

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
SECRETARÍA DE GRADUADOS
MAESTRÍA EN SALUD MATERNO INFANTIL**

**CAUSAS POR LAS CUALES LOS NIÑOS
MENORES DE 2 AÑOS NO RECIBEN LACTANCIA
MATERNA PARCIAL. CENTRO DE SALUD
BARRANQUITAS OESTE. SANTA FE. AÑO 2012.**

INFORME FINAL

**Autor:
Lic. JUAN BERNARDO SARTORI**

**Director:
Mgter Lic. JOSÉ MARTÍN OLIVA**

CÓRDOBA, AGOSTO 2014

Dedicado a mis padres Juan Carlos y Stella Maris y a mis amigas Andrea, Carina y Mercedes de quienes he recibido apoyo y estímulo incondicional, sin ellos muchas cosas no tendrían sentido para mí.

**“LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS (UNC) NO SE HACE SOLIDARIA
CON LAS OPINIONES DE ESTA TESIS.” (RHCD N° 53/02 Y RHCS N°
195/02)**

Agradezco la colaboración de mis colegas del Centro de Salud “Barranquitas Oeste”, al Comité de Lactancia Materna del Hospital J.B. Iturraspe y al valioso compromiso del Mgter. Lic. José Martín Oliva.

RESUMEN

Título: “Causas por las cuales los niños menores de 2 años no reciben lactancia materna parcial. Centro de salud Barranquitas Oeste. Santa Fe. Año 2012”.

Autor: Sartori, Juan Bernardo

RESUMEN

Objetivo: conocer las causas por las cuales los niños menores de 2 años no reciben lactancia materna parcial.

Material y Método: se trabajó con todas las madres de niños menores de 2 años que no recibieron lactancia materna parcial en el Centro de salud Barranquitas Oeste de la ciudad de Santa Fe durante el año 2012.

Conclusiones: las causas para que los niños menores de 2 años no reciban lactancia materna parcial que influyeron negativamente fueron: Edad gestacional, Peso al nacer, Nivel de instrucción materno, Edad materna, Tipo de parto, Falta de apoyo familiar a la madre e Información en lactancia materna.

No influyen: Conocimiento en lactancia materna, Problemas psicoemocionales maternos, Problemas en las mamas de la madre, Sexo del niño y Falta de apoyo institucional a la madre.

Sugerencias: Para futuros trabajos de investigación en lo referente a causas de no amamantamiento en niños menores de 2 años, agregar y utilizar otras variables no presentes en éste informe, como por ejemplo: ocupación de la madre, paridad de la madre, antecedentes previos en amamantamiento, dificultad o enfermedad del niño, etc.

Hacer otros cruzamientos de las variables presentadas en este informe, ya que mayormente se observó que no hay asociación entre las mismas.

Tener en cuenta que resultaron muy útiles investigar sobre edad gestacional al nacer del niño, peso al nacer del niño, nivel de instrucción y edad maternas para seguir aplicándolo en otras investigaciones.

Sugerir que en las maternidades y centros de salud de Atención Primaria, se conserve por todos los medios la lactancia natural al primer momento del nacimiento, ya que en caso de requerirlo las facilidades para volver a lactar son significativamente mayores. De todas formas, en la ciudad de Santa Fe la lactancia materna es una de las políticas primordiales en los servicios de obstetricia, neonatología y pediatría.

ABSTRACT

Objective: to know the reasons why children under 2 years do not receive partial breastfeeding.

Material and Methods: We worked with all mothers of children under two years who received partial breastfeeding in the health center Barranquitas west of the city of Santa Fe in 2012.

Conclusions: The causes for children under 2 years do not receive partial breastfeeding that influenced negatively were: gestational age, birth weight, level of maternal education, maternal age, type of delivery, lack of family support to the mother and Information breastfeeding.

No influence: Knowledge breastfeeding, maternal psycho-emotional problems, problems in the breast of the mother, child sex and lack of institutional support to the mother.

Suggestions: For future research regarding causes of not breastfeeding in children under 2 years add and use other variables not present in this report, such as: occupation of mother, parity of the mother, previous history in breastfeeding difficulty or child's illness, etc.

Make other crossings of the variables presented in this report, as it mostly was observed no association between them.

Keep in mind that proved very useful research on gestational age at birth of the child, the child's birth weight, maternal education level and to continue to apply in other investigations age.

Suggest that in maternity hospitals and health centers of Primary Care, is preserved by all means breastfeeding at first birth, since if required facilities for breastfeeding again are significantly higher. Anyway, in the city of Santa Fe breastfeeding it is one of the primary policies on services of obstetrics, neonatology and pediatrics.

Promocionar la práctica de la lactancia materna a toda la población de mujeres embarazadas que concurren a control obstétrico a los centros de atención primaria y hospitales públicos, además de acompañar a todas aquellas madres con niños menores de 2 años que concurren a los servicios para el control integral de salud del niño, de modo de asegurar y garantizar el comienzo y seguimiento de este tipo de alimentación. Buscar soluciones concretas y prácticas frente a la aparición de posibles problemas en la madre que lleven a un no inicio, supresión, destete precoz, abandono y/o fracazo de la lactancia materna.

Difundir el presente estudio a nivel del equipo de salud interdisciplinario de los centros de Atención Primaria para la Salud, para generar concientización y compromiso con la lactancia materna y proponer una comisión para estudios y asesoramientos a los profesionales y comunidad sobre la temática.

Sería conveniente que esta investigación sobre el problema presentado, se aplicase en todos los centros de salud de Atención Primaria para la Salud de la ciudad de Santa Fe, para conocer las causas por las cuales los niños menores de 2 años no reciben lactancia materna.

Evaluar en el tiempo, como influye la evolución de este impacto en lactancia materna desde el nacimiento hasta por lo menos los 2 años de vida de los niños, en las distintas comunidades de los centros de salud de la ciudad de Santa Fe.

Revisar programas en perinatología para elaborar proyectos y ejecutar acciones sólidas tendientes a la promoción de la lactancia materna desde la etapa preconcepcional

Promote the practice of breastfeeding entire population of pregnant women attending obstetric care to primary care centers and public hospitals, in addition to accompany all those mothers with children under two years attending services for integrated control of child health, so to ensure and guarantee the start and monitoring of this type of food. Search concrete and practical measures against the occurrence of possible problems in the mother with a no start, deletion, early weaning, neglect and / or breastfeeding fracazo solutions.

Spread the present study interdisciplinary team level health centers Primary Care Health, to generate awareness and commitment to breastfeeding and propose a commission for studies and advice to professionals and community on the subject.

Would be appropriate for this research on the problem presented, it is applied in all health centers Primary Care for Health of the city of Santa Fe, to know the reasons why children under 2 years are not breastfed.

Assess over time, as influences the evolution of this impact on breastfeeding from birth to at least 2 years of life of children in the communities of health centers in the city of Santa Fe.

Review programs in perinatology to develop and implement projects aimed robust actions to promote breastfeeding from the preconception stage.

ÍNDICE

Detalle	Pág
Introducción	7
Marco teórico	13
• Conceptos generales sobre lactancia materna	13
Fundamentos de la lactancia materna. Fisiología	13
Ingredientes de la leche materna	17
Cambios en la composición de la leche	21
Beneficios reconocidos	23
Impactos sobre las enfermedades infecciosas	24
Impactos en las enfermedades no infecciosas	26
Impacto inmunológico y antialérgico	26
Impacto sobre la inteligencia y el neurodesarrollo	26
Beneficios económicos cuantificables	27
Factores biológicos y socioculturales que influyen en el amamantamiento	28
• Todas las madres pueden amamantar a sus bebés	39
• Situación actual internacional	41
• Contexto nacional	42
• Identificación de variables	44
• Definición de términos	46
Objetivo de la investigación	51
Hipótesis	51
Material y métodos	53
• Población	53
• Técnica e instrumento de recolección de datos	54
• Técnicas de procesamiento de datos	54
Resultados – Discusión	55
Conclusiones – Sugerencias	98
Bibliografía	105
Anexos	108

INTRODUCCIÓN

Esta investigación se refirió a las Causas por las cuales los niños menores de 2 años no recibieron lactancia materna parcial; dado que hubo un alto número de niños menores de 2 años no alimentados con lactancia materna en la comunidad del centro de salud Barranquitas Oeste de la ciudad de Santa Fe durante el año 2012.

Los objetivos de la investigación fueron conocer las causas por las cuales los niños menores de 2 años no recibieron lactancia materna parcial y conocer también, las características de la población de madres y de sus niños menores de 2 años que no recibieron lactancia materna parcial. .

Motivó al autor el hecho de que la lactancia materna ha sido la forma de alimentación más segura para el ser humano en toda su historia. Esta leche es la única que asegura al niño pequeño una alimentación adecuada, es estéril y se mantiene a temperatura adecuada; le protege de las infecciones gastroentéricas y respiratorias disminuyendo la morbilidad y mortalidad infantil.

Proporciona además, la oportunidad para la formación de los lazos afectivos entre madre e hijo lo que constituye la base de la seguridad e independencia futuras del niño.

Al ser la lactancia un acto fisiológico instintivo, herencia biológica natural adaptativa de los mamíferos específica de cada especie, llama mucho la atención el hecho paradójico del abandono de su práctica en el ser humano. La alimentación del bebé comienza a depender de los criterios de quienes lo alimentan, que generalmente consideran a la alimentación como un acto de

amor y así surge el temor de que aquello que le sea ofrecido al niño sea insuficiente.

La gran diversidad de tipos de leche y de sus derivados industriales, así como su amplia comercialización, han conspirado contra la lactancia natural, conjuntamente con factores socioculturales, lo cual ha motivado la campaña a nivel mundial para la recuperación de la misma. Una de las causas de la disminución de la lactancia materna ha sido que, en algunas instituciones de salud se han desarrollado rutinas y prácticas que son perjudiciales para éste procedimiento natural, tales como: la separación del binomio madre y el recién nacido luego del parto, el uso de biberón y agua, y el establecimiento de un horario de alimentación rígido. Cada año hasta un 55% de las muertes de lactantes son debidas a enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, lo que pudiera deberse a prácticas inapropiadas de alimentación, ya que menos del 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los seis primeros meses de vida, y que con frecuencia, las prácticas de alimentación complementaria son inoportunas, inapropiadas e insalubres.

Se utilizó como fuente de información: a) secundaria por la revisión de Historias Clínicas de los niños menores de 2 años que no recibieron lactancia materna detectados en el Centro de salud Barranquitas Oeste de la ciudad de Santa Fe durante el año 2012, y b) primaria por las encuestas que se les realizaron a las madres de esos niños.

La teoría en donde se encuadró el problema de esta investigación fue que la práctica de la lactancia materna aunque sea parcial resulta un recurso renovable, cuanto más dá de lactar la madre, más tiene, por lo que produce innumerables beneficios ecológicos y sociales.

Las madres que amamantan, en sentido general, originan menos gastos debidos a las enfermedades que evitan (medicamentos, internaciones, estudios, aparatos de ortodoncia, entre muchos otros), menos gasto de energía

utilizada para la preparación de biberones, menores costos en consultas, menor ausentismo laboral y disminución de la morbi-mortalidad infantil.

Las madres y los bebés forman una unidad biológica y social inseparable, y la salud y la nutrición de unas no pueden separarse de la salud y la nutrición de los otros. En muchos lugares del mundo, la prevalencia y la duración de la lactancia materna exclusiva en sus primeros 6 meses de vida son aún bajas y ello resulta preocupante. No obstante, son muchas las madres que inician la lactancia parcial o solo artificial a partir del concepto erróneo de que su leche no satisface al bebé, no pocas veces inducidas a ello por miembros del equipo de salud.

Los factores socio-ambientales y culturales negativos posibles de las madres adolescentes, aumentan el riesgo de niños con problemas, por lo que la lactancia en este grupo es un aspecto que tiene especial importancia en la reducción del riesgo que sufre potencialmente su hijo.

La problemática parece ser multifactorial, entonces resulta necesario pensar en la asociación entre factores demográficos, sociales, culturales, económicos, biológicos y psicológicos, y cuáles entre ellos podrían constituir un riesgo para el no inicio, abandono y destete precoz de la lactancia materna antes de los 2 años de vida de los niños.

Antecedentes

Luego de consultar trabajos de investigación que existen en relación al tema y problema planteados en buscadores para ciencias de la salud en internet, se encontraron los siguientes:

- VELIZ GUTIÉRREZ, José Ángel: “Identificación de factores vinculados a la práctica de la Lactancia Materna hasta los 2 años de edad”. Policlínico Hermanos Cruz. Pinar del Río. Año 2006. Rev. Cubana. Sociol. V.5 n.9. La Habana. Jul. /dic.2007. La lactancia materna hasta los 24 meses de edad, mostraba en el año 2006 en los Grupos de madres adolescentes y jóvenes adultas del Policlínico “Hermanos Cruz” de Pinar del Río –Cuba, una baja prevalencia. Mientras que la edad materna y el grado de escolaridad sí mostraron relación con el tiempo de amamantamiento, el estado de conocimiento e información de las madres acerca de la lactancia materna, el parto eutócico y la menor estadía hospitalaria también fueron condiciones favorables para la duración corta de la lactancia. Las madres cuyo estado emocional era evaluado de regular o malo, fueron las que no lactaron. Y aunque el tipo de familia a la que pertenecían no se correlacionaba con el tiempo de duración de la lactancia materna, el funcionamiento familiar resultaba importante para lograr esta. El apoyo familiar resultaba en parte definitorio para la mayor durabilidad de la misma.

De este trabajo se tomó como utilidad parte del marco teórico para el diseño de la presente investigación.

- CAMARGO FIGUEROA, Mario Alberto: “Factores asociados al abandono de la lactancia materna”. Hacia la Promoción de la Salud, V.16 n.1. Bucaramanga, Colombia. Enero-junio 2011. Se presentó una alta incidencia de abandono de la lactancia materna durante el primer año de vida del infante. Esto permitió identificar como factores asociados a dicho abandono, los diferentes conocimientos sobre lactancia materna, la información brindada por el personal de salud, el estrato socioeconómico bajo y el uso de biberón durante ese

período de tiempo. A pesar de las limitaciones mencionadas, estos factores han sido consistentes con lo reportado en estudios previos, y sirvieron para caracterizar la población vulnerable en el tema de la práctica de la lactancia materna hasta el primer año de vida. Se utilizó éste trabajo como base para el marco teórico.

- MARTÍNEZ, Miguel Richart: “Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida”. Revista médica de Chile vol.132 n.2. Santiago. Mayo-junio 2010. El éxito de la lactancia materna está muy vinculado a la existencia de una experiencia positiva anterior, por lo que para priorizar los recursos de apoyo profesional debería tenerse en cuenta al grupo de madres sin experiencia anterior en lactancia materna o con una experiencia anterior negativa; la provisión de información adecuada puede ser un factor protector de la lactancia materna y debería ser accesible especialmente para madres con menor nivel de estudios o con un acceso más difícil a la información necesaria. Las intervenciones de apoyo a la lactancia materna durante el posparto deberían incluir el control de rutinas hospitalarias tales como el uso de chupetes y la administración de suplementos de lactancia artificial no médicamente indicados que pueden influir en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva. Se utilizó éste trabajo como base para el marco teórico.

Esta investigación se realizó con todas las madres de niños menores de 2 años que no recibieron lactancia materna parcial en el Centro de salud Barranquitas Oeste de la ciudad de Santa Fe durante el año 2012.

La misma se presentó en tres capítulos: en el primero de ellos se presentó al marco teórico el cual sirvió de referencia, se describieron e identificaron las variables con sus respectivas definiciones y la operacionalización de las mismas. En una segunda parte se detallaron las estrategias metodológicas utilizadas para llevar a cabo la investigación, explicitando la población, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, como así también las técnicas

de procesamiento de los mismos. En su tercera parte se presentaron los datos recogidos y ordenados en tablas frecuenciales simples y de contingencias con sus correspondientes análisis e interpretación de datos, los que generaron las discusiones pertinentes.

MARCO TEÓRICO

Conceptos generales sobre lactancia materna.

La leche humana es el alimento indicado para el recién nacido y debe constituir el primero que él recibe. Un principio fundamental para la buena salud del lactante, es que disfrute de una alimentación adecuada. La leche materna cubre los elevados requerimientos energéticos que el crecimiento exige y el complejo funcionamiento que el desarrollo imprime. Lo más idóneo es la leche materna, como para todo mamífero es la de su propia especie. Durante la mayor parte de la historia de la humanidad casi todas las madres han alimentado a sus niños de forma normal, natural y sin aspavientos: amamantando. Casi todas las sociedades tradicionales del mundo han tenido un excelente conocimiento local sobre la lactancia, aunque las prácticas han variado de una cultura a otra.

Cada vez se reconoce más ampliamente que toda madre tiene el derecho de amamantar a su bebé y que cada niño tiene el derecho de recibir leche materna. Cualquier obstáculo en la alternativa de recibir leche materna es un incumplimiento de éstos derechos; aunque en la mayoría de los países haya muchos bebés que no reciban leche materna o que la reciban durante un período relativamente corto.

I.1 Fundamentos de la lactancia materna. Fisiología.

Estudiar la estructura y el funcionamiento de las glándulas mamarias, además de añadir un nuevo motivo para admirar la naturaleza, permite comprender el sentido de las normas que ayudan a hacer posible la lactancia materna.

Las glándulas mamarias están formadas por multitud de racimos constituidos por pequeños sacos llamados alvéolos mamarios, cuyas paredes se hallan tapizadas por las células encargadas de la producción de leche.

Desde ellos, la leche es conducida a través de unos conductos que van confluyendo hasta llegar a la altura de la aréola, en donde, antes de abrirse en la punta del pezón, se ensanchan formando una especie de remansos, llamados senos galactóforos, en los que se almacena una pequeña cantidad de leche, lista para ser exprimida y succionada por el niño. Aunque los alvéolos mamarios productores de leche ya están funcionando desde el quinto mes de la gestación, es el parto lo que desencadena su plena activación. Al expulsarse la placenta, cae el elevado nivel de estrógenos propio del embarazo y cesa el freno que estas hormonas ejercitan sobre la acción de la prolactina. Esta hormona producida por la hipófisis, estimula entonces los alvéolos mamarios, y es la principal responsable de la subida de la leche que tendrá lugar entre dos y cuatro días después.

Para que el pecho siga funcionando más allá de ese primer impulso, es preciso que se mantengan altos niveles de prolactina, lo cual se consigue en parte debido a que la succión del pezón produce un reflejo que induce a la hipófisis a liberar dicha hormona, pero sobre todo gracias al vaciado completo y frecuente del pecho.

Por más que la prolactina estimule los alvéolos mamarios, es preciso que la leche producida por ellos en la profundidad de las glándulas mamarias lleguen cerca de la superficie para que el bebé sea capaz de sacarla, y ello se logra por la acción de otra hormona, la oxitocina, liberada también por la hipófisis y también en respuesta refleja a la estimulación del pezón, que contrae los alvéolos mamarios y obliga a la leche a salir a través de los conductos y llegar hasta los senos galactóforos, lo que se conoce como reflejo de eyección.

La oxitocina provoca también una beneficiosa aunque molesta contracción del útero, siendo la responsable de los característicos “entuetos” que se presentan al inicio de la lactancia.

Para poder obtener esa leche, es decir, para una succión eficaz, el bebé no sólo ha de chupar, sino que debe a la vez exprimir los senos galactóforos presionándolos rítmicamente con su lengua, y de ahí la necesidad de que no tome el pezón por la punta sino que se lo introduzca profundamente en la boca y que pueda cubrir con ella la mayor superficie posible de la aréola.

El vaciado del pecho no sólo estimula la glándula mamaria al provocar la liberación de prolactina, sino también porque la leche contiene una sustancia que frena su propia producción y cuanto más completamente sea eliminada con un buen vaciado de la mama, más leche se elaborará. La succión y la prolactina son importantes al principio de la lactancia, pero a partir de las dos semanas, influye más el vaciado frecuente y completo de los pechos.

De este modo, la producción de leche, desencadenada por el parto, pero mantenida por la succión y sobre todo por el vaciado, se podría prolongar indefinidamente, ajustando siempre la oferta a la demanda, pues cuanto más a menudo y completamente se vacíen los pechos, mayor será la cantidad de leche que producirán.

Finalmente, las conexiones que existen entre la hipófisis y la sustancia gris de la corteza cerebral explican la influencia de los factores psicológicos sobre la glándula mamaria. Al ver u oír al bebé reclamando alimento, la hipófisis de la madre puede reaccionar segregando oxitocina y, en sentido contrario, la ansiedad y el cansancio inhiben la liberación de prolactina. De ahí que la emoción del encuentro con el hijo recién nacido y el placer del contacto físico piel a piel contribuyan al éxito de la lactancia materna.

En la composición de la leche materna están presentes todos los grupos de nutrientes (proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales), aunque existen variaciones cualitativas y cuantitativas que la diferencian de una especie a otra. Es por ello que ninguna leche puede sustituir la leche de la propia madre en ninguna especie de mamíferos. Esto es válido por supuesto para el hombre.

Aunque el carácter único y superior de la leche materna para la alimentación del bebé es reconocido universalmente, la práctica de la lactancia materna ha sufrido altibajos en los últimos 100 años en que comenzaron a comercializarse los sucedáneos de la leche humana a causa del desarrollo tecnológico de la industria alimentaria.

Pese a la evidencia de que en los niños amamantados, los índices de morbilidad y mortalidad eran más bajos que en aquellos que se alimentaban con biberón, la ofensiva de las compañías productoras de las fórmulas lácteas produjo una sensible reducción en la prevalencia y duración de la lactancia natural. UNICEF y la OMS han planteado que la lactancia materna es parte integral del proceso reproductivo, la forma natural e ideal de alimentar al bebé y la base biológica y emocional única para el desarrollo del niño junto con sus otros efectos importantes en la prevención de infecciones, en la salud y bienestar de la madre, en el espaciamiento de los nacimientos, en la salud de la familia, la convierte en un aspecto clave de la seguridad en sí mismo, por tanto es una responsabilidad de la sociedad promover la lactancia materna y proteger a las gestantes y madres que lactan de cualquier influencia que pueda interrumpirla.

El primer año de la vida postnatal se caracteriza por el rápido incremento de la masa corporal, el cambio proporcional de sus componentes, el rápido desarrollo esquelético y el activo proceso de maduración. Al finalizar el primer año, el bebé habrá incrementado su longitud en un 50%, su peso corporal se habrá triplicado, y la circunferencia cefálica alcanzará

aproximadamente el 88% de su magnitud final; estando todo lo anterior en dependencia de que el niño haya recibido Lactancia Materna Exclusiva en sus primeros seis meses de vida y continuada hasta el segundo año de vida combinada con otra alimentación. (4)

La Organización Mundial de la Salud define a la nutrición como el “proceso mediante el cual los organismos vivos aprovechan los alimentos para el mantenimiento de la vida”. Una de las mayores prioridades del milenio anterior y del actual es lograr que todas las mujeres tengan la oportunidad de alimentar a sus hijos exclusivamente dándoles el pecho en los primeros seis meses de vida y continuado hasta los dos años de edad. Además de su valor nutricional directo, el amamantamiento previene de infecciones y contribuye a la salud de las mujeres al reducir el riesgo de cáncer mamario y ovárico, aumentando asimismo el espacimamiento entre embarazos. (6)

I.2 Ingredientes de la leche materna.

La leche humana es una solución de proteínas, lactosa, minerales y vitaminas hidrosolubles. Es también una emulsión de grasas y vitaminas liposolubles. Tiene un ph promedio de 7.0, densidad de 1.030 y valor energético promedio de 700 calorías por litro. Su osmolaridad es semejante a la del plasma sanguíneo y está alrededor de 290 miliosmol /litro.

Al final del embarazo y durante los primeros 5 a 7 días posparto, se secreta el calostro. Las cantidades oscilan entre 10 a 40 ml, durante los primeros 3 días, llegando a 250 ml entre el 5º y 6º día. El calostro es un líquido amarillento debido a la gran cantidad de beta carotenos que contiene. Su densidad es de 1.040 a 1.060, la concentración proteínica es 2 a 5 veces mayor que la de la leche madura. El calostro contiene gran cantidad de anticuerpos especialmente Inmunoglobulina A que disminuye rápidamente del 1º al 4º día de la lactancia, para continuar en esos mismos niveles durante un año. Posee efecto laxante que puede hacer evacuar al niño 6 a 8 veces al día,

y compuestos lipoprotéicos que facilitan la proliferación del *Lactobacillus bifidus*.

La leche transicional, producida durante la segunda y tercera semanas de la lactancia es más parecida en su composición a la leche madura, de la que se diferencia por su contenido ligeramente mayor de proteínas, cenizas, grasas y lactosa.

Proteínas

Las proteínas de la leche humana, cuyo contenido es de los más bajos observados en todos los mamíferos, están constituidas por las caseínas y las proteínas del suero.

Una vez que se ha formado el coágulo de la leche queda un líquido denominado suero, en el que se encuentran otro tipo de proteínas como la albúmina sérica y la alfa-lactoalbúmina.

Además de estas proteínas, la leche humana contiene lactoferrina, lisozima, inmunoglobulinas y pequeñas cantidades de glicoproteínas. En contraste con la leche de otros mamíferos, la humana no tiene beta-lactoglobulina.

Grasas

La grasa de la leche humana proporciona alrededor del 50% de su valor calórico total y por lo tanto es el mayor componente energético. Sirve como vehículo de las vitaminas liposolubles A, D, E y K e interviene como un factor de saciedad durante el amamantamiento.

La concentración de grasa es de 4.5 gramos por 100 mililitros, y muestra amplias variaciones que dependen de la magnitud de los depósitos de la misma en la madre y del tipo depositada. La concentración de la leche

cambia también con la cantidad y composición de las grasas de la ingesta, así como la proporción de carbohidratos consumidos por día.

El ácido linoleico, cuya proporción puede variar de 1 a 45 % de los ácidos grasos totales dependiendo de la dieta ingerida, es el único ácido graso esencial, y se considera que debe estar presente en cantidad mínima de 110 miligramos por cada 100 calorías de la dieta o constituir el 1% de las calorías totales.

Carbohidratos

La lactosa proporciona alrededor del 40 % del valor energético de la leche humana, influencia el tipo de flora intestinal del niño que la consume y al parecer favorece la absorción intestinal del calcio y otros minerales.

Vitaminas

En términos generales puede afirmarse que el contenido de vitaminas hidrosolubles de la leche humana está en relación directa con el contenido vitamínico de los alimentos consumidos diariamente por la madre.

Los requerimientos de vitamina "E" están en relación con la cantidad total de ácidos grasos poli-insaturados ingeridos de manera que a mayor cantidad de ingesta de éstos se requiere también mayor cantidad de vitamina "E" para su peroxidación.

La leche materna no provee de cantidades recomendadas de vitamina K ni en el feto ni en el lactante, por lo que al igual que en los niños alimentados con leche de vaca o fórmulas, se requiere suplemento de un miligramo de ésta vitamina, inyectado por vía intramuscular al momento de nacer o bien 5 miligramos intramuscular a la madre al inicio del parto para normalizar el tiempo de protrombina alargado que habitualmente se observa en los neonatos.

La vitamina C es capaz de ser sintetizada por el tejido mamario. Sus niveles muestran variaciones estacionales que reflejan el cambio de ingestión por parte de la madre de los alimentos con diversos contenidos de ácido ascórbico que se encuentra alrededor de 20 miligramos por litro de leche humana.

Minerales

Minerales	Miligramos / litro
Calcio	340
Fósforo	140
Potasio	510
Sodio	170
Magnesio	30
Azufre	140
cloro	340
Hierro	300 a 500

La ingesta diaria de calcio y fósforo no correlaciona con sus concentraciones en la leche, lo que puede significar que éstos minerales, implicados en el metabolismo óseo principalmente, deben ser tomados de la reserva materna o que la ingestión materna tiene un tope máximo de asimilación, pasado el cual se excreta el excedente.

Se ha estimado que un niño recién nacido eutrófico, tiene acumulados 75 miligramos de hierro por kilogramo de peso, lo que hace que sus necesidades queden cubiertas durante los 4 a 5 primeros meses de vida. Tradicionalmente, se ha reportado que la leche humana tiene aproximadamente 300 a 500 microgramos de hierro por litro, con valores extremos de 100 a 5.000 microgramos.

Las concentraciones de hierro en la leche humana están por debajo de las recomendaciones dietéticas, pero como ya se anotó previamente, el hierro de la leche humana se absorbe y se retiene mucho más fácilmente que el de otras fuentes. Tanto por la reserva de hierro del niño como por la facilidad de absorción, es innecesaria la introducción de éste mineral durante los 3 primeros meses de la lactancia en condiciones normales, pero sí está recomendado a partir del cuarto mes de vida como suplemento según Consenso de Anemia de la Sociedad Argentina de Pediatría.

I.3 Cambios en la composición de la leche.

La leche materna no siempre tiene la misma composición, sino que varía según:

- La edad del niño amamantado, puede ser calostro o leche madura.
- Se trate de la leche de comienzo de la mamada o del final de la misma.
- Se trate de que el niño sea un niño prematuro o un niño a término.

Calostro y leche madura:

La secreción de los pechos durante los primeros días después del parto es amarilla y más espesa que la leche madura y contiene más anticuerpos y más leucocitos, los cuales se encuentran en una composición muy alta. Esto es exactamente lo que el niño necesita en este momento, ya que al nacer se va a encontrar rodeado de muchos virus y bacterias contra los cuales necesita ser protegido. Normalmente, el recién nacido viene con reservas alimenticias y líquidas suficientes para que pueda esperar todo el tiempo que la leche tarde en bajar, excepto en algunos niños con riesgo.

A lo largo de las semanas que siguen al parto, aumenta la cantidad de leche que la madre produce, y la apariencia y composición de esta cambia. Se vuelve menos espesa y comienza a verse azulosa y aguada. A pesar de su

aspecto, la leche madura contiene todos los nutrientes que el niño necesita para crecer durante los primeros seis meses, sin recibir en lo posible nada más.

Estos nutrientes son de excelente calidad y en suficiente cantidad, para que el niño los siga recibiendo, junto con los alimentos complementarios, por un tiempo largo, si la madre y el niño así lo desean.

Algunas mamás, al comparar la leche madura con la leche de vaca y verla menos espesa, creen que su leche no les bastará a sus bebés y comienzan a darles suplementos. La mejor manera de convencerlas es lograr que sus bebés sean pesados con regularidad, idealmente por ellas mismas, para que así se den cuenta qué tan rápidamente y que tan sano está creciendo su niño.

Leche del principio y del final de la mamada:

La leche del comienzo es la que sale cuando el niño comienza a mamar. Tiene una apariencia acuosa y es de color azulado. Como tiene mucho agua, le calma la sed al niño; a la vez también es rica en proteínas, vitaminas, minerales y lactosa.

La leche del final de la mamada es más blanca que la del comienzo, debido a que tiene más cantidad de grasa. Esta hace, de la leche final, un líquido rico en energía, necesario para que el niño quede satisfecho y aumente de peso satisfactoriamente. Si se retira al niño del pecho muy pronto, este no obtendrá leche del final y no crecerá adecuadamente. Si se cambia a un niño muy rápidamente de un pecho a otro, sin que haya obtenido la leche del final, sino solamente la leche del comienzo, el exceso de lactosa recibido puede causarle intolerancia a esta, lo cual en algunos casos, puede ser responsable de los cólicos que algunos bebés presentan hacia los tres meses de edad.

Además, por su mayor contenido en grasa, la leche del final es rica en las vitaminas liposolubles A, D, E y K.

Leche de la madre del niño prematuro y del niño a término:

La leche de la madre de un niño prematuro en comparación con la leche de un niño a término contiene mayor número de defensas para luchar contra las infecciones, especialmente contra aquellas potencialmente fatales para el recién nacido prematuro, como la enterocolitis necrotizante y la meningitis neonatal. El contenido de proteínas, sodio, cloro y hierro es mayor en la leche de la madre de un niño prematuro, tal como este la necesita, que en la leche de una mamá con un niño a término. Por esta razón, es altamente recomendable darle únicamente leche materna a un prematuro.⁽²⁾

I.4 Beneficios reconocidos.

La práctica de la lactancia materna tiene beneficios reconocidos tanto para el bebé como para la madre y la sociedad en general, los que han sido demostrados desde hace muchos años, incluso siglos.

La leche materna ejerce en el bebé un gran efecto protector contra las enfermedades enterales, respiratorias, otitis, meningitis, enterocolitis y caries, entre otras. Entre las categorías de las no infecciosas el efecto se centra en la disminución de las enfermedades alérgicas, la diabetes mellitus, los linfomas y la malnutrición, ya sea por obesidad o desnutrición.

En la esfera psicoafectiva de los niños, niñas y la madre, la lactancia materna produce un impacto inigualable al facilitar el vínculo y apego madre e hijo, la adaptación social y un desarrollo psicomotor mejor que el de los lactantes alimentados con otras fórmulas. También se ha demostrado que los que no recibieron amamantamiento materno presentaron mayores problemas en su capacidad de atención y coeficiente de inteligencia, lo cual tiene una consecuencia muy perceptible en el trabajo escolar.

Con esta práctica, además de la relación psicológica con su hijo, la madre también recibe importantes beneficios fisiológicos. Los principales son los efectos anticonceptivos, la inhibición de las hemorragias post-parto, la disminución de la incidencia de osteoporosis, la disminución de la incidencia de cáncer de mamas y ovarios, incluso la disminución de los efectos secundarios de los dispositivos intrauterinos.

Los beneficios de la lactancia materna se manifiestan tanto en la conservación de la salud y su disfrute, como en la evolución y desenlace de las enfermedades adquiridas tanto en el niño como en la madre.

Todos los beneficios señalados se constatan en el transcurso de la etapa del lactante y posteriormente durante el período de crecimiento y desarrollo. Con una visión más amplia y a largo plazo se plantea que los mismos están relacionados con el nivel de adaptación y defensa del organismo para enfrentar la aparición de enfermedades crónicas.

Gracias a sus componentes, la leche materna no solo confiere al niño protección inmunológica; también reduce su contacto con otros alimentos, líquidos y utensilios del medio externo que pudieran estar contaminados, por lo que en este sentido la lactancia materna contribuye también a prevenir las consecuencias que esto pudiera traer para el niño, principalmente, las enfermedades diarreicas. (3)

I.5 Impacto sobre las enfermedades infecciosas.

Se conoce del gran beneficio de la leche materna para prevenir las enfermedades diarreicas agudas. Luego de las tantas evidencias y muchas otras no mencionadas como las realizadas en el año 2002 por UNICEF, no es casual el énfasis hecho en dicha práctica y así como el programa de control de enfermedades diarreicas y el de las inmunoprevenibles también, promovidos por la OMS han incluido como una de sus estrategias la promoción de la

lactancia materna, como una meta más para los programas nacionales de acción.

La otitis media es una de las enfermedades más comunes de la primera infancia. Estudios epidemiológicos demuestran que el 62% de los niños tiene como mínimo un episodio de otitis media y que el 17% reportan hasta tres episodios en su primer año de vida. Se ha demostrado que los niños alimentados a pecho exclusivo hasta el sexto mes y continuado hasta los 2 años de vida estuvieron más protegidos de estos episodios de otitis que aquellos que no recibieron lactancia materna aunque sea parcial.

Se ha identificado una variedad de componentes nutricionales en la leche humana, entre ellos los carbohidratos, que además de aportar energía favorecen la absorción de minerales que modulan el crecimiento bacteriano y previene la unión de determinadas bacterias a las células epiteliales a lo largo del tractus urinario lo que pudiera repercutir en la disminución de algunas infecciones. Otros autores concuerdan en que las infecciones genitourinarias tienen prevalencia mucho menor en niños alimentados con lactancia materna.

El bajo contenido de proteínas y minerales de la leche materna, en comparación con la leche de otros animales es muy importante para el funcionamiento renal, pues impide su sobreactividad en el lactante ante la supuesta ingestión de agua en cantidad insuficiente.

Hay grandes evidencias de la relación existente entre lactancia materna y los indicadores de morbilidad y mortalidad infantil. Desde una perspectiva epidemiológica, se calcula que anualmente una adecuada promoción de la lactancia natural podría salvar un millón de vidas infantiles en los países subdesarrollados y en desarrollo, si las primeras mamadas se realizaran durante el período sensitivo y la lactancia se estableciera en los primeros minutos después del parto, a libre demanda y sin complementos de ninguna índole durante los primeros seis meses de vida y continuándola hasta los 2 años o más.

I.6 Impacto en las enfermedades no infecciosas

Evidencias indican que la grasa contenida en la leche materna tiene una alta proporción de ácidos grasos insaturados, sobre todo el ácido linoleico, esencial para el crecimiento, y crea las bases para evitar el desarrollo de la aterosclerosis.

La disminución de la morbilidad por enfermedades no infecciosas como la diabetes mellitus, linfomas y afecciones dentales ha sido confirmada en los niños alimentados con lactancia materna.

La diabetes mellitus insulino-dependiente es una enfermedad autoinmune, promovida en edades tempranas de la vida por la ingesta de fórmulas basadas en la leche de vaca. Se sabe que la lactancia materna reduce el riesgo de desarrollar esta enfermedad, al igual que para el asma bronquial y muchas patologías alérgicas

I.7 Impacto inmunológico y antialérgico.

En la leche materna humana hay leucocitos en número considerable durante el final del embarazo y las primeras semanas de lactación. Estimulados por la presencia de virus, los linfocitos de la leche podrían producir interferón, sustancias muy importantes para la protección contra infecciones virales, ejemplo: bronquiolitis por virus sincicial respiratorio (VSR). También se ha comprobado que con la lactancia materna es menor la incidencia de afecciones alérgicas tanto de localización respiratoria como cutánea y digestiva.

I.8 Impacto sobre la inteligencia y el neurodesarrollo.

El impacto de la lactancia materna sobre el desarrollo de la inteligencia fue investigado entre otros, por Lucas y sus colaboradores, entre ellos uno de cohorte iniciado a los 18 meses de edad en 300 niños que fueron

seguidos hasta los 7 u 8 años, cuando se les aplicó la escala abreviada de inteligencia de Weschles. Encontraron que los que habían consumido leche materna en las primeras semanas de vida y continuaron largo tiempo, presentaron saldos significativamente mayores que los que no lo habían hecho.

Se conoce que una cuarta parte del cerebro humano está formado por ácidos grasos, entre los que se destaca el araquidónico (AA). Químicos del Reino Unido estudiaron la presencia de esos ácidos en el cerebro humano asociados a leches artificiales, a la de otros animales y a la leche de las mujeres, y concluyeron que sólo la leche materna provee el ácido graso esencial DNA (ácido desoxiribonucleico) necesario para el crecimiento normal del cerebro de los infantes.

A los beneficios ya señalados se suma la influencia que ejerce la lactancia materna en el crecimiento y desarrollo del bebé debido a la alta calidad nutricional de este alimento que contiene todos los nutrientes requeridos para su adecuada evolución, que en composición son los que mejor satisfacen las necesidades del lactante por sus niveles de proteínas, grasas, (ácidos grasos esenciales), lactosa, vitaminas A, D, C, E y K y minerales como calcio y hierro. Además se atribuye una concentración apropiada de electrolitos y agua, que de por sí satisfacen las necesidades de hidratación del lactante, aún en climas calurosos y húmedos.

I.9 Beneficios económicos cuantificables.

Desde este punto de vista, los primeros beneficios pueden ser considerados intangibles directos.

Cabe mencionar lo que algunos especialistas han denominado “el alto costo de la alimentación con biberón”, a partir de algunos ejemplos tomados de bibliografía internacional especializada:

- En Sierra Leona, el costo de la fórmula para alimentar un bebé equivale al 90% del salario mínimo.
- Si el 25% de las madres de Indonesia por ejemplo, suspendieran la lactancia materna, los gastos de tratamiento médico para enfrentar el total de los casos de diarreas representarían más de 40 millones de dólares, casi el 20% del presupuesto anual de salud del país.
- En los servicios de salud de Nueva York el costo total para alimentar a los bebés con biberón, durante los primeros seis meses y continuado hasta los dos años de edad es 15 veces mayor que el necesario para alimentarlos con leche materna.⁽¹⁾

I.10 Factores biológicos y socioculturales que influyen en el amamantamiento

La mayoría de las madres inicia la lactancia natural, aunque diversos factores biológicos, sociales, económicos y culturales han influido para que se produzca una caída en el porcentaje que lacta a sus hijos por el tiempo recomendado. La decisión de amamantar está fuertemente influida por la información acerca de la alimentación infantil adecuada que reciben las madres y por el apoyo físico y social proporcionado durante el embarazo, parto y puerperio. Las actitudes familiares, médicas y culturales, las condiciones económicas, presiones comerciales y las políticas y normas nacionales e internacionales, pueden favorecer o desincentivar la lactancia materna.

Los estudios sobre lactancia materna demuestran con toda probabilidad que la promoción de la lactancia materna exclusiva y parcial, continuada hasta los 2 años o más de edad, en contextos sociales, económicos y culturales diversos necesita que se comprendan los factores que influyen en muchas madres en la no utilización o práctica del amamantamiento.

I.10.1 Edad materna:

La mayoría de los autores coinciden en que durante los 20 a 34 años de edad es la etapa óptima para la concepción, pues la mujer ya ha completado su maduración biológica y social y está mejor preparada para la procreación, lo que no ocurre en las edades extremas de la vida. Estudios recientes reportan que las madres que menos lactan o directamente no lo hacen, fueron las de mayores de 35 años seguidas de las adolescentes. Existe general tendencia de no practicar la lactancia materna o solo practicarla por períodos cortos en las madres más jóvenes. La poca preparación y la inmadurez propia de esta etapa de la adolescencia, muchas veces, determinan el abandono precoz de la misma en este período de la vida. A medida que avanza la edad, la mujer va tomando conciencia de su rol de madre y aumentan las posibilidades de prolongar la lactancia materna. Amamantar en la adolescente, es un aspecto que tiene vital importancia en la reducción del riesgo que sufre potencialmente su hijo.

I.10.2 Estado psicoemocional materno.

Es importante durante el embarazo, parto, lactancia y en la crianza, en general, que exista una relación emocional satisfactoria entre madre e hijo. Los sentimientos y emociones son los que mejor van a guiar en esta y en cualquier etapa de la vida, sin confusión alguna. El post-parto es un momento en el cual muchas mujeres son vulnerables o se vulnerabilizan a la depresión y al estrés.

Los trastornos del ánimo pueden tener un efecto negativo sobre la forma en que las madres interactúan con sus bebés. La lactancia materna estimula la autoestima de la mujer, puesto que le demuestra que es capaz de proporcionar a su bebé alimento y salud.

Ningún factor es más importante que una situación mental feliz y relajada. Las preocupaciones y la tristeza son las formas más eficaces de disminuir o eliminar la secreción mamaria. El estado emocional puede influir en la lactancia materna de varias maneras, disminuyendo el flujo sanguíneo a las mamas y por consiguiente la secreción láctea, reduciendo la cantidad de la succión lo que disminuye la estimulación de la secreción de leche, adoptando rituales de la lactancia como por ejemplo exceso en la limpieza de los pezones, lo que ocasiona grietas y dolor sumado a si no están bien formados. También puede influir en la expulsión de la leche bloqueando el reflejo de “bajada de la leche” aún estando llenas las mismas.

I.10.3 Conocimientos e información de la madre sobre lactancia y nivel de instrucción.

Para que la lactancia materna se inicie y se establezca debidamente es preciso que durante el embarazo y el puerperio las madres cuenten con el apoyo activo, no solo de sus familiares y la comunidad, sino también de la totalidad del sistema de salud, y que los que se ponen en contacto con las futuras y nuevas madres, estén interesados en promover la lactancia natural y sean capaces de facilitar la información oportuna y poseer un buen conocimiento de cómo se mantiene la misma.

La educación que la madre recibe es fundamental para el buen éxito de la lactancia. Es preciso conocer bien, además de las ventajas y beneficios de la lactancia materna, los problemas o anormalidades posibles y sus soluciones, para acoger las observaciones maternas adecuadamente, ya que muchas veces son bien fundadas y manejadas correctamente, pero no deberían causar interrupción de la lactancia.

Los estudios demuestran que las madres que reciben información adecuada sobre lactancia materna y apoyo práctico, son menos susceptibles a experimentar ansiedad durante el período de lactancia.

El nivel de escolaridad adquirido por las madres (primario, secundario, terciario) completo o incompleto, puede estar relacionado con el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y su uso o implementación por ellas. Se plantea que el grado de escolaridad materna y la utilización de la lactancia natural son directamente proporcionales, por lo que es más duradera en madres de nivel terciario o universitario, lo que está relacionado con una mejor información y comprensión de las ventajas de este tipo de alimentación.

I.10.4 Apoyo y funcionamiento familiar e institucional.

Los padres o el personal de apoyo cumplen una función importante en la transmisión y conservación sobre la experiencia de lactancia materna. Pueden alentar a la madre a amamantar cuando esté cansada o desanimada. Pueden expresar su amor, aprobación y apreciación por el trabajo de la madre y por el tiempo que le dedica a la lactancia. También pueden ser buenos oyentes y comprender las necesidades de la madre y del bebé de facilitar la lactancia en las consultas de controles del niño, en el hogar o cuando estén de viaje. Todo este apoyo le ayuda a la madre a sentirse bien consigo misma y orgullosa de estar brindándole lo mejor a su bebé. Además, muchas personas sienten calidez, amor y relajación tan solo sentándose al lado de una madre y su bebé durante el amamantamiento. Los padres y el personal de apoyo pueden ayudar cuando la madre comience a destetar al bebé brindándole a la misma, contención emocional mediante el juego, los mimos, o dándole un biberón o una taza para que se extraiga leche.

Toda la familia y el personal de los equipos de salud (médicos, enfermeros, psicólogos, asistentes sociales, nutricionistas, fonoaudiólogos, kinesiólogos, etc) de las instituciones maternoinfantiles pueden organizarse y apoyar exitosamente la lactancia materna, asegurándose de que la madre reciba una adecuada nutrición y un reparador descanso mientras amamanta. En las sociedades no occidentales, el período post-parto está reconocido como un momento donde las madres son particularmente muy vulnerables.

Finalmente, cuando las mujeres tienen sobrecarga de trabajo, tanto pagado como no pagado, o cuando las mujeres reciben menos alimentación y descanso que otros miembros de la familia, la lactancia materna se hace difícil. Para apoyar a estas madres, todas las familias necesitan, de manera consciente, enfrentar estas desigualdades y asumir responsabilidades.

Los hombres juegan un importante papel en ayudar a cambiar estas condiciones y en cambiar sus propias actitudes hacia la lactancia materna y al trabajo que realizan las mujeres. Está claro que solo las mujeres pueden amamantar, pero está más claro aún, que los hombres y parejas pueden ser igualmente responsables del cuidado infantil y de las tareas del hogar.

I.10.5 Tipo de parto.

El nacimiento por cesárea es un factor que retrasa el inicio y acorta la duración de la lactancia materna antes de que esté establecida. Este retraso probablemente es debido a una disminución de niveles de oxitocina y prolactina, y a que el contacto temprano y prolongado madre-hijo así como la succión por parte del lactante resultan más difíciles o no existen inmediatamente.

Los recién nacidos saludables por parto vaginal están despiertos y alertas, y cuentan con los reflejos innatos de prendida y succión que les permiten buscar el pecho y el pezón, prenderse e iniciar la primera mamada. La mayoría de los recién nacidos están en condiciones de encontrar el pezón y prenderse al mismo dentro de la primera hora posterior al nacimiento. Las primeras acciones de rutina a llevar a cabo posteriormente al parto deberían ser el contacto piel con piel con su madre y el inicio de la lactancia materna. El contacto inmediato además reduce la hemorragia de la madre y estabiliza la temperatura del bebé, su frecuencia respiratoria y el nivel de azúcar en sangre.

La edad gestacional al nacer es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento. Así es que según las semanas de gestación en que el embarazo termina, se define lo siguiente: el parto pretérmino es aquél donde el producto de la concepción nace antes de la semana 36 de la gestación. El parto a término resulta de un bebé nacido a partir de la semana 37 hasta la 41 de gestación y por último, los partos postérmino refieren a los nacimientos luego de un embarazo prolongado que ha superado las 42 semanas o más de gestación. En el caso de los lactantes nacidos de pretérmino, la leche materna se adapta perfectamente a las necesidades de los mismos; este alimento le provee de glóbulos blancos, anticuerpos con alto poder inmunogénico para resistir a infecciones, sobre todo a los que están internados en las unidades de cuidados intensivos neonatales. Las enzimas de la leche materna ayudan a evitar daños al sistema digestivo inmaduro de los bebés prematuros, contiene agentes anti-inflamatorios que colaboran en la protección contra la inflamación y el dolor reduciendo además, un crecimiento bacteriano perjudicial. En el caso de los bebés nacidos de término y postérmino la lactancia materna es un factor indispensable para el mantenimiento de la salud en cuanto a alimentación y nutrición impactando en el crecimiento y desarrollo.

El peso al nacer de los bebés también es una variable importante en relación con la edad gestacional al nacer y el tipo de parto; un bebé con bajo peso al nacer está estimado por debajo del percentil 10 de la distribución de pesos con 2500 gramos o menos (hipotrófico). Los bebés con un peso adecuado al nacer se ubican entre el percentil 10 y 90 de la distribución de pesos, estimando entre 2500 y 3900 gramos (eutróficos). En el caso del bebé con un alto peso al nacer, se ubica por encima del percentil 90 de la distribución de pesos con más de 3900 gramos (hipertrófico).

La leche materna es el mejor alimento para los recién nacidos con bajo peso, reduce el riesgo a padecer infecciones como se citó anteriormente y resulta

una estrategia segura, efectiva y fácilmente disponible para apuntalar en la evolución del crecimiento y desarrollo. Los recién nacidos con peso adecuado y alto, igualmente se benefician con la alimentación a pecho exclusivo durante los 6 primeros meses de vida y continuada hasta los 2 años o más.

1.11 Problemas de las mamas.

Durante la lactancia se pueden producir diversos trastornos de mayor o menor importancia; pueden afectar el pezón, la mama o estar relacionados con la producción de leche. Estos son algunos de los motivos que influyen en gran medida a destetar o no iniciar la lactancia materna:

a. Dolor al amamantar: algunas mujeres pueden experimentar cierta molestia inicial al amamantar, sin embargo, si las mamas están sanas, este proceso no debería doler. Es necesario entonces, verificar que la técnica de lactancia sea adecuada para lograr un buen acoplamiento, comprobando la posición de la madre y del niño, de manera que el pezón no se deforme por la compresión de la boca del niño. La principal causa de dolor es un mal acoplamiento boca-pezón. Si a pesar de una buena técnica el dolor persiste, es necesario descartar otras causas como pueden ser patología materna o del niño. Al observar la mamada se evalúa el acoplamiento, distancia de la nariz del niño con la mama y cuanto de la aréola se introdujo a la boca del niño. Si la distancia nariz-mama es mayor a 1cm, es probable que no esté bien prendido y el dolor se corregirá con solo introducir más la aréola del pezón en la boca del niño, asegurándose que ambos labios estén evertidos y la nariz y mentón del niño cercanos a la mama.

b. Mastitis: se produce aproximadamente en un 1–7% de las mujeres amamantando. Es una infección e inflamación del tejido intersticial circundante al lóbulo mamario. Los factores que predisponen a ésta infección pueden ser grietas en el pezón, retención de leche, cambio abrupto en la frecuencia de las mamadas, mal vaciamiento, disminución de la resistencia materna a la infección, etc. La clínica se caracteriza por dolor, eritema, induración y aumento

del calor local en una zona de la mama, generalmente unilateral, cefaleas, mialgias, compromiso del estado general y fiebre con calofríos. El agente causal más frecuente es el *stafilococo aureus*, otros menos comunes. *estreptococos* y *haemofilus*. El tratamiento consiste en el vaciamiento frecuente de la mama a través del agarre adecuado del bebé. Es recomendable ofrecer el o los pechos afectados con frecuencia, si es posible cada 2 horas y a libre demanda, extraer la leche de forma manual masajeando sobre todo la zona afectada dolorosa hacia el pezón. En los casos de mastitis la leche suele tener un sabor salado debido a niveles elevados de sodio y cloro, causa esta que hace que la mayoría de los bebés se rehúsen a ser amamantados temporalmente. En las mastitis reincidentes, las causas pueden obedecer a una incorrecta prendida del bebé al pecho materno llevando a una extracción insuficiente de leche, dolor en el pezón haciendo que la madre busque evitar amamantar al bebé. La restricción de la duración y frecuencia de las mamadas puede apoyarse en que el bebé prefiere mamar más de un solo lado, por lo que el otro pecho no se drena de forma adecuada. Los intervalos largos entre las tomas o la reducción del número de las mismas, sobre todo cuando el bebé comienza a dormir más, por ejemplo durante las noches y cuando el destete se produce de forma rápida y no gradualmente son otros motivos para este problema.

c. Congestión mamaria: no es raro que al tercer o cuarto día postparto, las madres experimenten una sensación de calor y peso en sus mamas debido al cambio de calostro a leche más abundante. Lamentablemente, en un porcentaje menor de mujeres esta sensación se exagera evidenciándose como aumento de volumen mamario bilateral, con calor, dolor o endurecimiento mamario. Esta situación es secundaria a mamadas infrecuentes y/o inefectivas y debe ser prevenida. El tratamiento frecuente, idealmente por el niño, prenderlo más seguido y correctamente. Si la aréola está comprometida, primero debe vaciarse manualmente o con bomba esa zona para que el niño pueda acoplarse y mamar efectivamente. En algunos casos, la congestión mamaria puede llegar a ser tan intensa que comprime los conductos y dificulta

el vaciamiento de la leche. Existe evidencia de que aplicar compresas frías tendrían un efecto moderado. Lo mismo se puede decir del tratamiento con la aplicación de ultrasonido o calor local. Se ha demostrado que el masaje mamario y los anti-inflamatorios serían efectivos contra la congestión pero sin dudas lo más efectivo es la prevención.

d. Hipogalactia: es un problema glandular que causa una producción limitada de leche materna y por consiguiente, la imposibilidad de amamantar al bebé.

La falta o baja producción de leche materna es uno de los principales motivos por el que se abandona la lactancia; por otro lado la inseguridad de las madres que creen que no producen suficiente y buena leche para su bebé y que no lo alimenta adecuadamente, además lo relacionan con el aumento de peso del niño. Las causas pueden variar siendo una de ellas la interrupción espontánea por motivos desconocidos o por la falta de hormonas como la prolactina, que es la responsable de la producción de leche y la oxitocina cuya función es la de la eyección de la misma; si bien este es un problema expresado frecuentemente por las madres, la “falta de leche” real es un tema muy poco frecuente. Cualquier instancia, tanto materna o infantil, que determinen una inadecuada extracción de leche puede resultar en una disminución de la producción.

. Se debe evaluar entonces, la duración y periodicidad de las mamadas, el acoplamiento adecuado del lactante, buena técnica de succión, la ausencia de congestión mamaria, el normal apego de la díada madre-hijo, etc. De manera de identificar la causa del problema y así tratarlo.

e. Pezones umbilicados o invertidos: este problema puede ser fácilmente identificado en los controles anteriores al parto, están hundidos o aplanados que dificultan el acoplamiento del bebé para alimentarse. En este caso se recomiendan suaves masajes de elongación y el uso de formadores de pezón. Esto es recomendable iniciarlo antes de las 20 semanas de gestación cuando no hay receptores de oxitocina en el útero, ya que posterior a esto, el estímulo

del pezón puede producir contracciones uterinas y parto prematuro. Una vez nacido el niño, es importante ponerlo al pecho frecuentemente dentro de los primeros días de vida en que el pecho se encuentra blando. Si el niño no es capaz de acoplarse, se recomienda la extracción manual de leche hasta que sea lo suficientemente maduro para abarcar toda la aréola del pezón con su boca. En los pezones invertidos, aplanados o umbilicados, los formadores de pezón o una bomba de extracción pueden ayudar a evertir el mismo para que el niño pueda tomarlo y prenderse. Las grietas en el pezón son heridas producto de una presión inadecuada producidas por la boca del niño. Generalmente se producen por mal acoplamiento o prendida. Aún cuando existan grietas, si el pezón queda bien introducido en la boca del niño, el hecho de amamantar no debiera producir dolor. Siempre hay que evaluar una desproporción boca-pezón que impide que el niño introduzca la aréola en su boca. En este caso se recomienda extraer la leche y darla al niño por vaso por ejemplo. Si el dolor es muy intenso, o la herida de la grieta se abre al mamar, se recomienda dejar de amamantar por 24 a 48 horas y extraer manualmente la leche cada 3 a 4 horas para dársela al niño. La clave en el tratamiento de las grietas es el buen acoplamiento, pero sobre la herida se puede aplicar un poco de leche de madre y dejarla secar. Cuando las grietas persisten a pesar de un buen tratamiento ambiental, se debe sospechar una sobreinfección micótica o una succión disfuncional del niño.

I.12 Estrés materno:

Un aspecto crucial es prevenir la separación madre-bebé, esta causa una gran angustia y ansiedad favoreciendo el extrañamiento y la desconexión materna entorpeciendo el proceso de vínculo y apego, amén de las graves consecuencias que puede tener para la salud del bebé. Si la separación es absolutamente imprescindible, hay que mantener a la madre totalmente informada de cómo y dónde de encuentra su bebé, garantizándoles que se les reunirá en cuanto sea posible. Es importante permitir que el padre esté con el bebé. El apoyo a la lactancia materna también resulta crítico para la recuperación del síndrome de estrés materno, ya que el fracaso en el acto de

amamantar suele llevar al empeoramiento de los síntomas de algunas madres y a una mayor sensación subjetiva de fracaso o culpa.

I.13 Depresión materna:

La madre deprimida no tiene ganas ni energías para relacionarse activamente con su bebé ni con los demás. Se siente aislada e incomprendida, a la vez que temerosa de expresar su sufrimiento. Puede pasar la mayor parte del tiempo con preocupaciones obsesivas, sentimientos de fracaso, incompetencia e incluso deseos de muerte.

Para la madre, además de los beneficios ya mencionados para su salud, las hormonas de la lactancia natural facilitan el maternaje (la oxitocina) y la relajación (la prolactina) que sumados favorecen al cuidado del bebé. Por todo ello parece claro que la lactancia materna produce un efecto bastante contrario al de la depresión postparto, favoreciendo el desarrollo del lactante, los sentimientos de bienestar en la madre y en su hijo y el fortalecimiento del vínculo y el apego. El hecho de que una madre amamante a su bebé, es considerado por algunos profesionales como un obstáculo al tratamiento de la depresión, llegando a recomendar la supresión total de la misma con el fin de poder administrar tratamiento psicofarmacológico con temor a que el paso de la droga a la leche materna pueda dañar al bebé.

Los beneficios de la lactancia materna son tan amplios y superiores a los de la lactancia artificial, que deben ser considerados un instrumento terapéutico como parte del tratamiento en el cuadro depresivo.

Resulta lógico pensar que la percepción de la madre sobre su habilidad para criar al hijo puede afectar al amamantamiento. Algunas madres pueden pensar que su capacidad de amamantar es sinónimo de su capacidad de vincularse con el bebé o el de ser buenas madres, por lo que ayudarlas en la lactancia puede mejorar su bienestar y satisfacción, mejorando así la interacción con sus bebés. (5)

Todas las madres pueden amamantar a sus bebés

Resulta rescatar pues, que muchas madres necesitan ayuda para iniciar la lactancia materna. Otra mujer que haya amamantado con éxito, un familiar, un amigo, un miembro de un equipo de salud de apoyo y promoción para la lactancia materna, pueden entonces ayudar a la madre a superar sus dudas, dificultades y evitar muchos inconvenientes.

La forma en que la madre sostiene a su bebé y la manera en que el lactante succiona el pezón, son muy importantes. Sostener al lactante en una buena posición facilita la forma en que este se acopla al pecho con la boca y succiona adecuadamente. Una posición correcta se traduce en que: el cuerpo del bebé se mantiene vuelto hacia la madre, cerca de ella y está tranquilo y contento.

Una posición incorrecta puede causar problemas como nombramos anteriormente, tales si hay dolor en las mamas o grietas en los pezones o mal formados estos, insuficiente producción de leche o rechazo momentáneo a la alimentación.

Si el lactante se está alimentando bien, la boca se halla completamente abierta con los labios evertidos, el mentón toca el pecho de la madre, es posible ver más piel oscura a alrededor del pezón de la madre por encima de la boca del lactante que por debajo. El bebé succiona largamente y con fuerza mientras que la madre no siente dolor en los pezones.

Casi todas las madres producen leche suficiente si amamantan al bebé de manera exclusiva. El lactante debe tomar bien el pecho en una posición cómoda, adecuada, mamar con frecuencia y durante todo el tiempo como lo deseé, a libre demanda e incluso durante la noche.

Las madres que temen no tener suficiente leche, a menudo dan a sus bebés otros alimentos o líquidos durante los primeros meses de vida. El resultado es que el lactante toma el pecho con menos frecuencia, con lo cual se reduce la producción de leche materna.

Utilizar chupetes o biberones contribuye a disminuir la producción de leche de la madre e inducir al lactante a abandonar por completo la lactancia materna.

Es preciso tranquilizar a las madres y asegurarles que pueden alimentar a sus bebés exclusivamente con su leche durante los primeros seis meses de vida y continuarla hasta los dos años o más complementando con otros alimentos y líquidos. Para ello necesitan recibir estímulos y ayuda práctica del padre del bebé, de la familia, de los vecinos, de las amistades, de los agentes de los equipos interdisciplinarios de salud, etc.

El momento de amamantar al bebé puede ser una oportunidad para que la madre se tome un descanso. Los esposos y otras personas de la familia pueden facilitarlo animando a la madre a acostarse, en un lugar tranquilo y silencioso, mientras amamanta a su bebé. También pueden asegurar que la madre disponga de suficientes alimentos y ayudarla en las tareas del hogar.

El mejor alimento para un recién nacido que, por cualquier motivo, no pueda ser amamantado directamente, es la leche extraída del pecho de su madre o de otra madre saludable. Es preciso darle esta leche en una taza abierta y muy limpia.

En caso de que no haya ninguna posibilidad de obtener leche materna, es preciso alimentar al bebé con un sucedáneo adecuado en una taza. Los lactantes que reciben sucedáneos de la leche materna, corren un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad que aquellos bebés que son amamantados.

Alimentar al lactante con sucedáneos de la leche materna, puede ser una causa de un crecimiento deficiente o de otras enfermedades, si se diluyen en una cantidad excesiva de agua o si la misma no es confiable.

Aunque los bebés necesitan recibir otros alimentos adicionales después de los seis primeros meses de vida, la leche materna sigue contribuyendo una importante fuente de energía, de proteínas y de otros nutrientes, como la vitamina A y el hierro. La leche materna contribuye a proteger al lactante contra las enfermedades durante todo el tiempo en que sea amamantado. Desde los seis meses hasta el primer año de vida, el bebé debe recibir leche materna antes que cualquier otro alimento, para asegurar que ingiere una cantidad suficiente de leche materna todos los días sumado a una variedad de legumbres, carnes, huevos, aceites y lácteos.

Durante el segundo año de vida, se le debe ofrecer pecho después de las comidas y en otras ocasiones. La madre puede seguir amamantando a su bebé durante todo el tiempo que ella y él lo deseen. (7)

Situación actual internacional.

La 54^a asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), celebrada en Ginebra del 14 al 22 de mayo de 2001, emitió una resolución donde se recomienda que los niños sean amamantados de forma exclusiva durante los primeros seis meses y continuada hasta los dos años de vida.

En los países donde la situación económica es buena, se aprecia una preocupante disminución de la prevalencia de la lactancia materna antes de los dos años de edad, tal es el caso en algunos países de Latinoamérica: Venezuela, Uruguay, Ecuador y Argentina.

En este panorama, donde se constata una vinculación entre el ascenso económico de algunos países y un comportamiento inverso con la

práctica de la lactancia materna, es necesario volver a revisar el compromiso que tienen las instituciones y profesionales de la salud en el tema, para revertir la desfavorable tendencia del abandono de esta práctica. Mucho tiene que ver con esta realidad la falta de promoción de la ablactación temprana a lo largo de las generaciones, así como procedimientos administrativos que se han establecido en diferentes servicios de salud, lo cual obstaculiza el desarrollo de la lactancia materna. Esta realidad ha contribuido a potenciar las acciones de las empresas productoras y comercializadoras de los sucedáneos de la leche materna.

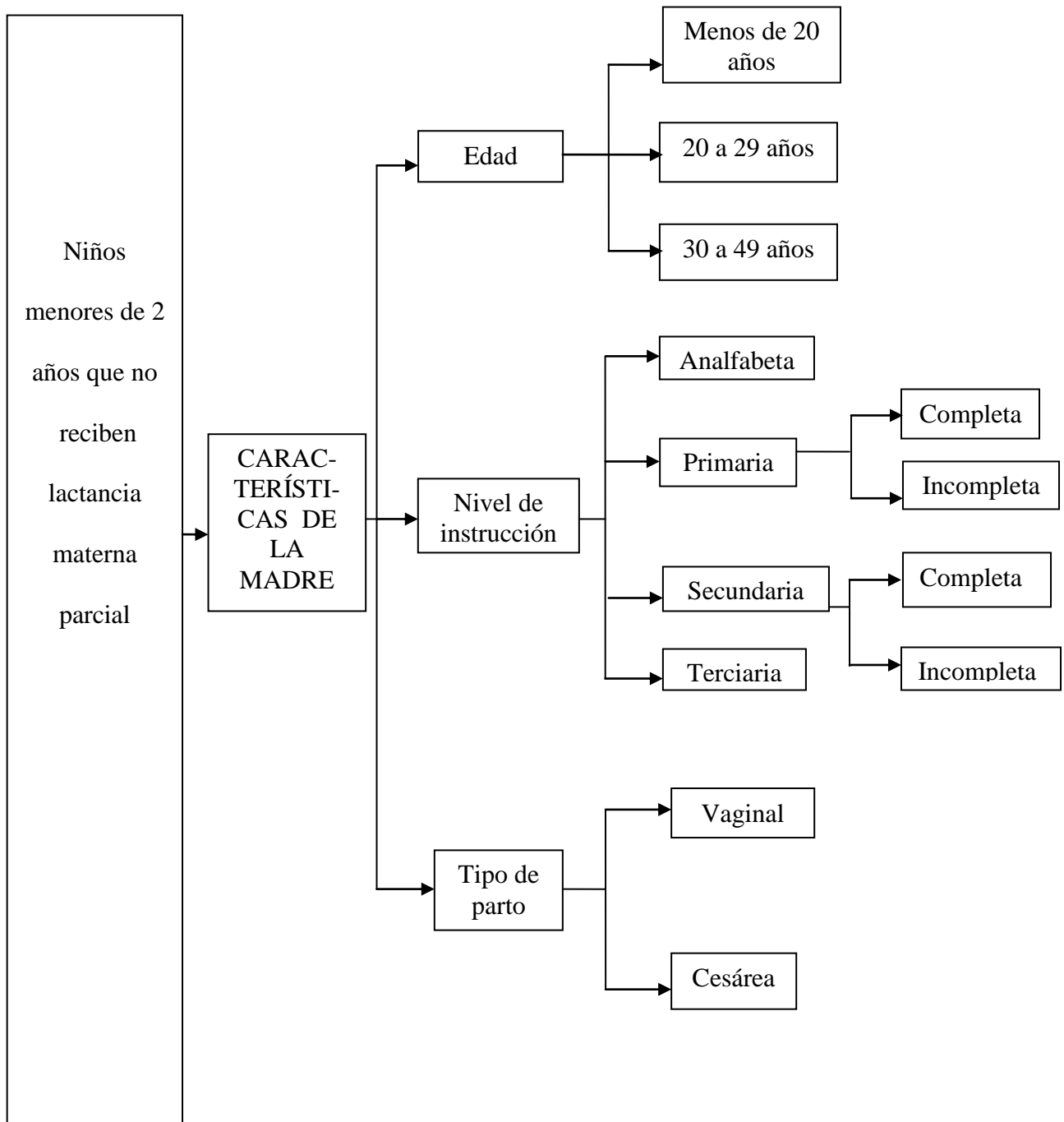
Se ha señalado que en el ámbito de la educación de las embarazadas y de las madres que lactan, el fracaso de la lactancia materna está dado, fundamentalmente, por la falta de programas específicos diseñados para satisfacer adecuadamente las necesidades educativas y de formación de estos grupos. Al respecto, es fundamental la preparación y entrenamiento de médicos, enfermeros, trabajadores sociales, promotores, madres y de todo tipo de personas que tienen responsabilidades educativas y de promoción y protección de la salud en este campo, aunque todavía muchos ignoran como hacerlo.

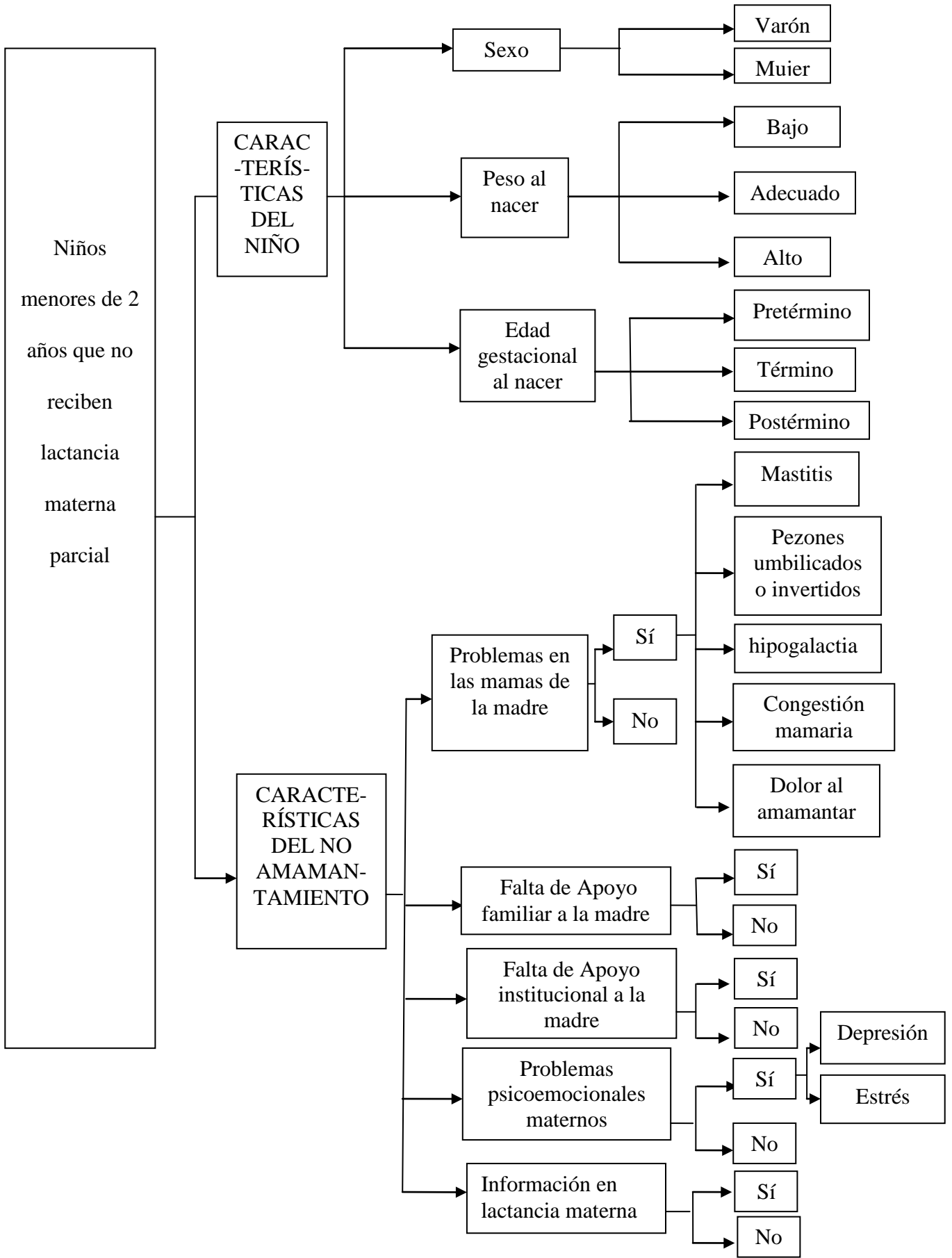
Contexto nacional.

En Argentina se ha comenzado a trabajar arduamente para la promoción de la lactancia materna, y el Ministerio de Salud de la Nación junto con la Sociedad Argentina de Pediatría han ocupado una posición relevante en este sentido; a través de la divulgación a la población por diferentes medios de comunicación disponibles, de toda una serie de conocimientos y guías prácticas para mantener un tiempo exitoso la lactancia materna. Una muestra fehaciente ha sido el trabajo de los Hospitales en su declaración "Amigos de la Madre y el Niño", cumplimentando los diez pasos establecidos para obtener esta condición, con un fuerte componente capacitante de base; un ejemplo claro es el curso anual de 20 horas para el personal de los equipos

interdisciplinarios de salud, de los servicios de maternidad, pediatría, neonatología y los centros de salud de Atención Primaria para la Salud.

Identificación de las variables:





Definición de términos:

- Nivel de instrucción: es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos. Grado de formación académica y conocimientos adquiridos en base a la escolarización recibida.

Analfabeta: persona que no sabe leer ni escribir, que carece de instrucción elemental. Persona con ausencia de formación escolar para conocimientos básicos.

Primaria: persona que sabe leer y escribir pero que no ha terminado ningún tipo de estudios. Persona que ha cursado el nivel inicial hasta séptimo grado.

Completa: ha alcanzado a cursar, aprobar y terminar séptimo grado.

Incompleta: no ha alcanzado a cursar, aprobar y terminar séptimo grado.

Secundario: estudios de bachillerato elemental, comercial, técnico y/o equivalente con quinto año aprobado y terminado y con acceso a un estudio terciario o universitario.

Completa: ha alcanzado a cursar, aprobar y terminar quinto año o más.

Incompleta: no ha alcanzado a cursar, aprobar y terminar quinto año o más.

Terciaria: estudios medios superiores, de más alto nivel con titulación de profesional. Estudios de más alto grado con componente y rendimiento intelectual avanzados para alcanzar una profesión.

- Tipo de parto: es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos. Se divide en tres períodos; dilatante, expulsivo y alumbramiento. Es la forma que tiene cada mujer de dar a luz un hijo, luego de finalizado el embarazo.

Vaginal: natural, comienza con las contracciones y dilatación del cuello uterino, sigue con el período expulsivo del feto y culmina con el alumbramiento. Es un parto por vía vulvovaginal que requiere de un trabajo activo en todo su proceso, comienza con la dilatación y rotura de membranas, sigue con la expulsión del bebé y termina con el desprendimiento y salida placentaria.

Cesárea: es una cirugía que se realiza cuando la presentación del bebé generalmente no es cefálica, es decir de nalgas o transversal y cuando surgen situaciones de emergencia perinatal como hipertensión arterial materna, desproporción cervico –uterina, infecciones, etc. Consiste en una cirugía con una incisión en la pared abdominal y en el útero para extraer al bebé.

- Información en lactancia materna: la información es la manera de asesorar por un conjunto de datos ya supervisados y ordenados que sirven para construir un mensaje basado en lactancia materna. Es el proceso de asimilación y concientización cultural y conductual de conocimientos teóricos y prácticos sobre el amamantamiento.

- Peso al nacer: es la primera medida del peso del producto de la concepción, hecho después del nacimiento. Se refiere al peso de un bebé inmediatamente después de su nacimiento.

Bajo: cuando el peso está por debajo del percentil 10 de la distribución de los pesos, con menos de 2500 gramos (hipotrófico). Niño que nace con un peso inferior a 2500 gramos, independientemente de su edad gestacional.

Adecuado: cuando el peso corporal se sitúa entre el percentil 10 y 90 de la distribución de los pesos, con más de 2500 gramos (eutrófico). Niño que nace con un peso entre 2500 a 3900 gramos, independientemente de su edad gestacional.

Alto: cuando el peso corporal supera el percentil 90 de la distribución de los pesos, con más de 3900 gramos (hipertrófico). Niño que nace con un peso de 4000 gramos o más, independientemente de su edad gestacional.

- Edad gestacional al nacer del niño: es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento, en el que el bebé crece y se desarrolla dentro del útero materno. Es el tiempo que transcurre durante el embarazo y el nacimiento del bebé.

Pretérmino: producto de la concepción de 36 semanas o menos de gestación. Feto nacido con 36 semanas o menos de embarazo según fecha de última menstruación, altura uterina o ecografía obstétrica.

Término: producto de la concepción de 37 a 41 semanas de gestación. Feto nacido con alrededor de 37 a 41 semanas de embarazo según fecha de última menstruación, altura uterina o ecografía obstétrica.

Postérmino: producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación. Feto nacido con 42 semanas o más de embarazo según fecha de última menstruación, altura uterina o ecografía obstétrica.

- Problemas en las mamas de la madre: son diversos trastornos de mayor o menor importancia que pueden afectar el pezón, la mama o estar relacionados con la producción de leche en la madre. Alteraciones de la anatomía y/o fisiología de los senos que afectan la lactancia en la madre del lactante.

Mastitis: es una infección e inflamación del tejido intersticial circundante al lóbulo mamario. Enrojecimiento, dolor, induración y temperatura en la mama por retención láctea o infección.

Pezones umbilicados o invertidos: pezones hundidos o aplanados que dificultan el acoplamiento del bebé para alimentarse. Pezones retraídos o planos que dificultan la prensión y succión del bebé.

Hipogalactia: es un problema glandular que causa producción limitada de leche materna. Baja producción de leche materna para alimentar al bebé.

Congestión mamaria: es un aumento del volumen mamario bilateral con calor, dolor o endurecimiento. Hinchazón de las mamas por causa de retención láctea o vaciado insuficiente de la misma.

Dolor al amamantar: es una molestia al inicio del amamantamiento por causa de un mal acoplamiento boca-pezones. Síntoma característico en las mamas debido a inadecuadas técnicas de prendida al pecho del bebé.

- Apoyo familiar a la madre: Acompañamiento entre sí de parte de los miembros que conforman una familia, frente a problemas, incapacidades o necesidades explícitas en uno o varios de ellos. Sostén y acompañamiento de los miembros de una familia en el proceso de amamantamiento de la madre a su bebé.
- Apoyo institucional a la madre: Actividades conjuntas interdisciplinarias de una institución, para dar respuesta y/o contención a las necesidades de las personas que asiste. Acompañamiento y sostén por parte del personal de los equipos de salud de instituciones en el proceso de amamantamiento de la madre a su bebé.
- Problemas psicoemocionales maternos: son una condición de salud mental que exhibe discapacidad para aprender, formar o mantener relaciones interpersonales, comportamientos o sentimientos inapropiados en circunstancias normales, a través de un período de tiempo y hasta cierto grado. Son trastornos psíquicos en relación con las emociones, sentimientos, sensaciones de la madre en relación con su bebé y el entorno y con la capacidad para amamantarlo normal y saludablemente.

Estrés: es una respuesta de carácter fisiológico ante un agente interno o externo, que produce segregación de hormonas con cambios en el organismo.

Es una respuesta del cuerpo materno con síntomas característicos tales como cansancio físico y psíquico, apatía por cambios hormonales que repercuten en el acto de relacionarse y amamantar al bebé.

Depresión: es un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida del interés y placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño, apetito y concentración. Es un problema de salud mental causado por cambios y/o desequilibrios hormonales post-parto, con sintomatología ciclotímica temporaria, que entorpecen el proceso de vínculo y apego con el bebé para poder alimentarlo naturalmente.

OBJETIVOS

Conocer las causas por las cuales los niños menores de 2 años no reciben lactancia materna parcial.

Conocer las características de la población de madres y de sus niños menores de 2 años que no reciben lactancia materna parcial.

HIPOTESIS

- El nivel de instrucción de la madre influye en la información que posee sobre lactancia materna.
- La edad de la madre influye en el tipo de parto.
- La información en la lactancia materna de la madre influye en problemas en las mamas.
- La edad gestacional al nacer del niño influye en el tipo de parto.
- La edad gestacional al nacer del niño influye en el peso al nacer del niño.
- La falta de apoyo familiar a la madre genera problemas psicoemocionales maternos.
- A mayor edad materna, mayor nivel de instrucción.
- El peso al nacer del niño influye en el tipo de parto.

- La falta de apoyo institucional a la madre influye en la información en lactancia materna.

- La falta de apoyo familiar a la madre influye en la información en la lactancia materna.

MATERIAL Y METODO:

Población:

La población bajo estudio estuvo conformada por los niños menores de 2 años que no recibieron lactancia materna parcial y sus madres, del Centro de salud Barranquitas Oeste, ciudad de Santa Fe. Dicha población era de clase social media a baja.

Dada la magnitud poblacional, 110 madres de los niños seleccionados que no han recibido lactancia materna parcial, no se realizó muestreo alguno.

Tipo de investigación:

Se trató de un estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal.

Técnica e instrumento de recolección de datos:

La técnica con la que se recolectaron los datos fue la revisión de historias clínicas y encuestas a las madres de niños menores de 2 años que no recibieron lactancia materna parcial, que asistieron al Centro de Salud Barranquitas Oeste de la ciudad de Santa Fe, año 2012. El instrumento para tal actividad consistió en un cuestionario cerrado elaborado por el autor, considerando las variables a medir y que se presenta en el anexo.

Técnicas de Procesamiento Estadístico de Datos:

Los datos de las variables en estudio, volcados en soporte magnético, fueron analizados mediante la versión actualizada del programa Statistic Package for Social Science (software estadístico SPSS) y ordenados en tablas frecuenciales simples y de contingencias que facilitaron el entrecruzamiento de variables. Los análisis se hicieron conforme a los estadísticos posibles de calcular (medidas de tendencia central, de variabilidad, pruebas de hipótesis, etc.) según lo permitieron las escalas en que fueron medidas las variables bajo estudio. La interpretación de los datos se hizo teniendo en cuenta el marco teórico, las hipótesis planteadas y los objetivos propuestos para el trabajo.

RESULTADOS – DISCUSIONES

Los datos recogidos fueron ordenados y presentados en las siguientes tablas frecuenciales:

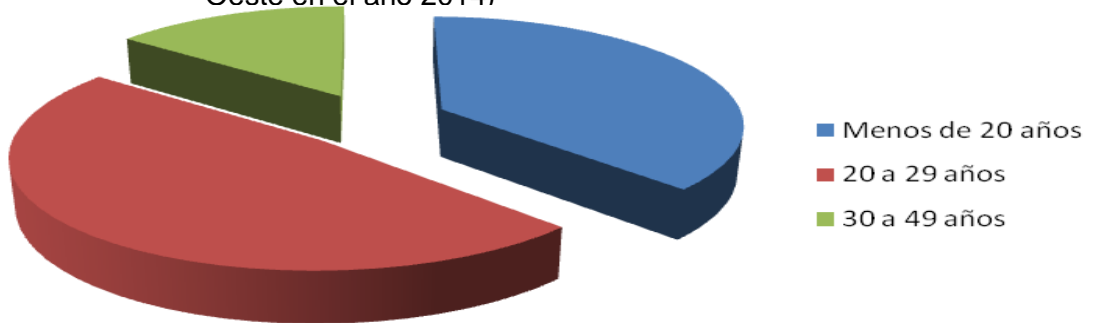
TABLA Nº 1: “Distribución de las encuestadas según edad.”
 (F: encuestas realizadas en el Centro de Salud Barranquitas Oeste en el año 2014)

EDAD MATERNA	f	%
Menos de 20 años	41	37,3
20 a 29 años	53	48,2
30 a 49 años	16	14,5
TOTAL	110	100

M= 1,77

s= 0,68

Gráfico Nº 1: “Distribución de las encuestadas según edad.”
 (F: encuestas realizadas en el Centro de Salud Barranquitas Oeste en el año 2014)



En la tabla y gráfico nº 1 se pudo observar el predominio de la edad materna 20 a 29 años con un 48,2 %, le siguieron las madres con edad menos de 20 años en un 37,3% y el 14,5 % restante lo compuso el grupo de madres de 30 a 49 años. La media fue de 1,77 y la variabilidad con un desvío estándar de 0,68%.

Durante los 20 a 30 años de edad es la etapa óptima para la concepción lo que podría deberse a que las mujeres ya han completado su maduración biológica y social y estarían mejor preparadas para la procreación. No ocurre así con aquellas a partir de los 35 años de edad.

Las madres que menos lactaron o que directamente no lo hicieron fueron las mayores de 35 años, seguidas del grupo de las adolescentes (menores de 20 años de edad). Existiría una tendencia general de no practicar la lactancia materna o de solo hacerlo por períodos cortos de tiempo en las madres más jóvenes.

La poca preparación y la inmadurez propia de ésta etapa de la adolescencia, determinaría el abandono precoz o no inicio de la lactancia materna.

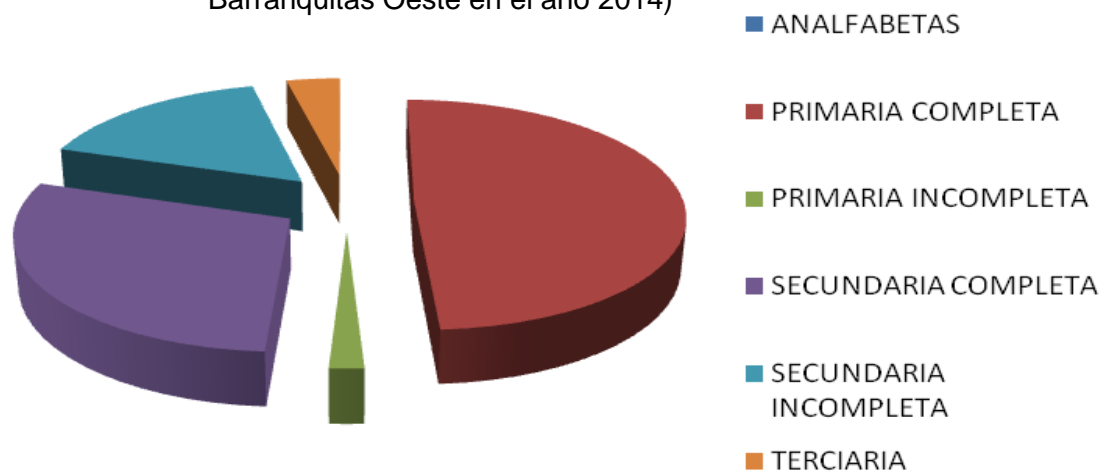
Por otra parte según la investigación de VELIZ GUTIERREZ, José Angel: "Identificación de factores vinculados a la práctica de la Lactancia Materna hasta los 2 años de edad". Policlínico Hermanos Cruz. Pinar del Río. Año 2006, de una muestra de 103 madres se reportó que no existió general tendencia de practicar la lactancia materna o de hacerlo por períodos cortos, en el grupo de madres menores de 20 años de edad (5 usuarias que respondió al 4,9%) seguido por el grupo de madres de 20 a 29 años que estuvo compuesto por 86 (83,5%) y el de 30 a 49 años por 12 (11,6%). Las madres que más lactaron fueron las de mayor edad, no coincidiendo con lo aportado en el presente informe y notablemente la distribución más amplia se dió en el segundo rango de edad para ambas investigaciones.

TABLA Nº 2: “Distribución de las encuestadas según nivel de instrucción.”
(F: encuestas realizadas en el Centro de Salud Barranquitas Oeste en el año 2014)

NIVEL DE INSTRUCCIÓN		f	%
Analfabetas		0	0
Primaria	Completa	54	49,1
	Incompleta	2	1,8
Secundaria	Completa	32	29,1
	Incompleta	18	16,4
Terciaria		4	3,6
TOTAL		110	100

Mo= primaria completa

Gráfico Nº 2: “Distribución de las encuestadas según nivel de instrucción.”
(F: encuestas realizadas en el Centro de Salud Barranquitas Oeste en el año 2014)



En la tabla y gráfico nº 2 se pudo observar que la mitad de la población de las madres (49,1%) tuvo un nivel de instrucción primario completo. Un 29,1% tuvieron nivel secundario completo y el resto de las madres se distribuyen de la siguiente manera: un 16,4 % con secundario incompleto, 3,6 % con un nivel terciario y el 1,8 % restante con un nivel de instrucción primario incompleto. No se observaron madres en calidad de analfabetas. El modo fue primaria completa.

El nivel de escolaridad adquirido por las madres (primario, secundario o terciario) completo o incompleto podría estar relacionado con el nivel de conocimientos sobre la lactancia materna y su uso e implementación por ellas.

Se planteó que el nivel de instrucción materna y la utilización de la lactancia natural serían directamente proporcionales, por lo que resultaría más duradera en aquellas madres con un nivel terciario. Ello estaría relacionado con una mejor formación, información y comprensión de los beneficios y ventajas de éste tipo de alimentación.

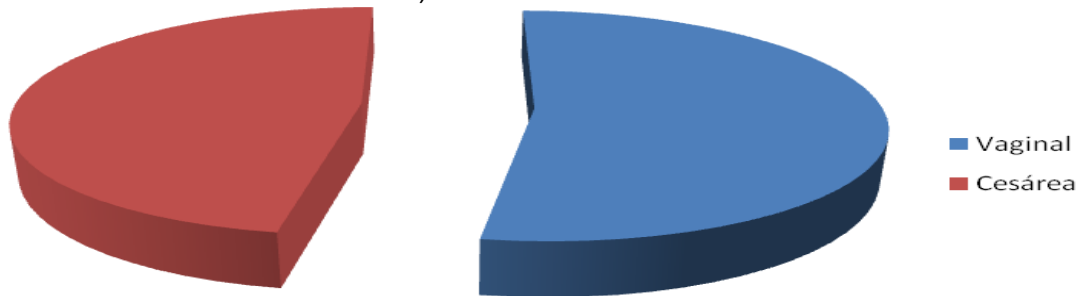
En relación con el trabajo de VELIZ GUTIERREZ, José Angel. "Identificación de factores vinculados a la práctica de la Lactancia Materna hasta los 2 años de edad". Policlínico Hermanos Cruz. Pinar del Río. Año 2006, de la población de 103 madres bajo estudio, se encontraron resultados similares a los presentados en este estudio, en lo referido a la escolarización de las mismas. El nivel de instrucción completo tanto para primaria (45 que representó el 45,6%) como para secundaria (32 que reflejó un 31,1%) eran los prevalentes. El menor número de madres correspondió a una formación terciaria y/o universitaria (24 para 23,3%) en relación solo a 4 (3,6%) en ésta investigación. No se reportaron datos de niveles de escolaridad incompleta.

TABLA Nº 3: “Distribución de las encuestadas según tipo de parto.”
(F: encuestas realizadas en el Centro de Salud Barranquitas Oeste en el año 2014)

TIPO DE PARTO	f	%
Vaginal	58	52,7
Cesárea	52	47,3
TOTAL	110	100

Mo= parto vaginal

Gráfico Nº 3: “Distribución de las encuestadas según tipo de parto.”
(F: encuestas realizadas en el Centro de Salud Barranquitas Oeste en el año 2014)



La mayoría de los partos han sido por vía vaginal (52,7%) y el resto por cesárea (47,3%). El modo fue parto vaginal.

El parto vaginal comienza con las contracciones, dilatación del cuello uterino seguido por la dinámica del período expulsivo del feto y culmina con el alumbramiento.

Los recién nacidos por parto vaginal suelen estar más despiertos y alertas y cuentan con los reflejos innatos de búsqueda, prendida y succión que les permiten acercarse al pecho y pezón maternos, acoplarse e iniciar la primera mamada. La mayoría de los recién nacidos por parto vaginal estarían en condiciones de iniciar la alimentación con leche materna de ésta manera dentro de la primera hora posterior a su nacimiento.

La cesárea es una cirugía que se realiza cuando la presentación fetal durante el embarazo y el parto, generalmente no es cefálica, hay una desproporción feto-pélvica o cuando surgen situaciones de emergencia que comprometen la salud perinatal.

El nacimiento por cesárea es un factor que podría retrasar el inicio o acortar la duración de la lactancia materna antes de que ésta esté establecida. Este retraso probablemente se debería a una disminución de los niveles de oxitocina y de prolactina y a que el contacto temprano y prolongado madre- hijo así como la succión por parte del lactante resulte difícil o no exista.

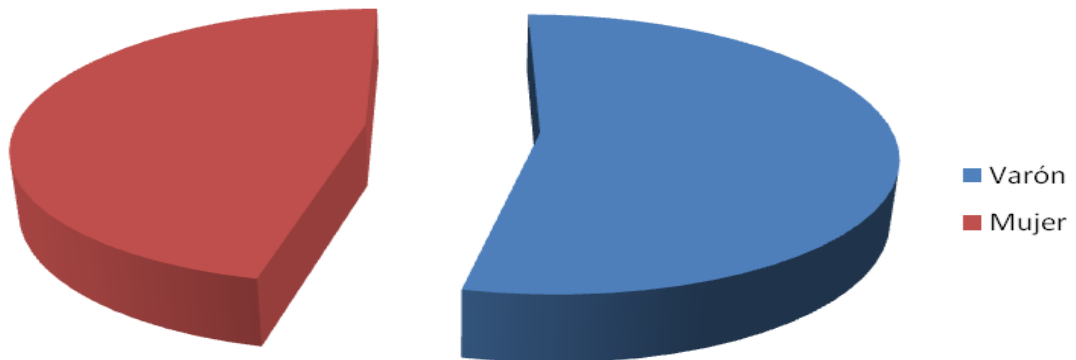
En relación con el estudio de VELIZ GUTIERREZ, José Angel: "Identificación de factores asociados a la práctica de la Lactancia Materna hasta los 2 años de edad". Policlínico Hermanos Cruz. Pinar del Río, Año 2006, se observó que el tipo de parto de las 103 madres bajo estudio; 91(88,3%) han sido por vía vaginal y solo 12 (11,7%) por cesárea abdominal. Respecto de la presente investigación, no hubo concordancia en los reportes de tipo de parto por cesárea: 52 (47,3%) versus 12 (11,7%) de ese estudio, siendo ambas una población de tamaño y grupos étnicos similares pero de diferentes países.

TABLA Nº 4: “Distribución de las encuestadas según sexo del niño.”
 (F: encuestas realizadas en el Centro de Salud Barranquitas Oeste en el año 2014)

SEXO DEL NIÑO	f	%
Varón	59	53,6
Mujer	51	46,4
TOTAL	110	100

Mo= varón

Gráfico Nº 4: “Distribución de las encuestadas según sexo del niño.”
 (F: encuestas realizadas en el Centro de Salud Barranquitas Oeste en el año 2014)



En la tabla y gráfico nº 4 no se observó una marcada diferencia entre la distribución de las madres según sexo del niño: 59 fueron varones lo que equivale a un 53,6% y 51 fueron mujeres que representaron al 46,4% restante. El modo fue varón.

Esta distribución de sexos de los niños obedecería a que dada la magnitud poblacional (110 madres), no se realizó muestreo alguno y se trabajó con el total de los niños menores de 2 años de edad que no recibieron lactancia materna parcial asistiendo al Centro de salud Barranquitas Oeste de la ciudad de Santa Fe durante el año 2012. De ésta población representativa, aleatoria y probabilística se realizaron las inferencias.

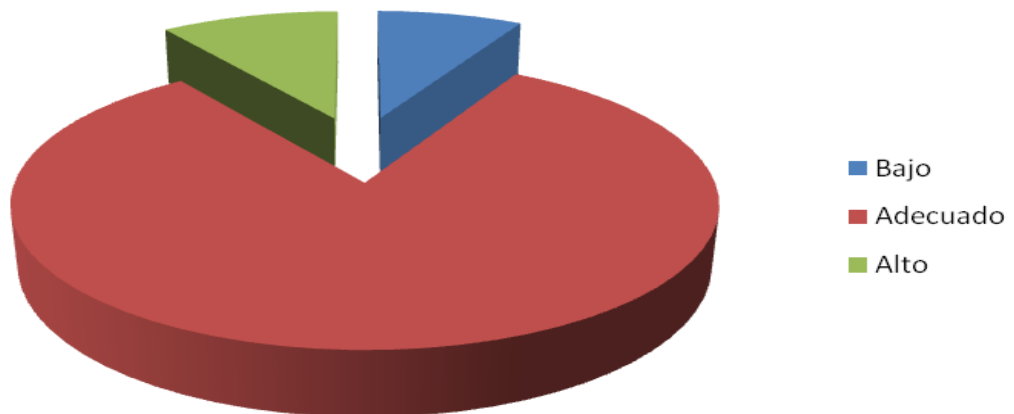
No se efectuó discusión alguna respecto de esta variable, debido a que en estudios consultados referidos a la misma temática no se presentamos datos sobre la misma.

TABLA Nº 5: “Distribución de las encuestadas según peso al nacer del niño.”
(F: encuestas realizadas en el Centro de Salud Barranquitas Oeste en el año 2014)

PESO AL NACER DEL NIÑO	f	%
Bajo	9	8,2
Adecuado	90	81,8
Alto	11	10,0
TOTAL	110	100

Mo= adecuado

Gráfico Nº 5: “Distribución de las encuestadas según peso al nacer del niño.”
(F: encuestas realizadas en el Centro de Salud Barranquitas Oeste en el año 2014)



En la tabla y gráfico nº 5 la distribución según peso al nacer del niño, ha sido mayormente adecuado con un 81,8%. Pesos alto y bajo fueron casi similares, 10 y 8,2 % respectivamente. El modo fue adecuado.

El peso al nacer de los niños también sería una variable importante en relación con la edad gestacional al nacer y el tipo de parto. Un niño con bajo peso al nacer estaría estimado por debajo del percentil 10 de la distribución de los pesos, con 2500 gramos o menos, llamados también hipotróficos. Los niños con un peso al nacer adecuado estarían ubicados entre los percentilos 10 y 90 de la distribución de pesos, estimándolos entre 2500 y 3900 gramos, llamados además eutróficos. En el caso de los niños con un alto peso al nacer, éstos se estarían ubicando por encima del percentil 90 de la distribución de pesos con 3900 gramos o más, también denominados hipertróficos. Estas categorías estarían directamente relacionadas con la salud y nutrición maternas durante el embarazo.

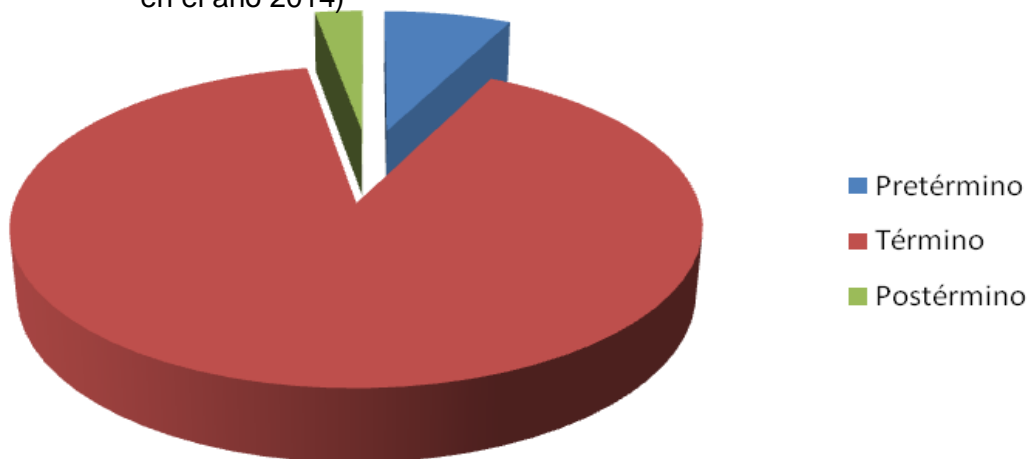
Según la investigación de CAMARGO FIGUEROA, Mario Alberto: "Factores asociados al abandono de la lactancia materna". Hacia la Promoción de la Salud, V.16:n. 1. Buscaramanga. Colombia. Enero-junio 2011, de una muestra de 205 madres encuestadas 10 (4,9%) indicaron que su bebé nació con bajo peso, 184 (89,8%) con peso adecuado y 11 (5,3%) con peso alto al nacimiento. La prevalencia para ambos trabajos de investigación ha coincidido en peso adecuado al nacer: 90 (81,8%) en relación a 184 (89,8%). Los otros dos datos también arrojaron resultados similares, teniendo a bien considerar que el tamaño muestral de CAMARGO FIGUEROA, Mario Alberto...es mucho mayor.

TABLA Nº 6: “Distribución de las encuestadas según edad gestacional al nacer del niño.”
(F: encuestas realizadas en el Centro de Salud Barranquitas Oeste en el año 2014)

EDAD GESTACIONAL AL NACER DEL NIÑO	f	%
Pretérmino	8	7,3
Término	99	90,0
Postérmino	3	2,7
TOTAL	110	100

Mo= término

Gráfico Nº 6: “Distribución de las encuestadas según edad gestacional al nacer del niño.”
(F: encuestas realizadas en el Centro de Salud Barranquitas Oeste en el año 2014)



En esta tabla y gráfico de la distribución según edad gestacional al nacer del niño, se mostró que la mayoría era de término representando un 90% del total. Le siguieron con un 7,3% los niños a pretérmino y con un 2,7% los niños a postérmino. El modo ha sido término.

La edad gestacional al nacer del niño es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento. Así es que según las semanas de gestación en las cuales el embarazo finalizaría, se la define como:

a pretérmino, a aquel producto de la concepción nacido en la semana 36 o menos de la gestación lo que podría estar relacionado con alguna patología asociada al estado de salud materno, fetal o de ambos. La edad gestacional a término corresponde para los niños nacidos entre las semanas 37 y 41. Los nacimientos con edad gestacional a postérmino refieren a niños nacidos a partir de la semana 42 o más, luego de un embarazo prolongado que posiblemente ha finalizado por inducción a parto si no se desencadena naturalmente.

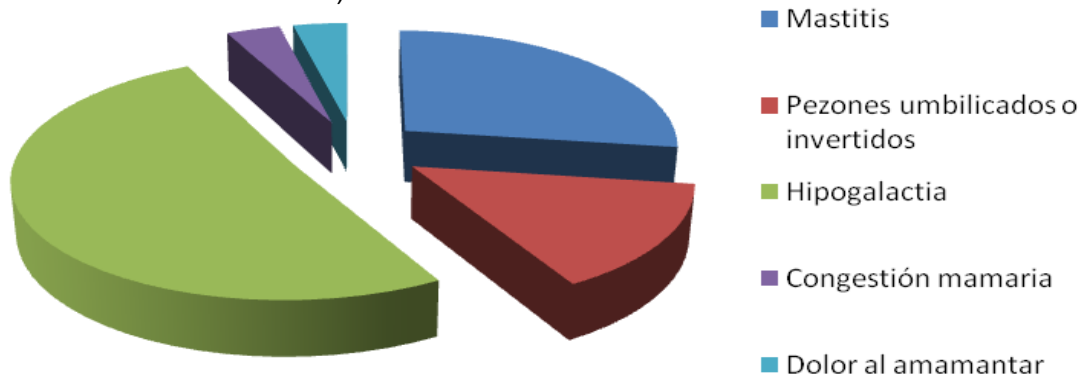
Comparando con el trabajo de CAMARGO FIGUEROA, Mario Alberto: "Factores asociados al abandono de la lactancia materna". Hacia la Promoción de la Salud. V.16 n.1. Buscaramanga. Colombia. Enero-junio 2011, de un tamaño muestral de 205 madres 166 (81%) tuvieron en niño al nacer a término, 26 (13%) a pretérmino y 13 (6%) a postérmino. Si bien la población es mucho mayor, se coincidió con la prevalencia de la categoría a término según edad gestacional: 99 (90%) en la presente investigación respecto de la comparación con el otro autor: 166 (81%).

TABLA Nº 7: “Distribución de las encuestadas según problemas en las mamas de la madre”
(F: encuestas realizadas en el Centro de Salud Barranquitas Oeste en el año 2014)

PROBLEMAS EN LAS MAMAS DE LA MADRE	f	%
Mastitis	30	27,3
Pezones umbilicados o invertidos	16	14,5
Hipogalactia	56	50,9
Congestión mamaria	4	3,6
Dolor al amamantar	4	3,6
TOTAL	110	100

Mo= Hipogalactia

Gráfico Nº 7: “Distribución de las encuestadas según problemas en las mamas de la madre.”
(F: encuestas realizadas en el Centro de Salud Barranquitas Oeste en el año 2014)



En la tabla y gráfico nº 7 se observó que la mayor distribución de la población bajo estudio, según problemas en las mamas de la madre correspondió a hipogalactia con un 50,9%, le siguió mastitis con un 27,3% y en menor número de casos las madres con pezones umbilicados o invertidos (14,5%). Con congestión mamaria y dolor al amamantar que fueron las menos y respectivamente iguales en proporción (3,6%). El modo fue hipogalactia

Durante la etapa de lactancia se podrían presentar diversos trastornos de mayor o menor importancia, pudiendo afectar el o los pezones, la/s mama/s o estar relacionados con la producción de leche. Estos serían algunos de los motivos que podrían estar influyendo en gran medida para destetar precozmente o para no iniciar la lactancia materna.

La hipogalactia glandular causa una producción limitada de leche materna y por consiguiente dificultad e imposibilidad para amamantar al niño. La falta o baja producción de leche materna sería uno de los principales motivos por el que se abandonaría la lactancia natural. La inseguridad de las madres que las lleva a veces a creer que no estarían produciendo suficiente cantidad y buena leche para su niño, y que así no le estarían alimentando adecuadamente lo relacionan con la ganancia de peso del niño.

Algunas de las causas podrían ser la interrupción espontánea por motivos desconocidos o por la falta de hormonas como la prolactina (productora de leche) y la oxitocina encargada de la eyección de la misma.

Una indecuada extracción de leche, tanto por parte de la madre como del niño, podría resultar en una disminución de la producción.

La mastitis es una infección con inflamación del tejido intersticial circundante del lóbulo mamario. Los factores que la predispondrían serían grietas en el/los pezón/es, retención de leche, cambios abruptos en las frecuencias de las mamadas, mal vaciamiento de las mamas, etc. El dolor, eritema, induración y temperatura local en la/s mama/s a veces acompañados de compromiso del estado general es debido a una bacteria llamada estafilococo aureus, estreptococo o haemophilus.

Otras veces puede estar relacionada con una incorrecta prendida del bebé al pecho materno, lo que llevaría a una extracción insuficiente de leche.

La restricción de la duración y frecuencia de las mamadas podría apoyarse en que el niño prefiera mamar más de un solo lado, por lo que el otro pecho no se drena adecuadamente.

Los intervalos largos entre las tomas o la reducción del número de las mismas serían otros posibles motivos para éste problema.

Los pezones umbilicados o invertidos dificultan el acoplamiento del niño para alimentarse a pecho; esto podría estar relacionado con la falta de control y examinación de los mismos durante los controles del embarazo. Si los pezones no tendrían éste problema, introducidos correctamente en la boca del niño, el acto de amamantar no debería generar lesiones y dolor. Por otra parte la desproporción boca-pezones sería otro motivo para impedir que el niño llegue a introducir toda la aréola y succione correctamente para una buena eyección de leche.

La congestión mamaria respondería a un aumento del volumen mamario bilateral acompañado de calor, dolor y endurecimiento. Obedecería a mamadas infrecuentes y/o inefectivas por lo que sería necesario prender al niño más seguido y correctamente además de hacer como ayuda una aplicación de masaje, ultrasonido o calor local para drenar la leche retenida.

El dolor al amamantar podría deberse a que la técnica de prendida del niño al pecho materno es incorrecta o inadecuada, no logra total acoplamiento y se comprueba observando la posición del niño junto a su madre. Si a pesar de una buena técnica el dolor persistiere, sería necesario descartar otras causas problemáticas como podrían ser patología materna o del lactante.

En tanto el estudio realizado por OLIVER ROIG, Antonio: "El abandono prematuro de la lactancia materna: incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna".

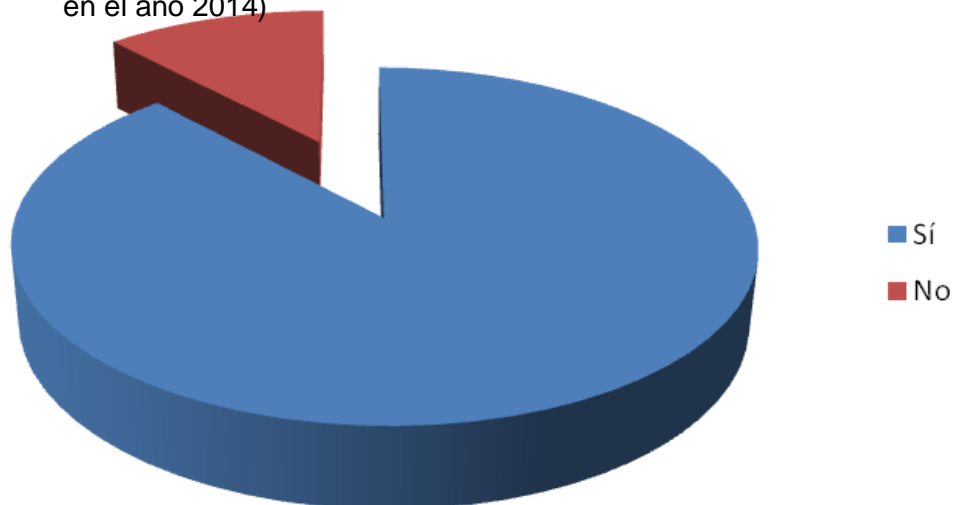
Universidad de Alicante. Departamento de Enfermería. Alicante. Año 2012, mostró que en una población de 150 madres, 76 (51%) habían referido según las encuestas haber padecido baja producción de leche (Hipogalactia), 35 (23%) con mastitis y las 39 restantes (26%) con Otras causas. Sin duda coincide la categoría Hipogalactia para ambos estudios como causa importante para el no inicio y/o abandono de la práctica de amamantar, seguidos por mastitis en un número relativamente importante. Podría pensarse que en las “Otras causas” en el estudio de OLIVER ROIG, Antonio...estarían incluidas todas o parte del resto de las categorías analizadas en la presente variable de esta investigación.

TABLA Nº 8: “Distribución de las encuestadas según falta de apoyo familiar a la madre.”
(F: encuestas realizadas en el Centro de Salud Barranquitas Oeste en el año 2014)

FALTA DE APOYO FAMILIAR A LA MADRE	f	%
Sí	97	88,2
No	13	11,8
TOTAL	110	100

Mo= sí falta de apoyo familiar a la madre.

Gráfico Nº 8: “Distribución de las encuestadas según falta de apoyo familiar a la madre.”
(F: encuestas realizadas en el Centro de Salud Barranquitas Oeste en el año 2014)



En la tabla y gráfico presentados, la distribución según falta de apoyo familiar a la madre para amamantar mostró que un 88,2% no recibió apoyo mientras que el 11,8% restante si lo tuvo. El modo resultó en sí falta de apoyo familiar a la madre.

Ello podría obedecer a que los padres de los niños y demás familiares no estarían cumpliendo una función importante en la transmisión y conservación de la experiencia sobre la lactancia materna. La falta de aliento a las madres para amamantar no ayudarían a las mismas a sentirse bien consigo mismas y de estar orgullosas de brindarle lo mejor a sus niños. La falta de calidez, amor y relajación de parte del entorno familiar para con la madre no serían para nada estimulantes.

Cuando las madres tienen sobrecarga de actividades, remuneradas o no, o cuando reciben menos alimentación y descanso que otros miembros de la familia, se estaría con ello haciendo más difícil la lactancia materna. Todas las familias deberían apoyar a las madres de manera consciente, enfrentando las desigualdades y asumiendo responsabilidades.

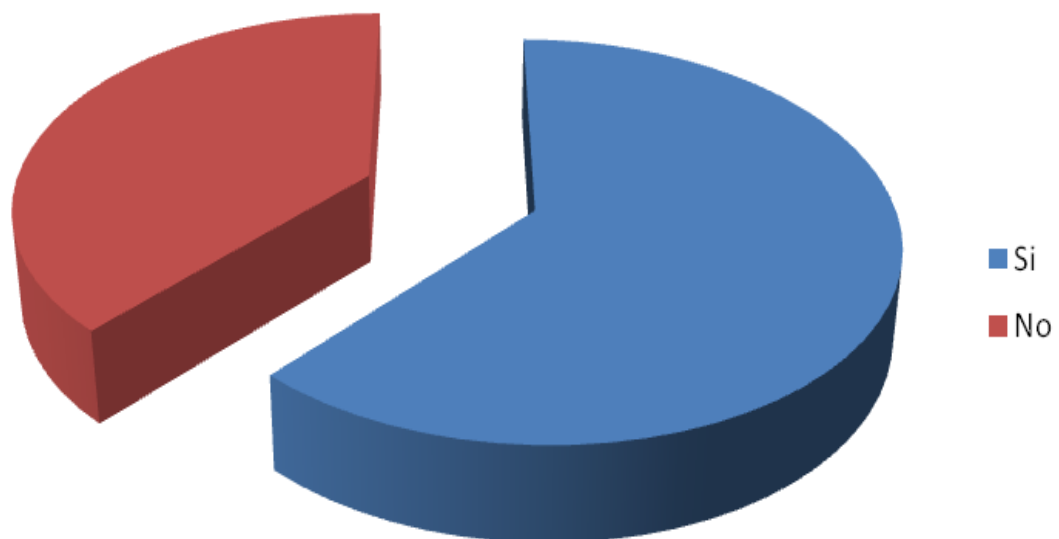
En tanto la investigación de VELIZ GUTIERREZ, José Angel: "Identificación de factores vinculados a la práctica de la Lactancia Materna hasta los 2 años de edad". Policlínico Hermanos Cruz. Pinar del Río. Año 2006, de 103 madres encuestadas 95 (92,2%) si tuvieron apoyo y acompañamiento familiar para con la madre en el proceso de amamantamiento y solo 8 (7,8%) no lo recibieron. Aquí ocurrió en forma inversa respecto de los datos obtenidos y presentados por las encuestas en éste estudio; de 110 madres 97 contestaron no haber recibido apoyo (88,2%) y solo 13 (11,8%) que si. Las diferencias resultaron muy significativas, siendo un tamaño muestral casi similar.

TABLA Nº 9: “Distribución de las encuestadas según falta de apoyo institucional a la madre.”
(F: encuestas realizadas en el Centro de Salud Barranquitas Oeste en el año 2014)

FALTA DE APOYO INSTITUCIONAL A LA MADRE	f	%
Sí	68	61,8
No	42	38,2
TOTAL	110	100

Mo= sí falta de apoyo institucional a la madre.

Gráfico Nº 9: “Distribución de las encuestadas según falta de apoyo institucional a la madre.”
(F: encuestas realizadas en el Centro de Salud Barranquitas Oeste en el año 2014)



En la tabla y gráfico presentados, se observó que un 61,8% de la distribución obedeció a falta de apoyo institucional a la madre en tanto que el 38,2% restante no lo tuvo. El modo fue sí falta de apoyo institucional a la madre.

Esto podría deberse a que los profesionales que componen los equipos de salud de las instituciones materno-infantiles no estarían lo

suficientemente organizados para brindar un apoyo eficaz para una lactancia materna exitosa. Por otra parte, se debería asegurar que las madres reciban una adecuada alimentación y nutrición sumado a un reparador descanso mientras el tiempo de lactancia.

La falta de apoyo para amamantar hacia las madres, aún cuando se sientan cansadas o desanimadas, la poca capacidad para oír y comprender las necesidades de las mismas y la de sus niños concurrirían en dificultar la practicidad para amamantar.

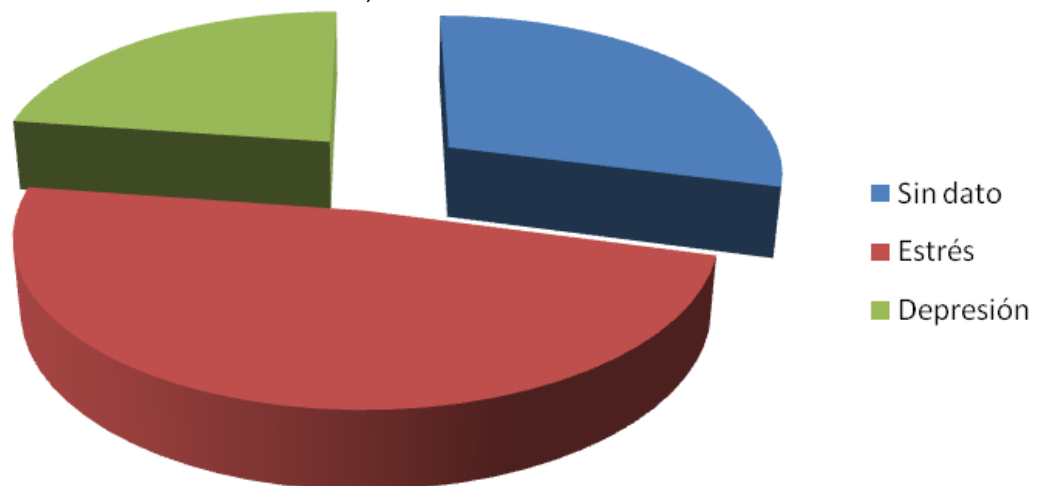
El trabajo de CAMARGO FIGUEROA, Mario Alberto: "Factores asociados al abandono de la lactancia materna". Hacia la Promoción de la Salud, V.16 N.1. Bucaramanga, Colombia. Enero-junio 2011, tomó una población en estudio compuesta por 205 madres en donde 139 (67,8%) refirieron en las encuestas haber recibido acompañamiento institucional de parte de los servicios de salud sobre lactancia materna. 22 (15,8%) no contestaron y las 44 restantes (21,4%) que no recibieron. Si bien esta población estudiada fue mayor respecto con la que se realizó esta investigación, allí se notó mucho más el apoyo institucional a las madres para la práctica de la alimentación a pecho materno. El dato aportado de las no acompañadas y/o apoyadas en el tema fue menor. No se verificó coincidencia en la medición de ésta variable con sus respectivas categorías en ambos estudios.

TABLA Nº 10: “Distribución de las encuestadas según problemas psicoemocionales maternos.”
(F: encuestas realizadas en el Centro de Salud Barranquitas Oeste en el año 2014)

PROBLEMAS PSICOEMOCIONALES MATERNOS	f	%
Sin dato	32	29,1
Estrés	53	48,2
Depresión	25	22,7
TOTAL	110	100

Mo= estrés

Gráfico Nº 10: “Distribución de las encuestadas según problemas psicoemocionales maternos.”
(F: encuestas realizadas en el Centro de Salud Barranquitas Oeste en el año 2014)



En la tabla y gráfico nº 10 se apreció que el 48,2% de la distribución de las madres encuestadas según problemas psicoemocionales maternos correspondió a estrés. Le siguió en la distribución un 29,1% representado por los sin dato y un 22,7% a depresión materna respectivamente. El modo fue estrés.

El estrés como uno de los problemas psicoemocionales maternos podría deberse a la separación madre – hijo seguido al nacimiento, situación ésta que causa gran angustia y ansiedad favoreciendo el extrañamiento. La desconexión materna entorpecería el proceso de vínculo y apego amén de las graves consecuencias que podrían tener para la salud del lactante. Si esta separación es imprescindible es fundamental mantener totalmente informada a la madre.

Otras causas podrían ser el poco apoyo de parte de familiares y amigos de la madre para amamantar, la ansiedad sobre el bebé, posibles problemas sucedidos durante el embarazo no resueltos, problemas económicos y/o en la relación de pareja si la hubiere, la edad temprana de la mayoría de las madres y muchas veces el embarazo no planeado o buscado.

El apoyo a la lactancia materna resultaría crítico para la recuperación del síndrome de estrés materno, ya que el fracazo en el acto de amamantar suele llevar al empeoramiento de los síntomas de algunas madres y a una mayor sensación subjetiva de fracaso o culpa.

La depresión materna se caracteriza por la falta de energía para relacionarse activamente con el niño y con los demás, cursa con sentimientos de aislamiento, incomprensión, temores, obsesiones, sensación de fracazo, incompetencia, etc lo que podría deberse a desórdenes hormonales posparto y a la falta de estímulos para amamantar al niño. Las hormonas exclusivas de la lactancia natural favorecen el maternaje (la oxitocina) y la relajación (la prolactina) favoreciendo también el cuidado del niño.

La lactancia materna produciría un efecto contrario al de la depresión posparto, favoreciendo el desarrollo del lactante, los sentimientos de bienestar de la madre y en su niño el fortalecimiento del proceso de vínculo y apego.

Los beneficios de la lactancia materna serían tan amplios y superiores para estos cuadros, a los que pudieren aportar otro tipo de lactancia. Serían un instrumento terapéutico para los cuadros depresivos. Ayudarlas en la lactancia natural mejoraría su bienestar y satisfacción mejorando además la interacción con el niño.

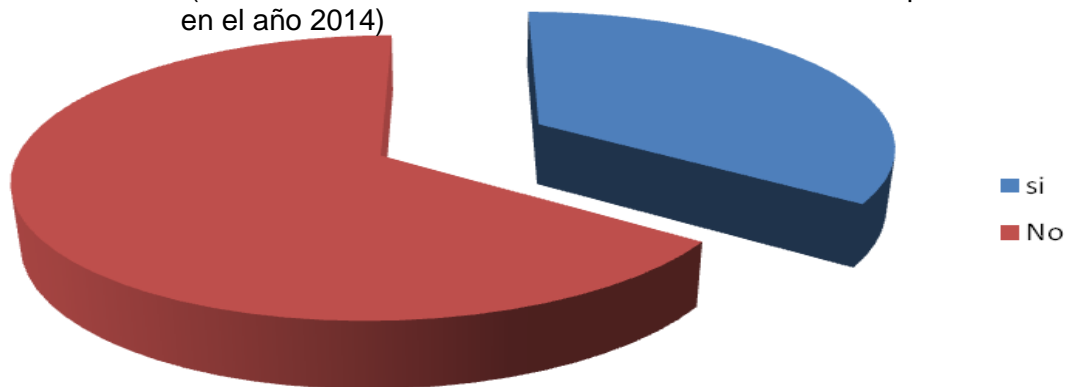
En el estudio de VELIZ GUTIERREZ, José Angel: "Identificación de factores vinculados a la práctica de la Lactancia Materna hasta los 2 años de edad". Policlínico Hermanos Cruz. Pinar del Río. Año 2006, de una población en estudio con 103 madres, solo 22 (21,3%) acusaron haber padecido un estado emocional entre regular y malo, situación esta que para el presente informe 78 (77,3%) lo han referido para las categorías de estrés y depresión materna. Se contrapone al estudio de VELIZ GUTIERREZ, José Angel...en el que prevaleció el estado emocional Bueno en 81 madres (78,7%), el cual favoreció que la lactancia materna se prolongara más tiempo. No hubo coincidencia en la medición de esta variable y sus categorías entre ambos estudios.

TABLA Nº 11: “Distribución de las encuestadas según información en lactancia materna.”
(F: encuestas realizadas en el Centro de Salud Barranquitas Oeste en el año 2014)

INFORMACIÓN EN LACTANCIA MATERNA	f	%
Sí	38	34,5
No	72	65,5
TOTAL	110	100

Mo= no información en lactancia en lactancia materna.

Gráfico Nº 11: “Distribución de las encuestadas según información en lactancia materna.”
(F: encuestas realizadas en el Centro de Salud Barranquitas Oeste en el año 2014)



En la tabla y gráfico presentados, se observó que el 65,5% de la distribución de las encuestadas no poseía información en lactancia materna. El 34,5 % restante si lo tenía. El modo fue no información en lactancia materna.

Ello podría estar relacionado a que durante el embarazo y el puerperio las madres no han contado mayormente con un apoyo activo de familiares, comunidad, del sistema de salud y de todas aquellas personas interesadas en promover la lactancia materna para facilitar información oportuna, para que la lactancia se instaure satisfactoriamente.

La información en lactancia materna estaría estrechamente relacionada con la educación que las madres reciben, fundamental para el éxito de la misma.

La mayoría estaría lejos del conocimiento sobre beneficios, ventajas y técnicas de la lactancia materna, de los problemas o anomalías posibles y de sus resoluciones. Las madres que reciben información respecto del tema, estarían menos susceptibles a enfrentar situaciones de ansiedad u otros problemas durante el período de amamantamiento.

Por otra parte, según la investigación de VELIZ GUTIERREZ, José Angel: "Identificación de factores vinculados a la práctica de la Lactancia Materna hasta los 2 años de edad". Policlínico Hermanos Cruz. Pinar del Río. Año 2006, se demostró que de la población de 103 madres bajo estudio la distribución de la información con respecto a la práctica de la lactancia materna, 85 (82,5%) contaban con información y el 17,5% (18 madres) no. Mientras tanto, en el presente estudio con un tamaño muestral similar, los datos obtenidos se mostraron a la inversa; 72 madres (65,5%) no poseían conocimiento en el tema y las 38 restantes (34,5%) sí. Ello justificó también el no inicio, destete precoz y/o abandono de esta conducta alimentaria a los niños menores de 2 años en esta investigación.

TABLA Nº 12: “Distribución de las encuestadas según nivel de instrucción e información que posee en lactancia materna.”
(F: encuestas realizadas en el Centro de Salud Barranquitas Oeste en el año 2014)

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	CONOCIMIENTO EN LACTANCIA MATERNA			
	SÍ		NO	
	f	%	f	%
Analfabeta	0	0	0	0
Primaria completa	22	58	32	45
Primaria incompleta	1	3	1	1
Secundaria completa	8	21	24	33
Secundaria incompleta	4	10	14	20
Terciaria	3	8	1	1
TOTAL	38	100	72	100

$$X^2= 6,521^a$$

$$gl= 4$$

$$p= 0,16$$

38 madres del total de las encuestadas sí poseían conocimiento en lactancia materna; 22 de ellas (58%) tenían un nivel de instrucción primario completo, 8 (21%) con secundario completo, 4 (10%) con secundario incompleto, 3 (8%) con nivel de instrucción terciario y solo 1 (3%) con primaria incompleta.

Las 72 madres restantes de la población bajo estudio, no tenían conocimiento en lactancia materna. 32 de ellas (un 45%) tenían nivel de instrucción primario completo, 24 (33%) con secundario completo, 14 (20%) con secundario incompleto y solamente 1 (1%) con instrucción terciario y primario incompleto respectivamente.

No se registraron madres con analfabetismo en ninguno de los dos grupos.

22 madres del total de la distribución tenían un nivel de instrucción primario completo y poseían conocimiento en lactancia materna, mientras que 32 madres también tenían primario completo pero no conocimiento en lactancia materna.

Respecto al nivel secundario completo solo 8 (21%) sí poseían conocimiento en lactancia materna y 24 (33%) no.

14 madres con secundario incompleto y no tenían conocimiento en lactancia materna, las 4 restantes (un 10%) manifestaron tenerlo.

4 madres con nivel de instrucción terciario, de las cuales 3 refirieron tener conocimiento en lactancia materna y 1 no.

Solo 2 madres con primario incompleto y con conocimiento en lactancia materna, la otra madre refirió que no.

El $p= 0,16$ demostró que no hay asociación entre las variables en estudio.

El nivel de instrucción educacional de las madres es fundamental para lograr éxito en la lactancia materna, por ello cuanto más alto y completo es el nivel de instrucción alcanzado, mayores serían las posibilidades de adherirse y practicarla sin problemas, además de padecer menos dificultades y complicaciones en el acto del amamantamiento a sus niños.

El hecho de no tener acceso o carecer de conocimiento en lactancia materna, vuelve a las madres más susceptibles a experimentar ansiedad y frustración cuando no tienen los medios necesarios para asegurar el amamantamiento.

El problema radica aquí más en el conocimiento en lactancia materna dónde la mayoría de las madres que componen la población bajo estudio manifiestan no poseerlo, que en el nivel de instrucción alcanzado por las mismas. Esto traería aparejado causas de no inicio, abandono, destete precoz o fracaso en éste tipo de alimentación.

No se realizó comparación con otros trabajos consultados en el tema, dado que en los mismos no se mostró entrecruzamiento entre las mismas variables con sus respectivas categorías.

TABLA N° 13: “Distribución de las encuestadas según edad de la madre y tipo de parto.”
(F: encuestas realizadas en el Centro de Salud Barranquitas Oeste en el año 2014)

EDAD DE LA MADRE	TIPO DE PARTO			
	Vaginal		Cesárea	
	f	%	f	%
Menos de 20 años	27	46	14	26
20 a 29 años	25	43	28	53
30 a 49 años	6	11	10	21
TOTAL	58	100	52	100

$$X^2 = 4,979^a$$

$$gl = 2$$

$$p = 0,08$$

En la tabla n° 13 se pudo apreciar que 58 madres del total de las encuestadas, tuvieron parto por vía vaginal. De éstas, 27 (46%) correspondió a la categoría menos de 20 años, le siguió con muy poca diferencia en 25 (43%) el grupo de 20 a 29 años y 6 (11%) pertenecieron al grupo de 30 a 49 años.

52 madres de total de las encuestadas tuvieron parto por cesárea. El mayor dato correspondió a la categoría de 20 a 29 años: 28 casos que equivalió a un 53%, le continuó el grupo de menos de 20 años con 14 casos (26%) y en la menor distribución con 10 casos (21%) el grupo de 30 a 39 años.

25 madres (43%) pertenecientes a la categoría de 20 a 29 años refirieron parto vaginal y 28 (53%) a cesárea.

Respecto al grupo de menos de 20 años, 27 madres (46%) señalaron parto vaginal y las 14 restantes (26%) por cesárea.

10 madres dentro de la categoría 30 a 49 años tuvieron parto por cesárea y solo 6 (11%) por vía vaginal.

El $p= 0,08$ indicó que no hay asociación entre las variables en estudio.

A mayor edad, menor número de partos por vía vaginal. En el caso de los partos por cesárea la mayor distribución se dió en el grupo de 20 a 29 años. Esto podría deberse a que muchas mujeres jóvenes hoy en día optan por el nacimiento de sus niños por medio de una cesárea, lo que se debería a veces por temor al dolor, al sufrimiento o porque tienen la idea de que es un trabajo bastante traumático (cesáreas electivas). Muchas otras están deseosas de poder hacer, vivir y experimentar su propio parto de la manera más natural posible y ser protagonistas activas de ello. A veces lo consiguen porque las condiciones naturales del nacimiento ayudarían favorablemente y en otras no debido a que podrían existir problemas de salud maternos y/o fetales o simplemente por decisiones exclusivamente médicas.

La mayor distribución de las madres se dió en las categorías menores de 20 y de 20 a 29 años, por ende se concentraron aquí la mayor cantidad de nacimientos de los niños tanto por parto vaginal como por cesárea.

Los recién nacidos por parto vaginal tendrían más ventajas que aquellos nacidos por cesárea, ya que estarían más despiertos y alertas con los reflejos de búsqueda, prensión y succión al pecho materno. En éste caso el comportamiento hormonal activado del parto normal vaginal jugaría un rol esencial en la producción y bajada de la leche materna, situación que no es así generalmente para las cesáreas.

No se realizó discusión con respecto a otras investigaciones consultadas sobre la problemática, dado que en las mismas no se han relacionado las variables y sus categorías como las que aquí se presentaron.

TABLA Nº 14: "Distribución de las encuestadas según información en lactancia materna y problemas en las mamas de la madre."
(F: encuestas realizadas en el Centro de Salud Barranquitas Oeste en el año 2014)

PROBLEMAS EN LAS MAMAS DE LA MADRE	INFORMACIÓN EN LACTANCIA MATERNA			
	SÍ		NO	
	f	%	f	%
Mastitis	10	26	20	28
Pezones umbilicados o invertidos	6	16	10	14
Hipogalactia	20	53	36	50
Congestión mamaria	2	5	2	3
Dolor al amamantar	0	0	4	5
TOTAL	38	100	72	100

$$X^2 = 2,649^a$$

$$gl = 4$$

$$p = 0,61$$

38 madres del total de la población bajo estudio sí poseían información en lactancia materna; 20 de ellas (53%) indicaron presentar hipogalactia, 10 (26%) mastitis, 6 (16%) con pezones umbilicados o invertidos y solo 2 (5%) con congestión mamaria.

Las 72 madres del resto de la distribución no tuvieron información en lactancia materna. En éste grupo, 36 (50%) presentaron hipogalactia, 20 (28%) con mastitis, 10 (14%) manifestaron haber tenido pezones umbilicados o invertidos, 4 (5%) con dolor al amamantar y solo 2 (3%) con congestión mamaria.

De la población total (110 madres), 36 refirieron hipogalactia y no tener información en lactancia materna. Solo 20 sí poseían información en lactancia materna.

20 madres manifestaron mastitis y no contar con información en lactancia materna, 10 también con mastitis y sí tenían información en lactancia materna.

16 madres refirieron tener pezones umbilicados o invertidos, de las cuales 10 no tenían información en lactancia materna y las 6 restantes sí.

4 madres manifestaron dolor al amamantar las cuales no poseían información en lactancia materna.

El $p= 0,61$ demostró que no hay asociación entre las variables presentadas.

La mayoría de las madres no poseían información en lactancia materna lo que podría explicar los altos porcentajes de los distintos problemas en las mamas de la madre a la hora de amamantar; no iniciar, suspender, destetar tempranamente o fracasar en este tipo de alimentación a sus niños.

Los casos de mastitis e hipogalactia son los más notables, ello podría deberse a que las madres no han recibido información, apoyo y seguimiento suficiente y eficaz respecto de las buenas y correctas técnicas para amamantar a los niños y que por estos problemas no podrían intentar o continuar con la lactancia materna.

Todos estos problemas en las mamas de la madre estarían relacionados por un lado, con una interrupción espontánea de la lactancia materna por motivos desconocidos o por falta de hormonas productoras de leche materna como la prolactina y de su eyección que es la oxitocina.

Cualquier instancia tanto materna como infantil podrían determinar una inadecuada extracción de leche y así justificar la disminución en su producción.

Durante el embarazo, en los controles periódicos se debería hacer mucho por la preparación e información sobre lactancia materna. Mayoritariamente esta actividad no estaría como prioridad en ésta y algunas otras instituciones junto con el compromiso de los profesionales del equipo interdisciplinario de salud, o bien estaría directamente ausente.

No se estableció discusión en relación con otros trabajos consultados sobre temas similares, dado que no se tomó este tipo de relación entre variables y sus categorías en las mediciones.

TABLA Nº 15: “Distribución de las encuestadas según edad gestacional al nacer del niño y tipo de parto.”
(F: encuestas realizadas en el Centro de Salud Barranquitas Oeste en el año 2014)

EDAD GESTACIONAL AL NACER DEL NIÑO	TIPO DE PARTO			
	Vaginal		Cesárea	
	f	%	f	%
Pretérmino	6	10	2	3
Término	49	84	50	97
Postérmino	3	6	0	0
TOTAL	58	100	52	100

$$X^2 = 4.697^a$$

$$gl = 2$$

$$p = 0,09$$

Del total de las madres encuestadas, 58 han tenido un parto por vía vaginal. 49 de ellas (84%) tuvieron a sus niños con una edad gestacional al nacer a término, 6 (10%) en pretérmino y las 3 restantes (6%) en postérmino.

En la distribución, 52 madres tuvieron parto por cesárea. El mayor número de los mismos, 50 que equivale a un 97% fue a término y solo los 2

restantes (3%), a pretérmino. No hubo edad gestacional al nacer del niño en postérmino en éste grupo.

50 madres tuvieron parto por cesárea y 49 por vía vaginal, ambas con una edad gestacional al nacer del niño a término.

8 madres manifestaron haber tenido a su niño con una edad gestacional al nacer a pretérmino, 6 de ellas con un parto por vía vaginal y solo 2 por cesárea.

3 madres refirieron haber tenido a su niño con una edad gestacional al nacer a postérmino y con un parto por vía vaginal. No se registró en relación con ésta categoría parto por cesárea.

El $p= 0,09$ indicó que no hay asociación entre la edad gestacional al nacer y el tipo de parto.

La mayor parte de los partos, tanto por vía vaginal como por cesárea fueron de término, es decir entre las semanas 37 y 41 de gestación.

Los tipos de parto en general con edad gestacional al nacer del niño a pretérmino podrían deberse a compromisos de salud materna y/o fetal que obligan a interrumpir el embarazo o no es posible retenerlo en la semana 36 o antes.

Se observó que solo la edad gestacional al nacer del niño a postérmino ocurrió con parto vaginal, lo cual podría deberse a los mecanismos naturales del desencadenamiento de trabajo de parto y parto o por inducción al mismo debido a gestación prolongada que ha superado las 42 semanas.

La edad gestacional al nacer del niño a término resultó bastante pareja para el nacimiento por ambos tipos de parto; las cesáreas aunque podrían estar relacionadas con antecedentes maternos previos o por

84 madres refirieron tener un peso al nacer del niño adecuado, 11 con alto peso y 4 con bajo peso, todas ellas con una edad gestacional a término.

8 madres mencionaron una edad gestacional al nacer del niño a pretérmino, 5 de ellas con bajo peso al nacer del niño y 3 con peso adecuado. No se registró alto peso al nacer con ésta edad gestacional.

Solo 3 madres informaron haber tenido a su niño con una edad gestacional a postérmino y con un peso al nacer del niño adecuado.

El $p= 0,00$ confirmó que hay asociación entre la edad gestacional al nacer del niño y el peso al nacer del niño.

La mayoría de las edades gestacionales al nacer de los niños son a término con peso adecuado, ello podría estar respondiendo a una buena evolución del embarazo tanto desde la salud materna como fetal en su crecimiento y desarrollo. Solo en los nacimientos a término se observaron algunos casos con peso al nacer del niño alto, es decir con 3900 gramos o más. Los de bajo peso al nacer del niño se dieron más en la edad gestacional a pretérmino, lo que podría deberse a causas que comprometerían la salud materna y/o fetal y que obligarían a terminar con el embarazo provocando el parto o en algunas situaciones la incapacidad o baja posibilidad de retener el embarazo por amenaza de parto prematuro.

La edad gestacional al nacer del niño a término con bajo peso fue poco significativa en la distribución, pero igualmente podría responder a un compromiso del estado de salud materna en relación con el embarazo o de la gestación en sí, por causas hormonales, genéticas, de alimentación y nutrición, de patologías asociadas o desencadenadas por el mismo embarazo (gestosis o toxemias gravídicas).

No se presentó comparación de estas variables y sus categorías en relación con otros trabajos consultados en el tema, dado que en los mismos no se encontró entrecruzamiento entre las mismas, a pesar de haber sido analizadas e interpretadas individualmente.

TABLA Nº 17: “Distribución de las encuestadas según falta de apoyo familiar a la madre y problemas psicoemocionales maternos.”
(F: encuestas realizadas en el Centro de Salud Barranquitas Oeste en el año 2014)

FALTA DE APOYO FAMILIAR A LA MADRE	PROBLEMAS PSICOEMOCIONALES MATERNOS					
	Sin dato		Estrés		Depresión	
	f	%	f	%	f	%
Sí	28	87	45	84	24	96
No	4	13	8	16	1	4
TOTAL	32	100	53	100	25	100

$X^2 = 2.026^a$ gl= 2 p= 0,36

Del total de las madres encuestadas en la distribución, 53 de ellas refirieron haber padecido estrés. 45 de éstas (84%) manifestaron tener falta de apoyo familiar a la madre y 8 (16%) restante no.

25 madres refirieron haber sufrido depresión, 24 de éstas (96%) contestaron tener falta de apoyo familiar y solo 1 (4%) no.

32 madres no aportaron información sobre problemas psicoemocionales maternos, pero sí sobre falta de apoyo familiar a la madre: 28 casos (un 87%) sin apoyo familiar y 4 (13%) con apoyo familiar a la madre respectivamente.

45 madres del total de la distribución refirieron falta de apoyo familiar a la madre con estrés como problema psicoemocional. 24 con depresión y 28 sin dato respectivamente.

8 madres con estrés, 4 sin haber aportado dato y solo 1 con depresión y sin falta de apoyo familiar.

El $p= 0,36$ indicó que no hay asociación entre las variables presentadas en ésta tabla.

La mayor parte de la distribución de las madres refirieron falta de apoyo familiar para amamantar, lo que podría deberse a falta de compromiso, ausencia de motivación, entusiasmo e información respecto de los beneficios y ventajas que tiene la lactancia materna. La falta de tiempo por razones de trabajo u otras causas también serían posibles.

Es importante que durante el embarazo, el parto y el período de lactancia exista una relación emocional satisfactoria entre la madre y el niño. Los sentimientos y emociones son los que mejor guiarían en esta y en cualquier etapa de la vida sin confusión alguna. El posparto es un momento en el cual muchas mujeres son vulnerables a la depresión y al estrés, y ello tiene un impacto importante en la lactancia materna.

Se observó aquí, que se dieron más casos de estrés que de depresión materna, éstos trastornos anímicos tendrían un efecto negativo sobre la forma en que las madres interactuarían con sus niños. La lactancia materna, por el contrario, estimularía la autoestima de la madre puesto que le demostraría que es capaz de proporcionar a su niño alimento y salud.

Ningún factor es más importante que una situación mental feliz y relajada. Las preocupaciones y tristezas, el estrés y la depresión son formas muy eficaces que influenciarían en la disminución o eliminación de la secreción mamaria.

Los problemas psicoemocionales maternos podrían influir en la lactancia materna de varias maneras, disminuyendo el flujo sanguíneo a las

mamas y por consiguiente la secreción láctea, reduciendo la cantidad de succiones, lo que disminuiría la estimulación para la producción y eyección de leche.

También podría darse un bloqueo en el reflejo de bajada de la leche aún estando las mamas llenas.

Algunas madres no han contestado respecto de problemas psicoemocionales, pero sí en que tuvieron o no falta de apoyo familiar.

No se expresó comparación y discusión de estos datos con los de otros trabajos consultados, debido a que no se relacionaron las variables y sus categorías como las presentadas en esta investigación.

TABLA Nº 18: “Distribución de las encuestadas según edad materna y nivel de instrucción.”
(F: encuestas realizadas en el Centro de Salud Barranquitas Oeste en el año 2014)

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	EDAD MATERNA					
	Menos de 20 años		20 a 29 años		30 a 49 años	
	f	%	f	%	f	%
Analfabeta	0	0	0	0	0	0
Primaria completa	25	61	24	45	5	31
Primaria incompleta	0	0	2	4	0	0
Secundaria completa	5	12	19	36	8	50
Secundaria incompleta	11	27	7	13	0	0
Terciaria	0	0	1	2	3	19
TOTAL	41	100	53	100	16	100

$$X^2 = 29,457^a$$

$$gl = 8$$

$$p = 0,00$$

Del total de las madres encuestadas, 53 pertenecieron a la categoría 20 a 29 años. De éstas 24 (45%) tenían un nivel de instrucción primario completo, 19 (36%) con secundario completo, 7 (13%) con secundario incompleto, 2 (4%) con primario incompleto y solo 1 (2%) con nivel terciario.

41 madres del total de la distribución correspondieron al grupo menos de 20 años, 25 de ellas (61%) tenían nivel primario completo, 11 (27%) con secundaria incompleta y 5 (12%) con formación secundaria completa. En éste grupo no se registraron madres con nivel de instrucción primario incompleto y terciario.

Las 16 madres restantes de la población bajo estudio, pertenecieron al grupo de 30 a 49 años. 8 de ellas (50%) poseían nivel de instrucción secundario completo y 3 (19%) con nivel terciario. No se registraron madres con nivel de instrucción primario y secundario incompleto.

En ninguna de las categorías presentadas, se registraron madres con analfabetismo.

54 madres indicaron tener instrucción primaria completa de las cuales 25 correspondieron a la categoría menos de 20 años, 24 a la de 20 a 29 años y las 5 restantes al grupo de 30 a 49 años.

18 madres del total de las encuestadas, manifestaron tener un nivel de instrucción secundario incompleto, 11 de las cuales pertenecientes al grupo de menos de 20 años y 7 al de 20 a 29 años.

32 madres con nivel secundario completo, 19 de ellas dentro de la categoría de 20 a 29 años, 5 en la de menos de 20 años y 8 a la de 30 a 49 años.

Con un nivel de instrucción terciario solo 4 madres, 3 pertenecieron al grupo de 30 a 49 años y solo 1 al de 20 a 29 años.

2 madres refirieron nivel de instrucción primario incompleto, las cuales pertenecieron a la categoría de 20 a 29 años.

El $p= 0,00$ indicó que hay asociación entre el nivel de instrucción y la edad materna.

Generalmente, a medida que la edad materna aumentó en la distribución, el nivel de instrucción completo también.

El nivel de instrucción incompleto se observó más en el grupo de 20 a 29 años.

El hecho de ser madre a temprana edad, podría explicar la deserción escolar a nivel secundario. Mayormente las madres poseían un nivel de instrucción primario completo, lo cual no resultaría suficiente para alcanzar un grado de formación e información suficientes sobre generalidades y preparación para la lactancia materna.

Las madres más jóvenes con bajo nivel de instrucción, preparación e inmadurez, explicarían la conducta del no inicio, abandono o destete precoz a los niños menores de 2 años en relación con la lactancia materna.

A medida que avanza la edad de las madres, éstas estarían en condiciones de tomar más conciencia respecto de su rol de madre y en relación con el nivel de instrucción alcanzado sería más factible iniciar, continuar y prolongar la lactancia materna.

No se presentó discusión de los datos obtenidos con los de otros trabajos en el tema, dado que en los mismos no se realizó este tipo de relación entre variables y sus respectivas categorías.

TABLA Nº 19: “Distribución de las encuestadas según peso al nacer del niño y tipo de parto.”
(F: encuestas realizadas en el Centro de Salud Barranquitas Oeste en el año 2014)

PESO AL NACER DEL NIÑO	TIPO DE PARTO			
	Vaginal		Cesárea	
	f	%	f	%
Bajo	4	7	5	10
Adecuado	52	89	38	73
Alto	2	4	9	17
TOTAL	58	100	52	100

$$X^2 = 6,435^a$$

$$gl = 2$$

$$p = 0,04$$

Del total de las encuestadas en la distribución, 58 madres tuvieron parto por vía vaginal. 52 de éstas (89%) tuvieron peso adecuado al nacer del niño, 4 (7%) con peso bajo y solo 2 (4%) con peso alto.

Las 52 madres restantes tuvieron un parto por cesárea; 38 de éstas (73%) con un peso al nacer del niño adecuado y una diferencia poco significativa entre bajo y alto peso al nacer del niño 5 (10%) y 9 (17%) respectivamente.

52 madres del total de la distribución tuvieron parto por vía vaginal y 38 por cesárea. En todos estos casos con un peso al nacer del niño adecuado.

9 madres indicaron un peso al nacer del niño bajo, 4 de ellas con tipo de parto por vía vaginal y 5 por cesárea.

9 madres con un peso al nacer del niño alto y con parto por cesárea. Solo 2 con alto peso al nacer del niño y con parto por vía vaginal.

El $p = 0,04$ mostró que hay asociación entre el peso al nacer del niño y el tipo de parto respectivamente.

Tanto para el tipo de parto vaginal como el por cesárea, en la mayoría de las distribuciones ha sido con peso al nacer del niño adecuado, es decir entre 2500 y 3900 gramos.

Los niños con peso al nacer alto (3900 gramos o más), se dieron más en los partos por cesárea lo que podría responder a una desproporción céfalo –pelviana de la madre para un nacimiento por vía vaginal y evitando así riesgos para ambos.

En el caso de niños con peso al nacer bajo (menos de 2500 gramos), los datos presentados no mostraron diferencias significativas respecto del tipo de parto. La causa del bajo peso podría deberse a problemas de salud materno y/o fetal.

No se expresó comparación y discusión de estos datos respecto de los obtenidos en otras investigaciones, dado que en las mismas no se estudió una posible relación entre estas variables y sus categorías en relación con causas para el no amamantamiento.

TABLA Nº 20: “Distribución de las encuestadas según falta de apoyo institucional a la madre e información en lactancia materna.”
(F: encuestas realizadas en el Centro de Salud Barranquitas Oeste en el año 2014)

FALTA DE APOYO INSTITUCIONAL A LA MADRE	INFORMACIÓN EN LACTANCIA MATERNA			
	Sí		No	
	f	%	f	%
Sí	22	57	46	63
No	16	43	26	37
TOTAL	38	100	72	100

$$X^2 = 0,379^b$$

$$gl = 1$$

$$p = 0,53$$

En la tabla nº 20, del total de la madres encuestadas en la distribución, 72 de ellas no tenían información en lactancia materna; 46 (el 63%) tenía falta de apoyo institucional a la madre mientras que 26 (37%) no.

De 38 madres del total de las encuestadas, 22 (57%) si poseían información en lactancia materna y falta de apoyo institucional. Las 16 restantes (43%) sí tenían información en lactancia materna pero no falta de apoyo institucional a la madre.

68 madres manifestaron falta de apoyo institucional a la madre, 46 de ellas no poseían información en lactancia materna y las 22 restantes sí.

26 madres indicaron no tener falta de apoyo institucional pero sí falta de información en lactancia materna.

Otras 16 también señalaron que no tenían falta de apoyo institucional y sí contaban con información en lactancia materna.

El $p= 0,53$ demostró que no hay asociación entre las variables en estudio.

La mayor parte de las madres de la población en estudio carecían de apoyo institucional, ello podría responder a la falta de organización de las instituciones materno-infantiles, para informar, promover y acompañar a las madres desde el embarazo, el nacimiento, el posparto y los controles integrales de salud del niño dentro de los primeros meses de vida para el amamantamiento. Cobraría importante impacto para el no inicio, abandono o destete precoz del lactante para la lactancia materna.

En menor proporción, la población en estudio poseía información en lactancia materna y a su vez apoyo institucional a la madre para la misma, lo cual estaría asegurando en parte beneficios tanto para el niño, la madre, la familia, la sociedad, etc con respecto a la alimentación a pecho según la OMS.

No se efectuó comparación de los datos obtenidos con los de otros trabajos realizados en la temática, dado que si bien se encontraron las

Notablemente la mayoría de las madres que componen la población bajo estudio, no tenían apoyo familiar para amamantar a sus niños, lo que podría deberse a que aquellas madres que tendrían sobrecarga de trabajo remunerado o no, recibirían menos alimentación y descanso que otros miembros de la familia y amamantar así se tornaría más difícil. Las familias de esas madres deberían enfrentar conscientemente las desigualdades y responsabilidades que implican amamantar a un niño, apoyando a las madres en todo el proceso de la lactancia materna, ya desde la gestación, el nacimiento, el posparto y la crianza.

Si bien es fundamental la educación e información que las madres deberían recibir para el buen funcionamiento de la lactancia natural, muy pocas la poseían lo que podría explicarse en la falta de interés en la promoción de la lactancia materna desde el seno familiar y las instituciones de salud en las cuales se han controlado su embarazo, la salud de los niños desde el nacimiento en su crecimiento y desarrollo.

La información en lactancia materna sería fundamental para que las madres conozcan mejor aún las ventajas, beneficios, problemas o anomalías posibles de surgir y sus soluciones.

No se presentó comparación y discusión en relación con otros trabajos consultados en el tema, dado que en ellos no se mostró entrecruzamiento entre las mismas variables y sus categorías bajo estudio.

CONCLUSIONES

En base al análisis e interpretación de los datos recogidos, se arribaron a las siguientes conclusiones:

- En la variable edad materna se detectó que las mismas se distribuyeron de la siguiente manera: un 48,2% tenían entre 20 a 29 años (coincide con la etapa óptima para la concepción, lo que podría deberse a que las mujeres ya han completado su maduración biológica y social). El 37,3% correspondió a las madres de menos de 20 años y el 14,5% restante al grupo de madres de 30 a 49 años. Si observamos el tipo de parto y la edad materna, podemos notar que no hubo asociación entre ambas ($p=0,08$) aunque numéricamente se visualizó que los datos obtenidos demostraron que la mayor cantidad de nacimientos de niños tanto por parto vaginal como por cesárea se ubicó en la categoría de madres de menos de 20 años y de 20 a 29 años.
- Con respecto al nivel de instrucción materna, se observó que la mitad de la población de las madres (49,1%) tenía un nivel de instrucción primario completo y el resto de las mismas se distribuyeron de la siguiente manera: un 29,1% tenían nivel secundario completo, un 16,4% con secundario incompleto, un 3,6% con nivel terciario y el 1,8% restante con un nivel de instrucción primario incompleto. No se observó madres en calidad de analfabetas. El nivel de instrucción educacional de las madres era fundamental para alcanzar el éxito de la lactancia materna, por lo tanto cuanto más alto y completo era el nivel de instrucción alcanzado, mayores serían las posibilidades de la adhesión y práctica sin problemas, además de padecer menos dificultades y complicaciones en el acto de amamantar a sus niños. Aunque no se observó asociación entre el nivel de instrucción con el conocimiento en lactancia materna ($p=0,16$) el problema radicó más aquí en la falta de conocimiento en lactancia materna donde la mayoría de las madres que componían la población

bajo estudio manifestaron no poseerlo a pesar del nivel de instrucción alcanzado. Esto pudo haber influido en el no inicio, abandono, destete precoz o fracazo en éste tipo de alimentación.

- En cuanto al tipo de parto se detectó que la mayoría (52,7%) fue por vía vaginal y el resto por cesárea (un 47,3%). La mayor distribución de las madres se dió en las categorías de menos de 20 años y de 20 a 29 años respectivamente, concentrándose aquí la mayor cantidad de nacimientos para ambos tipos de parto. En el caso de los partos por cesárea, ello podría haber respondido a que las mujeres muchas veces optan para el nacimiento de sus niños de ésta manera, a veces por temor al dolor, al sufrimiento o porque tienen una concepción errónea sobre que los partos vaginales son más traumáticos. Otra situación para ello podría obedecer a que hayan existido problemas de salud materna y/o fetal o simplemente por cuestiones exclusivamente médicas. No hubo asociación entre el tipo de parto y la edad materna ($p=0,08$). Del total de la distribución, 58 madres tuvieron parto por vía vaginal y 52 por cesárea, en ambos casos la mayoría con una edad gestacional al nacer del niño a término, no existiendo también aquí relación entre éstas variables ($p=0,09$).
- En la variable sexo del niño, la mayoría eran varones (53,6%) y el resto mujeres (46,4%). La misma no resultó trascendental para la investigación, para justificar el por qué los niños menores de 2 años no recibieron lactancia materna parcial.
- En cuanto al peso al nacer del niño, la mayoría (81,8%) era adecuado y con una edad gestacional al nacer a término, lo que podría estar respondiendo a una buena evolución del embarazo en cuanto a crecimiento y desarrollo fetal. Estas variables se encontraron asociadas ($p=0,00$). También se observó relación entre el tipo de parto y el peso al nacer del niño ($p=0,04$), dándose que los niños que tenían alto peso al nacer se registraron en los partos por cesárea y los niños con peso adecuado se observaron en los partos vaginales.

- En lo referente a la edad gestacional al nacer del niño, se observó que la mayoría era a término, representando un 90% del total. Le seguían un 7,3% los niños a pretérmino y un 2,7% los nacidos a postérmino. Respecto de la edad gestacional al nacer del niño en relación con el tipo de parto se demostró que no hubo asociación ($p=0,09$).
- En la variable problemas en las mamas de la madre, se visualizó que la mayoría de las madres presentó hipogalactia (50,9%), un 27,3% con mastitis, un 14,5% con pezones umbilicados o invertidos y el 7,2% restante se distribuyó entre congestión mamaria y dolor al amamantar. No existió asociación entre problemas en las mamas de la madre con información en lactancia materna ($p=0,61$), si bien la mayoría de las madres no poseían información en lactancia materna ello justificaría en buena parte los porcentajes de los distintos problemas mamarios a la hora de amamantar, para el no inicio, suspensión, destete precoz, abandono y/o fracazo en éste tipo de alimentación.
- Cuando se investigó la falta de apoyo familiar a la madre, el 88,2% manifestó no tenerlo y el 11,8% restante sí. Si bien no se demostró asociación entre falta de apoyo familiar a la madre con problemas psicoemocionales maternos ($p=0,36$), éstos podrían influir de manera negativa en la lactancia materna de varias maneras como en la disminución del flujo sanguíneo a las mamas afectando la secreción láctea, en la reducción en la cantidad de succiones disminuyendo así la estimulación para la producción y eyección de leche, o bien por un bloqueo en el reflejo de bajada de la misma por ejemplo.
- En cuanto al apoyo institucional a la madre, el 61,8% manifestó tenerlo y el 38,2% restante no. Si bien demostró que no se estableció asociación entre el apoyo institucional a la madre y la información en lactancia materna ($p=0,53$), la mayor parte de las madres carecían de apoyo institucional lo que podría responder a una falta de organización de los servicios y equipos de salud de

las instituciones materno –infantiles para informar, promover y acompañar a las mismas desde el embarazo, el nacimiento, el posparto inmediato y los controles integrales de salud de los niños dentro de los primeros meses de vida para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.

- Con respecto a problemas psicoemocionales maternos por percepción personal de las encuestadas, el 48,2% manifestó haber padecido estrés, el 22,7% con depresión y un 29,1% no contestó. En cuanto a estrés y depresión materna, éstas podrían obedecer a causas tales como la separación del binomio madre-hijo seguido al nacimiento, causando angustia y ansiedad en la madre. Por otra parte, la falta de energía a veces para relacionarse activamente con el niño y con los demás acompañadas de sentimientos de aislamiento, incomprensión, temores, sensaciones de fracazo, etc junto a desórdenes hormonales posparto, estarían influyendo en el acto de amamantar tanto para la prendida al pecho del bebé como también para la producción de leche.

- En la variable información en lactancia materna, se pudo comprobar que el 65,5% de las madres no poseían información mientras que el 34,5% restante sí la tenían. Si bien no hubo asociación entre información en lactancia materna y apoyo institucional a la madre ($p=0,53$) sí existió relación entre la información en lactancia materna con falta de apoyo familiar a la madre ($p=0,02$) lo que respondería a que las familias de esas madres no estuvieron dándoles apoyo quizás desde la gestación, el nacimiento, el posparto y la etapa de crianza para el amamantamiento por ausencia de responsabilidades y compromisos compartidos en el hogar, enfatizando conscientemente las desigualdades

En síntesis, teniendo en cuenta las hipótesis planteadas inicialmente se concluyó que:

- El nivel de instrucción de la madre no influyó en la información que posee en lactancia materna.
- La edad de la madre no influyó en el tipo de parto.
- La información en lactancia materna de la madre no influyó en problemas en las mamas.
- La edad gestacional al nacer del niño no influyó en el tipo de parto.
- La edad gestacional al nacer del niño sí influyó en el peso al nacer del niño.
- La falta de apoyo familiar no generó problemas psicoemocionales maternos.
- A mayor edad materna, sí hubo mayor nivel de instrucción.
- El peso al nacer del niño sí influyó en el tipo de parto.
- La falta de apoyo institucional a la madre no influyó en la información en lactancia materna.
- La falta de apoyo familiar a la madre sí influyó en la información en lactancia materna.

Teniendo en cuenta las conclusiones antes mencionadas, se sugiere:

- Para futuros trabajos de investigación en lo referente a causas de no amamantamiento parcial en niños menores de 2 años, agregar y utilizar otras variables no presentadas en éste informe, como por ejemplo: ocupación de la madre, paridad de la madre, antecedentes previos en amamantamiento, dificultad o enfermedad del niño, etc.

- Hacer otros cruzamientos de las variables presentadas en éste informe, ya que mayormente se observó que no hay asociación entre las mismas.
- Tener en cuenta que resultaron muy útiles investigar sobre edad gestacional al nacer del niño, peso al nacer del niño, nivel de instrucción y edad maternas para seguir aplicándolo en otras investigaciones.
- Sugerir que en las maternidades y centros de salud de Atención Primaria, se conserve por todos los medios la lactancia natural al primer momento del nacimiento, ya que en caso de requerirlo las facilidades para volver a lactar son significativamente mayores. De todas formas, en la ciudad de Santa Fe la lactancia materna es una de las políticas primordiales en los servicios de obstetricia, neonatología y pediatría.
- Promocionar la práctica de la lactancia materna a toda la población de mujeres embarazadas que concurren a control obstétrico a los centros de atención primaria y hospitales públicos, además de acompañar a todas aquellas madres con niños menores de 2 años que concurren a los servicios para el control integral de salud del niño, de modo de asegurar y garantizar el comienzo y seguimiento de este tipo de alimentación. Buscar soluciones concretas y prácticas frente a la aparición de posibles problemas en la madre y en los niños que lleven a un no inicio, supresión, destete precoz, abandono y/o fracazo de la lactancia materna.
- Difundir el presente estudio a nivel del equipo de salud interdisciplinario de los centros de Atención Primaria para la Salud, para generar concientización y compromiso con la lactancia materna y proponer una comisión para estudios y asesoramientos a los profesionales y comunidad sobre la temática.
- Sería conveniente que esta investigación sobre el problema presentado, se aplicase en todos los centros de salud de Atención Primaria para la Salud

de la ciudad de Santa Fe, para conocer las causas por las cuales los niños menores de 2 años no reciben lactancia materna parcial.

- Evaluar en el tiempo, como influye la evolución de este impacto en lactancia materna parcial desde el nacimiento hasta por lo menos los 2 años de vida de los niños, en las distintas comunidades de los centros de salud de la ciudad de Santa Fe.
- Revisar programas en perinatología para elaborar proyectos y ejecutar acciones sólidas tendientes a la promoción de la lactancia materna desde la etapa preconcepcional.

BIBLIOGRAFÍA

- Amador M, Silva Ic, Uriburu G, Valdéz F. “Caracterización de la lactancia materna en Latinoamérica”. Food Nutri Bull. 2006; 14(2): 101-7.
- Araújo Pereira V. “El crecimiento de los niños alimentados exclusivamente con leche materna durante el primer año de vida”. Rev Panam Salud Pública. 2005; 110(4):311-8.
- Bago.com. “Las primeras horas posteriores al nacimiento”. [periódica en línea] 2007 [consultado el 24 de octubre de 2013]; disponible en: <http://www.bago.com/bolivia/html/iblduo.html>.
- Barriuso LM, Sánchez-Valverde F. “Prevalencia de la lactancia materna”. Madrid: Anales. 2006 (Suplemento 3).
- Cavo Quiróz C. “Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento”. Rev Enfermería Actual en Costa Rica. [periódica en línea] 2012; 15 [consultado el 4 de octubre de 2013]; disponible en : <http://www.revenf.ucr.ac.cr/factoreslactancia.pdf>.
- Consejería de Sanidad. “Amamantar: una elección un deseo”. Comunidad de Madrid. Madrid: Registro Legal M.22; 2008.
- Delgado A, Arroyo L, Díaz M. “Prevalencia y causas de abandono de la lactancia materna”. Bol Med Hop Infant Mex. [periódica en línea] 2009; 63(7): 31-36 [consultado el 3 de octubre de 2013]; disponible en: http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid.
- Díaz Tabares O, Soler Quintana ML. “Aspectos epidemiológicos relacionados con la lactancia materna durante el primer año de vida”. Rev Cubana Med Gen Integr. [periódica en línea] 2009; 18 (6): 183-186 [consultado el 20 de septiembre de 2013]; disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S086421252002000300002&lng=es>.

- Díaz-Arguelles Ramírez-Coria Virginia María. “La alimentación inadecuada del lactante sano y sus consecuencias”. Rev Cubana Pediatr. [periódica en línea] 2009; 77(1), [consultado el 27 de septiembre de 2013]; disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7531200500010007&lng=es.
- Díaz-Arguelles Ramírez-Corría v. “Lactancia materna: evaluación nutricional en el recién nacido”. Rev Cubana Pediatr. [periódica en línea] 2007 [consultado el 3 de octubre de 2013]; disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312005000200005&lng=es.
- González C. “manual práctico de lactancia materna”. 2ª ed. Barcelona: ACPAM; 2008: 74-75.
- Hill Z, Kirkwood B, Edmond K. “Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño”. Washington: Organización Mundial de la Salud; 2009. (Publicación en serie OPS/FCH/CA/O5.09.E).
- Jiménez, FE. “Lactancia y enfermedades”. Diagnóstico.com [periódica en línea] 2010 [consultado el 24 de septiembre de 2013]; disponible en: <http://www.diagnostico.com/enfermedad.stm>.
- Jiménez FE. “Lactancia materna y enfermedades”. Diagnóstico.com [periódica en línea] 2006 [consultado el 4 de octubre de 2013]; disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/Previnfad/psicomotor.htm> .
- Jiménez R, Curbelo JL, Peñalver R. “Relación del tipo de alimentación con algunas variables del crecimiento, estado nutricional y morbilidad del lactante”. Colombia Médica. [periódica en línea] 2007; 36(4): Supl. 3. [consultado el 25 de septiembre de 2013]; disponible en: <https://space.library.utoronto.ca/bitstream/1807/9052/1/rc05074.pdf>.
- Labbok M. “Proteger, promover y apoyar la lactancia materna”. Rev Nutrición. UNICEF.2009.
- Orbita Starmedia. “Historia y composición de la lactancia materna”. [periódica en línea] 2006. [consultado el 30 de septiembre de 2013]; disponible en: [http://orbita.starmedia.com/-lactancia materna.html](http://orbita.starmedia.com/-lactancia%20materna.html).

- Organización Panamericana de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. “Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades prevalentes graves en la infancia”. Washington: OPS/PALTEX; 2008.
- PALLÁS ALFONSO P cr. “Lactancia materna y alimentación en el primer año de vida”. PAPPS. Infancia y adolescencia. 2010.
- Pérez Escamilla R. “La promoción de la lactancia materna”. Rev Panam Salud Pública. [periódica en línea] 2011; 91(6) [consultado el 16 de octubre de 2013]; disponible en: <http://www.paho.org/spanish/DBI/ES/v9n6-Editorial.pdf>.
- Pérez Escamilla R. “Patrones de la lactancia natural en América Latina y el Caribe”. Rev Panam Salud Pública. 2009; 115 (3):185-94.
- Rodríguez D, Valdéz T. “Comportamiento de la Lactancia Materna”. Lactantes.sabelotodo.com. [en línea] 2006: t2:13-20. [consultado el 20 de septiembre de 2013]; disponible en: www.sabelotodo.com/.../EkEIVZpEpZGEOeeDRP.pfp.
- Suárez García O, Gorrita Pérez RR. “Algunos factores epidemiológicos asociados a los diferentes patrones de lactancia en el primer año de vida”. Revista Ciencias Médicas La Habana. [periódica en línea] 2007; 13 (5) [consultado el 15 de septiembre de 2013]; disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol13_1_07/hab02107.htm.
- UNICEF. “Anatomía y fisiología de la mama. Lactancia materna”. Materiales para capacitación. Argentina: UNICEF; 2009:62.
- Valdéz R, Seisedos M, Reyes DM, Mohedano M, Pérez C. “Prevalencia y duración de la Lactancia Materna”. Rev Cubana Pediatr. 2005; 61:633-42.
- Waba.org. “Lactancia Materna y Seguridad Alimentaria”. [periódica en línea] 2011 [consultado el 14 de octubre de 2013]; disponible en: <http://www.waba.org.my/>.
- Wabaorg.my. “Lactancia materna. Un asunto feminista”. [periódica en línea] 2008 [consultado el 15 de octubre de 2013]; disponible en: <http://www.wabaorg.my/resou.htm>.

ANEXO

Causas por las cuales los niños menores de 2 años no reciben lactancia materna parcial.

Consigna: con el objetivo de conocer su opinión, le solicito marque con una cruz (x) la respuesta que considere adecuada. Muchas gracias.

- Edad materna:
 - Menos de 20 años
 - 20 a 29 años
 - 30 a 49 años
- Nivel de instrucción:
 - Analfabeta
 - Primario completo
 - Primario incompleto
 - Secundario completo
 - Secundario incompleto
 - Terciario
- Tipo de parto:
 - Vaginal
 - Cesárea
- Sexo del niño:
 - Varón
 - Mujer
- Peso al nacer del niño:
 - Bajo (menos de 2500 gramos)
 - Adecuado (entre 2500 y 3900 gramos)
 - Alto (más de 3900 gramos)
- Edad gestacional al nacer del niño:
 - Pretérmino (nacido a las 36 semanas o menos)
 - Término (nacido entre las 37 y 41 semanas)
 - Postérmino (nacido a las 42 semanas o más)
- Has padecido problemas en las mamas?
 - Sí
 - No
- Si tu respuesta anterior es Sí, señala cuál de estos problemas:
 - Mastitis (enrojecimiento, temperatura y dolor en las mamas)
 - Pezones umbilicados o invertidos (hundidos y/o mal formados)
 - Hipogalactia (baja producción de leche)
 - Congestión mamaria (hinchazón y endurecimiento de las mamas)
 - Dolor al amamantar
- Falta de apoyo familiar para amamantar:
 - Sí
 - No
- Falta de apoyo institucional para amamantar:
 - Sí
 - No
- Problemas psicoemocionales maternos (según percepción personal)
 - Sí
 - No
- si tu respuesta es Sí, señala cuál de estos problemas
 - Estrés
 - Depresión
- Información en lactancia materna:
 - Sí
 - No

