

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**"FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES ASOCIADOS
A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA
EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO"**

Consulta Externa de las unidades periféricas de las zonas 5 y 11,
Villa Nueva, La Antigua Guatemala y Escuintla del Instituto
Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-
mayo-julio 2014

**Luz de María Arriaga Monterroso
Walezka Scheresade Castro López
Obed Misael Godínez Mejía
Helka Betzabé Klee Vega
Lilian del Carmen Medina Mendez**

Médico y Cirujano

Guatemala, agosto de 2014

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**"FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES ASOCIADOS
A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA
EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO"**

Consulta Externa de las unidades periféricas de las zonas 5 y 11,
Villa Nueva, La Antigua Guatemala y Escuintla del Instituto
Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-
mayo-julio 2014

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

**Luz de María Arriaga Monterroso
Walezka Scheresade Castro López
Obed Misael Godínez Mejía
Helka Betzabé Klee Vega
Lilian del Carmen Medina Mendez**

Médico y Cirujano

Guatemala, agosto de 2014



El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

Luz de María Arriaga Monterroso	200510224
Walezka Scheresade Castro López	200614168
Obed Misael Godínez Mejía	200721093
Helka Betzabé Klee Vega	200721896
Lilian del Carmen Medina Mendez	200830724

han cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

“FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES ASOCIADOS
A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA
EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO”

Consulta Externa de las unidades periféricas de las zonas 5 y 11,
Villa Nueva, La Antigua Guatemala y Escuintla del Instituto
Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS–
mayo-julio 2014

Trabajo revisado por el Dr. Luis Humberto Araujo Rodas, tutorado por el Dr. Jorge David Alvarado Andrade y asesorado por la Dra. Andrea Berganza quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, treinta y uno de julio del dos mil catorce


DR. JESUS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO





El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

Luz de María Arriaga Monterroso	200510224
Walezka Scheresade Castro López	200614168
Obed Misael Godínez Mejía	200721093
Helka Betzabé Klee Vega	200721896
Lilian del Carmen Medina Mendez	200830724

han presentado el trabajo de graduación titulado:

**“FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES ASOCIADOS
A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA
EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO”**

Consulta Externa de las unidades periféricas de las zonas 5 y 11,
Villa Nueva, La Antigua Guatemala y Escuintla del Instituto
Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-
mayo-julio 2014

El cual ha sido revisado y corregido por la Dra. Ada Beatriz Reyes Juárez y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se le autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, treinta y uno de julio del dos mil catorce.

Dra. Ada Beatriz Reyes Juárez
Supervisora

Facultad de Ciencias Médicas
Coordinación de Trabajos de Graduación
COORDINADOR



Guatemala, 31 de julio del 2014

Doctor
Edgar Rodolfo de León Barillas
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. de León:

Le informo que los estudiantes abajo firmantes:

Luz de María Arriaga Monterroso

Walezka Scheresade Castro López

Obed Misael Godínez Mejía

Helka Betzabé Klee Vega

Lilian del Carmen Medina Mendez

Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

“FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES ASOCIADOS
A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA
EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO”

Consulta Externa de las unidades periféricas de las zonas 5 y 11,
Villa Nueva, La Antigua Guatemala y Escuintla del Instituto
Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-
mayo-julio 2014

Del cual como revisor, tutor y asesora nos responsabilizamos por la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

Jorge David Alvarado Andrade
GINÉCOLOGO Y OBSTETRA
COL. 11,112

Tutor
Jorge David Alvarado Andrade
Firma y sello

Luis Humberto Araujo Rodas
Ginecólogo y Obstetra
C.C. 40,583

Revisor
Dr. Luis Humberto Araujo Rodas
Firma y sello
Reg. de personal **20030840**

Dra. Andrea B. Berganza
Colegiado No. 13010
Pediatria

Asesora
Dra. Andrea Berganza
Firma y sello

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS, por ser mi fortaleza y mi guía en este largo camino, por todas las bendiciones que me otorgo en el transcurso de estos años, por darme la sabiduría y el entendimiento necesario para terminar mi carrera de Médico y Cirujano.

A MI PADRE, por ser un ejemplo de lucha y de fé, por todo el esfuerzo que has hecho para ayudarme en mi carrera, por todo el apoyo emocional y económico que me diste y por todas aqueas ocasiones en las que cuidaste de Nicolle por mí.

A MI MADRE, por ser la mejor mama que podría desear, por ser mi amiga, por estar siempre disponible cuando más la necesite, por la comida tan rica que me enviabas a mi turnos y por cuidar a Nicolle en mi ausencia.

A MI HERMANA, por los momentos de locuras y alegrías que compartimos, por ser un ejemplo de superación, por ser mi amiga y mi confidente, y por nunca dejar de creer en mí.

A MI ESPOSO, por estar a mi lado, por regalarme a nuestra hermosa hija, por soportar mis momentos de estrés y por comprender mi ausencia en algunas ocasiones.

A TODOS MIS TIOS Y PRIMOS, por todo su apoyo y por confiarme su salud y la de sus seres queridos.

A MIS AMIGOS, por todos los momentos buenos y malos que compartimos, por volverse parte de mi familia, por poder contar con su apoyo y ser un soporte para mi durante estos años.

Y con dedicatoria especial:

A MI HIJA, ese personita que dio un nuevo sentido a mi vida desde el día en que supe que estabas creciendo dentro de mí, por ser la motivación que me hacía luchar cada dia, por ser valiente y comprender que mami no siempre podía estar en casa, y sobre todo por su amor incondicional.

Luz de María Arriaga Monterroso

ACTO QUE DEDICO

A DIOS, quien me ha bendecido día a día, me ha guiado e iluminado, y hoy me permite culminar mi sueño.

A LA VIRGEN MARÍA, por cubrirme con su manto, protegerme y guiarme siempre.

A MI PADRE, por brindarme sus enseñanzas con mucho cariño desde pequeña, por inculcar en mí los valores de responsabilidad, trabajo y perseverancia, por brindarme su apoyo incondicional en cualquier momento.

A MI MADRE, quien estuvo siempre a mi lado y compartió conmigo momentos de desvelos, alegrías y tristezas; por su paciencia, dedicación, sacrificio y ayuda en todo momento, por creer siempre en mí e impulsarme a seguir adelante y nunca darme por vencida.

A MI HERMANA, por su apoyo e impulso a seguir estudiando y ser cada día mejor.

A MI FAMILIA, que ha sido mi soporte, en este duro camino a convertirme en un profesional.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, por ser mi alma mater, y a cada uno de los catedráticos quienes con sus sabios conocimientos supieron formarme como un profesional capaz de poner mis servicios a la sociedad.

AL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, por permitirme realizar la práctica hospitalaria en la Institución, y a cada uno de los médicos quienes me brindaron sus conocimientos los cuales me permiten el día de hoy ser la profesional que soy.

A MIS COMPAÑEROS, con quienes compartí buenos y malos momentos, sin su apoyo y compañía esta hermosa experiencia que hoy llega a su fin, no hubiera sido la misma. Y a cada una de las personas que me impulsaron a estudiar y a comprometerme en esta noble carrera que la sabré ejercer con empeño y dedicación.

Walezka Scheresade Castro López

ACTO QUE DEDICO

A DIOS, porque de Él, por Él y para Él son todas las cosas. A Él sea la gloria para siempre.

A MIS PAPÁS, quienes por ellos soy lo que soy. Gracias por sus consejos, comprensión, amor, apoyo incondicional, por creer en mí siempre y por brindarme los recursos necesarios para lograr este triunfo, nuestro triunfo. Los amo.

A MI HERMANO: PABLO JOSÉ GODÍNEZ MEJÍA, por estar conmigo en todo momento. Por ser mi amigo, mi compañero.

A MI ABUELO, por ser mi ejemplo, por sus oraciones, palabras y consejos. Porque de una u otra forma siempre estuvo allí en la lucha conmigo.

A MIS TÍOS, PRIMOS Y DEMÁS FAMILIA, por apoyarme y siempre estar pendientes de mí.

A MI PEQUEÑA MADELEIN ROCÍO PÉREZ LECOINTE, por ser mi amiga, mi compañera, mi apoyo incondicional. Por nunca dejar que me diera por vencido y por siempre motivarme a seguir adelante.

A MIS AMIGOS, quienes he ido conociendo a lo largo de mi vida, con quienes he compartido y vivido tantas experiencias. No podría nombrarlos a todos pero ustedes saben que los quiero mucho.

A LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, TUTORES, MAESTROS Y RESIDENTES, por acogerme y compartir su conocimiento, sabiduría y experiencia durante toda mi carrera. No los defraudaré.

A todas las personas que de una u otra forma contribuyeron a alcanzar este triunfo.

Obed Misael Godínez Mejía

ACTO QUE DEDICO

A DIOS, por permitirme despertar cada día de mi vida llenándome de bendiciones en mi caminar.

A MIS PADRES, quienes han sido la guía en vida brindándome su apoyo y creyendo en mí inclusive cuando yo perdía la fe.

A MI HERMANA, quien ha estado ahí en las buenas y sobre todo en las malas.

A MIS ABUELOS, quienes han sido una luz que ha iluminado constantemente mi vida.

A MIS COMPAÑEROS, que sin ellos esto jamás habría sido posible.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, que siendo mi alma mater me ha enseñado todo lo que se.

A MIS CATEDRÁTICOS, quienes corrigieron mis errores y a toda aquella persona que con sus comentarios, risas, enojo y regaños han marcado el camino que hoy me trajo hasta aquí

Helka Betzabé Klee Vega

ACTO QUE DEDICO

A DIOS, por ser mi guía, mi fuerza, mi fortaleza, mi fuente de amor, sabiduría y refugio. Toda la gloria y la honra sean para Él.

A MI MAMÁ Y TÍA, Lilian Mercedes Méndez Aguirre y María Guadalupe Méndez Aguirre, por su amor, comprensión, apoyo incondicional en este sueño que hoy se hace realidad, por creer en mí y por su ejemplo de vida. Hoy me gozo por poder entregarle este triunfo.

A MIS HERMANOS, Amllcar Alexander Medina Méndez y Cristian Alexander Medina Méndez, Por ser más que mis hermanos, mis amigos, gracias por su apoyo incondicional.

A TODA MI FAMILIA, por su prueba vigente del amor, apoyo y confianza depositada en mí.

A MIS AMIGAS Y AMIGOS, por brindarme lo más preciado: SU AMISTAD, por compartir momentos de alegría y tristeza en este largo caminar juntos.

A MIS PADRINOS, en agradecimiento a su apoyo y confianza depositada en mí.

A MI ASESOR, REVISOR Y TUTOR, Por su colaboración para que este trabajo fuera una realidad.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, por ser mi alma mater.

A LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, CATEDRÁTICOS Y RESIDENTES, Por abrigarme con sus enseñanzas de día a día en la formación de mi profesión.

**“Oh Dios! Tú me has escogido para vigilar por la vida y la salud
de tus criaturas: heme aquí dispuesta a seguir mi vocación”
Juramento de Maimónides**

Lilian del Carmen Medina Mendez

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores anatómicos, sociales, económicos y biológicos que influyen en la práctica de la lactancia materna en madres de niños menores de un año.

Población y métodos: Estudio transversal analítico. Se realizó una encuesta dirigida a 353 madres de niños menores de un año, que asistieron a la consulta externa de las unidades periféricas zona 5, zona 11, Villa Nueva, Antigua Guatemala y Escuintla.

Resultados: De las 353 madres encuestadas, 300 si practican lactancia materna, 33.4% están comprendidas entre los 21 a 25 años de edad. Además 66% eran multíparas, donde 62.04% de ellas tuvieron experiencia previa en la práctica de lactancia materna, esto tiene significancia estadística ya que las multíparas tienen más probabilidad de practicar la lactancia materna que las que no han tenido experiencia previa. Refirieron haber presentado molestias en las mamas durante la práctica de lactancia materna 56% de las madres, teniendo una probabilidad mayor de abandonar dicha práctica. Indicaron tener un parto vaginal 52.9% de las madres, se observó que el tipo de parto no presenta una asociación positiva (OR: 0.52) con la práctica de la lactancia materna, sin embargo las madres que tienen un parto vaginal tiene cuatro veces más probabilidad de dar de mamar que las madres que tienen cesárea. Cerca del 82.4% refirieron no pertenecer a una etnia indígena y 64.5% refirieron estar casadas actualmente. Se identificó una asociación positiva (OR: 1.81) entre el nivel de escolaridad de la madre encuestada y la práctica de la lactancia materna, ya que entre más educación tenga la madre, mayor es la probabilidad de poner en práctica la lactancia materna, sin embargo este dato no tiene significancia estadística (X^2 : 2.60) para esta investigación. **Conclusión:** Las características epidemiológicas más frecuentes de las madres encuestadas fueron: edad joven, residentes en el área rural, casadas, no indígena, con educación a nivel diversificado. Los únicos factores asociados y con significancia estadística son la experiencia previa de lactancia materna y su paridad.

Palabras clave: práctica, lactancia materna, factores anatómicos, factores sociales, factores biológicos, factores económicos.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS.....	5
2.1 Objetivo general	5
2.2 Objetivos específicos.....	5
2.2.1 Identificar	5
3. MARCO TEÓRICO	7
3.1 INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.....	7
3.1.1 Historia.....	7
3.1.2 Programas	9
3.2 PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA	12
3.2.1 Tipos de lactancia	12
3.2.2 Beneficios de la lactancia materna para el niño	13
3.2.3 Beneficios de la lactancia materna para la madre	15
3.2.4 Beneficios de la lactancia materna para la comunidad	16
3.2.5 Riesgos de la alimentación con sucedáneos.....	17
3.3 TÉCNICA CORRECTA DE AMAMANTAMIENTO	21
3.3.1 Procedimiento	21
3.4 FACTORES ASOCIADOS A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA ...	25
3.4.1 Factores anatómicos.....	25
3.4.2 Factores sociales	29
3.4.3 Factores económicos	33
3.4.4 Factores biológicos	34
4. POBLACIÓN Y MÉTODOS.....	41
4.1 Tipo y diseño de investigación.....	41
4.2 Unidad de análisis	41
4.3 Población y muestra	41
4.3.1 Población	41
4.3.2 Marco muestral	42
4.3.3 Muestra	42

4.4	Selección de los sujetos a estudio	43
4.4.1	Criterios de inclusión	43
4.4.2	Criterios de exclusión	43
4.5	Enfoque y diseño de la investigación	43
4.6	Medición de variables	44
4.7	Técnicas, procesos e instrumentos utilizados en la recolección de datos	47
4.7.1	Técnicas de recolección de datos	47
4.7.2	Procesos	47
4.7.3	Instrumento de recolección	48
4.8	Procesamiento de datos	48
4.8.1	Procesamiento	48
4.8.2	Análisis de datos	50
4.8.3	Medidas de frecuencia	51
4.8.4	Medidas de asociación	52
4.8.5	Niveles de significancia	52
4.9	Hipótesis	53
4.10	Límites de la investigación	54
4.10.1	Obstáculos (riesgos y dificultades)	54
4.10.2	Alcances	55
4.11	Aspectos éticos de la investigación	55
5.	RESULTADOS	57
6.	DISCUSIÓN	65
7.	CONCLUSIONES	73
8.	RECOMENDACIONES	75
9.	APORTES	77
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
11.	ANEXOS	85
11.1	Encuesta	85
11.2	Consentimiento informado	89
11.3	Tablas de 2 x 2	90

1. INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es una práctica mediante la cual el recién nacido y el niño durante los primeros meses de vida reciben su alimento directamente del seno materno, es responsable de mantener el nexo inmunológico madre-hijo y es considerada como el mejor alimento ya que contiene aproximadamente 248 componentes y sustancias que la hacen el alimento ideal para el niño y que sirven de base para un adecuado crecimiento y desarrollo. (1) (2)

La privación de la lactancia materna se relaciona directamente con la desnutrición, en Guatemala, la desnutrición crónica, es la más alta de América Latina y afecta al 43% de los niños menores a 5 años (Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil – ENSMI, 2008) (2), por lo que, la lactancia materna es la mejor propuesta en contra de la desnutrición; es factible, accesible, aceptable, sostenible y segura; pero a pesar de éstas cualidades sólo el 48.9% de las mujeres en Guatemala dan lactancia materna en el primer año de vida y conforme pasa el año este porcentaje se reduce a 2%. (1)

En Europa, en 1995 sólo 50% de las madres europeas amamantaban al recién nacido, mientras que en el 2010 esta cifra se sitúa en un 70%. En Francia, 15% de los bebés son alimentados con leche materna durante un mes y medio, mientras que en Suecia, Suiza y Reino Unido 65% de los recién nacidos recibe el seno materno durante cuatro meses. (3)(4)

Se estima que en la región de Latinoamérica y el Caribe, solamente alrededor de 40% de los niños y niñas reciben leche materna exclusiva durante 6 meses y al realizar el análisis por grupos de países, se constata que solamente 24% de los lactantes en El Salvador, 25% en Panamá y 31% en Nicaragua son amamantados exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida. Estos bajos índices indican un abandono de la práctica de la lactancia materna exclusiva (LME). Ecuador está en una situación intermedia, con 40% seguidos de Bolivia con 54% y Chile con 63%. (5)

Por lo que se decidió investigar ¿Qué factores anatómicos, sociales, económicos y biológicos tienen asociación estadísticamente significativa con la práctica de la lactancia materna en madres de menores de un año?

El objetivo de la presente investigación, fue identificar los factores de riesgo o protectores asociados a la práctica de lactancia materna en madres de menores de un año; para ello se realizó un estudio transversal analítico, en el cual el sujeto de estudio fueron las madres de niños menores de un año que acudieron a la consulta externa de las unidades periféricas de zona 5, zona 11, Villa Nueva, Antigua Guatemala y Escuintla durante el periodo comprendido entre el 23 de mayo al 4 de julio de 2014.

Dentro de los factores biológicos evaluados se encontró que de las 353 madres encuestadas 85% de las madres dieron lactancia materna. El estudio reveló que la madre múltipara tienen 6 veces más probabilidad de dar de mamar que una primípara. Esto se debe a que la madre posee un tipo de experiencia con sus hijos previos, tiene el conocimiento de las molestias físicas que se producen durante la práctica y sabe los beneficios que esta contiene, influyendo en que este grupo de la población sí dé de mamar. Por lo que la hipótesis: “Existe asociación estadísticamente significativa entre la práctica de la lactancia materna en menores de un año y los factores biológicos de la madre.” es aceptada.

Se evaluó la asociación entre la ocupación de las madres encuestadas y la puesta en práctica de la lactancia materna, siendo en su mayoría (61%) amas de casa y el resto (39%) trabajadoras. Sin embargo no se encontró asociación, ni significancia estadística de este factor con la práctica de la lactancia. Por lo que la hipótesis alterna: “Existe asociación estadísticamente significativa entre la práctica de la lactancia materna en menores de un año y los factores económicos de la madre.” se rechaza.

La hipótesis alterna: “Existe asociación estadísticamente significativa entre la práctica de la lactancia materna en menores de un año y los factores anatómicos de la madre.” se acepta ya que se encontró que 54% de las madres entrevistadas reportaron haber tenido molestias físicas durante la lactancia materna, siendo el 56% de ellas las que afirmaron que esto sí influía negativamente en dicha práctica.

Del total de madres entrevistadas, 219 habían tenido alguna experiencia previa en la práctica de lactancia materna. 81.48% de las madres que no daban lactancia materna había tenido una experiencia previa. El 61% de las madres entrevistadas indicaron que la

experiencia previa que habían tenido en la práctica de la lactancia materna había influido en que ellas volvieran a dar lactancia, sin embargo no hay una relación positiva entre estas dos variables. La falta de información acerca de la lactancia materna se ve reflejada en que el 56% de la población afirmó que nunca ha recibido charlas sobre lactancia materna. Este dato no es significativo estadísticamente ni tiene una relación directa con la práctica de lactancia materna, sin embargo, se observó que aproximadamente el 60% de las madres que no practicaban la lactancia materna, no habían recibido información sobre esta práctica. Se observó que 15% de las madres que no practican lactancia materna 62% manifestó que habían dado de lactar a sus hijos previos, 86% conocían los beneficios que trae dar de mamar, 62% no recibió información previa sobre dicha práctica, 58.33% afirman que su hijo no se llena con leche materna por lo que iniciaron alimentación complementaria en la mayoría de los casos antes de los 6 meses (36.54%). Por lo tanto, la hipótesis: "Existe asociación estadísticamente significativa entre la práctica de la lactancia materna en menores de un año y los factores sociales de la madre." es rechazada.

Existen distintos factores por los cuales una mujer decide no proporcionarle leche materna a su hijo; el destete muchas veces está relacionado con percepciones maternas propias de su cultura o entorno social más que con datos objetivos. Variables multisectoriales influyen en lactancia exitosa. Es de suma importancia conocer las diversas razones que influyen en que las madres brinden o no alimentación al seno materno, esto de una u otra manera contribuirá a crear nuevas estrategias o fortalecer las ya existentes que influyan positivamente en la decisión de las mujeres de proporcionar a sus hijos leche materna hasta la edad recomendada.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Analizar los factores, de riesgos y protectores, anatómicos, sociales, económicos y biológicos que influyen en la práctica de la lactancia materna en madres de niños menores de un año de edad que acuden a la Consulta Externa de las Unidades Periféricas de la zona 5, zona 11, Villa Nueva, Antigua Guatemala, Escuintla del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social entre los meses de mayo a julio de 2014.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Identificar

2.2.1.1 Qué factores anatómicos influyen positiva o negativamente en la práctica de la lactancia materna en madres de niños menores de un año.

2.2.1.2 Qué factores sociales influyen positiva o negativamente en la práctica de la lactancia materna en madres de niños menores de un año.

2.2.1.3 Qué factores económicos influyen positiva o negativamente en la práctica de la lactancia materna en madres de niños menores de un año.

2.2.1.4 Qué factores biológicos influyen positiva o negativamente en la práctica de la lactancia materna en madres de niños menores de un año.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

3.1.1 Historia

En Guatemala, como una consecuencia de la Segunda Guerra Mundial y la difusión de ideas democráticas propagadas por los países aliados, se derrocó al gobierno interino del General Ponce Vaidés quien había tomado el poder después de una dictadura de 14 años por el General Jorge Ubico, y se eligió un Gobierno democrático, bajo la presidencia del Dr. Juan José Arévalo Bermejo. (13)

Fue el gobierno del presidente Juan José Arévalo el que gestionó el arribo al país de dos técnicos en materia de Seguridad Social, quienes hicieron un estudio de las condiciones económicas, geográficas, étnicas y culturales de Guatemala de aquella época. El resultado de este estudio lo publicaron en un libro titulado “Bases de la Seguridad Social en Guatemala”.

Al promulgarse la Constitución de la República de Guatemala en aquel momento, se confirmó entre las Garantías Sociales en el Artículo 63 el siguiente texto: “Se establece el seguro social obligatorio”. La ley, además, regulará sus alcances, extensión y la forma en que debe de ser puesto en vigor. (13)

Con el texto constitucional no se creaba un sistema de seguridad social como tal sino un seguro social: “Se establece el seguro social obligatorio. La ley regulará sus alcances, extensión y la forma en que debe ser puesto en vigor. Comprenderá por lo menos seguros contra la invalidez, vejez, muerte, enfermedad y accidentes de trabajo. Al pago de la prima del seguro contribuirán los patronos, los obreros y el Estado” (Art. 63 Constitución de la República de Guatemala, 1945). (14)

Para hacer funcionar el seguro social, en 1946 se crea el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) con la emisión del Decreto 295 del Congreso de la República, "Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social". De conformidad con lo dispuesto en dicha ley, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) se constituye como una "institución autónoma, de derecho público de personería jurídica propia y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, cuya finalidad es aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala, un Régimen Nacional, unitario y obligatorio de seguridad social, de conformidad con el sistema de protección mínima" (artículo 1 de la Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social). Esto significa que debe cubrir todo el territorio de la República de Guatemala y que debe ser único para evitar la duplicación de esfuerzos y de cargas tributarias. Además, los patronos y trabajadores deben estar de acuerdo con la ley, deben estar inscritos como contribuyentes y no pueden evadir esta obligación porque ello significaría incurrir en la falta de previsión social. (14)

La Constitución Política de la República de Guatemala, promulgada el 31 de mayo de 1985, dice en el artículo 100: "Seguridad Social. El Estado reconoce y garantiza el derecho de la seguridad social para el beneficio de los habitantes de la Nación". (14)

Con lo anterior, la administración estatal del régimen de seguridad social guatemalteco está confiada, por mandato constitucional, al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Le corresponde, entonces, llevar a la práctica la función de un sistema de seguridad social y, para ello, la Constitución y las leyes le han concedido todas las facultades necesarias para cumplir con tan noble cometido.

Sus actividades empezaron con "...un programa materno-infantil y otro programa para accidentes laborales". (15) Inicialmente prestaba sus servicios en la capital y hacia el año de 1956 se había extendido ya a diez de los veintidós departamentos del país.

Poco a poco fue ampliando la cobertura territorial así como sus servicios, los cuales, además de la maternidad y accidentes, se extendieron hacia las enfermedades específicas e invalidez. Para 1957 "...sus servicios cubrían a 255,548 personas (...) el 39% de la población económicamente activa de la región donde operaba". (15) Hacia 1997, el IGSS ya contaba con 23 hospitales con 2,064 camas, así como 29 consultorios.

3.1.2 Programas

Los programas ofrecidos por el régimen de seguridad social guatemalteco están diseñados para cubrir las contingencias sociales que comprende. Con relación a este punto, el artículo 28 de la Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social establece: "El régimen de seguridad social comprende protección y beneficios en caso de que ocurran los siguientes riesgos de carácter social: a) Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; b) Maternidad; c) Enfermedades generales; d) Invalidez; e) Orfandad; f) Viudedad; g) Vejez; h) Muerte (gastos de entierro); e i) Los demás que los reglamentos determinen". (14)

El régimen de seguridad social guatemalteco cubre, entonces, las áreas de servicios de salud (promoción de la salud, lucha contra las enfermedades, accidentes y sus consecuencias; y protección a la maternidad) y el área de servicios pensionales (protección en caso de invalidez y vejez; y amparo de las necesidades creadas por la muerte). (14)

Con el objeto de satisfacer ambas finalidades, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social ofrece los programas: I.V.S. (Invalidez-Vejez-Sobrevivencia); y el de E.M.A. (Enfermedad-Maternidad-Accidentes). Este último abarca el programa materno infantil.

3.1.2.1 Programa materno infantil

Para el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) el área Materno Infantil constituye un programa prioritario. Actualmente cuenta con la infraestructura de servicios y recursos humanos

necesarios altamente calificados que incluyen hospitales, consultorios y clínicas que atienden a la población afiliada. (16)

Los Departamentos de Pediatría del Hospital General de Enfermedades y el Hospital Juan José Arévalo Bermejo constituyen los centros de referencia nacional para resolver los problemas pediátricos más complejos; de igual forma el Hospital de Gineco-Obstetricia conjuntamente con el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Juan José Arévalo Bermejo son los centros de referencia nacional para resolver los problemas maternos neonatales más complejos, los cuales cuentan con: encamamiento, consulta externa de ginecología, consulta externa de obstetricia, control prenatal, servicio de labor y partos, quirófanos, servicios de diagnósticos (ultrasonido, pruebas de bienestar fetal, laboratorio clínico y rayos X) y servicios de neonatología. (16)

El Hospital de Gineco-Obstetricia y el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Juan José Arévalo Bermejo brindan los servicios de asistencia médica a sus afiliadas o beneficiarias con derechos durante las fases: prenatal, natal y postnatal.

3.1.2.1.1 Fase prenatal

Incluye los exámenes o controles médicos periódicos durante el embarazo, así como el tratamiento de enfermedades y complicaciones del embarazo, tratamiento del aborto, educación higiénica y orientación para el bienestar de la familia, como complemento nutricional al juicio del médico. Esta fase prenatal se presta desde el momento en que se informa sobre el estado del embarazo al Instituto.

3.1.2.1.2 Fase natal

Incluye la asistencia obstétrica del parto, exámenes ordinarios y extraordinarios correspondientes del caso y las complicaciones que se presenten en este período.

3.1.2.1.3 Fase posnatal

Se extiende hasta un máximo de 45 días después del parto. Esta asistencia está orientada a los controles médicos post parto y la asistencia médica necesaria.

3.1.2.2 Programa lactancia materna

El reglamento de Asistencia Médica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en su capítulo III: disposiciones especiales sobre protección relativa a la maternidad; sección IV: asistencia médica durante la fase postnatal, y artículo 116 establece ...”Si en esta fase se comprueba a juicio del médico del Instituto, que a pesar del complemento nutricional a la madre, la lactancia natural no es posible o satisfactoria por problemas nutricionales o de enfermedades específicas maternas, se referirá el caso a la clínica de nutrición de la unidad respectiva, para su estudio y determinar la necesidad de ayuda láctea... dándose además todas las indicaciones sobre la preparación y administración de la misma, así como complemento nutricional para la madre...” ...“Con el objetivo de incrementar la práctica de la lactancia materna, se otorgará a las madres trabajadoras, afiliadas o beneficiarias que están en período de lactancia, extractores de leche materna a juicio del médico tratante...”. (15)

3.2 PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es la mejor alimentación para el recién nacido y el niño en su primer año. Debe ser exclusiva en los 6 primeros meses y ser parte importante de la alimentación durante el primer año. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna hasta los dos años, especialmente en países en vías de desarrollo. (17)

En 1991, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzaron una campaña global llamada Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño. Esta campaña estimulaba a los profesionales de la salud a promover, proteger y apoyar la lactancia materna como método óptimo de nutrición del lactante y facilitar a la familia la información necesaria acerca de la alimentación del niño. La lactancia materna es la forma ideal y superior de nutrición para los recién nacidos a término; el alimento óptimo para el crecimiento y desarrollo por sus propiedades nutricionales, antiinfecciosas y biológicas; la recomendada para alimentar al niño en forma saludable pues su desarrollo nutricional será elevado, y sin anemia, promueve el desarrollo físico y los patrones de crecimiento son superiores. Sin embargo, a pesar de las numerosas ventajas de la lactancia materna muchas madres prefieren la alimentación artificial y aunque se logra que comiencen a lactar durante el ingreso en el hospital, con frecuencia al llegar al hogar dejan de lactar a sus niños en forma prematura. (17)

3.2.1 Tipos de lactancia

3.2.1.1 Lactancia materna exclusiva

El lactante recibe solamente leche del seno materno sin agregar otro líquido o sólido, con fines nutricionales o no. (18)(19)

3.2.1.2 Lactancia materna sustancial o predominante

Es la alimentación con el seno materno como fuente principal (18) (19), pero se le brinda agua o té entre la lactancia o bien una vez al día un suplemento alimentario por necesidad de la madre (trabajo o enfermedad). Permite que el lactante reciba líquidos

(agua, agua endulzada, infusiones, zumos), gotas o jarabes (vitaminas, minerales o medicinas). (19)

3.2.1.3 Lactancia materna mixta o completa

Incluye la lactancia materna exclusiva y la lactancia materna sustancial. (19) Se clasifica según el porcentaje de seno materno que se le proporcione al lactante:

Alta: cuando el 80% del total de la lactancia es con seno materno. (18)

Media: cuando se da seno materno entre el 20 y 79% de la lactancia. (18)

Baja: cuando se da seno materno en menos del 20% de la lactancia. (18)

3.2.1.4 Lactancia materna complementaria

Es el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. El rango etéreo para la alimentación complementaria, generalmente es considerado desde los 6 meses de edad, aun cuando la lactancia materna debería continuar más allá de los dos años. (19)

3.2.1.5 Lactancia artificial o con biberón

Cualquier alimento líquido o semisólido tomado con biberón y tetina. Permite cualquier comida o líquido incluyendo leche humana y no humana, atoles, aguas, infusiones entre otras. (19)

3.2.2 Beneficios de la lactancia materna para el niño

Los niños amamantados experimentan un mayor aumento de peso y talla durante los primeros tres meses. En cuanto al crecimiento cerebral expresado por el aumento de la circunferencia craneal, destaca el mayor aumento observado entre los niños amamantados. (20)

3.2.2.1 Protección frente a las infecciones y atopias

Los niños alimentados con lactancia materna presentan menos diarreas, infecciones respiratorias, otitis medias, infecciones urinarias, infecciones invasivas, infecciones intestinales y enterocolitis necrotizante. Mediante la transferencia de anticuerpos antiidiotipo y linfocitos aumenta la respuesta inmunitaria tras vacunación y estimula activamente el sistema inmunitario del lactante, lo que explica por qué la lactancia materna disminuye el riesgo de enfermedad celíaca, enfermedades autoinmunitarias o la enfermedad de Crohn, diabetes mellitus o cáncer. (20)

3.2.2.2 Desarrollo cognitivo

Kramer y cols publicaron los resultados de un estudio controlado y aleatorizado, basado en el seguimiento a lo largo de seis años y medio de 13,889 niños nacidos en 31 centros materno infantiles de Bielorrusia en el que se demostró que los niños de la muestra cuyas madres participaron en un programa de fomento de la lactancia materna exclusiva obtuvieron registros 7.5 puntos superiores en test de inteligencia verbal respecto al grupo control. La ventaja fue de 2.9 puntos en inteligencia no verbal y de 5.9 en desarrollo cognitivo. (20)

3.2.2.3 Enfermedades a largo plazo

Numerosos estudios han puesto de manifiesto el efecto protector de la lactancia materna en relación con la muerte súbita del lactante, diabetes insulino dependiente, enfermedad de Chron, colitis ulcerosa, patología alérgica, linfomas, mal oclusión dental, atopía, esclerosis múltiple y obesidad, entre otras. (20)

3.2.2.4 Beneficios psicológicos

Amamantar al niño favorece la aparición del vínculo materno y del apego del niño a su madre, es más relajante, eleva la autoestima de la madre, disminuye la tristeza y/o depresión postparto. Una

lactancia bien establecida es una experiencia que la mayoría de las mujeres refiere como muy satisfactoria en todos los aspectos, pues proporciona no sólo alimento sino consuelo, ternura y comunicación entre madre e hijo. (20)

3.2.3 Beneficios de la lactancia materna para la madre

En un estudio de seguimiento de 121,700 enfermeras se observó un aumento de incidencia de artritis reumatoide en las mujeres en relación inversa al tiempo de amamantamiento. Este mismo estudio detectó que el riesgo de diabetes tipo II disminuye un 15% por cada año de lactancia materna. En relación al cáncer, el riesgo de cáncer de mama se incrementa 4.3 veces por cada 12 meses de no lactancia. Según los resultados de un reciente metanálisis, la incidencia acumulada de cáncer de mama en los países desarrollados podría reducirse a la mitad si la mayoría de las mujeres amamantaran a sus hijos. También se ha descrito un riesgo más elevado de cáncer epitelial de ovario en relación al tiempo total de amamantamiento, así como de cáncer endometrial.

3.2.3.1 Recuperación uterina postparto y disminución del sangrado

La succión del pecho en las dos primeras horas tras el parto produce liberación de oxitocina, hormona que actúa sobre el útero provocando su contracción. Esto facilita el cierre de los capilares rotos al desprenderse la placenta y disminuye el sangrado posterior al parto. Las sucesivas descargas de oxitocina en la toma siguiente producen nuevas contracciones del útero (entuetos), con lo que éste recupera más pronto el tono y tamaño anteriores. (20)

3.2.3.2 Mejora de la anemia y aumento de reservas de hierro

El cierre precoz del lecho vascular de la placenta disminuye el sangrado puerperal, contribuyendo a la recuperación de la anemia del embarazo. Además, durante varios meses, la acción de la lactancia sobre el eje hipotálamo-hipófisis-ovarios, inhibe la

ovulación, por lo que no hay menstruación, lo que contribuye a un importante ahorro de hierro. (20)

3.2.3.3 Pérdida de peso y recuperación de la silueta

La producción de leche supone un gasto energético, para el cual el organismo de la madre gestante se ha ido preparando por anticipado. A lo largo de las semanas o meses que se mantenga la lactancia materna se irán consumiendo estas reservas, hasta lograr recuperar el peso previo al embarazo. La disminución de peso es paulatina, más evidente a partir de los tres meses de lactancia y localizada preferentemente en la zona de caderas y cintura. (20)

3.2.4 Beneficios de la lactancia materna para la comunidad

Estudios concluyen que es más barato amamantar que alimentar con sucedáneos. Además el exceso de enfermedad que produce el no amamantamiento aumenta el gasto sanitario. En 1998, en España los ingresos por venta de fórmulas para lactantes superaron los 20 billones de pesetas sin incluir el gasto en biberones, mamones y otros. En 1998, en Estados Unidos se estimó un gasto económico de 3,600 millones de dólares tan sólo en los costos generados por el exceso de morbilidad por otitis media, gastroenteritis y enterocolitis necrotizante. El costo por gastos médicos y el del tiempo dedicado por ambos padres cuando el niño está enfermo se calcula en 500 millones de dólares por año. Otros autores calculan que las madres dedican 500 horas al año a lavar y esterilizar biberones. La producción de sucedáneos derivados de la leche de vaca contribuye de forma no despreciable a la contaminación medioambiental: plásticos, papel, latas, agua y consumo de energía para limpiar utensilios. (20)

3.2.4.1 Beneficio socioeconómicos

Los niños lactados al pecho enferman con menos frecuencia durante los primeros meses de la vida y por ello disminuye el

absentismo laboral de los padres al no tenerse que quedar a cuidar a su hijo enfermo y también se consumen menos recursos sanitarios. La familia disfruta de ventajas económicas directas, ya que el costo de la fórmula adaptada supera en mucho el costo del incremento calórico que precisa la madre que lacta a partir de las 6 semanas posparto. (20)

3.2.4.2 Beneficio medioambiental:

La lactancia materna es una forma de disminuir la cantidad de residuos generada en las familias (botes de fórmula adaptada, biberones, tetinas, etc.). La leche de madre es una de las pocas actividades del hombre en las que el impacto medioambiental es nulo, no genera residuos y además proporciona todos los beneficios descritos anteriormente en relación con la salud del niño y de la madre. (20)

3.2.5 Riesgos de la alimentación con sucedáneos

3.2.5.1 Riesgos y perjuicios de la alimentación con sucedáneos para el lactante

A corto plazo: Existe una peor adaptación gastrointestinal: la alimentación con sucedáneos provoca un tránsito intestinal más lento, 3 horas para el vaciado gástrico frente a 1 hora en los niños amamantados junto con una eliminación de meconio más lenta. La ausencia de hormonas en los sucedáneos retrasa la maduración del epitelio intestinal y el cierre de las uniones intercelulares favoreciendo el paso de antígenos y bacterias a la circulación sistémica los primeros días de vida, lo que condiciona que los lactantes alimentados con sucedáneos sean más susceptibles a las intolerancias alimenticias, principalmente a la leche de vaca, al cólico del lactante, al estreñimiento, al reflujo gastroesofágico y a la hernia inguinal. Así mismo hay un aumento en la incidencia y duración de procesos infecciosos ya que el lactante alimentado con sucedáneos no dispone de factores que estimulen su

inmunidad y que ejerzan un efecto barrera frente a agentes infecciosos o potencialmente nocivos. Por ello padecen con mayor frecuencia infecciones gastrointestinales por Rotavirus, Giardia lamblia, Shigella, Campylobacter y E. coli enterotoxigénica. (20)

Las infecciones respiratorias de vías bajas por virus sincitial respiratorio, *Haemophilus influenzae* y neumococo son hasta un 60% más elevada. Las infecciones urinarias, la otitis media aguda y la sepsis y meningitis también son más frecuentes en niños y niñas no amamantados incluso meses después de finalizar el período de lactancia. Entre los prematuros se observa mayor incidencia de enterocolitis necrotizante y de sepsis neonatal tardía. (20)

Paricio y cols, en un estudio de cohortes realizado en España, que incluyó a más de 1,000 niños valencianos, demostraron que el riesgo de hospitalización por procesos infecciosos en el primer año de vida, es 5 veces mayor entre los lactantes no amamantados y 2.5 veces mayor entre los que fueron amamantados menos de 4 meses, frente a los amamantados durante 4 o más meses. Por cada mes de no lactancia el riesgo de hospitalización se multiplicó por 1.5. El amamantamiento durante más de 4 meses hubiera prevenido el 56% de los ingresos que tuvieron como causa una infección no perinatal. (20)

El síndrome de muerte súbita del lactante ocurre con mayor incidencia global en los lactantes no amamantados con clara relación dosis respuesta: a menor tiempo de amamantamiento mayor riesgo de muerte súbita. Así mismo, en Estados Unidos se constató que el riesgo relativo de mortalidad postneonatal entre los lactantes no amamantados fue 1.3 veces mayor cuando se comparó con la mortalidad de los amamantados; el efecto protector aumentó con el tiempo de amamantamiento. (20)

A medio y largo plazo: La leche de madre traslada los aromas y sabores de la dieta materna al lactante amamantado. Por ello la administración de sucedáneos puede dificultar la adaptación a la alimentación complementaria. Además se ha descrito un aumento de riesgo de mal oclusión y mordida abierta en los lactantes alimentados con biberones.

Peor desarrollo neurológico: durante la etapa postnatal de desarrollo cerebral en el lactante no amamantado se observa menor cantidad de ácido sálico y ácido docosahexaenoico en la sustancia gris y en la sustancia blanca cerebelosa, menor maduración al año de vida y retraso en la adquisición de los valores adultos de conducción nerviosa central y periférica. En los prematuros se observa peor desarrollo psicomotor, neurovisual y de la maduración del tronco cerebral. (20)

Obesidad: metaanálisis recientes demuestran que los lactantes no amamantados presentan un incremento del 20% en el riesgo de sobrepeso y un 25% en el de obesidad cuando se comparan con los amamantados, con relación dosis respuesta que apoya la asociación causal. Si se compara con el grupo que han sido amamantados al menos 6 meses, el riesgo de sobrepeso se eleva al 35% y el de obesidad al 43%. (20)

Cáncer: el metaanálisis realizado sobre todos los estudios publicados entre 1966 y 2004 sugiere un incremento en el riesgo de cáncer infantil en los lactantes no amamantados: 9% para leucemia linfoblástica aguda, 24% para linfoma de Hodgkin y 41% para neuroblastoma. (20)

Enfermedades alérgicas: en un estudio de cohorte en Suecia se comparó la evolución de los lactantes amamantados al menos cuatro meses frente a los no amamantados y se encontró que estos últimos tenían mayor incidencia de asma, dermatitis atópica,

rinitis alérgica, alergia a alimentos, síntomas respiratorios tras exposición a pólenes o pelo de animales y enfermedad alérgica con manifestaciones múltiples. (20)

3.2.5.2 Contraindicaciones de la lactancia materna

En numerosas ocasiones la lactancia materna se interrumpe por motivos no justificados. Son muy pocas las situaciones que la contraindican. Entre estas se incluyen niños con galactosemia, malabsorción congénita de glucosa-galactosa y la deficiencia primaria de lactasa. La infección materna por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) constituye una contraindicación para la lactancia en países desarrollados en los que se dispone de medios adecuados para la alimentación con sucedáneos. (20)

Tampoco deben lactar a sus hijos las madres que estén infectadas por el virus de la leucemia humana de células T (HTLV tipo 1 ó 2) ya que se ha demostrado, como con el VIH, su transmisión a través de la lactancia materna. Otras situaciones relacionadas con enfermedades maternas o del lactante requieren de una valoración individualizada. A este respecto debemos señalar que la lactancia materna no está contraindicada en los hijos de madres con hepatitis A, B o C. En las hepatitis A y B se debe indicar la profilaxis adecuada para evitar la transmisión de la infección. (20)

3.3 TÉCNICA CORRECTA DE AMAMANTAMIENTO

El éxito y posterior satisfacción de lograr una adecuada lactancia materna depende en gran medida de una posición adecuada de la madre y su hijo, así como de un buen acoplamiento de la boca del niño al pecho de su madre. (21) (22) Una postura incorrecta está relacionada con la hipogalactia (insuficiente producción de leche), dolor durante la succión, agrietamiento e irritación del pezón, ambas se solucionan con una buena técnica. (17) Existen muchas posiciones para el amamantamiento, pero la más adecuada en cada momento, será aquella en que la madre y el niño se encuentren más cómodos ya que pasarán muchas horas al día amamantando. (22)

Independientemente de la postura adoptada, debe ser él o ella quien se acerque al pecho y no el pecho al bebé. Para conseguirlo, se le estimula rozando con el pezón su labio inferior, así abrirá la boca “de par en par”, sus labios deben abarcar no sólo el pezón sino también buena parte de la areola. Si hiciera ruido al succionar significa que no tiene la postura correcta. (22)

3.3.1 Procedimiento

Antes de dar el pecho la madre debe lavarse las manos y tener a mano aquello que se vaya a necesitar como agua, cojines, toalla, etc. (22)

3.3.1.1 Posición

3.3.1.1.1 Posición del niño con la madre acostada

(Muy útil por la noche o en las cesáreas). Madre e hijo se acuestan en decúbito lateral, frente a frente y la cara del niño enfrentada al pecho y abdomen del niño pegado al cuerpo de su madre. La madre apoya su cabeza sobre una almohada doblada. La cabeza del niño sobre el antebrazo de la madre. (21)

3.3.1.1.2 Posición tradicional o de cuna

La espalda de la madre debe de estar recta y los hombros relajados. El niño está recostado sobre el

antebrazo de la madre del lado que amamanta. La cabeza del niño se queda apoyada en la parte interna del ángulo del codo y queda orientada en el mismo sentido que el eje de su cuerpo. El abdomen del niño toca el abdomen de la madre y su brazo inferior la abraza por el costado del tórax: la cabeza del niño en el antebrazo de la madre. (21)

3.3.1.1.3 Posición de cuna cruzada

(Útil para dar ambos pechos sin cambiar al niño de posición en casos en los que el bebé tenga predilección por uno de los dos pechos). Una variante de la anterior en la que la madre con la mano del mismo lado que amamanta, la coloca en posición de “U” y sujeta el pecho, la otra es para sujetar al bebé por la espalda y la nuca. Es necesario disponer de una almohada para colocar el cuerpo del bebé a la altura del pecho. (21)

3.3.1.1.4 Posición de canasto, o de rugby

(Útil en caso de cesáreas, grietas y amamantamiento simultáneo de dos bebés). Se coloca al niño bajo el brazo del lado que va a amamantar, con su cuerpo rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del bebé con la mano del lado que amamanta, sujetándolo por la nuca. (21)

3.3.1.1.5 Posición del bebe sentado

(Útil para niños hipotónicos, reflejo de eyección exagerado, grietas y mamas muy grandes). En ella el bebé se sienta vertical frente al pecho, con sus piernas bien hacia un lado o montado sobre el muslo de su madre. La madre sujeta el tronco del bebé con el antebrazo del lado que amamanta. (21)

3.3.1.1.6 Posición sentada

La madre se coloca con la espalda recta, hombros relajados y un taburete o reposapiés para evitar la orientación de los muslos hacia abajo. Él bebe mirando a la madre y barriga con barriga, colocando una almohada o cojín debajo para acercarlo al pecho de la madre, si fuera necesario (no el pecho al bebé).
(21)

3.3.1.2 Duración

Cada bebé tiene su propio ritmo de alimentación, como cada madre tiene su propio ritmo de salida de leche: la madre y su bebé se regulan entre sí. Hay quienes maman durante 20 minutos y sin embargo reciben la misma cantidad que otras u otros en 4 ó 5 minutos, si se le ofrece el pecho y lo acepta, es porque lo necesitan, no es cierto que se malacostumbren y que deban esperar 3 horas entre toma y toma. Se debe ofrecer siempre los dos pechos, empezando por el último que se haya ofrecido; si rechaza el segundo será porque ya ha tomado suficiente del primero. Si ya ha comido bastante lo hará saber, si en el pecho hay todavía mucha leche, en la próxima toma se empieza por ese mismo y se vaciará la leche acumulada. Si molesta la leche que queda se puede exprimir un poco y aplicar frío. Si con la succión el bebé traga aire, es aconsejable facilitar el eructo, para lo cual basta con mantener al niño o la niña apoyada sobre el hombro de la madre o sobre el del padre o pareja. No es necesario dar golpecitos, con un suave masaje en la espalda es suficiente. Tampoco es necesario estar mucho rato, si no eructa en 2 minutos se recomendará acostarle. (22)

3.3.1.3 Tomas nocturnas

No hay ninguna razón médica para suprimir la toma de la noche. Son importantes durante los primeros días y semanas para el

establecimiento de una adecuada lactancia, ya que previenen problemas como la mastitis, producen picos más elevados de las hormonas que ponen en marcha la lactancia, ayudan a mantener la producción de leche y hacen posible un contacto íntimo madre – hijo en unas condiciones que a menudo no se tienen durante el día. (22)

3.4 FACTORES ASOCIADOS A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA

3.4.1 Factores anatómicos

3.4.1.1 Eyección láctea

En respuesta a la succión, la oxitocina (hormona liberada por la hipófisis posterior) induce el reflejo de eyección láctea por contracción de las células mioepiteliales que rodean los alvéolos y conductillos proximales. En este reflejo interviene una vía aferente nerviosa que se inicia en receptores táctiles localizados en el sistema canalicular distal: cuando los canalículos son dilatados mecánicamente o estirados por la succión, se desencadena la liberación de oxitocina. Esta pasa a la circulación y causa la contracción de las células mioepiteliales, empujando la leche fuera de los alvéolos hacia los conductos mamarios; el acortamiento de estos en respuesta a la oxitocina facilita el drenaje de leche hacia el pezón. (23)

Los niveles de oxitocina en sangre se elevan en un minuto de estimulación del pecho, permanecen elevados durante la estimulación y regresan a niveles basales en los seis minutos posteriores al fin de la estimulación del pezón. Este aumento y caída de los niveles de oxitocina continúa en cada alimentación durante el curso de la lactancia, aun si la madre amamanta por un período extenso. (23)

Hay reportes anecdóticos de salida de leche espontánea en madres que habían destetado o que nunca habían amamantado. En contraste, el estrés o los trastornos nerviosos pueden potencialmente inhibir el reflejo de bajada y los niveles de prolactina, reduciendo la cantidad de leche disponible para el lactante. Es importante el apoyo familiar y la intervención del médico para tranquilizar a la madre. (23)

La síntesis de leche es un complejo interjuego del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal que es susceptible al estrés. Químicamente, el estrés y el miedo provocan la liberación de adrenalina a nivel de la glándula mamaria y noradrenalina en el sistema nervioso central; ambas pueden potencialmente inhibir el reflejo de eyección láctea, pero esta inhibición es reversible mediante técnicas de relajación. (23)

3.4.1.2 Dolor al inicio de la succión

Al inicio de la succión, en los primeros días, el dolor es relativamente frecuente, ya que se debe a la succión en vacío de conductos, a la congestión vascular de la zona y a la compresión brusca de un pezón en erección. Desaparece en pocos días y no debe haber dolor sino que la succión tiene que ser placentera. Es importante observar y valorar si se trata del dolor “fisiológico” y transitorio para tranquilizar a la madre; o si se trata de otra causa como una mala posición al pecho, la retirada incorrecta de la criatura, el uso de cremas o productos cosméticos que irritan o la existencia de grietas. (22)

3.4.1.3 Grietas en los pezones

Al empezar con la lactancia es posible que los pezones estén más sensibles. Para que no lleguen a producirse grietas es conveniente transmitir: a) La importancia de que los pezones estén secos, no lavarse tras las tomas, ordeñarse un poco de leche sobre los pezones y dejarlos secar al aire libre o incluso con aire del secador durante unos segundos. b) Evitar las pomadas, salvo que por alguna razón estén indicadas. c) No se debe limitar el tiempo de succión. La mejor prevención de las grietas es que la postura de la madre y del bebé sea correcta, que su boca abarque la mayor parte de la areola y dejar que se seque con su propia leche. (22)

3.4.1.4 Congestión mamaria

Ocurre entre el 3º y 5º día después del parto. La inflamación disminuye con el amamantamiento precoz, frecuente y a demanda. Para asegurar un buen vaciado, hay que darle de mamar con más frecuencia, se puede utilizar el sacaleches para acelerar el estímulo de “subida de la leche”. El calor local húmedo, antes de las tomas, facilita la salida de la leche. Puede aplicarse con una ducha de agua caliente, incluso antes de la toma puede ser útil vaciar un poco el pecho manualmente. El tratamiento debe enfocarse a las medidas para reducir la inflamación, como el vaciado mamario con sacaleches, poniendo al bebé al pecho muy frecuentemente, antiinflamatorios y/o analgésicos para el dolor. (22)

3.4.1.5 Obstrucción de un conducto (galactocele)

La mayoría de las veces ocurre por infección de leche retenida, por eso es importante que no se quede la mama congestionada en cada toma. El tratamiento consiste en la evacuación de la leche retenida, por tanto es importante no interrumpir la lactancia. También es conveniente cambiar la posición de mamar, el bebé “ordeña” con el movimiento de su mandíbula, de esta manera se dirigirá el maxilar inferior del bebe hacia la zona inflamada. Se puede recomendar antiinflamatorios y/o analgésicos. (22)

3.4.1.6 Mastitis

Cuando la infección local (galactocele) se generaliza se produce la mastitis. Ésta se manifiesta con dolor, calor y enrojecimiento de la mama. Puede dar fiebre y malestar general con náuseas y vómitos. Constituyen la principal causa de destete precoz. Pueden producirse en cualquier momento de la lactancia, aunque el 75-95% ocurren en las primeras 12 semanas. Los principios del tratamiento de la mastitis son asesoramiento de apoyo a la madre, vaciamiento eficaz de la leche, tratamiento antibiótico y tratamiento sintomático (antiinflamatorios o analgésicos). Se debe realizar

análisis microbiológico de la leche en los primeros 30-45 minutos tras su obtención. (22)

3.4.1.7 Dermatitis bacteriana: impétigo

Es una infección superficial de la capa epidérmica causada por *Estreptococo* del grupo A beta hemolítico y el *Estafilococo aureus*. Generalmente existen lesiones previas como eczema, dermatitis de contacto, etc. que se sobreinfectan. Se extiende con el rascado de las lesiones y es contagiosa. El tratamiento es tópico con mupirocina o ácido fusídico. La madre puede extraerse la leche hasta que se curen las lesiones y luego proseguir con las tomas al pecho una vez resuelto. (22)

3.4.1.8 Dermatitis vírica por herpes simple o varicela

Si presenta lesiones activas en la areola o cerca, la madre puede extraerse la leche hasta que se curen las lesiones y luego proseguir con las tomas al pecho una vez resuelta. (22)

3.4.1.9 Dermatitis de contacto

Causada por contacto directo con irritante o alérgeno. El tratamiento consiste en evitar la sustancia irritante y aplicar corticoides tópicos. No contraindica la lactancia. (22)

3.4.1.10 Candidiasis

Causada por diversas variedades de *Cándida*, parásitos de hongos, especialmente *Cándida albicans*. Puede manifestarse en el pezón, areola, pliegue intermamario y submamario. La piel está enrojecida, ligeramente edematosa y puede que en la superficie haya elementos vesiculopústulosos. Es muy típico observar cómo estas áreas están delimitadas por un fino reborde escamoso, apareciendo lesiones satélites, que provocan prurito intenso y quemazón, sin fiebre. Tópicamente se puede emplear miconazol, ketoconazol o terbinafina. Si presenta lesiones activas en la areola o cerca, la madre puede extraerse la leche hasta que se curen las

lesiones y luego proseguir con las tomas al pecho una vez resuelta. (22)

3.4.2 Factores sociales

3.4.2.1 Etnia

Según estudios estadounidenses, la tasa de inicio de la lactancia materna es mayor entre los niños hispanos (81.8%) y menor entre los niños no hispanos de raza negra (55.5%) que entre los niños blancos no hispanos (76.2%). (1)

El lugar donde vive una persona, es factor que influye en la práctica de la lactancia materna. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 1998-1999 la prevalencia de la lactancia materna es mayor en áreas rurales que en las urbanas y las mujeres de la etnia indígena la practican más que las no indígenas. Dentro de las razones que pueden explicar este fenómeno es que en las áreas urbanas se concentra un mayor desarrollo y actividad productiva, así como mayor demanda de recurso humano. (22)

En la actualidad la mujer forma parte importante del proceso productivo del país. Quién llega a un área urbana o a la capital, lo hace de manera temporal, luego, se radica permanentemente, ya que su objetivo es lograr mejores incentivos económicos y de vida para ella y su familia. En esa búsqueda diaria, pierde mucho de su identidad y adquiere nuevos hábitos, costumbres y conocimientos. Las madres, en especial las jóvenes, se ausentan del hogar, por lo que la lactancia materna se hace incompatible con su estilo de vida. Otro factor importante son las nuevas tendencias culturales, con las que se tiene mayor contacto en las áreas urbanas y con las cuales el médico, en su proceso constante de actualización, las practica a menudo. Actualmente se aconseja apoyar el desarrollo precoz e independencia del niño, lo cual también implica una

tendencia hacia el destete temprano, el cual en opinión de investigadores, puede alterar el desarrollo emocional y aumentar la dependencia del niño. Otro factor de gran importancia en las áreas de mayor desarrollo, lo constituye los medios de comunicación, a través de los cuales existe constante promoción para el uso de fórmulas lácteas (sucedáneos), por lo que la madre adquiere la creencia de que estas son mejores en todo sentido, que la leche materna. El hecho de pertenecer a esta etnia (no indígena), puede relacionarse como un factor que limita la lactancia materna, ya que según ENSMI 98/99, la lactancia materna se practica con mayor frecuencia en las comunidades indígenas. (10)

3.4.2.2 Estado civil

El estado conyugal se relaciona con el abandono de la lactancia materna, en las madres con una unión estable (casadas o unidas), el porcentaje de abandono de la lactancia es menor que en las madres solteras, aunque estas diferencias no son significativas. (2) Los niños en familias de 2 padres, con mayor frecuencia son alimentados exclusivamente con leche materna, en comparación con los niños de cualquier otra estructura familiar. (1) El 68.8% de las madres que disfrutaban de apoyo familiar no abandonan la lactancia materna, mientras que las que no lo reciben sólo 31.2% la mantiene, lo que muestra una diferencia significativa. (2)

3.4.2.3 Conocimientos de la lactancia materna

En un estudio realizado en Perú, solamente 30.1% de las madres encuestadas mostró un nivel de conocimiento bueno; con respecto a la lactancia materna, lo que quiere decir que la gran mayoría (69.9%) demostraron un conocimiento inadecuado (entre regular y malo). (23) El grupo de adolescentes es el que tiene el porcentaje más alto de conocimiento malo (39.4%) a comparación de las mujeres en edad fértil y añosas. El grado de instrucción es un factor bastante importante cuando se trata de la comprensión y entendimiento de cualquier información. El grupo de puérperas que

solo tiene educación primaria presentó el más alto porcentaje de conocimiento malo (32.8%) sobre la lactancia materna. El grupo de solteras se asocia al nivel de conocimiento malo (38.4%), a comparación del grupo de convivientes y casadas. Las empleadas representaron un mayor porcentaje de conocimiento malo de lactancia materna (25.8%), a comparación de las puérperas que se dedicaban a su casa. Asimismo, las estudiantes tienen el más bajo porcentaje de conocimiento bueno (16%). Las mujeres que son madres por primera vez, tienen el porcentaje más alto de nivel de conocimiento malo (23.5%) a comparación de las multíparas y gran multíparas. Las puérperas que han recibido la información sobre lactancia materna de cualquier otra fuente que no sea el personal de salud; se asocia a malos niveles de conocimiento (63.1%). (3)

3.4.2.4 Cultura

La cultura juega un papel importante en el amamantamiento, esto porque las mujeres se ven influenciadas por prácticas y mitos propios de la cultura en la que se desenvuelven. En algunas culturas se consideraba que una buena madre es la que amamanta a su hijo desde muy temprana edad, esto porque según algunos la lactancia al pecho es una práctica naturalizada propia de cada mujer. (23)

El proveer lactancia materna a los niños ha sido un problema recurrente y cada época y cultura han tenido sus propios condicionantes. El Código de Hammurabi contenía regulaciones sobre la práctica de lactancia, así como durante los siglos XVIII la alimentación era brindada por la nodriza, ya que las madres de esa época deseaban mantener su belleza. (23)

Aun hoy en día la estética juega un papel importante en la decisión de brindar o no lactancia al seno materno, esto por la explotación del cuerpo femenino como objeto sexual, por parte de los medios

de comunicación. Muchas mujeres no brindan lactancia a sus hijos ya que tienen la creencia de que esto les deteriora la apariencia de las mamas. También a muchas mujeres les da vergüenza amamantar a sus hijos en público, mientras que otras pueden considerar que es más elegante la alimentación con el biberón y que este es un símbolo de estatus social. (23)

Casi en la mitad de los casos el destete precoz está asociado a decisiones o percepciones maternas, que no necesariamente reflejan la realidad. La impresión de que el niño "queda con hambre" no siempre está asociada a un hecho objetivo o no se relaciona con la curva de crecimiento del niño. (4)

3.4.2.5 Lugar de residencia

La lactancia con frecuencia declina, cuando las mujeres de zonas rurales, se van a las áreas urbanas donde las prácticas modernas pueden reemplazar las tradiciones o estar bajo la influencia de la urbanización, es aquí donde muchas pierden parte de su cultura y sus creencias ya que se dejan seducir por las facilidades que se presentan en la zona urbana y el tipo de vida que se vive en ella. (24)

También la migración a las metrópolis puede afectar de manera positiva o negativa la alimentación al seno materno; de manera positiva, porque se supone que las mujeres al trasladarse a la ciudad deberían obtener una mejor atención y un mayor acceso a los servicios de salud, con lo cual definitivamente la lactancia materna se beneficia; pero también la migración puede ser obstáculo ya que las mujeres no se trasladan directamente a la ciudad, sino que lo hacen a asentamientos marginales ubicados en las afueras de las metrópolis, en estos cinturones de pobreza las futuras madres deben de afrontar situaciones difíciles en donde muchas veces no alcanzan ni tan siquiera a satisfacer las necesidades básicas y donde no cuentan con un seguro social por

lo que su acceso a los servicios de salud se ve limitado, a pesar de las leyes que protegen a la gestante. (24)

3.4.3 Factores económicos

3.4.3.1 Ocupación de la madre

Se realizó un estudio en Valencia, España con el objetivo de estudiar la influencia de las condiciones de empleo en la duración de la lactancia materna y se encontró que la duración de la lactancia materna es superior en las mujeres que no se han reincorporado al trabajo tras el parto e inferior en aquellas madres que lo han hecho a la brevedad posible. Al quinto mes del parto 51.1% de las madres se han reincorporado a trabajar, de las cuales 21.3% continúan la lactancia materna. A dichas mujeres se les preguntó sobre la forma en que planificaban la lactancia materna para hacerla compatible con el trabajo. 44.3% refirió que había disminuido el número de tomas y 55.7% que reorganizó las horas de trabajo en función de las horas de lactancia, encontrándose estas últimas sobre todo entre las que trabajan en negocios familiares y en las autoempleadas o en las que trabajan sin contrato. Por el contrario, la disminución del número de tomas es superior entre las madres que trabajan en empresas del sector público o privado y entre las que tienen contratos fijos o temporales. (25)

Estudios similares demuestran que la ocupación de la madre en labores del hogar es un factor protector de la lactancia materna. Existe un predominio de la madre trabajadora (51.50%) y que a su vez esta misma categoría lactó menos de seis meses (76 casos), esto indica que la madre trabajadora abandona la lactancia materna antes de los seis meses de edad, debido a la reincorporación a sus labores. (26)

3.4.3.2 Escolaridad de la madre

En un estudio realizado en Venezuela en el 2013 donde se encuestó a madres de niños en edades comprendidas de 6 a 12 meses de edad, reportó que un nivel educativo superior favorece la lactancia materna y afirman que el grado de escolaridad materna y la práctica de la lactancia materna son directamente proporcional, por lo que la práctica de la lactancia materna es más duradera en madres de nivel escolar alto, a su vez relacionado con una adecuada comprensión de mensajes educativos en relación con las ventajas de este tipo de alimentación. Otra investigación realizada en Cuba en el año 2000, coincide con que la educación superior de la madre favorece a la lactancia materna. (27)

3.4.4 Factores biológicos

3.4.4.1 Edad materna

Los niños nacidos de madres de 20 años de edad o menos tienen la mitad de probabilidades de ser amamantados en forma exclusiva, en comparación con los niños nacidos de madres de 30 años de edad o más. (1) Las tasas de inicio de la lactancia son más altas para los niños nacidos de madres de 30 años de edad o mayores y con un nivel de educación más alto.

Además, se observa una mayor prevalencia de iniciación de la lactancia entre las madres que presentan una salud mental y emocional positiva. (1)

Al analizar el abandono de la lactancia materna por grupos de edades, se encontró que este hecho es más frecuente en los grupos extremos, o sea, en las menores de 20 años (71%) y las de 35 años y más (76%). (2)

3.4.4.2 Tipo de parto

En un estudio descriptivo retrospectivo realizado en la Facultad de Medicina de la Ciudad de Corrientes, Argentina; se encuestaron a 170 madres para analizar los factores que favorecen y/o interfieren en la lactancia materna exclusiva. Se encontró que la terminación del parto (63% vía vaginal y 27% cesárea) afectó la duración de la lactancia exclusiva, que llegó al sexto mes en el 57% de las madres con partos vaginales, y solo a 43% en las madres sometidas a cesárea. Esto puede deberse a que en cuanto más precoz se inició la alimentación a seno materno, mayor fue la duración de lactancia exclusiva, que se extendió hasta el sexto mes en 52% de las madres que comenzaron dentro de la primera hora del nacimiento, datos que bajó a 33% en las que amamantaron antes de las cuatro horas de vida y que solo alcanzó 15% en las que lo concretaron luego de las ocho horas. Por lo que se cree que mientras más extenso sea el tiempo que la madre sometida a una cesárea pase por el área de recuperación y el hijo en la unidad de cuidados neonatales; mayor será el tiempo entre el primer contacto madre – hijo, lo que puede contribuir al uso de fórmulas maternizadas como el primer alimento que recibe el niño, lo que conllevará a un periodo menor de lactancia exclusiva. (25)

Los medicamentos que se utilizan para calmar el dolor de parto pueden afectar la habilidad del bebé para respirar, succionar y hasta para tragar durante los primeros días. De igual forma, intervenciones médicas como el uso de fórceps, ventosa, las inducciones y hasta el parto por cesárea pueden causar presión en la cabeza del bebé, causando luego que se le haga a este difícil lactar. (7)

3.4.4.2.1 Falsas creencias entorno al parto por cesárea y la lactancia. Realidad y Alternativas.

- *“Tras una cesárea, tarda más en subir la leche”.*
La lactogénesis o producción de leche, está

provocada por la expulsión de la placenta y los cambios hormonales que esto desencadena. Esto ocurre en **igual** momento en el parto vaginal o por cesárea.

- *“No se debe amamantar hasta que no se elimine la medicación”*. La mayoría de la medicación utilizada es compatible con la lactancia y el lactante.
- *“No se debe/no se puede amamantar cuando existe anemia postparto”*. Es muy adecuada la leche materna exclusiva en caso de anemia, al ser más probable el retraso de la aparición de menstruación y por tanto, de hemorragias.
- *“La madre debe permanecer en reanimación un largo período de tiempo”*. En la mayoría de los casos, no es necesario que el tiempo de observación de la madre sea en reanimación o separada del recién nacido.
- *“El recién nacido no debe permanecer en contacto físico con la madre para que ésta descanse, no se caiga, no tenga frío/calor, etc.”*. La primera recomendación para amamantar tras la cesárea es *no separar* a la madre del bebé, para facilitar un buen agarre espontáneo, evitando así molestias como grietas, dolor a la succión etc. y favorece la formación del vínculo madre – hijo.
- *“El bebé puede sufrir niveles bajos de glucosa si toma sólo calostro”*. Biológicamente el bebé está preparado para recibir “sólo” unos pocos mililitros de calostro. (6)

3.4.4.3 Complicaciones durante el parto

Después de un parto tranquilo, sin interferencias innecesarias, la lactancia materna se inicia de manera natural y satisfactoria. Sin embargo, para muchas madres la experiencia puede ser muy diferente: el trabajo de parto puede ser largo y doloroso o sorprendentemente corto; la madre y/o el bebé pueden verse afectados por la medicación que ha sido suministrada durante el parto; el bebé puede ser trasladado para cuidados especiales, o la madre puede haber tenido cirugía o alguna otra intervención. Estos y muchos otros factores pueden afectar el inicio de la lactancia materna. (5)

En un estudio longitudinal, prospectivo, observacional y descriptivo de 40 mujeres, atendidas en el consultorio No. 26 del Policlínico Universitario “Josué Pais García” de Santiago de Cuba en el 2013: hubo un mayor porcentaje de madres que presentaron complicaciones relacionadas con el parto (23 para 57.5%) con respecto a las que no se complicaron (17 para 42.5%). De estas complicaciones resultaron ser más frecuentes las cesáreas y grietas del pezón (con 25% cada una), seguidas de la eclampsia (5%). Al analizar las madres que abandonaron la lactancia materna según las enfermedades crónicas, se observó que de ellas 30 eran aparentemente sanas (75%) y solo 10 (25%) padecían de alguna enfermedad crónica. Entre estas afecciones primó la hipertensión arterial (6 mujeres para 10%), seguida de la diabetes mellitus (2 para 20%) y solo 1 caso presentó asma bronquial y cardiopatías (10%). Por lo que se concluyó que el nacimiento por cesárea es un factor que retrasa el inicio y acorta la duración de la lactancia materna, esta demora probablemente se debe a una disminución de los niveles de oxitocina y prolactina, además de que el contacto temprano y prolongado madre – hijo así como la succión por parte del lactante resultan más difíciles o no existen. Según se observó en esta investigación, las madres que abandonaron la lactancia materna

fueron las más jóvenes, nulíparas, con bajo nivel socioeconómico y escolaridad primaria. Asimismo, las complicaciones durante el parto influyeron en el abandono de este tipo de lactancia. (26)

Existen estudios que confirman que las madres que dan a luz por cesárea tienen un riesgo tres veces mayor de abandonar la lactancia en el primer mes de vida de su hijo. Este riesgo se atribuye por un lado a las dificultades que la madre encuentra para amamantar a su hijo tras la intervención, y por otro, a los obstáculos que las falsas creencias anteriormente mencionadas añaden a esta situación. (3)

3.4.4.4 Paridad

En un estudio realizado en la Universidad de Carabobo, Facultad de Ciencias de la Salud, en Venezuela; se buscaba establecer si existe relación entre el perfil biopsicosocial de la madre y la lactancia exclusiva; se determinó que en el grupo de madres que abandonaron la lactancia materna exclusiva predominó el grupo multíparas con un 73.3%, siendo las primíparas el 26.7%, mientras que en las madres que le dieron lactancia materna exclusiva el grupo de multíparas fue de 63.3% y el de las primíparas 36.7%. No se estableció una asociación significativa ($p>0.05$) entre el abandono de la lactancia materna exclusiva y la paridad (número de hijos). Sin embargo, el número de hijos previos pudiera ser de gran ayuda dependiendo del éxito o fracaso obtenido durante el amamantamiento. De acuerdo a lo representado anteriormente en los resultados se concluye que no se estableció una asociación significativa ($p>0.05$) entre el abandono de la lactancia materna exclusiva y la paridad (número de hijos). Sin embargo Helsing afirma que el número de hijos previos pudieran ser de gran ayuda o no dependiendo del éxito o fracaso obtenido durante el amamantamiento. (27)

La lactancia materna exclusiva es una forma inigualable de nutrición infantil. Sin embargo, a pesar de la importancia que tiene la lactancia materna exclusiva, en la actualidad existe un problema de abandono

precoz de la misma debido a la falta de políticas efectivas en pro de su promoción. La edad, el aspecto psicológico, las costumbres de la madre, etc. guardan relación estadísticamente significativa con el abandono de la lactancia materna exclusiva. Los factores biopsicosociales como son la edad, la paridad, el aspecto psicológico y la cultura se pueden convertir en obstáculo para que la madre practique una lactancia materna exclusiva. (9)

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1 Tipo y diseño de investigación

Transversal analítico

4.2 Unidad de análisis

Datos proporcionados por las madres de niños menores de un año a través de una entrevista guiada.

Unidad primaria de muestreo:

Madres de niños menores de un año que asistieron a la consulta externa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (a las unidades periféricas zona 5, zona 11, Villa Nueva, Consultorio de Antigua Guatemala y Hospital Regional de Escuintla).

Unidad de análisis:

Datos anatómicos (conjunto de signos y síntomas referidos de la madre durante la lactancia materna), sociales (entorno social de la madre), económicos (ocupación y escolaridad de la madre) y biológicos (edad materna, paridad, tipo de parto) registrados en el instrumento diseñado para el efecto.

Unidad de información:

Madres de niños menores de año que asistieron a la Consulta Externa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (Unidad Periférica zona 5, zona 11, Villa Nueva, Consultorio de Antigua Guatemala y Hospital Regional de Escuintla).

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población

Trescientas cincuenta y tres madres de niños menores de un año, quienes asistieron a la consulta externa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (unidades periféricas zona 5, zona 11, Villa Nueva, Consultorio de

Antigua Guatemala y Hospital Regional de Escuintla); la población atendida durante los últimos seis meses del año 2013 en estas unidades es de 4,336.

4.3.2 Marco muestral

Cuadro 4.1.

Población atendida en las distintas unidades periféricas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el último semestre del 2013

Unidad periférica	Población atendida	Porcentaje
Villa Nueva	2460	57
Zona 11	867	20
Zona 5	654	15
Hospital Regional de Escuintla	233	5
Consultorio de Antigua Guatemala	122	3
TOTAL	4336	100

Fuente: Estadística poblacional del último semestre de 2013, proporcionada por oficinas centrales del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

4.3.3 Muestra

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * N - 1 + Z^2 * p * q}$$

Dónde:

- N = 4,336
- Z= 1.96
- p = 0.5
- q = 0.5
- d = 0.5
- n = 353

Cuadro 4.2

Muestra a encuestar de cada consulta externa de las cinco unidades periféricas seleccionadas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Unidad periférica	Muestra Estratificada	Porcentaje
Villa Nueva	201	57
Zona 11	71	20
Zona 5	53	15
Hospital Regional de Escuintla	18	5
Consultorio de Antigua Guatemala	10	3
TOTAL	353	100

Fuente: Estadística poblacional del último semestre de 2013, proporcionada por oficinas centrales del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

4.4 Selección de los sujetos a estudio

4.4.1 Criterios de inclusión

- Madres de niños menores de un año que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.
- Madres de niños menores de un año que asistieron a las consultas externas seleccionadas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

4.4.2 Criterios de exclusión

- Madres con contraindicaciones médicas para dar lactancia materna como VIH, Tuberculosis, etc.
- Madres cuyos hijos presentaban alguna condición que contraindicaran la lactancia materna, por ejemplo: reflujo, intolerancia, labio leporino/paladar hendido.
- Madres con hijos adoptados.
- Madres menores de 18 años. (Ya que necesitaban consentimiento previo de sus padres, tutor a cargo).

4.5 Enfoque y diseño de la investigación

El enfoque de la investigación fue cuantitativo. Ya que la acción a investigar fue el observar los factores asociados a la práctica de la lactancia materna en las madres de menores de un año. El diseño del estudio es transversal analítico y se realizó análisis con la descripción de las variables realizando comparaciones, búsqueda de patrones y tendencias.

4.6 Medición de variables

Cuadro 4.3.

Variables independientes

Macro variable	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
Práctica	Práctica de lactancia materna	Método de alimentación infantil con la leche del seno materno.	A través de una pregunta directa, la madre informará si brinda lactancia materna a su hijo.	Cualitativa	Nominal	* Si * No

Cuadro 4.4.

Variables independientes

Macro variable	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
Factores anatómicos	Patologías de la madre durante la lactancia	Conjunto de signos y síntomas en las mamas durante la lactancia las cuales ocasionan dolor intenso o algún tipo de dificultad para la práctica de la lactancia materna.	Molestias en las mamas durante la práctica de la lactancia materna.	Cualitativa	Nominal	*Eyección láctea * Dolor al inicio de la succión * Grietas en los pezones * Congestión mamaria * Galactocele * Mastitis * Dermatitis vírica o bacteriana * Dermatitis por contacto * Candidiasis

Macro variable	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
Factores sociales	Etnia	Conjunto de personas que comparten rasgos culturales, idioma, religión, vestimenta y un territorio.	A través de una pregunta oral directa la madre informará si considera ser indígena o no indígena.	Cualitativa	Nominal	* Indígena * No indígena
	Estado civil	Situación de una persona por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco.	A través de una pregunta oral directa la madre informará su situación conyugal.	Cualitativa	Nominal	* Casada * Soltera * Unida * Divorciada * Viuda
	Saberes sobre la lactancia materna	Información sobre los beneficios nutricionales, inmunológicos, afectivos y económicos de la lactancia materna.	Saberes que posee la madre sobre las ventajas de la lactancia materna.	Cualitativa	Nominal	* Tipo de alimento * Beneficios para la madre y para el lactante * Experiencias previas
	Cultura	Valores, creencias, normas y modos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos en un grupo específico de personas.	Elementos que practica la madre según sus creencias culturales que modifican la práctica de la lactancia materna.	Cualitativa	Nominal	* Mitos y creencias * Uso de bebidas y alimentos galactóforos

Macro variable	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
Factores sociales	Lugar de residencia	Acción y efecto de residir (estar establecido o viviendo en un lugar).	Lugar en donde se encuentra ubicada la residencia de la madre al momento de la encuesta.	Cualitativa	Nominal	* Ciudad (zona) *Departamento (municipio, aldea, caserío o paraje)
	Ocupación de la madre	Trabajo que una persona realiza a cambio de un sueldo y de manera más o menos continuada.	Actividad laboral expresada por la madre al momento de la entrevista.	Cualitativa	Nominal	* Ama de casa * Estudiante * Trabajadora (fuera de casa: oficina, campo, comerciante, maquila, oficios domésticos)
Factores económicos	Escolaridad de la madre	Grado académico aprobado dentro de un sistema educativo.	A través de una pregunta directa la madre indicará el grado académico que ha obtenido.	Cualitativa	Ordinal	* Analfabeta * Primaria * Secundaria * Diversificado * Universitario * Otro
	Edad materna	Tiempo transcurrido en una persona a partir de su nacimiento medido en años, meses y días.	Edad cumplida de la madre al momento de la entrevista expresada en años.	Cuantitativa	Razón	* Edad que la madre indique, (madre mayor de edad)
Factores biológicos	Tipo de parto	Modalidades por la que nace el bebé al final del embarazo.	Resolución de último embarazo por medio de parto eutócico o parto distócico (cesárea).	Cualitativa	Nominal	* Parto normal * Cesárea

Macro variable	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
Factores biológicos	Complicaciones durante el parto	Conjunto de dificultades que se presentan durante el trabajo de parto y que pueden representar un riesgo tanto para la vida del bebé como para la de la madre.	A través de una pregunta directa la madre indicará si presentó alguna dificultad durante el trabajo de parto que pudo haber influido en la práctica de la lactancia materna.	Cualitativa	Nominal	* Si * No
	Paridad	Número de niños nacidos vivos que una mujer ha parido.	Número de partos o cesáreas que haya tenido la madre hasta el momento de la entrevista.	Cuantitativa Discreta	Razón	* Lo que la madre indique

4.7 Técnicas, procesos e instrumentos utilizados en la recolección de datos

4.7.1 Técnicas de recolección de datos

Se asistió a cada una de las Unidades Periféricas en donde se realizó una entrevista guiada a trescientas cincuenta y tres madres de niños menores de un año la cual constaba de 27 preguntas divididas en cuatro secciones las cuales se procedieron a dividir de la siguiente manera: factores biológicos que constaba de 4 preguntas; factores sociales, que constaba de 17 preguntas; factores anatómicos, que constaba de 3 preguntas y factores económicos de 3 preguntas.

4.7.2 Procesos

Se estimó una muestra significativa la cual se distribuyó de forma estratificada para mantener la proporción poblacional de cada una de las

unidades médicas participantes. Se hizo un listado de números aleatorios y se hizo diariamente una total de 12 encuestas para lo cual se le solicitó a las candidatas a ingresar al estudio que tomaran un número de la bolsa, si este número coincidía con el número aleatorio seleccionado previamente se le invitaba a participar, si la madre aceptaba ingresar al estudio se le realizaba la encuesta dirigida.

4.7.3 Instrumento de recolección

El instrumento que se utilizó para la recolección de la información fue una entrevista guiada, la cual constaba de 27 preguntas divididas en cuatro secciones las cuales se procedieron a dividir de la siguiente manera: factores biológicos que constaba de 4 preguntas; factores sociales, que constaba de 17 preguntas; factores anatómicos, que constaba de 3 preguntas y factores económicos de 3 preguntas., en la cual se hicieron preguntas relacionadas con el tipo de variable que se deseaba investigar.

4.8 Procesamiento de datos

Se ingresaron los datos en una base de Excel para luego analizarlos con ayuda del programa Epiinfo. Se estimaron las medidas de tendencia central y de dispersión y luego se hizo el análisis de los factores de riesgo, de tal forma que el análisis de los datos fuera univariado y bivariado.

4.8.1 Procesamiento

Las variables a estudio fueron:

- Práctica de lactancia materna
- Factores anatómicos
 - Eyección láctea
 - Patologías de la madre durante la lactancia
- Factores sociales
 - Etnia
 - Estado civil
 - Conocimientos sobre la lactancia materna
 - Cultura
 - Lugar de residencia

- Factores económicos
 - Ocupación de la madre
 - Escolaridad de la madre
- Factores biológicos
 - Edad materna
 - Tipo de parto
 - Complicaciones durante el parto
 - Paridad

Las variables que se asociaron fueron:

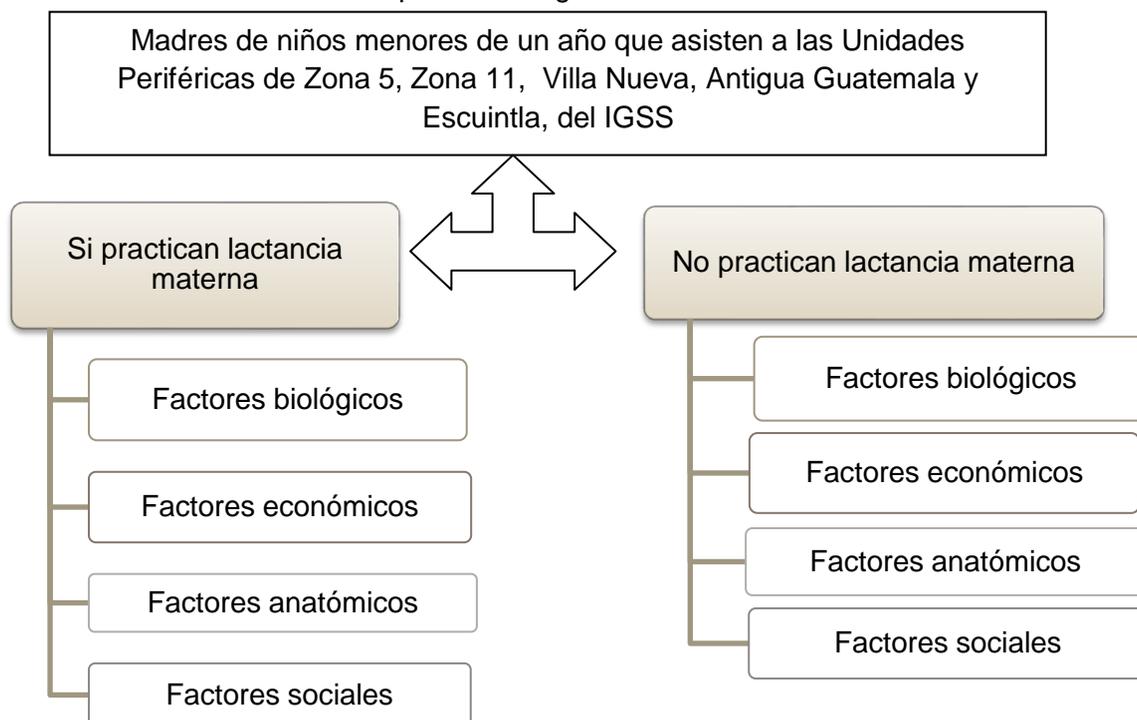
- Práctica de lactancia materna (variable independiente)
- Factores anatómicos
 - Eyección láctea
 - Patologías de la madre durante la lactancia
 - Molestias durante la lactancia materna
 - Influyeron las molestias en la práctica de la lactancia materna
- Factores sociales
 - Etnia
 - Estado civil
 - Conocimientos sobre la lactancia materna
 - Experiencia de lactancia materna con hijos previos
 - Influyo la experiencia de lactancia materna previa
 - Recibió charlas sobre lactancia materna
 - Conocimientos de beneficios de la lactancia materna para la madre
 - Conocimientos de beneficios de la lactancia materna para el hijo
 - Deformidad de la mama al dar pecho
 - Se llena su hijo con solo darle pecho
 - Sintió vergüenza al dar de mamar en público
 - Le recomendaron dar de mamar
 - Recomendaría dar de mamar

- Conoce prácticas que beneficien o perjudiquen la eyección láctea
- Tomó algo para estimular la eyección láctea
- Lugar de residencia
- Factores económicos
 - Ocupación de la madre
 - Escolaridad de la madre
- Factores biológicos
 - Edad materna
 - Tipo de parto
 - Complicaciones durante el parto
 - Paridad

Se realizaron las asociaciones de las variables dependientes con la variable independiente buscado aplicar el análisis específico para el diseño del estudio transversal analítico.

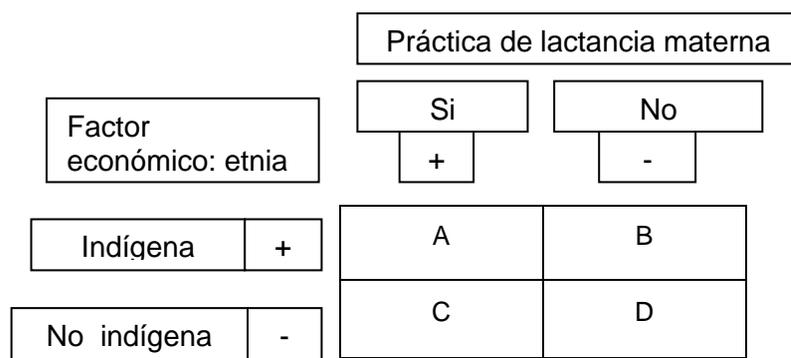
4.8.2 Análisis de datos

Para realizar el análisis se planteó lo siguiente:



En el cuadro anterior está representada toda la población de madres de niños menores de un año que asisten a las unidades periféricas de Zona 5, Zona 11, Villa Nueva, Antigua Guatemala y Escuintla, del IGSS, las cuales fueron objeto de estudios, dicha población fue clasificada en madres que si practicaron lactancia materna y las que no practicaron lactancia materna, a estas se les identificó los factores que estaban asociados a la práctica o no de la lactancia materna.

Ya desglosada la población a estudio, se realizaron tablas de contingencia para que los datos pudieran ser analizados estadísticamente, quedando estas así:



Las variables fueron analizadas estadísticamente de la siguiente manera: las variables fueron tabuladas como a continuación se describe.

Factor económico: Etnia	Si practican lactancia materna		No practican lactancia materna		Total
	F	%	F	%	
Indígena					
No indígena					
Total					

4.8.3 Medidas de frecuencia

Variable independiente Práctica de lactancia materna	Variable dependiente Factor económico: etnia		Total
	Indígena	No indígena	
Si	A	B	F1 (a + b)
No	C	D	F2 (c + d)
Total	C1 (a + c)	C2 (b + d)	N

Celda A: sujetos indígenas que si practican lactancia materna
Celda B: sujetos no indígenas que si practican lactancia materna
Celda C: sujetos indígenas que no practican lactancia materna
Celda D: sujetos no indígenas que no practican lactancia materna
Celda C1: total de sujetos indígenas
Celda C2: total de sujetos no indígenas
Celda F1: total de sujetos que si practican lactancia materna
Celda F2: total de sujetos que no practican lactancia materna

4.8.4 Medidas de asociación

Odds ratio e intervalo de confianza (Woolf y Cornfield), para incidencia acumulada.

Odds ratio (OR), fue el indicador que señaló la probabilidad de que una madre indígena estuviera expuesta a practicar lactancia materna, con respecto a la probabilidad de que una madre no indígena lo haya estado y con base en ello se interpretó en términos de las veces más de riesgo que tuvo una paciente de ser indígena cuando practicó lactancia materna en comparación con aquellas que no practicaron la lactancia materna:

$$OR = a d / b c$$

Una cifra mayor que uno, indica que existe asociación, comportándose la práctica de lactancia materna como un factor protector o de riesgo, pero cuando el resultado es menor a la unidad, indica que no existe asociación, si el resultado fue igual a uno, la interpretación es que no existe asociación entre la práctica de lactancia materna y el ser indígena.

Los datos fueron procesados en programa computarizado Microsoft Office Excel y Epi Info.

4.8.5 Niveles de significancia

Para la significancia estadística se realizó el chi cuadrado de contingencia o independencia, el cual mide la diferencia entre el valor que debiera resultar si las dos variables fuesen independientes y el que se ha observado en la

realidad. Cuanto mayor sea esa diferencia (y, por lo tanto, el valor del estadístico), mayor será la relación entre ambas variables; para comprobar la independencia de frecuencias entre dos variables aleatorias, X e Y.

De ser cierta la hipótesis nula, el valor obtenido debería estar dentro del rango de mayor probabilidad según la distribución chi-cuadrado correspondiente. El valor-p es la probabilidad de obtener, según esa distribución, un dato más extremo que el que proporciona el test o, equivalentemente, la probabilidad de obtener los datos observados si fuese cierta la hipótesis de independencia. Si el valor-p es muy pequeño ($p < 0.05$) es poco probable que se cumpla la hipótesis nula y se debería de rechazar. El número que determina su intersección es el valor crítico correspondiente. De este modo, si el estadístico que se obtiene toma un valor mayor se dirá que la diferencia es significativa. Así, para una seguridad del 95% ($\alpha = 0.05$) el valor teórico de una distribución chi-cuadrado con una grado de libertad es 3.84. Si el cálculo del chi-cuadrado que se obtiene es un valor que supera al valor para $\alpha = 0.005$, se puede concluir que las dos variables no son independientes, sino que están asociadas ($p < 0.005$). Por lo tanto, a la vista de los resultados, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa (H_a) como probablemente cierta.

Al tener los resultados se analizaron las variables respectivas en relación a la práctica o no de lactancia materna y se determinó el OR, Chi cuadrado y el valor de p exacta de Fisher. Todo calculado en el programa Epi Info. Todas las variables se tabularon y analizaron en sus diferentes rangos y clasificaciones, encontrando también la más representativa de cada factor en la población estudiada.

4.9 Hipótesis

Hipótesis nula: No existe asociación estadísticamente significativa entre la práctica de la lactancia materna en niños menores de un año y los factores anatómicos de la madre.

Hipótesis alterna: Existe asociación estadísticamente significativa entre la práctica de la lactancia materna en niños menores de un año y los factores anatómicos propios de la madre.

Hipótesis nula: No existe asociación estadísticamente significativa entre la práctica de la lactancia materna en niños menores de un año y los factores sociales de la madre.

Hipótesis alterna: Existe asociación estadísticamente significativa entre la práctica de la lactancia materna en niños menores de un año y los factores sociales de la madre.

Hipótesis nula: No existe asociación estadísticamente significativa entre la práctica de la lactancia materna en niños menores de un año y los factores económicos de la madre.

Hipótesis alterna: Existe asociación estadísticamente significativa entre la práctica de la lactancia materna en niños menores de un año y los factores económicos de la madre.

Hipótesis nula: No existe asociación estadísticamente significativa entre la práctica de la lactancia materna en niños menores de un año y los factores biológicos de la madre.

Hipótesis alterna: Existe asociación estadísticamente significativa entre la práctica de la lactancia materna en niños menores de un año y los factores biológicos de la madre.

4.10 Límites de la investigación

4.10.1 Obstáculos (riesgos y dificultades)

Para el desarrollo de este estudio se evaluó la pre-factibilidad, considerando para esto, aspectos como: acceso a los sitios de la entrevista, población objetivo, el impacto del estudio y los permisos institucionales correspondientes.

Para el desarrollo de este estudio se contó con el respaldo del Dr. Jorge Alvarado quien funge como asesor de tesis y trabaja en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social quien dió apoyo para poder solicitar los permisos al Departamento de Capacitación y Desarrollo que es el ente que autoriza todos los estudios dentro de la institución. Se analizaron aspectos como la poca colaboración de las personas en la toma de datos, factores religiosos y culturales de la población objeto de estudio, que en un momento determinado pudieron afectar el desarrollo óptimo de este estudio.

4.10.2 Alcances

Las madres de niños menores de un año que asistieron a las consultas externas de las unidades periféricas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social fueron el alcance principal de este estudio.

4.11 Aspectos éticos de la investigación

El propósito de esta investigación es el poder conocer cuáles son los factores de riesgo y protectores que influyen en que las madres de menores de un año proporcionen o no lactancia materna a sus hijos, dichas pacientes fueron entrevistadas en la consulta externa en las cinco unidades periféricas seleccionadas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (unidad periférica zona 5, zona 11, Villa Nueva, Consultorio de Antigua Guatemala y Hospital Regional de Escuintla) mediante encuestas dirigidas. Dentro de los aspectos de confidencialidad de los datos se tuvo en cuenta: no tener ningún parámetro que permitiera la identificación particular de las pacientes (nombre y número de afiliación) ya que estas fueron únicamente identificadas con un número de identidad propio de la investigación y no se solicitó información vulnerable que creara conflictos éticos durante la encuesta, a todas las candidatas seleccionadas aleatoriamente previo a ser ingresadas como sujeto de estudio se les solicitó la autorización por medio de un consentimiento informado escrito por lo que este estudio fue de categoría 1 ya que no implicaba ninguna vulnerabilidad y riesgo para la paciente.

5. RESULTADOS

Se realizó un estudio transversal analítico en el cual la población estudiada fueron madres de niños menores de un año que consultaron a la consulta externa de las unidades periféricas de zona 5, zona 11, Villa Nueva, Antigua Guatemala y Escuintla del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Cuadro 5.1

Factores anatómicos que influyen en la práctica de lactancia materna en madres de niños menores de un año que asisten a las unidades periféricas de zona 11, zona 5, Villa Nueva, Antigua Guatemala y Escuintla del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Características epidemiológica de las madres de niños menores de un año				
Variable		Opción	Frecuencia	Porcentaje
Práctica de lactancia materna		Si	300	85
		No	53	15
Factores anatómicos	Eyección láctea después del parto	Si	253	72
		No	100	28
	Molestias durante la lactancia materna	Dolor de pecho	88	25
		Grietas en el pezón	91	26
		Congestión mamaria	52	15
		Absceso mamario	0	0
		Inflamación del pecho	15	4
		Lesiones en la piel de la mama	0	0
		Ninguna molestia	93	26
	No aplica	14	4	
	Influyeron las molestias en la práctica de la lactancia materna	Si	57	16
No		190	54	
No aplica		106	30	

Fuente: Boleta de recolección de datos

Cuadro 5.2

Factores sociales que influyen en la práctica de lactancia materna en madres de niños menores de un año que asisten a las unidades periféricas de zona 11, zona 5, Villa Nueva, Antigua Guatemala y Escuintla del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Características epidemiológica de las madres de niños menores de un año				
Variable	Opción	Frecuencia	Porcentaje	
Práctica de lactancia materna	Si	300	85	
	No	53	15	
Factores sociales	Residencia	Ciudad (zona)	95	27
		Departamento	28	8
		Municipio	227	64
		Aldea	3	1
	Procedencia	Rural	229	65
		Urbano	124	35
	Etnia materna	Indígena	60	17
		No indígena	291	82
		No sabe	2	1
	Estado civil	Soltera	36	10
		Unida	87	25
		Casada	228	65
		Divorciada	0	0
		Viuda	2	1
	Experiencia de lactancia materna con hijos previos	Si	219	62
		No	17	5
		No aplica	117	33
	Influyó la experiencia de lactancia materna previa	Si	218	62
		No	15	4
No aplica		120	34	
Recibió charlas sobre lactancia materna	Si	155	44	
	No	198	56	
Conocimientos de la lactancia materna para la madre	Si	122	35	
	No	231	65	
Tipos de conocimientos de la lactancia materna para la madre	Previene el cáncer de mama	50	14	
	Adelgaza	32	9	
	Económico	20	6	
	Planificación familiar	8	2	
	Otros	12	3	
	No sabe	231	65	

Cuadro 5.2

Factores sociales que influyen en la práctica de lactancia materna en madres de niños menores de un año que asisten a las unidades periféricas de zona 11, zona 5, Villa Nueva, Antigua Guatemala y Escuintla del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Características epidemiológica de las madres de niños menores de un año			
Variable	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Conocimientos de la lactancia materna para el bebé	Si	316	89
	No	37	10
Tipos de conocimientos de la lactancia materna para el bebé	Aumenta las defensas	172	49
	Es el mejor alimento	95	27
	Ayuda al crecimiento y desarrollo	44	12
	El calostro limpia el intestino	4	1
	Otros	1	1
	No sabe	37	10
Tipo de alimentación antes de los 6 meses de edad	Sólo pecho	138	39
	Pecho + aguitas	35	10
	Pecho + pacha	129	36
	Pecho + comidas	10	3
	Sólo pacha	27	8
	Pecho+pacha+comida	4	1
	Pacha+comida	1	1
	Otros	9	2
Tipo de alimentación después de los 6 meses de edad	Sólo pecho	5	1
	Pecho + aguitas	1	1
	Pecho + pacha	12	3
	Pecho + comidas	138	39
	Sólo pacha	6	2
	Pecho+pacha+comida	85	24
	Pacha+comida	31	9
	Otros	3	1
	No aplica	72	20
Deformidad de la mama al dar de mamar	Si	90	25
	No	262	74
	No aplica	1	1
Se llena su hijo con sólo darle pecho	Si	161	46
	No	187	53
	No aplica	5	1

Cuadro 5.2

Factores sociales que influyen en la práctica de lactancia materna en madres de niños menores de un año que asisten a las unidades periféricas de zona 11, zona 5, Villa Nueva, Antigua Guatemala y Escuintla del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Características epidemiológica de las madres de niños menores de un año			
Variable	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sintió vergüenza al dar de mamar a su hijo	Si	67	19
	No	281	80
	No aplica	5	1
Le recomendaron dar de mamar	Si	290	82
	No	63	18
Recomienda la lactancia materna	Si	352	99
	No	1	1
Conoce prácticas que beneficien o perjudiquen la eyección láctea	Si	237	67
	No	116	33
Sustancias galactóferas	Tomar atoles	87	25
	Tomar infusiones naturales	28	8
	Tomar agua pura	36	10
	Tomar chocolate	23	7
	Otros	41	12
	No aplica	138	39
Prácticas que perjudican la eyección láctea	Asustarse	12	3
	Comer perejil	13	4
	Mojarse	8	2
	Tomar agua de coco	1	1
	Otros	11	3
	No aplica	308	87
Tomó algo para estimular la eyección láctea	Si	214	61
	No	138	39
	No aplica	1	1
Uso de sustancias galactóferas	Tomar atoles	106	30
	Tomar infusiones naturales	30	8
	Tomar agua pura	24	7
	Tomar chocolate	27	8
	Otros	27	8
	No aplica	139	39

Fuente: Boleta de recolección de datos

Cuadro 5.3

Factores económicos que influyen en la práctica de lactancia materna en madres de niños menores de un año que asisten a las unidades periféricas de zona 11, zona 5, Villa Nueva, Antigua Guatemala y Escuintla del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Características epidemiológica de las madres de niños menores de un año				
Variable	Opción	Frecuencia	Porcentaje	
Práctica de lactancia materna	Si	300	85	
	No	53	15	
Factores económicos	Nivel de escolaridad	Analfabeta	7	2
		Primaria	92	26
		Secundaria	77	22
		Diversificado	153	43
		Universitaria	24	7
	Ocupación	Ama de casa	214	61
		Estudiante	9	3
		Oficina	25	7
		En el campo	0	0
		Comerciante	22	6
		Maquilas	22	6
		Oficios domésticos en otras casas	7	2
		Otros	54	15

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Cuadro 5.4

Factores biológicos que influyen en la práctica de lactancia materna en madres de niños menores de un año que asisten a las unidades periféricas de zona 11, zona 5, Villa Nueva, Antigua Guatemala y Escuintla del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Características epidemiológica de las madres de niños menores de un año				
Variable		Opción	Frecuencia	Porcentaje
Práctica de lactancia materna		Si	300	85
		No	53	15
Factor biológico	Edad materna	18 -20	29	8
		21 -25	118	33
		26 – 30	99	28
		31 – 35	66	19
		36 – 40	33	9
		41 – 45	6	2
		46 – 50	2	1
		Paridad	Primíparas	120
	Múltiparas		233	66
	Tipo de parto	Parto vaginal	187	53
		Cesárea	166	47
	Complicaciones durante el parto	Si	114	32
		No	237	67
		No sabe	2	1
	Tipos de complicaciones durante el parto	Sufrimiento fetal	15	4
		Distocia fetal	18	5
		Hipertensión Arterial	22	6
		Prematurez	8	2
		Otras	51	14
		No aplica	239	68

Fuente: Boleta de recolección de datos

Cuadro 5.5

Asociación y significancia estadística de los factores más frecuentes que influyen en la práctica de lactancia materna en madres de niños menores de un año que asisten a las unidades periféricas de zona 11, zona 5, Villa Nueva, Antigua Guatemala y Escuintla del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

FACTORES BIOLÓGICOS				
Variable	X²	p	OR	Significancia
Edad materna	0.53	0.24	1.58	No
Paridad	6.30	0.007	2.11	Si
Tipo de Parto	4.46	0.018	0.52	Si
Complicación durante el parto	4.81	0.016	0.51	Si
FACTORES ECONÓMICOS				
Variable	X²	p	OR	Significancia
Escolaridad	2.60	0.05	1.81	No
Ocupación	0.02	0.43	1.04	No
FACTORES ANATÓMICOS				
Variable	X²	p	OR	Significancia
Tuvo eyección láctea después del parto	0.10	0.36	1.11	No
Molestias durante la lactancia	1.99	0.07	1.83	No
¿Influyeron las molestias?	5.71	0.012	0.39	Si
FACTORES SOCIALES				
Variable	X²	p	OR	Significancia
Residencia	0.55	0.23	1.25	No
Etnia	2.58	0.051	2.17	No
Estado Civil	0.38	0.264	1.32	No
Experiencia previa de lactancia materna	5.83	0.02	0.019	Si
Influyó la experiencia previa	12.6	0.019	0.15	Si
Recibió charlas	0.14	0.35	1.12	No
Conocimientos beneficios mamá	0.17	0.34	1.14	No
Conocimientos beneficios bebé	1.41	0.12	1.66	No
Cree que arruina el pecho	1.28	0.13	0.65	No
Se llena el niño	0.47	0.24	0.80	No
Sintió vergüenza	0.009	0.47	0.96	No
Le recomendaron	0.32	0.29	0.79	No
Recomendaría	0.17	0.424	0	No
Prácticas que beneficien	0.25	0.30	1.16	No
Uso sustancias para estimular la eyección	0.64	0.21	0.78	No

Fuente: Boleta de recolección de datos

6. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio sugieren que la decisión de la madre de brindar lactancia tiene una influencia multifactorial; entre estos factores se destacan los anatómicos, sociales, económicos y biológicos, los cuales poseen una relación positiva o negativa con la práctica de la lactancia materna.

Se observó que la mayoría de las madres encuestadas pertenecen a un grupo etéreo de adulto joven, las cuales han tenido más de un parto por vía vaginal, y manifestaron no haber presentado complicaciones durante el parto. La mayoría residen en un ambiente rural y se consideran no indígenas. Más de la mitad de la población a estudio estaban casadas y eran amas de casa, con una escolaridad de nivel diversificado. Al ser la mayoría multíparas, estas tenían experiencia sobre la práctica de lactancia materna con hijos previos, lo cual influyó en la práctica de la lactancia materna actual, a pesar de no haber tenido acceso a charlas educativas, éstas conocían algunos beneficios de la lactancia materna tanto para ellas como para sus hijos, sin embargo, el tener conocimiento no influyó de manera positiva a que éstas practicarán lactancia materna exclusiva.

Entre los factores anatómicos, se observó que 54% de las madres entrevistadas reportaron haber tenido molestias durante la lactancia materna, siendo el 56% de ellas las que afirmaron que esto si influía negativamente en dicha práctica. Según los resultados obtenidos se analizó que las madres que en algún momento llegan a presentar algún signo o síntoma física en las mamas durante la lactancia tiene una mayor probabilidad de abandonar dicha práctica. Congestión mamaria, mialgia e inflamación son algunas de las molestias que más se describieron, sin embargo, las grietas en el pezón fue el factor más determinante durante la práctica (54%).

De las madres que no practican la lactancia el 64% conocen alguna práctica, mencionando que el 56% tomó algo para la eyección de la leche materna, siendo atoles e infusiones las sustancias más significativas. El 61% de toda la población afirmó haber tomado algo para la estimulación láctea, sin embargo esto no tiene significancia estadística (X^2 : 0.64).

De los factores sociales la etnia revela que del total de las participantes del estudio, el grupo de madres no indígenas es el más significativo dentro del grupo entrevistado, reflejando además ser el grupo con el número mayor de casos de madres que no practican la lactancia materna (91%). Al realizar el análisis de este grupo en relación con la práctica de la lactancia materna se encuentra una asociación positiva (OR: 2.17), pero no tiene significancia estadística (X^2 : 2.58). Las madres indígenas tienen dos veces mayor probabilidad de dar de mamar que las no indígenas; datos obtenidos coinciden con los resultados obtenidos en la ENSMI 1998-1999 (22) donde indica que la prevalencia de la lactancia materna es mayor en mujeres de la etnia indígena. Por lo que se considera que las madres no indígenas al no tener la influencia cultural no brindan a sus hijos lactancia materna.

El estado civil se encuentra con una asociación positiva a la práctica de la lactancia materna (OR: 1.32), sin embargo no posee significancia estadística (X^2 : 0.38), por lo que este no influye en que la madre practique o no la lactancia materna. El 87% de las madres que no practican lactancia materna cuentan con una pareja actualmente. El 13% de las madres que no practican la lactancia refirieron no tener pareja actualmente. Estudios previos revelan que las madres solteras presentan mayor posibilidad de abandonar la práctica de la lactancia materna influidas principalmente por la necesidad de incorporarse al ámbito laboral (2), sin embargo, los resultados obtenidos en este estudio no exponen lo anterior. Las madres que no practican la lactancia, en su mayoría cuentan con una pareja.

De las madres entrevistadas 62% habían tenido alguna experiencia previa en la práctica de lactancia materna. Esto tiene una significancia estadística ya que tienen 5 veces más probabilidad de practicar la lactancia materna que las que no tenían una experiencia previa. El 61% de las madres entrevistadas indicaron que la experiencia previa que habían tenido en la práctica de la lactancia materna había influido en que ellas volvieran a dar lactancia. Esto se corrobora en un estudio realizado en la Universidad de Carabobo, Venezuela donde afirma que el número de hijos previos pudieran ser de gran ayuda o no dependiendo del éxito o fracaso obtenido durante el amamantamiento previo. (27) Si la madre en su experiencia previa presentó síntomas, signos, o algún tipo de problema, no tendrá el deseo de volver a pasar por esta experiencia, por lo que no dará de mamar a su hijo actual, lo contrario sucedería si la experiencia previa fue positiva.

La falta de información acerca de la lactancia materna se ve reflejada en que el 56% de la población afirmó que nunca ha recibido charlas sobre lactancia materna. Este dato no es significativo estadísticamente (X^2 : 0.14) ni tiene una relación directa con la práctica de lactancia materna. Sin embargo se observó que aproximadamente el 60% de las madres que no practicaban la lactancia materna, no habían recibido información sobre esta práctica.

El porcentaje de madres que conocen algún beneficio que tiene para ellas la práctica de lactancia materna es de 35%. Al igual que un estudio realizado en Costa Rica, (23) solamente el 30% de las madres encuestadas demostró un nivel de conocimiento bueno con respecto a la lactancia materna. El bajo conocimiento que presentan las madres en ambos países puede deberse a la poca promoción de los beneficios de la lactancia materna para ellas, por parte de los servicios de salud. El 14% de las madres que afirmaron conocer algún beneficio mencionaron la prevención de cáncer de mama, el 9% que ayuda a adelgazar y 6% que ayuda en lo económico fue el tercer beneficio que más se mencionó. La práctica de la lactancia materna y el conocer estos beneficios no es significativo estadísticamente, sin embargo es importante mencionar que más del 70% de las madres que no daban de mamar no conocían los beneficios que esta práctica tienen para ellas.

Los conocimientos sobre los beneficios que tiene la práctica de la lactancia materna para el bebé son relativamente favorables dentro de la población estudiada, 89% de las madres entrevistadas aseguraban conocer los beneficios que tiene la lactancia materna para el niño, 86% de las madres que no practican la lactancia aseguraron tener conocimiento de algún beneficio, sin embargo no practican la lactancia materna. Algunos de los beneficios que la mayoría de las madres mencionó fueron: aumento de defensas (49%), es el mejor alimento (27%) y ayuda al crecimiento y desarrollo (12%).

Se observó que 82% de las madres se les recomendó por terceras personas (madres, abuelas, vecinas, trabajador en salud) la práctica de la lactancia materna, a pesar de esta cifra, 15% de ellas no practicaba la lactancia materna. Estos datos son similares al artículo publicado en la Revista de Enfermería Actual de Costa Rica, (23) donde indican que la mujer se ve influenciada por las prácticas y mitos propios de la cultura en la que se desenvuelve. También muchas de las mujeres referían vergüenza al amamantar a sus

hijos en público mientras que otras consideran que es más elegante y un símbolo de estatus social la alimentación con biberón, datos que se asemejan al obtenido en esta investigación ya que el 19% mencionó sentir vergüenza al dar de mamar en público.

Un gran número de madres afirmó conocer alguna práctica que beneficie la eyección láctea (67%). Los mencionados en orden de frecuencia fueron: atoles, agua, infusiones naturales y chocolate, las cuales son recetas caseras transmitidas de generación a generación. De estas, 15% no brinda lactancia materna.

De las madres jóvenes que si practican lactancia materna (82%), 43% brindan lactancia materna exclusiva hasta los primeros 6 meses del niño. Antes de los 6 meses de edad del niño, 30% de las madres complementan su alimentación con biberón y otras sustancias (atoles, infusiones). Las principales razones por las cuales las madres iniciaron una alimentación complementaria antes de los 6 meses de vida de su hijo fueron: la falta de apego, las largas horas laborales y la falta de conocimientos.

Se ha observado que cada vez es más frecuente que las madres eviten dar lactancia materna por la preocupación del aspecto físico del cuerpo. Hoy en día la estética juega un papel importante en la decisión de brindar o no lactancia, esto por la explotación del sexo femenino como objeto sexual. (23) Muchas mujeres no brindan lactancia a sus hijos ya que tienen la creencia de que esto les deteriora la apariencia de la mamas. Sin embargo no tiene una asociación (OR: 0.65) ni significancia estadística (X^2 : 1.28) dentro nuestro estudio. A pesar de la creencia de que la lactancia materna puede deformar las mamas, 74% de las madres, prefieren brindarle los beneficios de la lactancia materna a su hijo, antes de preocuparse por la apariencia física del pecho. Sin embargo el 80% de la población entrevistada no cree que sus hijos se llenen tan solo con el pecho, por lo que deciden iniciar una alimentación complementaria. De las madres que no practican la lactancia materna, 58% afirman que su hijo no se llena sólo con el pecho, por lo cual inician la alimentación con fórmulas complementarias antes de los 6 meses (36%). Tomando en consideración estos datos, es importante resaltar que en este grupo aun es palto el porcentaje de madres (39%) que practica lactancia materna exclusiva.

Sin duda, uno de los factores importantes en la práctica de la lactancia materna es el factor económico. Durante la realización de la investigación, se obtuvo una mayor

frecuencia de madres con estudios a nivel diversificado en comparación con los demás niveles. Al agrupar a la población analfabeta con aquellas madres que solo tuvieron estudios de nivel primario y en otro grupo a las madres que cuentan con estudios de enseñanza media y diversificado, se identificó una asociación positiva (OR: 1.81) entre el nivel de escolaridad de la madre encuestada y la práctica de la lactancia materna, ya que entre más educación tenga la madre, es mayor la probabilidad de poner en práctica la lactancia materna, sin embargo este dato no tiene significancia estadística (X^2 : 2.60) para esta investigación. En otra investigación realizada en Venezuela (27) se observó que la educación superior de la madre favorece la lactancia materna. Probablemente esto se debe a que a un mayor nivel de educación, mayor es el conocimiento y entendimiento de las madres sobre los beneficios de la lactancia materna, al igual que tendrán un mayor acceso a la información sobre la misma. Así mismo, se evaluó la asociación entre la ocupación de las madres encuestadas y la práctica de lactancia materna, siendo en su mayoría amas de casa (61%) y el resto son trabajadoras (39%). Sin embargo no se encontró asociación, ni significancia estadística (X^2 : 0.02) de este factor con la práctica de la lactancia. Esto demuestra que no se asocia (OR: 1.04) que una madre trabaje o pase mayor tiempo en casa con el niño, para que de lactancia materna. Datos que no se asemejan a un estudio realizado en Valencia, España; (22) donde se estudio la influencia de las condiciones de empleo y la duración de la lactancia materna, encontrándose que la duración de la lactancia materna es superior en las mujeres que no se han reincorporado al trabajo tras su parto.

La práctica de lactancia materna en el grupo estudiado es alta, ya que de las 353 madres encuestadas en las periféricas seleccionadas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, 300 dan lactancia materna. Se encontró que el 33%, son madre jóvenes entre las edades comprendidas de 21 a 25 años. Al realizar el análisis de la conducta de estas madres en relación con la práctica de la lactancia materna se encuentra una asociación positiva (OR: 1.58), pero no tiene significancia estadística (X^2 : 0.53). Por lo que la edad que tenga la madre no influyó en que practique o no lactancia materna. Según la UNICEF (1) los niños nacidos de madres de 20 años de edad o menos tienen la mitad de la probabilidad de ser amamantados de forma exclusiva, en comparación con los niños nacidos de madres de 30 años o más.

Con relación a los factores biológicos se pudo observar que la paridad se encuentra con una asociación positiva (OR: 2.11) a la práctica de la lactancia materna, con significancia estadística, por lo que se observa que el ser múltipara es un factor protector a dar lactancia materna. Una mujer múltipara tiene dos veces más probabilidad de dar de mamar que una primípara. Esto puede deberse a que la madre ya posee un tipo de experiencia con sus hijos anteriores, tiene el conocimiento de las molestias físicas que se producen en las mamas al dar lactancia materna y sabe los beneficios que esta contiene tanto para su hijo como para ella, por lo que ven importante esta práctica. El hecho de ser primípara trae consigo vergüenzas, y miedo al dar de mamar, tanto por falta de conocimiento de las adecuadas técnicas de amamantamiento, como de los problemas que pueden surgir durante este acto. Estudios previos como el realizado en la Universidad de Carabobo, Venezuela; (27) confirman que las madres múltiparas (63%), practican la lactancia materna exclusiva con mayor frecuencia.

El tipo de parto no presenta una asociación positiva (OR: 0.52) con la práctica de la lactancia materna, sin embargo las madres que tienen un parto vaginal tiene más probabilidad de dar de mamar que las madres que tienen cesárea. De las madres que no dieron de mamar, 60% resolvieron su embarazo con una cesárea, por lo que el hecho de tener la resolución de un parto por cesárea es un factor negativo en la práctica de la lactancia materna. El estudio realizado en la Facultad de Medicina de Argentina (25) revela que la terminación del parto por vía vaginal afectó la duración de la lactancia exclusiva llegando esta hasta el sexto mes. Muchas de las madres (30%) creen que el resolver el embarazo por este medio provoca que no presenten eyección láctea después de su parto, por lo que se vieron en la necesidad de agregar a la alimentación del bebé leche maternizada o algún tipo de infusiones o agüitas. Esto provocó que el niño perdiera el deseo de mamar del seno materno, lo que conlleva a un círculo vicioso, porque mientras menos se alimente el niño del seno materno, menos estímulo tendrá la madre y menos producción de leche. La alta incidencia de cesáreas es un problema a resolver, para que no afecte el inicio precoz del amamantamiento que favorece la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.

Los resultados obtenidos, revelan que un pequeño grupo de las madres encuestadas (32%), presentó algún tipo de complicación durante el parto. De este grupo solo 21% no daba lactancia materna. Entre las complicaciones que presentaron en orden de mayor

frecuencia fueron: hipertensión (6%), distocias fetales (5%) y sufrimiento fetal (4%). Estos factores se ven relacionados de forma indirecta con la práctica de la lactancia materna. Las madres entrevistadas que presentaron algún tipo de complicación durante el parto manifestaron que la resolución del mismo fue por medio de cesárea y a eso debe de agregarse el hecho de que las madres tuvieron el primer contacto con su hijo días después del nacimiento. Es este el hecho que ocasiona que la madre de o no lactancia materna a su hijo. Un estudio realizado en Santiago de Cuba, (26) concluyó que un mayor porcentaje de madres que presentaron complicaciones relacionadas con el parto retrasan el inicio o acortan la duración de la lactancia, además de que el contacto temprano y prolongado de madre – hijo, así como la succión por parte del lactante resulta más difícil o no existe. Estas complicaciones influyeron en el abandono de la práctica de la lactancia materna exclusiva.

Es probable que la mayor parte de los factores asociados a la práctica de la lactancia materna citadas en este estudio sean determinantes y puedan solucionarse mediante acciones coordinadas entre el equipo de salud del Instituto, la madre y su familia, durante el embarazo, parto y puerperio, aprovechando todas las oportunidades de contacto y seguimiento con las madres.

Ante un mayor conocimiento materno sobre los beneficios de la lactancia materna habrá un mayor compromiso con la práctica de lactancia materna exclusiva, consiguiendo así un saludable crecimiento y desarrollo del niño, esto ayudará a provocar satisfacción de la madre por el cumplimiento de su rol materno, familiar y social.

7. CONCLUSIONES

- 7.1 Las características epidemiológicas más frecuentes de las madres entrevistadas fueron: madres jóvenes, residentes en el área rural, casadas, no indígenas y con educación a nivel diversificado.
- 7.2 La mayoría de las madres presentaron molestias físicas en las mamas durante la lactancia materna, sin embargo, esto no influyó en que abandonaran esta práctica.
- 7.3 Un número considerable de madres creen que el resolver el embarazo por medio de cesárea provocó retraso en la eyección láctea después de su parto, por lo que introducen tempranamente fórmulas maternizadas y otro tipo de líquidos para la alimentación del niño, no cumpliendo con la lactancia materna exclusiva.
- 7.4 La promoción de los beneficios de la práctica de lactancia materna aún es escasa. La mayoría de las madres entrevistadas no recibió charlas sobre la lactancia antes, durante o después del parto.
- 7.5 El conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna para el niño es mayor que el de los beneficios para las madres, sin embargo, esto no influye en que una madre practique o no lactancia materna.
- 7.6 La ocupación de la madre no se asocia con la práctica de la lactancia materna. Ya que la mayoría de las madres eran amas de casa y esto no influyó en que dieran lactancia materna.
- 7.7 La madre múltipara tienen más probabilidad de dar de mamar que una madre primípara, posee mayor experiencia sobre los beneficios de la lactancia, su técnica y los problemas que se presentan durante su práctica.

8. RECOMENDACIONES

- 8.1 Crear programas de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna exclusiva enfocados directamente a las barreras identificadas en este estudio y hacerlos compatibles con otros programas como control prenatal, desarrollo y crecimiento, inmunizaciones, control de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias, entre otras.
- 8.2 Se deben incrementar los esfuerzos para limitar la mala práctica en la alimentación del niño en los primeros seis meses, como el uso de biberón y la ablactación temprana, así como fortalecer la intervención del personal de salud en las diferentes etapas relacionadas con la lactancia materna.
- 8.3 Continuar informando sobre la necesidad e importancia de la lactancia materna exclusiva a toda la población; comenzando desde antes del embarazo.
- 8.4 Realizar periódicamente estudios para conocer cuál es el nivel de conocimientos que presentan las madres en la práctica de la lactancia materna exclusiva, para que así el Instituto pueda intervenir, y reducir la morbimortalidad materno infantil.
- 8.5 Fortalecer la promoción de la lactancia materna en madres primíparas, ya que este es el grupo que mayor porcentaje tiene de deserción en la práctica de lactancia materna exclusiva.

9. APORTES

Existen muy pocos datos nacionales sobre los factores asociados a la práctica de la lactancia materna, a pesar de la amplia preocupación que ha habido sobre el tema en los últimos años. Tampoco existe información sobre esta situación dentro de la población del Seguro Social, la que representa un 8% de la población nacional. Este es el principal aporte de este estudio, que nos muestra una visión más clara de los factores asociados a la práctica de la lactancia materna dentro de la población que cubre el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Existe una serie de factores por los cuales una madre decide proporcionar o no leche materna a su hijo; estos factores condicionantes son tan diversos y personales como cada mujer, y a su vez estas están influenciadas por las vivencias y percepciones que han ido adquiriendo a lo largo de toda su vida.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Unicef.org, Lactancia materna [en línea]. Guatemala: UNICEF; 2,010 [accesado 17 Feb 2,014]. Disponible en:
http://www.unicef.org/guatemala/spanish/primer_a_infancia_18487.htm
2. Brun MC. Iniciativa de salud Mesoamericana 2015 (GU-G1001): Evaluación económica ex ante. [en línea]. Guatemala: iadb.org; 2011. [accesado 5 Mar 2014]. Disponible en:
<http://www.iadb.org/WMSfiles/products/SM2015/Documents/website/SM2015%20Guatemala%20-%20Estudio%20de%20costo%20efectividad.pdf>
3. Alcantar A. La lactancia materna en los países europeos. Radio Francia Internacional [en línea]. 19 Ago 2010; Cuestiones sociales: salud medicina: [accesado 15 Mar 2014]; [aprox. 1 pant.]. Disponible en:
<http://www.espanol.rfi.fr/europa/20100819-la-lactancia-materna-en-los-paises-europeos>
4. Morán M, Naveiro J, Blanco E, Cabañeros I, Rodríguez M, Peral A. Prevalencia y duración de la lactancia materna. *Influencia sobre el peso y la morbilidad. Nutrición Hospitalaria* [en línea]. 2009 Mar - Abr [accesado 15 Abr 2014]; 24(2): [aprox. 1 pant.]. Disponible en :
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021216112009000200017&script=sci_arttext
5. Veneman AM. Retomando el tema de la lactancia materna en la región de América Latina y el Caribe- un compromiso de UNICEF [en línea]. N.Y.: Unicef.org; 2009 [accesado 15 Abr 2014]. Disponible en :
http://www.unicef.org/lac/lactancia_materna_tacro.pdf
6. Castellón M. Beneficios de la lactancia materna [en línea]. [s.l.: s.n.]; [201?] [accesado 5 Marzo 2014]. Disponible en:
<http://www.uji.es/bin/serveis/prev/prodserv/salut/blactmat.pdf>

7. Castillo JR, Veranes AR, Castillo A, Rizo R, Cádiz A. Lactancia materna e inmunidad. Impacto social. MEDISAN (Santiago de Cuba) [en línea]. 2009 [accesado 05 Mar 2014];13(1): [aprox. 1 pant.]: Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san13109.htm
8. Hospital Lagomaggiore, Mendoza. Banco de leche humana (BLH) [en línea]. Argentina: El Hospital [201?] [accesado 8 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.bancodelechemendoza.com.ar/>
9. Dirección General de Salud Pública. Promoción de la lactancia materna: Líneas estratégicas en Castilla-La Mancha. [en línea]. España: Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha; 2011 [accesado 8 Abr 2014]. Disponible en: http://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/20120511/promocion_lactancia_materna.pdf
10. Ovalle HR. Factores que influyen en la lactancia materna: estudio observacional descriptivo, realizado en madres que tuvieron su parto eutócico o cesárea, entre el 1 ° de noviembre de 1,999 y el 30 de abril de 2,000, en la comunidad de san Lucas Sacatepéquez. [en línea] [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2001. [accesado 14 Mar 2014]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8384.pdf
11. Aguilar ME. Barreras para la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de edad en niños de una población rural de Guatemala: Estudio descriptivo de corte transversal en 178 niños menores de un año que se encuentran dentro del área de influencia del puesto de salud de Tulumajillo, San Agustín Acasaguastlán, El Progreso, durante el mes de abril de 200. [en línea] [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2000. [accesado 14 Mar 2014]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8216.pdf

12. Igssgt.org. Informe anual de labores 2011. [en línea]. Guatemala: IGSS; 2011 [accesado 17 Feb 2014] [aprox. 161 pant.]. Disponible en:
http://www.igssgt.org/subgerencias/informe_anual_labores2011_11413.pdf
13. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social [en línea] Guatemala: IGSS; [actualizado 2012; accesado 14 Mar 2014] Historia del IGSS. [aprox. 2 pant.]. Disponible en:
http://www.igssgt.org/sobre_nosotros/historia_igss.
14. Valenzuela A. Seguridad social en Guatemala. [en línea]. Guatemala: agostovalenzuela.com; [200?] [accesado 17 Feb 2014]. Disponible en:
<http://www.agustovalenzuela.com/node/16>
15. Berganza G. Compendio de Historia de Guatemala 1944-2000 [en línea]. Guatemala: ASIES; 2004. [accesado 14 Mar 2014]. Disponible en:
http://www.asies.org.gt/sites/default/files/articulos/publicaciones/200409_compendio_de_historia.pdf
16. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social [en línea] Guatemala: IGSS; [actualizado 2012; accesado 14 Mar 2014] Nuestros servicios: Atención materno infantil [aprox. 2 pant.]. Disponible en:
www.igssgt.org/servicios_medicos/atencion_materno_infantil
17. Díaz O, Soler M. Aspectos epidemiológicos relacionados con la lactancia materna durante el primer año de vida. Rev Cubana Med Gen Integr [en línea] 2002 May-Jun [accesado 5 Mar 2014]; 18(3). [aprox. 1 pant.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252002000300002&script=sci_arttext
18. Miranda R, Hernández MB, Cruz Y. Lactancia materna. Generalidades y aplicación. Práctica en pediatría [en línea] La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Facultad Dr. "Salvador Allende". Departamento de Enfermería; 2011. [accesado 28 Mar 2014]. Disponible en:
<http://files.sld.cu/enfermeria-pediatria/files/2011/03/lactancia-materna-generalidades-aplicacion-practica.pdf>

19. Salud 180. Lactancia [en línea]. México: salud 180.com; 2014; Estilo de vida saludable [accesado 2 Abr 2014] [aprox. 1 pant.]. Disponible en: <http://www.salud180.com/salud-z/lactancia>
20. Lozano MJ. Lactancia materna. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. [en línea]. España: Hospital Universitario Márques de Valdecilla. [accesado 2 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/lm.pdf>
21. Hospital Virgen de las Nieves. Consejería de Salud. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Técnica de amamantamiento correcto. La posición [en línea] España: El Hospital; [200?] [accesado 6 Mar 2014]. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/tecnica_amamantamiento_correcto.pdf
22. Gobierno de La Rioja. Consejería de Salud. Guía **de lactancia materna para profesionales de la salud [en línea]. España:** Consejería de Salud; 2010 [accesado 6 Mar 2014]. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la_rioja.pdf
23. Calvo C. Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. Rev. de Enfermería Actual en Costa Rica **[en línea]**. 2008 Oct - 2009 Mar [accesado 6 Mar 2014]; 1409-4568 (15): 1-8. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2745766>
24. Mercado A. Anexo: Promoción de la lactancia natural: Guía cuidados del embarazo de bajo riesgo **[en línea]** Provincia del Neuquén; Argentina: Ministerio de Salud; 2012 [accesado 2 Abr 2014]. Disponible en: http://www4.neuquen.gov.ar/salud/images/archivo/Programas_prov/GUIA_DE_ATENCION_INTEGRAL_DEL_EMBARAZO_/contenidos_de_la_guia/Anexo_LM_guia_embarazo.pdf

25. González IA, Huésped MS, Auchter MC. Lactancia materna exclusiva factores de éxito y/o fracaso. **[en línea]** Ciudad de Corrientes, Argentina: Facultad de Medicina. Carreras de Medicina y Licenciatura en Enfermería; 2004 [accesado 2 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.docstoc.com/docs/48115275/LACTANCIA-MATERNA-EXCLUSIVA-FACTORES-DE-EXITO-YO-FRACASO>)
26. Caballero V, Caballero I, Ruiz M, Caballero A, Muchuli Y. Factores contribuyentes al abandono de la lactancia materna exclusiva en un área de salud. MEDISAN **(Santiago de Cuba) [en línea]. 2013** [accesado 2 Abr 2014]; 17 (3): [aprox. 1 pant.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000300005)
27. Cárdenas MH, Montes E, Varon E, Arenas N, Reina R. Perfil biopsicosocial de la madre y su relación con el abandono de la lactancia materna exclusiva. Enfermería Global **(Venezuela) [en línea]. 2010** [accesado 2 Abr 2014]; 1696-6141 (20) [aprox. 1 pant.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412010000300004&script=sci_arttext)

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
SECRETARÍA DE DOCUMENTACIÓN

11. ANEXOS

11.1 Encuesta

Universidad de San Carlos De Guatemala

Facultad de Ciencias Médicas

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Responsables: Helka Klee, Lilian Medina, Luz María Arriaga, Obed Godínez y Walezka Castro

Encuesta No. 1/353

Código del encuestador

ENCUESTA

FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES QUE INFLUYEN EN LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO

El presente documento es de carácter anónimo, servirá para la elaboración del trabajo de Tesis: Factores que influyen en la lactancia materna en madres de niños menores de 1 año. Identificar los factores, dará la oportunidad de crear las recomendaciones para las madres respecto a la lactancia materna y así implementar estrategias para la promoción de dicho alimento.

Lugar: Periférica Zona 5 ()
Periférica Zona 11 ()
Villa Nueva ()
Sacatepéquez ()
Escuintla ()

1. ¿Actualmente le está dando pecho a su niño?
a) Si.....()
b) No.....()

FACTORES BIOLÓGICOS

2. ¿Cuántos años tiene? _____
3. ¿Cuántos hijos ha tenido? _____
4. ¿Qué tipo de parto tuvo?
a) Parto normal..... ()
b) Cesárea..... ()
5. ¿Tuvo alguna complicación durante su parto?
a) Si..... ()
b) No.....()
c) No sabe..... ()

Si sabe ¿cuál? _____

FACTORES SOCIALES

6. ¿Dónde vive actualmente?
- a) Ciudad ()
¿Qué zona? _____
 - b) Departamento.....()
¿Cuál? _____
 - c) Municipio()
¿Cuál? _____
 - d) Aldea()
¿Cuál? _____
 - e) Caserío.....()
¿Cuál? _____
 - f) Paraje()
¿Cuál? _____
7. ¿A qué etnia pertenece?
- a) Indígena..... ()
 - b) No indígena.....()
 - c) No sabe o no quiere responder...()
8. ¿Cuál es su estado civil?
- a) Soltera..... ()
 - b) Unida()
 - c) Casada()
 - d) Divorciada()
 - e) Viuda.....()
9. ¿Le ha dado pecho a sus otros hijos?
- a) Si.....()
 - b) No.....()
10. La experiencia de darle pecho a sus otros hijos, ¿le sirvió para darle pecho a su hijo actual?
- a) Si.....()
 - b) No.....()
11. ¿Recibió usted charlas educativas por parte de los servicios de salud (puesto de salud, centro de salud, hospitales, jornadas médicas y otro personal de salud) con respecto a lactancia materna exclusiva?
- a) Si.....()
 - b) No.....()
12. ¿Sabe qué beneficios tiene el dar pecho para la madre?
- a) Si.....()
 - b) No.....()
- ¿Cuáles? _____

13. ¿Sabe qué beneficios tiene para su hijo el darle pecho?
 c) Si.....()
 a) No.....()
 ¿Cuáles? _____
14. ¿Qué tipo de alimentación durante los primeros seis meses le da o dio a su hijo?
 a) Sólo pecho (lactancia materna exclusiva).....()
 b) Pecho + agüitas (sustancial).....()
 c) Pecho + fórmula (mixta).....()
 d) Pecho + comida (complementaria).....()
 e) Sólo pacha (lactancia artificial).....()
 f) Otros _____
15. ¿Qué tipo de alimentación después de los seis meses le da o dio a su hijo?
 g) Sólo pecho (lactancia materna exclusiva).....()
 h) Pecho + agüitas (sustancial).....()
 i) Pecho + fórmula (mixta).....()
 j) Pecho + comida (complementaria).....()
 k) Sólo pacha (lactancia artificial).....()
 l) Otros _____
16. ¿Cree usted que dar pecho arruina la forma de su pecho?
 a) Si.....()
 b) No.....()
17. ¿Cree usted que su hijo se llena con darle sólo pecho?
 a) Si.....()
 b) No.....()
18. ¿Siente vergüenza al darle pecho a su hijo en público?
 a) Si.....()
 b) No.....()
19. ¿Le recomendó a usted alguien dar pecho?
 a) Si.....()
 b) No.....()
20. ¿Recomendaría usted dar pecho?
 a) Si.....()
 b) No.....()
21. ¿Conoce usted algunas prácticas que beneficien o perjudiquen que baje la leche?
 a) Si.....()
 b) No.....()
 ¿Cuáles? _____

22. ¿Ha tomado algo para estimular la salida de leche?
 a) Si.....()
 b) No.....()
 ¿Qué tomó? _____

FACTORES ANATÓMICOS

23. ¿Le bajo leche después de su parto o cesárea?

- a) Si.....()
b) No.....()

24. ¿Ha tenido o tiene alguna de las siguientes molestias durante el tiempo que le ha dado o dio de mamar a su hijo?

- ___ dolor de pecho (mastalgia) ___ inflamación del pecho (mastitis)
___ grietas en el pezón ___ lesiones en la piel de la mama (dermatitis)
___ congestión mamaria
___ absceso mamario (galactocele)

25. Con respecto a la pregunta anterior, ¿cree usted que alguna de estas molestias ha influido de manera negativa en el dar de mamar a su hijo?

- a) Si.....()
b) No.....()

FACTORES ECONÓMICOS

26. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

- : a) Analfabeta.....()
b) Primaria..... ()
d) Secundaria..... ()
e) Diversificado..... ()
f) Universitaria..... ()
h) Otra..... ()

27. ¿A qué se dedica?

- a) Ama de Casa()
b) Estudiante..... ()
c) Trabajadora (fuera de casa)..... ()
 c.1) Oficina..... ()
 c.2) En el campo..... ()
 c.3) Comerciante..... ()
 c.4) Maquilas ()
 c.5) Oficios domésticos en otras casas .. ()
 c.6) Otras, Especifique: _____

11.2 Consentimiento informado

Consentimiento Informado

Nosotros somos estudiantes del séptimo año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Estamos investigando sobre los factores asociados a la práctica de lactancia materna en madres de niños menores de un año. Le vamos a dar información e invitarla a participar en nuestro estudio. Por favor, deténganos según le informamos para darnos tiempo para explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede hacérselas cuando crea más conveniente.

La lactancia materna es una práctica mediante la cual el recién nacido y el niño durante los primeros meses de vida reciben su alimento directamente del seno materno, es considerada como el mejor alimento ya que contiene aproximadamente 248 componentes como los carbohidratos, lípidos, proteínas, vitaminas y otras sustancias que la hacen el alimento ideal para el niño y que sirven de base para un adecuado crecimiento y desarrollo.

De aquí la insistencia en que la lactancia materna se mantenga los primeros meses de vida porque al aportarle al niño los elementos que esta contiene es menos probable que padezca de enfermedades tanto a corto como a largo plazo.

Estamos invitando para este estudio a mujeres mayores de 18 años de edad, que asistan a la consulta externa de las periféricas de zona 11, zona 5, Villa Nueva, Sacatepéquez y Escuintla para establecer los factores asociados a la práctica de lactancia materna en madres de menores de un año y así establecer si las madres practican o no lactancia materna, y si esta se ve influenciada por factores externos (sociales, económicos, culturales y biológicos). Con ello se busca contribuir en la institución a implementar acciones de promoción de dicha práctica.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar como si no, continuarán todos los servicios que reciba en esta institución (o clínica) y nada variará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún cuando haya aceptado antes.

El procedimiento que se llevará a cabo en su persona es el siguiente: se le realizará una encuesta guiada que consiste de veintisiete preguntas, las cuales nos servirán para establecer que factores influyen en la práctica de la lactancia materna. Con éstas encuestas se tabulará la información y se establecerá relación entre los diferentes factores asociados.

He sido invitada a participar en la investigación "Factores asociados a la práctica de lactancia materna en madres de menores de un año". Entiendo que se me realizará una encuesta de 27 preguntas.

He leído y comprendido la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se he contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____ Fecha: _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre del investigador: _____

Firma del Investigador: _____ Fecha: _____

11.3 Tablas de 2 x 2

Factores anatómicos

Factor anatómico: Influyeron las molestias	Práctica de lactancia materna		Total
	SI	NO	
Si	44	13	57
No	170	20	190
Total	214	33	247

Nota: No aplica a madres que no practican la lactancia materna

Factores sociales

Factor social: etnia	Práctica de lactancia materna		Total
	SI	NO	
Indígena	55	5	60
No indígena	243	48	291
Total	298	53	351

Nota: 2 personas indicaron no saber su etnia

Factor social: Antecedente de lactancia materna	Práctica de lactancia materna		Total
	SI	NO	
No	12	5	17
Si	197	22	219
Total	209	27	236

Nota: No aplica a madres primíparas

Factor social: residencia	Práctica de lactancia materna		Total
	SI	NO	
Rural	197	32	229
Urbano	103	21	124
Total	300	53	353

Factor Social: Charlas sobre lactancia materna	Práctica de lactancia materna		Total
	SI	NO	
Si	133	22	155
No	167	31	198
Total	300	53	353

Factor Social: Deformación de las mamas	Práctica de lactancia materna		Total
	SI	NO	
No	220	42	262
Si	80	10	90
Total	300	52	352
Nota: No aplica a madres que nunca dieron de mamar			

Factor Social: Se llena su bebé	Práctica de lactancia materna		Total
	SI	NO	
No	159	30	189
Si	141	22	163
Total	300	52	352
Nota: No aplica a madres que nunca dieron de mamar			

Factor Social: Le recomendaron	Práctica de lactancia materna		Total
	SI	NO	
Si	245	45	290
No	55	8	63
Total	300	53	353

Factor Social: Tomó algo para estimular la eyección láctea	Práctica de lactancia materna		Total
	SI	NO	
No	115	23	138
Si	185	29	214
Total	300	52	352
Nota: No aplica a madres que nunca dieron de mamar			

Factores biológicos

Factor biológico: edad materna	Práctica de lactancia materna		Total
	SI	NO	
Adultas Jóvenes	26	3	29
Adultas	274	50	324
Total	300	53	353

Factor biológico: paridad	Práctica de lactancia materna		Total
	SI	NO	
Múltiparas	206	27	233
Primíparas	94	26	120
Total	300	53	353

Factor biológico: tipo de parto	Práctica de lactancia materna		Total
	SI	NO	
Cesárea	134	32	166
Vaginal	166	21	187
Total	300	53	353

Factor biológico: complicación durante el parto	Práctica de lactancia materna		Total
	SI	NO	
SI	90	24	114
NO	210	29	239
Total	300	53	353