocupaciones y la infelicidad perjudican o anulan la secreción de leche.

Es importante prevenir la fatiga, aunque la madre debe hacer bastante ejercicio para encontrarse en buena forma física. (4,5,9)

H. SUMINISTRO IDONEO DE LECHE

Si el niño queda satisfecho después de cada comida duerme 2 a 4 horas y aumenta bien de peso, el suministro de leche es probablemente suficiente. El reflejo de bajada o eyección láctea es una buena señal que la lactación se desarrolla normalmente. La succión o los estímulos psicológicos relacionados con la alimentación provocan la excitación de oxitocina en el lóbulo posterior de la hipófisis. Como resultado las células mioepiteliales que rodean a los alvéolos mamarios se contraen impulsando la leche hacia los conductos mayores de donde el niño la extrae fácilmente. Cuando funciona bien este reflejo, la leche sale también por el otro pecho, cuando el niño comienza a mamar. Este reflejo suele faltar o ser inconstante en momentos de dolor, fatiga o alteraciones emocionales y se cree que su mal funcionamiento es la causa de la retención láctea en las mujeres que no consiguen dar de mamar. (3,4,11)

Antes de asumir que la madre no produce leche suficiente hay que descartar tres posibilidades:

1. Errores en la técnica de alimentación.
2. Factores maternos solucionables, relacionados con la dieta, el reposo o problemas emocionales.
3. Problemas físicos del lactante que le impiden comer o ganar peso.

I. TECNICA PARA AMAMANTAR AL NIÑO

Es necesario subrayar que el niño debe tener hambre, tomar el pecho espontáneamente, estar seco, caliente y cómodo, la cabeza descansada en el brazo de la madre, de manera que la cara quede cerca de la mama, sujetándose esta para que el pezón quede al alcance de la boca del lactante y no obstruya la respiración nasal del mismo. Los labios del niño deben abarcar el pezón y gran parte de la aréola. Se satisfacen los requerimientos fundamentales si se da el pecho cuando este llora de hambre y se termina la toma cuando ha satisfecho su apetito. (2,9)

La mayor parte de la leche se extrae al comienzo de la primera etapa: el 50% en los dos primeros minutos y el 80 a

90% en los cuatro primeros minutos, se debe dejar al niño mamar hasta saciarse, si no se desprende del pecho, se puede introducir un dedo por una esquina de su boca para inhibir la succión y facilitar la retirada.

Al terminar hay que sujetar al niño erguido sobre el hombro de la madre o en su regazo se le puede ayudar con frotos o golpecitos en la espalda para que pueda expulsar el aire ingerido, a menudo se repite una o varias veces durante la comida y cinco a diez minutos después de volverle a la cuna. Al terminar hay que colocarlo en la cuna boca abajo o sobre el costado derecho para facilitar el vaciado gástrico y reducir las probabilidades de regurgitación o aspiración. (5,7)

J. VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA

1. Es fresca y no contiene bacterias contaminantes con lo que disminuyen las probabilidades de trastornos gastrointestinales.
2. Está siempre disponible a la temperatura adecuada y su preparación no lleva tiempo.
3. El niño que se alimenta con la leche materna tiene más probabilidades de sobrevivir en un ambiente económico, desfavorable o en malas condiciones sanitarias.
4. La leche humana contiene anticuerpos antibacterianos y antivíricos, con concentraciones relativamente altas de IgA secretora, que impide la adherencia de los microorganismos a la mucosa intestinal.
5. Los anticuerpos de la leche humana pueden inhibir el crecimiento de los virus de paperas, la gripe, encefalitis B etc.
6. Los macrófagos que suelen llevar el calostro y la leche humana pueden sintetizar el complemento, la lisozima y lactoferrina.
7. La leche materna contiene lactoferrina que inhibe el crecimiento de E. coli en el intestino.
8. Provee un adecuado estímulo para un buen desarrollo de la flora bacteriana normal, favoreciendo la eliminación de heces con la acidez necesaria.
9. Contribuye a la disminución de la desnutrición, ya que proporciona los nutrientes necesarios.

10. Ayuda a mantener un mayor vínculo de unión entre madre e hijo.

11. La lactancia materna prolonga la infertilidad después del parto inhibiendo la menstruación y ovulación mediante la inactivación del endometrio por un período que puede variar de 7 meses a 2 años, lo que se logra con una lactancia exclusiva.

12. Disminuye la frecuencia de cáncer mamario comparado con las mujeres que no dan de lactar.

K. CONTRAINDICACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA

Si una madre tiene repulsión hacia la alimentación al seno, debido a una opinión formada por cualquier prejuicio, no se debe tratar de forzarla a que realice esta práctica, si ella no accede a la explicación de las ventajas que esa alimentación representa para su hijo. Otra de las contraindicaciones de la lactancia materna son pezones invertidos que no responden a ningún tratamiento, tuberculosis o cualquier enfermedad debilitante que sea una amenaza inmediata para la salud de la madre, como anemia severa, nefritis, insuficiencia cardíaca, neumonía y epilepsia. (15,17,18)

L. PROBLEMAS COMUNES DURANTE LA LACTANCIA Y SUS SOLUCIONES

Pezones invertidos: es cuando el pezón se encuentra adentro de la areola. Su prevención se logra explorando los pechos durante la etapa prenatal y aplicando los ejercicios de Hossman (de estiramiento y fricción durante diez minutos dos veces al día).

Congestión mamaria: los pechos están inflamados y duelen al tacto, la inflamación puede achatar los pezones dificultándole al recién nacido la succión. El tratamiento consiste en aplicar compresas de tres a cinco minutos antes de lactar al bebé, dar masajes a los pechos en forma circular y continuar con suaves movimientos dirigidos al pezón, extraer la leche manual o mecánicamente en cantidad suficiente para descongestionar los pechos.

Pezones agrietados: producidos por maceración de saliva e inadecuada succión, las lesiones se enrojecen, inflaman, ulceran y son dolorosas. Se recomienda amamantar con frecuencia por períodos más cortos, mantener secos los pechos, no usar protectores plásticos en el sostén, aplicar hielo local y antes de ofrecerlo al niño exponer los pechos al sol y al final de cada mamada aplicar leche materna en los pezones y areola. (3)

Mastitis: resulta de la penetración de microorganismos en la mama a través de una superficie erosiva o por vía de los conductos galactíferos. Su manejo adecuado evita el absceso mamario. Se recomienda amamantar con mayor frecuencia, ofreciendo primero el pecho más afectado, masajes en el área afectada mientras se amamante, calor local y en caso necesario ampicilina 500mg vía oral cada 6 horas después de dar lactancia. (15,18)

M. DESTETE

La mayoría de los niños van reduciendo sus demandas a los 12 meses de edad y se van acostumbrando a recibir cantidades crecientes de alimentos sólidos o líquidos en biberón o taza.

El destete debe iniciarse sustituyendo parte de la tetada por leche entera en biberón o taza, posteriormente la sustitución será total. La edad del niño para suspender definitivamente varía entre países y regiones, hay quienes lo recomiendan a los 18 y los 24 meses. (3,6,12)

N. CAUSAS POR LAS QUE LAS MADRES DEJAN DE DAR LACTANCIA MATERNA

Falta de información y educación a embarazadas sobre lactancia materna.

No preparación para la lactancia.

No promoción de apego inmediato madre-niño, ni la promoción de la succión durante la primera media hora de nacido.

Pezones agrietados, mastitis, pezones invertidos o umbilicados.

Promoción negativa de sucedáneos de la leche materna y la creencia de que la fórmula artificial es mejor que la leche materna.

Enfermedades maternas como tuberculosis, epilepsia, anemia severa, nefritis, insuficiencia cardíaca, neumonía.

Por parte del niño, labio y paladar hendido.

Repulsión a la alimentación al seno por parte de la madre.

Trabajar fuera del hogar y no conocer las técnicas adecuadas para extraer la leche.

Vergüenza para amamantar en público.

Uso de medicamentos.

Temor a desfigurarse. (2,5,16,19)

N. TENDENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN GUATEMALA

La práctica de la lactancia materna se reconoce como un elemento importante para una adecuada nutrición en los primeros meses de vida del niño, establece un efecto positivo en la relación madre e hijo y brinda un efecto protector contra enfermedades y alergias por sus propiedades inmunológicas. Lo antes descrito fundamenta a la lactancia como un elemento básico para la salud, razón por la cual la mayoría de gobiernos han brindado apoyo a acciones orientadas a su promoción y protección. (1,3)

En el caso de Guatemala, el plan de acción de desarrollo social para el período 1992-1996 incluye como una política promover y mantener un alto nivel de práctica de lactancia materna y fomentar una práctica adecuada del destete en las áreas urbana y rural. Contempla además, lograr el cumplimiento de la ley que autoriza a la madre trabajadora una hora de lactancia durante los primeros diez meses de vida del niño. (6)

Los diversos estudios realizados en Guatemala muestran la deficiente condición nutricional de la mayoría de niños pequeños ubicados en las áreas urbano-marginales y rurales. Resultados derivados de encuestas con representación nacional y de sitios centinelas, señalan la alta prevalencia de desnutrición y de retardo en el crecimiento, particularmente en el grupo menor de 36 meses.

El sistema de vigilancia nutricional por su parte ha señalado un incremento de la desnutrición aguda de la población preescolar en Guatemala. La información obtenida muestra que la lactancia materna, como única fuente de alimentación proporciona un alimento que puede brindar un óptimo crecimiento y desarrollo así como una buena nutrición a los niños hasta los seis meses de edad, aún en condiciones nutricionales poco favorables de las madres. (3,6,7)

Las observaciones epidemiológicas han demostrado que un destete temprano a menudo está relacionado a desnutrición infantil, y que durante el proceso de ablactación la falta de higiene en la adecuada preparación de alimentos constituye una práctica riesgosa. (12)

Por otra parte la industria de alimentos continúa a nivel internacional promoviendo y produciendo fórmulas mediante exitosas campañas de mercadeo dirigidas al sector de salud y a la población en general. Como una reacción a esta situación en Guatemala se inició a partir de 1979 un esfuerzo encaminado a proteger y promover la práctica de la lactancia materna, mediante la realización del primer taller nacional que estableció la creación de la Comisión Nacional de Promoción de la Lactancia Materna (CONAPLAM). Las tareas asignadas inicialmente a dicha comisión le dieron prioridad a:

1. La emisión y unificación de normas básicas en la promoción de la lactancia materna a nivel nacional.
2. La promulgación y vigilancia del código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna.
3. La promoción para incrementar esta práctica a nivel urbano

De este estudio realizado durante 1979 a 1991 se obtuvieron las siguientes conclusiones para lo cual fue necesario dividir a la población en tres grupos, ya que entre ellos hay diferencias notables dadas por las condiciones socioeconómicas, el nivel de instrucción y el medio ambiente que los rodea. Los grupos establecidos fueron:

1. El grupo urbano socioeconómico alto (USEA): su principal fuente de ingreso lo constituyen las actividades profesionales o bien el producto de sus haberes, con un grado de instrucción elevado, viviendo en zonas residenciales de la ciudad capital con todos los servicios básicos de saneamiento ambiental y acceso a atención privada de salud.
2. El grupo urbano-marginal (UM): constituido por madres de familia pobres con insuficiente grado de instrucción. La mayoría amas de casa de barrios o colonias sobrepobladas periurbanas de la ciudad capital, cuyas viviendas de construcciones formales presentan escasa disponibilidad de agua e instalaciones inadecuadas para desechos sólidos y además ingresos económicos de subsistencia. El acceso a los servicios de salud es limitado y fundamentalmente lo provee el Estado.
3. El grupo rural (R): constituido por familias provenientes del altiplano y meseta central de Guatemala, formado por dos grupos, el ladino y el indígena. El medio de subsistencia para ambos es la agricultura y el trabajo no especializado, los ingresos económicos son reducidos.

Conclusiones: (6)

En la población urbano socioeconómicamente alta, la duración media de la lactancia fue de cinco meses. En la población rural ladina fue de 18 a 19 meses. En la población rural indígena la duración media fue mayor de 23 meses.

La práctica de un destete temprano continúa siendo alta en la población USEA, siendo baja en la población rural indígena.

Para la población en general se estimó que la prevalencia de la lactancia exclusiva en niños menores de cuatro meses se ubicó en un intervalo entre 40 y 56% y la prevalencia de la lactancia casi exclusiva en menores de cuatro meses entre 18 y 30%. Esta prevalencia varía de acuerdo a la población, la rural presenta la más alta prevalencia de lactancia exclusiva y la urbana marginal la más baja.

La información proporcionada por los trabajadores de salud durante el control prenatal en relación a la duración de la lactancia materna fue variable. A muy pocas madres, en particular las primigestas, no se les informó sobre aspectos como los mecanismos para producir suficiente cantidad de leche, los factores que afectan su producción, la forma de prevenir y corregir dificultades para amamantar y las características y duración de la lactancia exclusiva.

Existió una introducción temprana de alimentos, la cual fue más manifiesta en las poblaciones urbano marginales y rural ladina.

La población urbano marginal ha sido identificada como la de más alto riesgo, ya que presenta una menor prevalencia de lactancia materna exclusiva, y una introducción temprana de alimentos, siendo estos en su mayoría el tipo de alimentos menos indicados.

VI. METODOLOGIA

A. Tipo de estudio:

Descriptivo transversal.

B. Selección del sujeto de estudio:

Mujeres embarazadas de la Aldea Florido Aceituno del Departamento de Escuintla.

C. Universo de estudio:

La totalidad de mujeres embarazadas de la Aldea Florido Aceituno que son 100.

D. Criterios de inclusión:

1. Mujeres embarazadas.
2. Que haya residido como mínimo durante seis meses en el área de estudio.
3. Consentimiento de participación.

E. Criterios de exclusión:

1. Que no acepten participar.

F. Recursos:

1. Humanos:
Mujeres embarazadas de la Aldea Florido Aceituno.
2. Materiales:
Instrumento de recolección de datos.

G. Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medición
Tiempo de embarazo	Tiempo transcurrido desde la última menstruación.	Tiempo de embarazo en semanas referido por la entrevistada.	Ordinal	Número de semanas.
Control prenatal	Evaluaciones que la mujer recibe por su embarazo por personal médico o paramédico adiestrado.	Número de evaluaciones anotadas en el carnet de control prenatal.	Ordinal	Número de controles
Número de hijos vivos	Es el número de hijos que la madre ha parido y están vivos.	Número de hijos que la madre refiere tener vivos al momento de la entrevista.	Ordinal	Número de hijos
Lactancia materna exclusiva	Es el proceso por medio del cual el niño es alimentado únicamente con leche materna.	Período referido como ideal durante el cual el niño es alimentado únicamente con leche materna.	Ordinal	Hasta los 4-6 meses Hasta los 9 meses. Hasta los 12 meses. Hasta los 24 meses.
Apego precoz	Consiste en colocar al recién nacido al seno materno en las primeras horas después del parto.	Práctica realizada por la entrevistada.	Nominal	Si No
Beneficios de la lactancia materna	Son los bienes que la lactancia materna ofrece al niño y a la madre.	Protege contra infecciones respiratorias, intestinales y fortalece el vínculo madre-hijo.	Nominal	Respuesta correcta Respuesta incorrecta.

Complica- ciones de la lac- tancia materna	Efectos ad- versos, con- secuencia de una prác- tica inadec- uada al se- no materno	Actitud que toma la en- trevistada sobre la lactancia cuando se presentan pezones invertidos o agrieta- dos.	Nominal	Respuesta correcta Respuesta incorrecta.
--	---	--	---------	---

Edad de destete	Edad del niño duran- te la cual se suspen- de la lac- tancia ma- terna,	Edad refe- rida como ideal du- rante la cual se suspende la lactan- cia mater- na.	Ordinal	A los 6 meses. A los 9 meses. A los 12 meses. De los 18 a los 24 meses
--------------------	---	--	---------	--

H. Recolección de la información:

Se localizó a las mujeres embarazadas de la Aldea Florido Aceituno por medio del croquis de la misma. Seguidamente se procedió a realizar visitas domiciliarias que permitieron hacer las entrevistas y obtener la información por medio del instrumento de recolección de datos (ver anexo 1).

El tipo de entrevista fue adaptado a la idiosincrasia y cultura de la comunidad en estudio.

I. Tratamiento estadístico:

El análisis se realizó en base a estadística descriptiva que nos ayudó a describir y sintetizar datos, utilizando distribuciones de frecuencia y porcentaje para representarlos en cuadros y gráficas para una mejor comprensión.

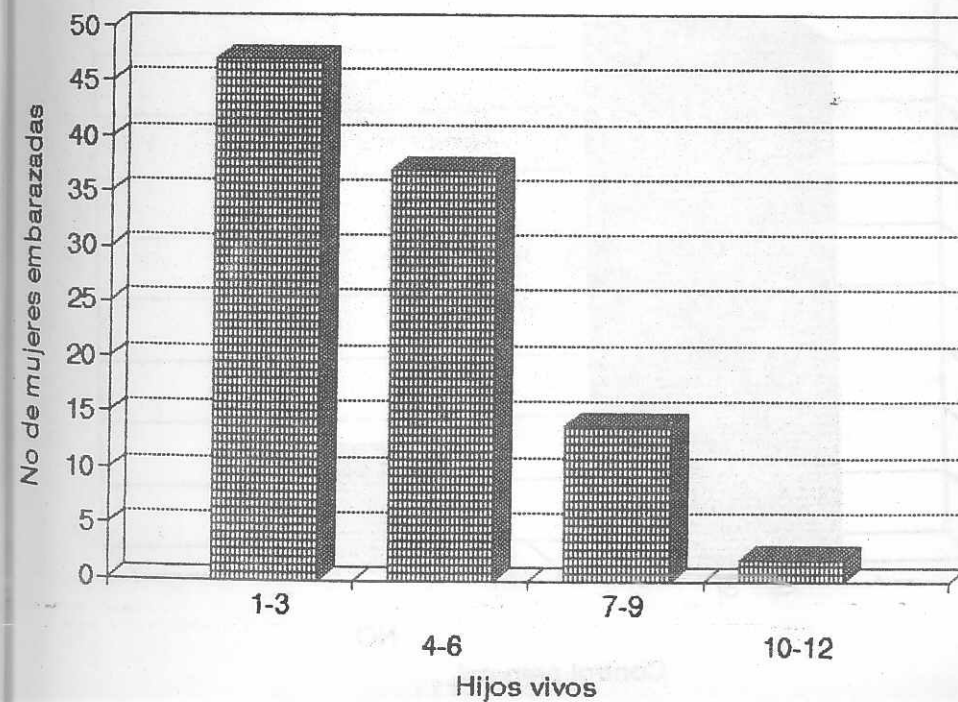
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No 1.
Número de hijos vivos, de mujeres embarazadas de la Aldea
Florido Aceituno, Escuintla. Junio-Julio 1996.

Hijos vivos	Frecuencia	Porcentaje
1 - 3	47	47%
4 - 6	37	37%
7 - 9	14	14%
10 - 12	2	2%
Total	100	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No 1

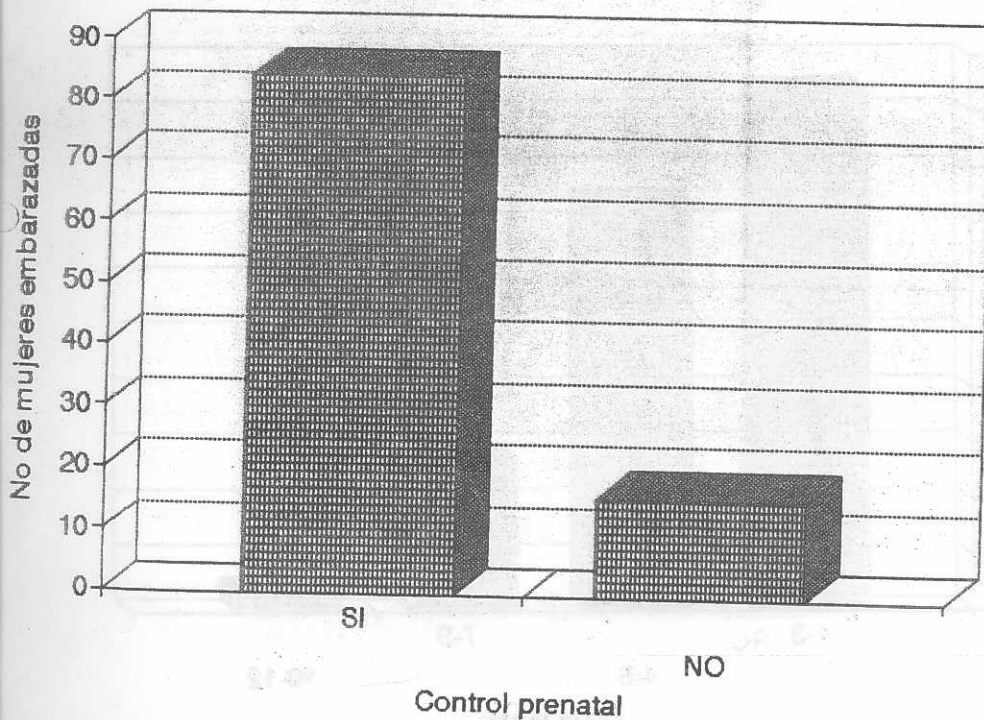


CUADRO No 2.
Control prenatal en mujeres embarazadas de la Aldea Florido
Aceituno, Escuintla. Junio-Julio 1996.

Control prenatal	Frecuencia	Porcentaje
SI	84	84%
NO	16	16%
Total	100	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No 2

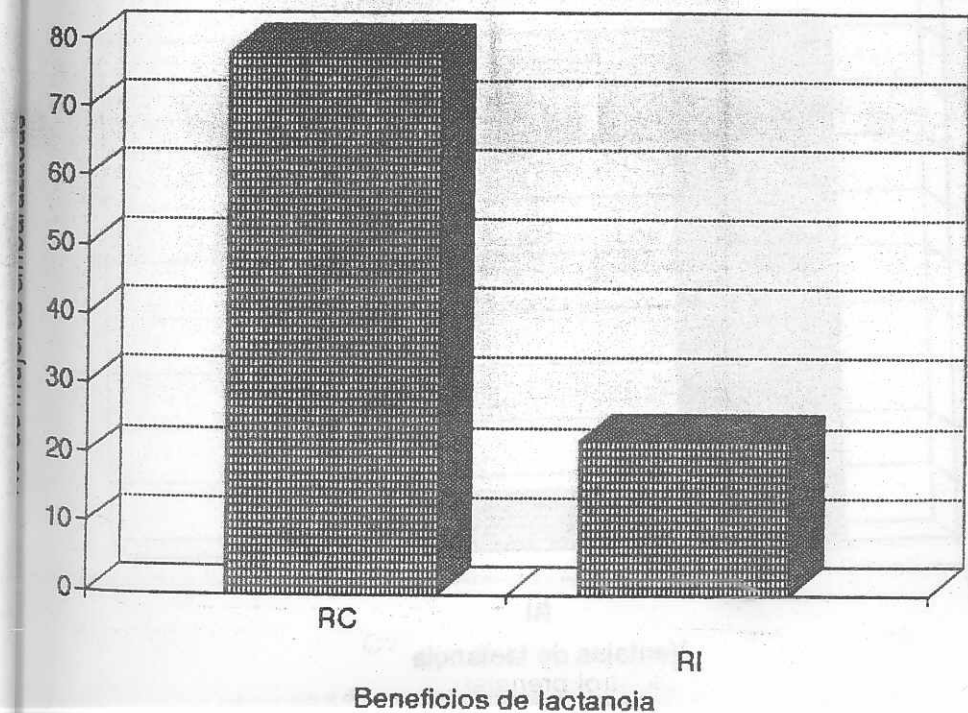


CUADRO No 3.
Conocimiento de los beneficios de la lactancia materna para
el lactante, en mujeres embarazadas de la Aldea Florido
Aceituno, Escuintla. Junio-Julio 1996.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Respuesta correcta	78	78%
Respuesta incorrecta	22	22%
Total	100	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No 3

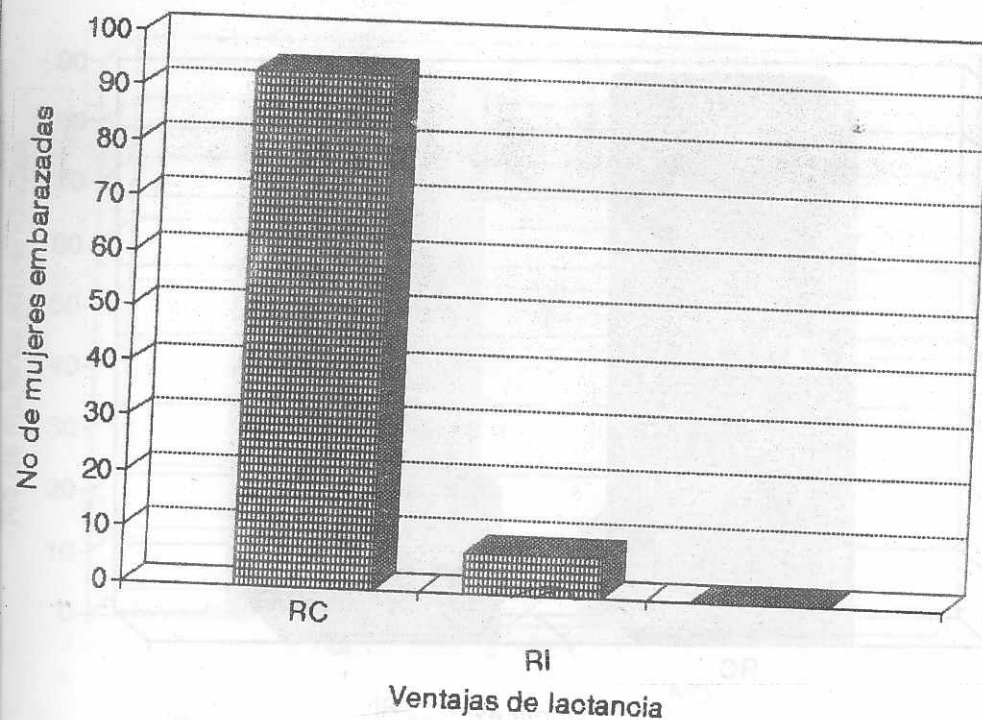


CUADRO No 4.
Conocimiento sobre las ventajas de la lactancia materna, en
mujeres embarazadas de la Aldea Florido Aceituno, Escuintla.
Junio-Julio 1996.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Respuesta correcta	93	93%
Respuesta incorrecta	7	7%
Total	100	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No 4

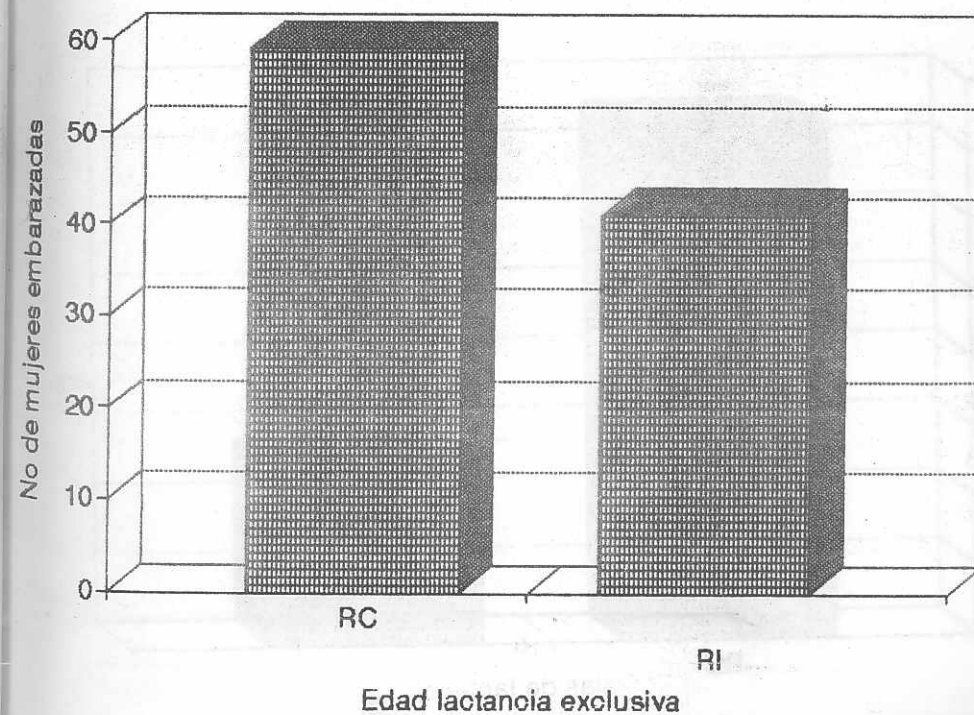


CUADRO No 5.
Conocimiento sobre hasta que edad dar lactancia materna
exclusiva, en mujeres embarazadas de la Aldea Florido
Aceituno, Escuintla. Junio-Julio 1996.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Respuesta correcta	59	59%
Respuesta incorrecta	41	41%
Total	100	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No 5



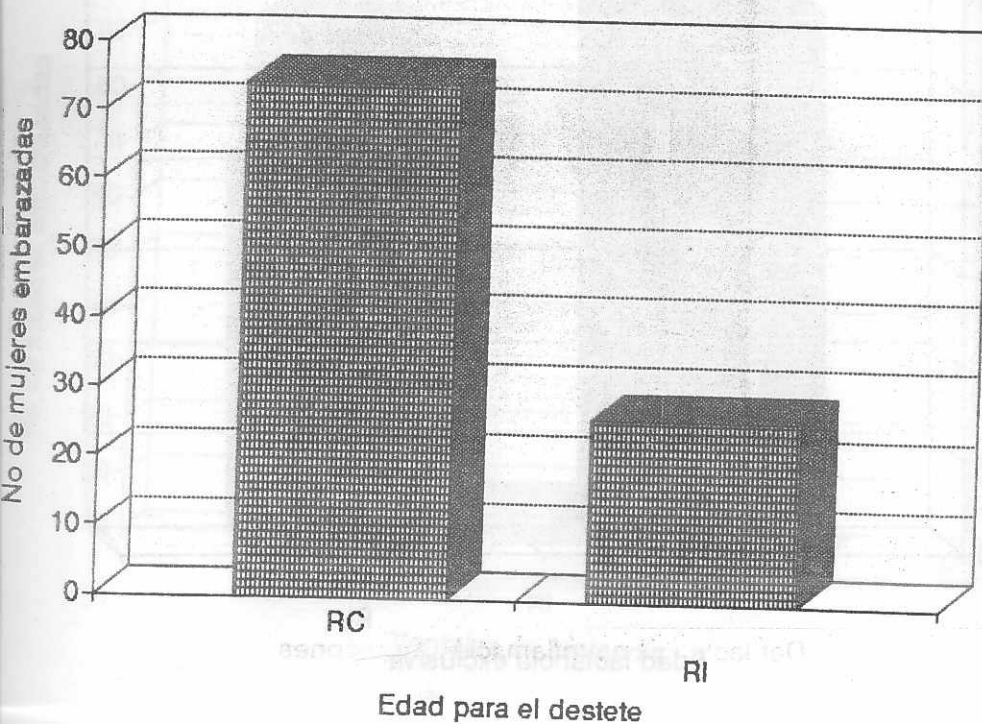
CUADRO No 6.

Conocimiento sobre la edad más recomendable para el destete, en mujeres embarazadas de la Aldea Florido Aceituno, Escuintla. Junio-Julio 1996.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Respuesta correcta	74	74%
Respuesta incorrecta	26	26%
Total	100	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No 6



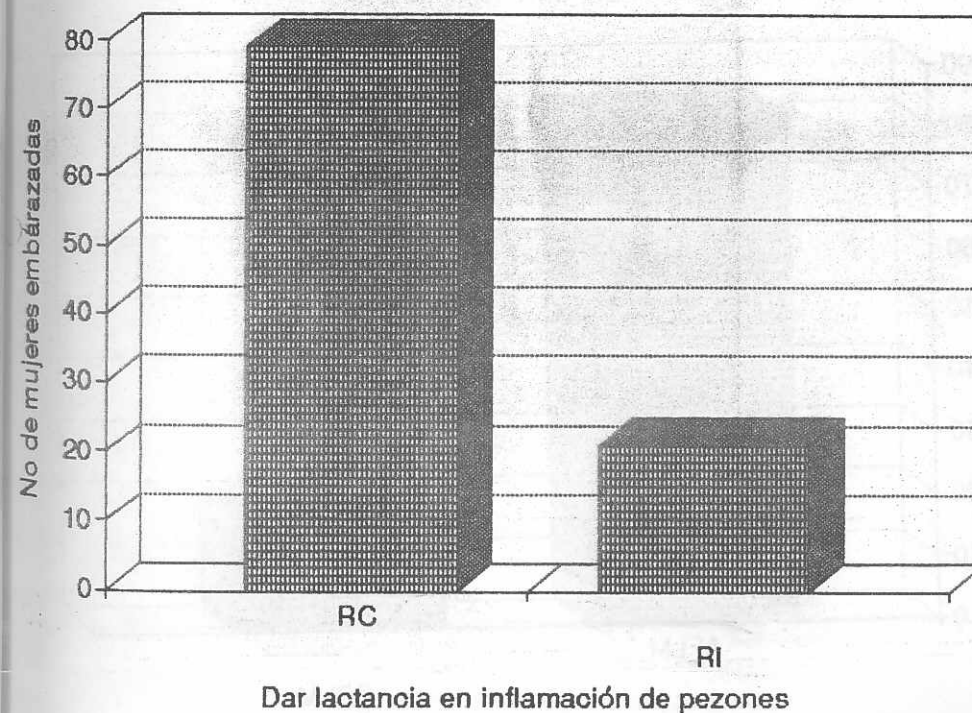
CUADRO No 7.

Conocimiento sobre continuar o no con lactancia materna al presentarse inflamación en los pezones, en mujeres embarazadas de la Aldea Florido Aceituno, Escuintla. Junio-Julio 1996.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Respuesta correcta	79	79%
Respuesta incorrecta	21	21%
Total	100	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No 7



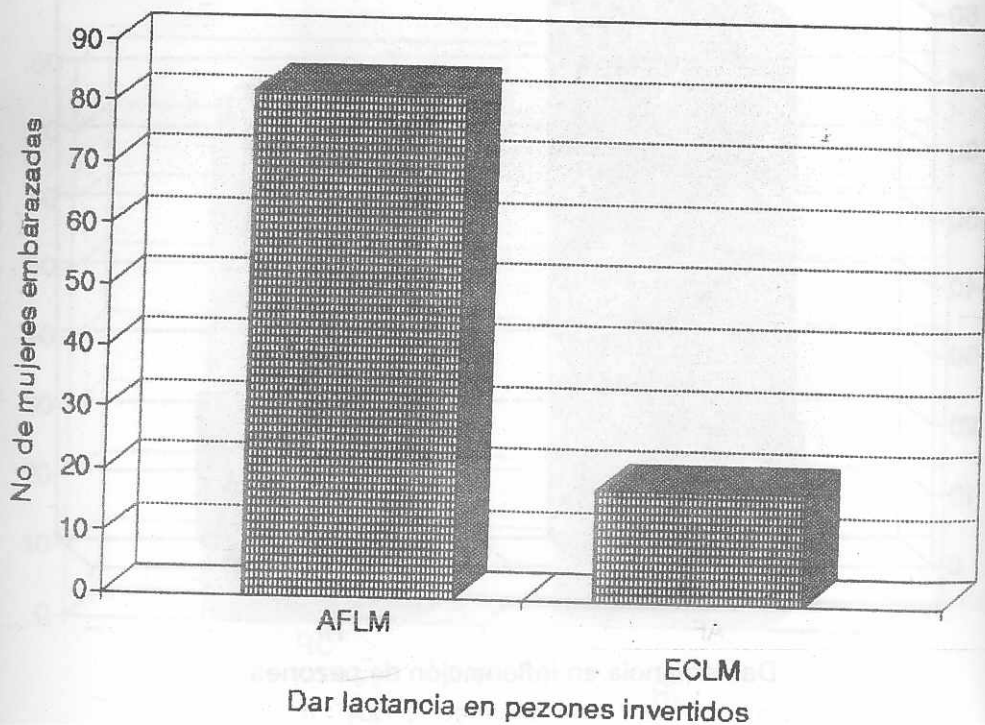
CUADRO No 8.

Actitud a favor o en contra de la lactancia materna cuando se presentan pezones invertidos, por mujeres embarazadas de la Aldea Florido Aceituno, Escuintla. Junio-Julio 1996.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
A favor de lactancia materna	82	82%
En contra de lactancia materna	18	18%
Total	100	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No 8



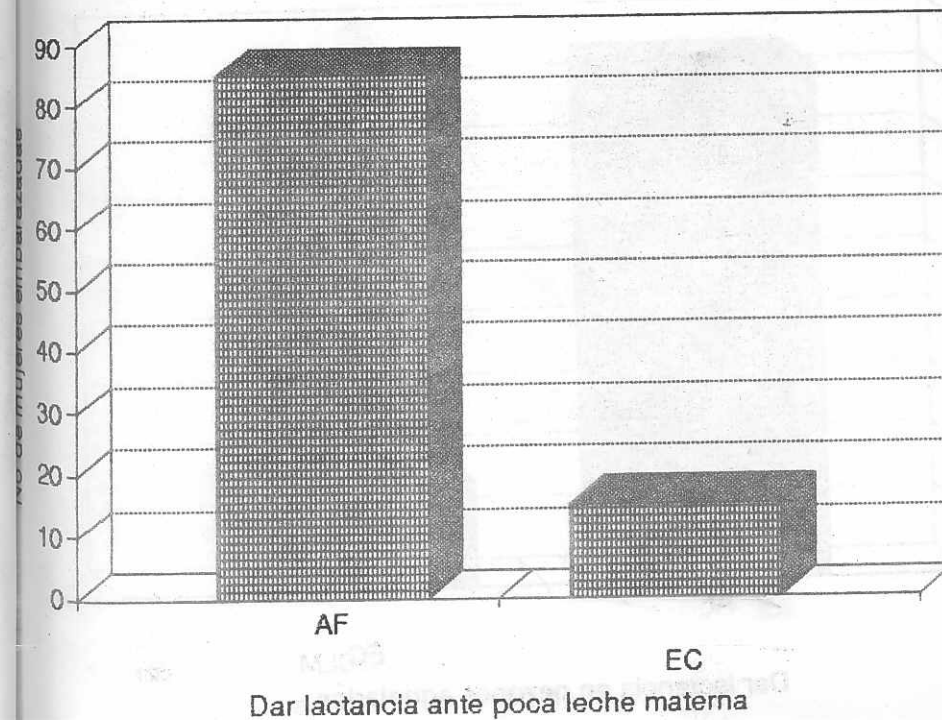
CUADRO No 9.

Actitud a favor o en contra de continuar la lactancia cuando la madre refiere tener poca leche, por mujeres embarazadas de la Aldea Florido Aceituno, Escuintla. Junio-Julio 1996.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
A favor	85	85%
En contra	15	15%
Total	100	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No 9



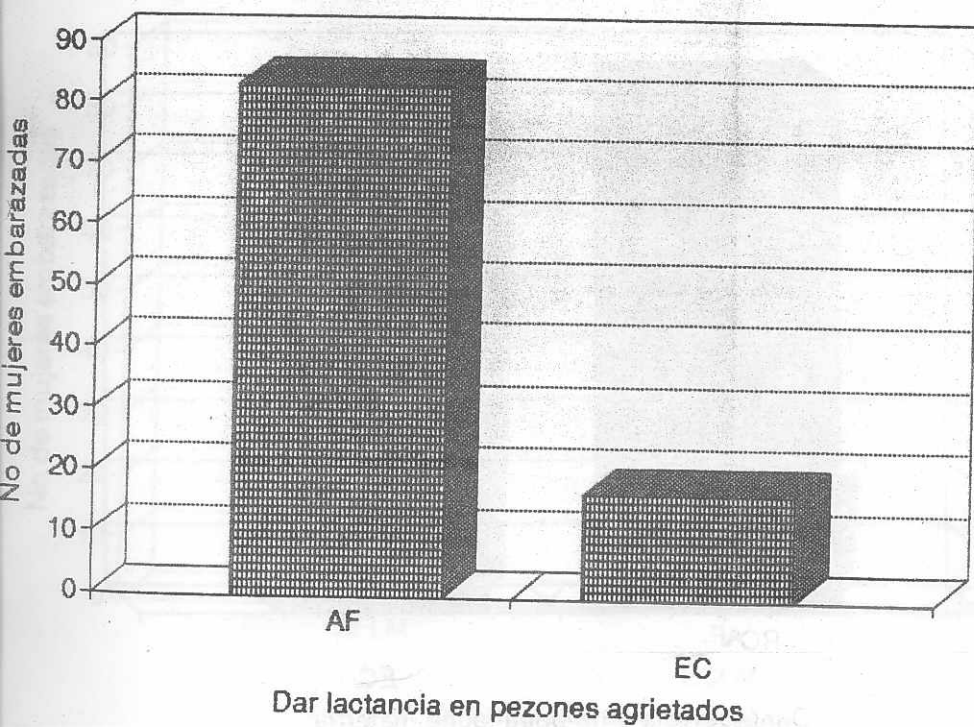
CUADRO No 10.

Actitud a favor o en contra de continuar la lactancia cuando se presentan pezones agrietados, por mujeres embarazadas de la Aldea Florido Aceituno, Escuintla. Junio-Julio 1996.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
A favor	83	83%
En contra	17	17%
Total	100	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No 10



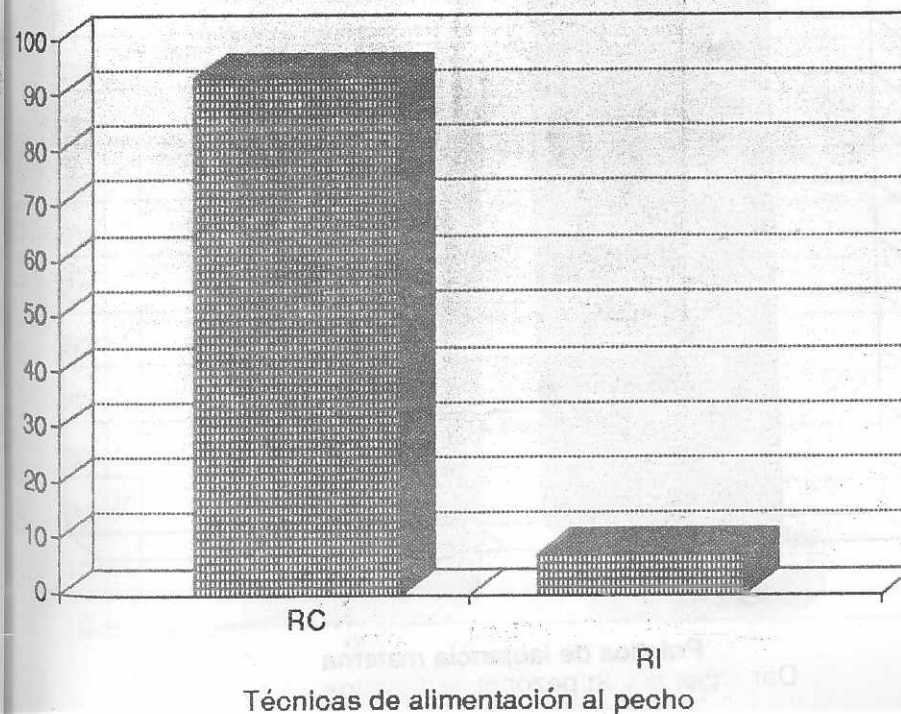
CUADRO No 11.

Técnicas de alimentación al pecho que consideran adecuadas las mujeres embarazadas de la Aldea Florido Aceituno Escuintla. Junio-Julio 1996.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Respuesta correcta	93	93%
Respuesta incorrecta	7	7%
Total	100	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No 11



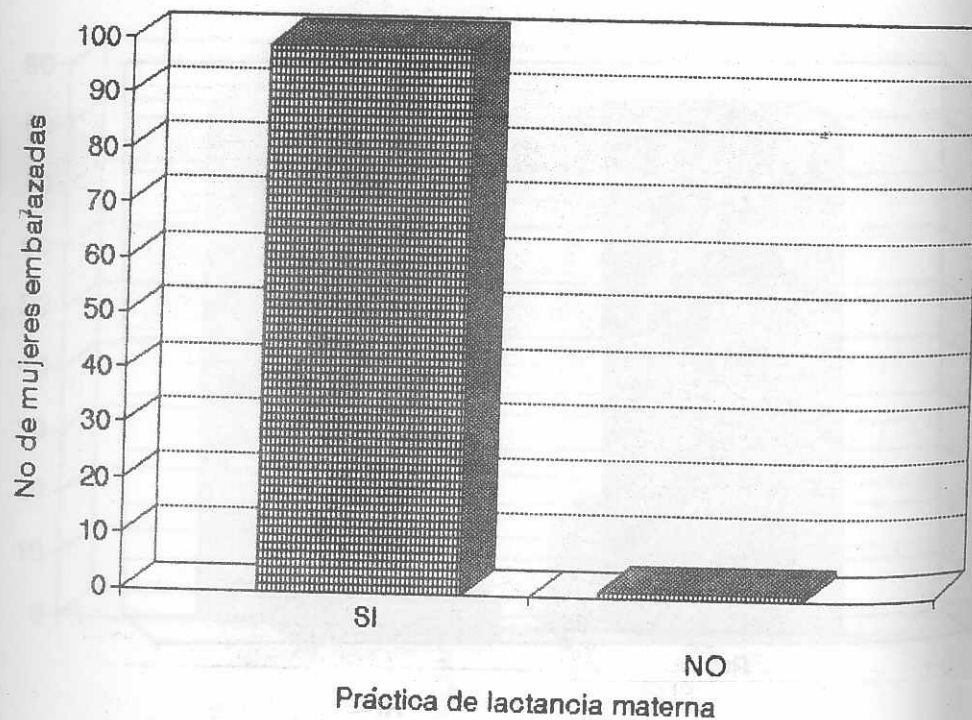
CUADRO No 12.

Práctica de la lactancia materna, por mujeres embarazadas de la Aldea Florido Aceituno, Escuintla. Junio-Julio 1996.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si practican	99	99%
No practican	1	1%
Total	100	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No 12



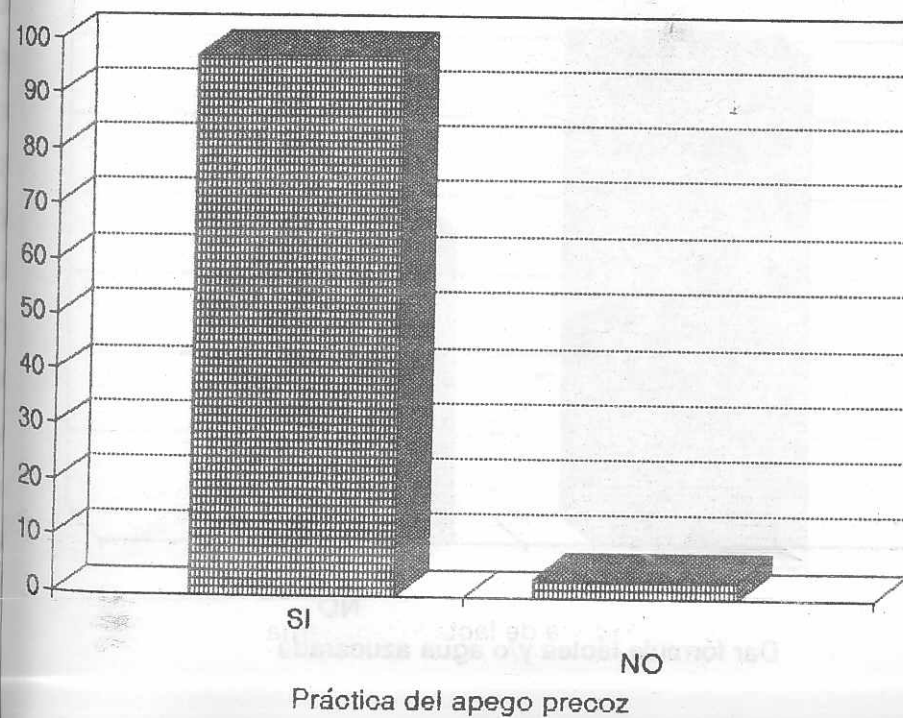
CUADRO No 13.

Práctica del apego precoz, en mujeres embarazadas de la Aldea Florido Aceituno, Escuintla. Junio-Julio 1996.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si han practicado	97	97%
No han practicado	3	3%
Total	100	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No 13

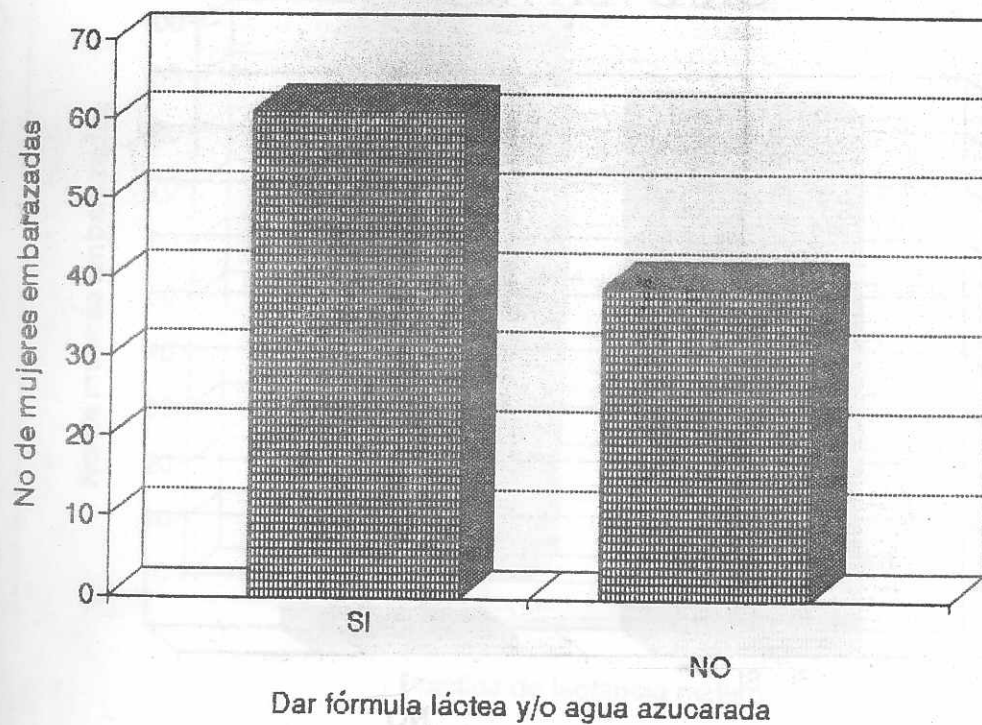


CUADRO No 14.
Proporcionan fórmulas lácteas y/o agua azucarada al recién nacido, por mujeres embarazadas de la Aldea Florido Aceituno, Escuintla. Junio-Julio 1996.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si han proporcionado	61	61%
No han proporcionado	39	39%
Total	100	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No 14

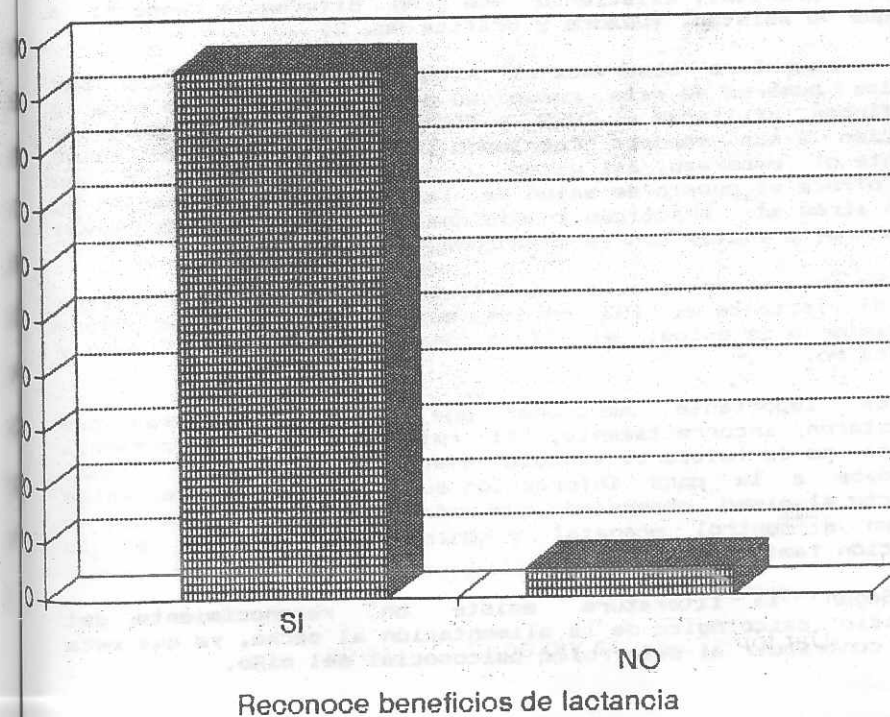


CUADRO No 15.
Reconocimiento de los beneficios de la lactancia materna exclusiva hasta los 4-6 meses, por mujeres embarazadas de la Aldea Florido Aceituno, Escuintla. Junio-Julio 1996.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
SI	95	95%
NO	5	5%
Total	100	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No 15



VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

El presente estudio se realizó en la Aldea Florido Aceituno, Escuintla. Identificando los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en mujeres embarazadas.

Se localizó en el croquis de la comunidad las viviendas de las mujeres embarazadas, haciendo entrevista personal a cada una de ellas que cumplía con los criterios de inclusión, realizando un total de 100 entrevistas.

En relación al número de hijos vivos de las mujeres entrevistadas se puede observar que el 47% de mujeres tiene de 1-3 hijos, el 37% de 4-6, 14% de 7-9 y sólo el 2% de 10-12. (Cuadro y Gráfica No. 1).

En esta comunidad al igual que en los países en vías de desarrollo el número de hijos por familia es muy alto debido al nivel sociocultural de la población, aunado a esto la práctica de la lactancia materna exclusiva no es adecuada en su totalidad por lo que el espaciamiento entre un embarazo y otro es muy corto, por lo que el promedio de hijos por familia es de 7-8.

En las mujeres embarazadas entrevistadas el 84% asiste a control prenatal, existiendo una gran diferencia respecto a las que no asisten. (Cuadro y Gráfica No. 2)

La cobertura observada es alta, lo cual se explica por que los hombres de esta comunidad prestan su mano de obra a las fincas afiliadas al IGSS y dicha institución proporciona atención a sus esposas cubriendo sus necesidades en salud durante el embarazo, así mismo aprovechan los beneficios que les ofrece el puesto de salud de la comunidad como también no dejan atrás sus prácticas tradicionales porque a la vez llevan su control prenatal con la comadrona.

En lo referente a los beneficios de la lactancia materna para el lactante el 78% de las mujeres entrevistadas tiene conocimiento de estos, el 22% no conoce los mismos. (Cuadro y Gráfica No. 3).

Es importante mencionar que de las mujeres que contestaron incorrectamente, 11 refirieron que la lactancia materna no fortalece el vínculo afectivo madre-hijo, lo cual se debe a la poca información que tienen las pacientes respecto al mismo observando que estas mujeres son las que no asisten a control prenatal y únicamente se basan en la tradición familiar.

* Según la literatura existe un reconocimiento del beneficio psicológico de la alimentación al pecho, ya que esta puede contribuir al desarrollo psicosocial del niño.

Al cuestionar a las mujeres embarazadas sobre las ventajas de la lactancia materna se determinó que el 93% tiene conocimiento al respecto, y sólo el 7% contestó incorrectamente. (Cuadro y Gráfica No. 4)

Esto se puede atribuir al impacto de los programas de educación en salud que el IGSS ha implementado a nivel comunitario a través de promotoras de salud las cuales visitan el área todas las semanas proporcionando pláticas sobre diversos temas en salud.

En las mujeres embarazadas el 59% tiene conocimiento sobre la edad del niño durante la cual debe darse lactancia materna exclusiva, al contrario del 41% que refiere incorrectamente que esta debe prolongarse por más tiempo. (Cuadro y Gráfica No. 5). Porque tienen la creencia que los alimentos sólidos antes de los 9 meses o el año le causan daños intestinales al niño provocándolo diarrea, así mismo hay mujeres que poseen el conocimiento correcto pero se ven limitadas por la condición socioeconómica en que viven no quedando otra alternativa que prolongar la lactancia materna exclusiva.

* Según la literatura la lactancia materna exclusiva debe darse al niño durante los 4-6 meses de vida.

Al preguntar sobre la edad más adecuada para el destete en el niño, el 74% de las mujeres tiene conocimiento al respecto y el 26% contestó incorrectamente. (Cuadro y Gráfica No. 6)

El grupo de mujeres que contestó incorrectamente piensan que con el tiempo la leche materna ya no proporciona el alimento suficiente al niño por lo que se hace necesario el destete a una edad no adecuada.

En relación sobre continuar con la lactancia materna al presentarse inflamación en los pezones, el 79% contestó correctamente que debe continuarse lactando y sólo el 21% refirió que no. (Cuadro y Gráfica No. 7)

El grupo de mujeres que contestó incorrectamente piensan que no deben continuar con la lactancia materna porque esto provoca daños al niño debido a que la leche no es buena.

Las mujeres embarazadas tienen una actitud a favor de dar lactancia materna cuando se presentan pezones invertidos, el 18% está en contra de la lactancia materna. (Cuadro y Gráfica No. 8)

La actitud que toman las mujeres es positiva ya que refieren que se deben hacer ejercicios durante el embarazo para

formarse los pezones y así poder proporcionar lactancia materna al niño ya que de esta manera el niño estará más protegido contra varias enfermedades. De las mujeres que contestaron en contra de la lactancia materna, las razones que dieron fueron que si la madre tiene los pezones hacia adentro no podrá lactar de esto se determina que no han recibido información con respecto a este problema y la forma de resolverlo y son mujeres que tienen únicamente un hijo, no asisten a control prenatal por lo que no tienen experiencia al respecto.

En las mujeres embarazadas entrevistadas el 85% tienen una actitud a favor de continuar la lactancia materna ante el problema de una madre lactante que refiere tener poca leche (Cuadro y Gráfica No. 9).

Las mujeres refirieron que debe continuarse con la lactancia materna porque conforme el niño succione la producción de leche aumentará; para aumentar la cantidad de leche las mujeres recomiendan incrementar la alimentación y tomar atoles dentro de estos destaca el chocolate con polvo de cangrejo lo cual es tradicional en la comunidad.

Según la literatura la intensidad y la frecuencia de la succión determina el volumen de la leche que se produce.

De acuerdo a la actitud de las mujeres entrevistadas sobre continuar o no con la lactancia materna al presentarse pezones agrietados el 83% está a favor de continuar la lactancia y el 17% en contra. (Cuadro y Gráfica No 10)

Las mujeres refirieron que debe continuarse la lactancia aunque duela el pezón porque si dejan de hacerlo el que el niño no succione provocara que se le seque la leche y además la misma leche hace que los pezones se curen. De las mujeres que refirieron no continuar lactando es porque refieren que duele y además el que el niño continúe mamando les dañará más el pezón.

En lo referente a las técnicas de alimentación al pecho que las mujeres consideran adecuadas el 93% contestó correctamente y sólo el 7% incorrectamente. (Cuadro y Gráfica No. 11)

De las mujeres que contestaron incorrectamente se puede observar que no asisten a control prenatal y por lo mismo no han adquirido los conocimientos adecuados al respecto, mencionando que la lactancia debe tener un horario fijo para que el alimentar al niño no interfiera en el que hacer del hogar.

De las mujeres embarazadas entrevistadas el 99% han proporcionado lactancia materna a sus hijos y sólo 1 mujer refirió que no. (Cuadro y Gráfica No.12).

La mayoría de mujeres han proporcionado lactancia materna a sus hijos por considerar que es el mejor alimento, los protege contra enfermedades y además no necesita de ninguna preparación, esto demuestra que ponen en práctica los conocimientos que poseen sobre los beneficios y ventajas de la lactancia materna. Considerando también que las mujeres de esta comunidad no se han integrado al sistema productivo del país, no están sujetas a horarios que limiten esta práctica.

En relación a la práctica del apego precoz, el 97% de las mujeres entrevistadas refirió haberlo practicado, comparado con el 3% de mujeres que no lo han practicado. (Cuadro y Gráfica No. 13)

Esta actitud negativa está influenciada por los hospitales al no permitir la estancia conjunta del niño y la madre desde las primeras horas después del parto, al contrario de las mujeres que si practicaron el apego precoz y a quienes el parto les fue atendido por las comadronas entregándoles al niño después del parto influenciando de esta manera el inicio temprano de la lactancia.

Al preguntar a las mujeres embarazadas sobre si han proporcionado fórmulas lácteas y/o agua azucarada al recién nacido, el 61% refirió que si y sólo el 39% contestó que no. (Cuadro y Gráfica No. 14)

El uso de agua azucarada es muy difundido durante los primeros 2 días de nacido el niño. La mayoría de mujeres alternan lactancia materna y otros líquidos siendo los mas populares el jarabe de chicoria, agua de cebada y agua azucarada, ellas tienen la creencia que estos refrescan y limpian el estómago del niño asimismo los utilizan para prevenir/curar cólicos.

De las mujeres embarazadas entrevistadas el 95% reconoce los beneficios de la lactancia materna exclusiva durante los 4-6 meses y el 5% no los reconoce. (Cuadro y Gráfica No. 15)

La mayoría de mujeres refirieron que durante el tiempo que han proporcionado lactancia exclusiva al niño han observado que se enferman menos y crece mejor, al contrario de cuando incluyen alimentos sólidos o usan biberón.



El ver normalmente a otras mujeres que dan de mamar, sobre todo en el seno de la familia o del mismo grupo social, es un importante factor a favor de que las niñas y las jóvenes adopten actitudes positivas hacia la lactancia materna.

IX. CONCLUSIONES

1. El 84% de las mujeres embarazadas de la Aldea Florido Aceituno asiste a control prenatal.
2. 78% de las mujeres embarazadas tiene conocimiento de los beneficios de la lactancia materna para el lactante.
3. El 93% de las mujeres embarazadas conocen las ventajas de la lactancia materna.
4. El 59% de las mujeres embarazadas tienen conocimiento de la edad durante la cual debe darse lactancia materna exclusiva, pero es notorio que un 41% no tiene conocimiento al respecto.
5. El 74% de las mujeres embarazadas conoce la edad adecuada para realizar el destete en el niño.
6. 79% de mujeres embarazadas tiene conocimiento acerca de continuar con la lactancia materna al presentarse inflamación en los pezones.
7. Las actitudes positivas a favor de continuar con la lactancia materna fue de 82% cuando se presentan pezones invertidos, 83% cuando se presentan pezones agrietados y 85% ante el problema de una madre lactante que refiere tener poca leche.
8. El 99% de mujeres embarazadas han proporcionado lactancia materna a sus hijos, de estas el 97% han practicado el apego precoz.
9. 61% de mujeres han proporcionado fórmulas lácteas y/o agua azucarada al recién nacido.
10. El 95% de mujeres embarazadas reconoce los beneficios de la lactancia materna exclusiva hasta los 4-6 meses de vida del niño.

X. RECOMENDACIONES

1. Reforzar los conocimientos sobre lactancia materna en los trabajadores de salud, enfermeras, comadronas y de otras categorías que trabajan en servicios de atención en salud para que hagan todo lo posible por proteger, promover y apoyar la lactancia natural y en este sentido aconsejar con objetividad y continuidad a las futuras y nuevas madres fomentando en ellas una actitud positiva hacia ese modo de alimentación del niño.
2. Dar información y educación sobre lactancia materna a todas las mujeres embarazadas que acuden a control prenatal.
3. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna a nivel comunitario y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos.
4. Deben coordinarse esfuerzos interinstitucionales; especialmente entre el Ministerio de Salud Pública e Instituto Guatemalteco del Seguro Social de Escuintla para que en sus acciones se incluyan contenidos de promoción de la lactancia materna dirigidas especialmente al área rural.



El tiempo breve de atención prenatal es cuando más estrecha es la relación entre el personal de salud y la futura madre, y cuando las prácticas de salud ejercen su máxima influencia sobre la actitud de la madre en lo que respecta a la lactancia natural.

XI. RESUMEN

Se llevó a cabo en la Aldea Florido Aceituno del Departamento de Escuintla, un estudio descriptivo de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en la totalidad de mujeres embarazadas durante los meses de Junio-Julio de 1996. Para ello se utilizó un cuestionario el cual se llenó durante la visita domiciliaria obteniendo los siguientes resultados:

El 84% de las mujeres embarazadas asiste a control prenatal.

Un 78% de las mujeres embarazadas posee conocimientos sobre los beneficios de la lactancia materna para el lactante y el 93% conoce las ventajas de esta forma de alimentación.

Solo el 59% de las mujeres embarazadas tiene conocimiento sobre hasta que edad dar lactancia materna exclusiva, comparado con el 74% de mujeres que conocen la edad adecuada para destetar al niño.

El 79% de mujeres, tiene el conocimiento sobre continuar la lactancia materna al presentarse inflamación en los pezones.

Las mujeres embarazadas tienen actitudes positivas a favor de dar ó continuar con la lactancia materna al presentarse pezones invertidos en un 82%, pezones agrietados en un 83% y ante el problema de una madre lactante que tiene poca leche en un 85%.

El 99% de mujeres embarazadas han practicado la lactancia materna y el 97% el apego precoz, de ellas el 93% poseen técnicas adecuadas de alimentación al pecho.

61% de mujeres han proporcionado fórmulas lácteas y/o agua azucarada al recién nacido.

El 95% de mujeres embarazadas reconoce los beneficios de la lactancia materna exclusiva hasta los 4-6 meses.

La mayoría de mujeres embarazadas cuentan con los conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas para llevar a cabo una lactancia natural exitosa, pero es necesario reforzar los mismos para que esta práctica no decline.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

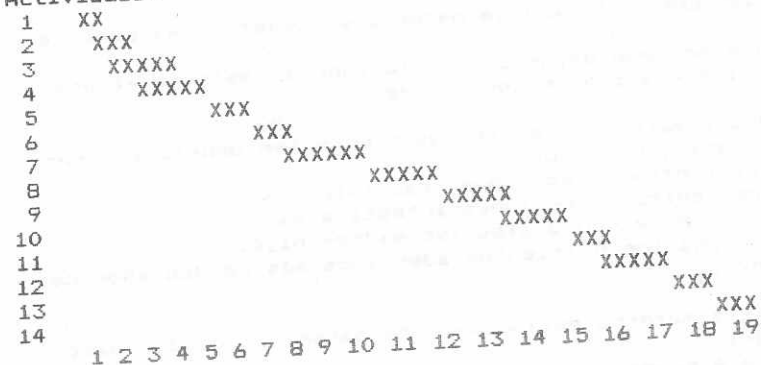
1. Arango, R. Ventajas de la lactancia materna. Comisión Nacional de Promoción de la Lactancia Materna (CONAPLAM). Documento mimeografiado. Guatemala, 1989.
2. Comisión de la Lactancia Natural de Costa Rica. Fomento del hábito de lactar al pecho. 3 edic. San José de Costa Rica 1985. 47 p.
3. Comisión Nacional de Promoción de la Lactancia Materna (CONAPLAM). Paquete de documentos sobre lactancia materna. Guatemala, Agosto de 1989.
4. Comisión Nacional de Promoción de la Lactancia Materna (CONAPLAM). Técnicas y cuidados para lograr una lactancia exitosa. Guatemala, Agosto de 1992. 28p.
5. Comisión Nacional de Promoción de la Lactancia Materna (CONAPLAM). Sugerencias prácticas para trabajar y lactar. Publicación No. 38. Guatemala 1991. 43p.
6. Comisión Nacional de Promoción de la Lactancia Materna (CONAPLAM), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) Tendencia de la lactancia materna en Guatemala. Informe Final. Guatemala Mayo de 1992.
7. De León Regil, J. Semana mundial de la lactancia materna en Guatemala. Comisión Nacional de Promoción de la Lactancia Materna (CONAPLAM). Boletín Informativo. Guatemala, Mayo de 1992. 24p.
8. Delgado, H. Ventajas de la lactancia materna. Salud Materno Infantil. Guatemala Septiembre de 1986. Vol.2 No 2 55p.
9. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Organización Mundial de la Salud (OMS). Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: La función especial de los servicios de maternidad. Declaración conjunta. Ginebra, 1989. p 1-39.
10. Growth factors in human milk. J of Tropical Pediatrics. 36:2-3. Febrero de 1990.
11. Guyton, A. C. Tratado de Fisiología Médica. Edit Interamericana. 7 edic. México 1989. p 984-987.

12. Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. Lactancia y destete. Centro Regional de Documentación sobre Nutrición Infantil. Guatemala, 1991. 51p.
13. Isaacs, C et al. Antiviral and antibacterial lipids in human milk and infant formula feeds. Archives of Disease in Childhood, 1990. 65:861-864.
14. Jensen, R et al. Human lactation: Milk components on methodologies. New York, Plenum Press. 1990. 12p.
15. Liga de la Leche Materna de Guatemala, Comisión Nacional de Promoción de la Lactancia Materna (CONAPLAM), Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP). Los últimos descubrimientos en relación a la excepcionalidad de la lactancia materna, implicaciones y aplicaciones. Guatemala, 1991. 72 p.
16. Liga Internacional de la Leche Materna. El arte femenino de amamantar. New York. Edit Diana. Julio 1989. 69 p.
17. Morice, T. et al. Excreción de drogas y medicamentos en leche materna y su efecto en el niño. Comisión Nacional de Lactancia Materna de Costa Rica. Edit EDNASS. Febrero 1991 p 1-17.
18. Nelson. Tratado de Pediatría. Edit Interamericana. 12 edic. México, 1987.
19. Organización Mundial de la Salud (OMS). Lactancia natural y espaciamiento de los embarazos. Ginebra. 1991. 32p.
20. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Para mi hijo, mi leche. Ginebra 1989. 25p.
21. Pereira, J et al. Variación del flujo de la leche materna durante la lactancia. Centro Latinoamericano de Perinatología OPS/OMS. Montevideo, Uruguay 1990. 87p.
22. Quiroz. Anatomía Humana. Tomo III. Edit Porrúa. 24 edic. 1989. p 338-341.
23. Taller de la Comisión Nacional de Promoción de la Lactancia Materna de Centroamérica y Panamá. Formación y fortalecimiento de grupos de apoyo para las madres lactantes. Antigua Guatemala. Guatemala 1987.

XIII. ANEXOS

ANEXO No. 2
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 la coordinación de tesis.
6. Diseño de los instrumentos que se utilizarán para la recopilación de la información.
7. Ejecución del trabajo de campo y recopilación de la información.
8. Procesamiento de datos, elaboración de tablas y gráficas.
9. Análisis y discusión de resultados.
10. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
11. Presentación del informe final.
12. Aprobación del informe final.
13. Impresión del informe final y trámites administrativos.
14. Examen público de defensa de la tesis.

1. Número de hijos vivos:-----Tiempo de embarazo actual:--
2. Lleva control prenatal: SI Cuántos: -----
 NO
3. Usted cree que la lactancia materna es beneficiosa para la salud?
 SI NO
4. Piensa que se debe dejar de dar lactancia materna al presentarse inflamación en los pezones?
 SI NO
5. La lactancia materna produce los siguientes beneficios para el lactante, EXCEPTO:
 - a. Protege contra infecciones respiratorias.
 - b. Protege contra infecciones intestinales.
 - c. Fortalece el vínculo afectivo madre- hijo.
 - d. Proporciona los nutrientes adecuados más de dos años de lactancia.
6. La lactancia materna exclusiva debe darse al niño hasta la edad de:
 - a. Los 4 a 6 meses.
 - b. A los 9 meses.
 - c. A los 12 meses.
 - d. Hasta los 24 meses.
7. A los cuántos meses de edad es más recomendable el destete en el niño:
 - a. A los 6 meses.
 - b. A los 9 meses
 - c. A los 12 meses.
 - d. De los 18 a los 24 meses.
- 8.Cuál es lo correcto con respecto a la lactancia materna:
 - a. Es el alimento más sano para el bebé.
 - b. Es fresca, disponible y económica.
 - c. Es un modo de alimentación sencillo y seguro para la madre y el bebé.
 - d. Todas son correctas.

9. A una mujer embarazada con pezones invertidos usted le recomendaría:

- a. No dar lactancia materna ()
- b. Hacer ejercicios de estiramiento y fricción en cada pezón ()
- c. Hacer succión en cada pezón con el uso de extractor manual ()
- d. Aplicación local de aceite mineral ()

10. A una madre lactante que refiere tener poca leche usted le recomendaría: ()
 a. Dar lactancia materna y artificial ()
 b. Dar sólo pecho ()
 c. Aumentar la ingesta de líquidos y mejorar la alimentación ()
 d. Estar tranquila y relajada ()
11. A una madre lactante que refiere tener los pechos adoloridos por pezones agrietados usted le recomendaría: ()
 a. Dar el pecho antes de que el bebé tenga hambre para evitar que mame demasiado fuerte ()
 b. Amamantar con frecuencia por períodos más cortos ()
 c. Colocar el bebé frente al pecho y cuidar que tome en su boca, a la vez, el pezón y la piel oscura que lo rodea ()
 d. Dejar de amamantar hasta que se resuelva el problema ()
12. Las técnicas de alimentación al pecho que usted considera adecuadas son: ()
 a. Colocar la cara del niño frente al pecho de la madre para que inicie la búsqueda ()
 b. Que la alimentación al pecho tenga un horario fijo ()
 c. No dar los dos pechos en cada comida ()
 d. No es necesario que el bebé duerma cerca de la madre para alimentarlo durante la noche ()
- Para las siguientes preguntas responda: SI NO
13. Sus hijos han recibido lactancia materna ()
14. Sus hijos cuando recién nacidos han recibido lactancia inmediatamente después del parto normal ()
15. Reconoce los beneficios de la lactancia materna exclusiva, hasta los 4 - 6 meses ()
16. Le ha dado fórmulas lácteas y/o agua azucarada al recién nacido normal ()

ALDEA FLORIDO ACEITUNO.

La Aldea Florido Aceituno esta situada a 53 Km de la capital y a 12 de la cabecera municipal, se encuentra a orilla de la carretera interamericana. Tiene 3,250 habitantes de estos 1,714 son hombres y 1,536 mujeres la población de menores de 5 años llega a 820 niños y 756 mujeres en edad fértil.

Cuentan con una escuela primaria completa atendida por 6 maestros, un puesto de salud el cual es atendido por el EPS y una enfermera, 4 promotores de salud y 4 comadronas tradicionales. La comunidad tiene un comité comunal que es el encargado de velar por sus intereses.

Celebran su feria el 15 de enero en honor al Señor de Esquipulas, la mayoría de la población es católica. Su principal actividad es la agricultura los adultos y jóvenes trabajan en las fincas cañeras Concepción, El Esfuerzo, Santa Ana y Cerritos. Una minoría de la población siembra maíz, yuca, frijol para el consumo diario. Las mujeres son las encargadas del manejo y organización del hogar.

La mayoría de viviendas son propias de paredes de adobe y/o madera, techo de lamina, piso de tierra.

Las casas en su mayoría tienen el mismo diseño una habitación que sirve de sala dormitorio, un corredor y cocina afuera. Estas contrastan con un número menor de construcciones más elaboradas principalmente en el centro de la Aldea. El promedio de miembros por vivienda es de 7 a 8. Cuentan con luz eléctrica y utilizan agua de pozos, la disposición de escretas es deficiente ya que no existe un adecuado programa de letrinización, queman y/o entierran la basura.

ALDEA FLORIDO ACEITUNO

