



Universidad Abierta Interamericana
Sede Regional Rosario
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Título: “Determinantes de la salud que condicionan el inicio, la instauración y mantenimiento de la lactancia natural, en madres, que concurren al control de salud en el CAPS N° 22: “Gonzalez Loza”, Nodo Rosario, Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, año 2008”

Alumno: Carolina Patricia Ramacciotti

Tutor: Dr. Víctor Hugo Tessi, Médico Pediatra.

Co-Tutor: Dra. Fabiana Marcela Marzetti, Médica Pediatra, Consejera sobre Lactancia Materna.

Fecha de presentación: noviembre de 2008

Índice

Índice.....	1
Resumen.....	2
Introducción.....	4
Marco teórico.....	7
Problema.....	18
Objetivos.....	18
Materiales y métodos.....	20
Resultados.....	25
Discusión.....	58
Conclusión.....	67
Bibliografía.....	69
Anexos.....	74

Resumen

Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo en base a la recolección de datos aportados por una encuesta realizada a un grupo de madres (n=51) que concurren al control de salud en el Centro de Salud N° 22: "Gonzalez Loza", Nudo Rosario, Ministerio de la Provincia de Santa Fe, durante los meses de septiembre y octubre del año 2008.

Dicha muestra, corresponde a un grupo homogéneo, el cual comparte factores sociodemográficos, como ser un grupo urbano, marginal, afectado por la inequidad y desigualdad social, donde la edad materna se desplazó en un rango entre 14 a 42 años.

Al analizar los resultados obtenidos de las encuestas podemos estimar que, del total de las madres encuestada (n=51), el 96,1% de las madres amamantaron a sus hijos (n=49). Cabe destacar que del total de hijos amamantados (n=106), el 62,3% recibió lactancia materna exclusiva (LME) hasta el 6to. mes de vida. Siendo el promedio de duración de la LME de 5,5 meses con un máximo de 11 meses (3,8%) y un mínimo de 1 mes (0,9%). El promedio de edad de destete total registrado fue de 13,4 meses con un mínimo de 1 mes y un máximo de 36 meses.

Pudiendo concluir, que los factores que condicionaron favorablemente la lactancia, en el Centro de Salud en donde se llevó a cabo el estudio, y contribuyeron en mayor medida a la instauración y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta el 6to. mes o más fueron los siguientes: familias nucleadas (77%), medioambiente desfavorable para el uso de fórmulas lácteas, nivel socioeconómico bajo (en un 84,6% de las madre pertenecientes a familias que reciben ayuda de

orden social y en un 59,2% de las madres pertenecientes a familias asalariadas), mujeres dedicadas a las tareas del hogar (65,5%) con antecedentes de lactancia materna (71,4%), preparación y capacitación de la madre durante el período prenatal ofrecida por el médico (75,3%), decisión de lactar durante el embarazo (96,1%), apoyo de la familia (100%) y el equipo de salud (67,9%).

No encontrándose asociación estadística significativa entre la edad, el nivel de escolaridad materna y la prolongación de la LME al 6to. mes o más. Pudiéndose observar que la mayoría de la población encuestada corresponde al intervalo de mujeres menores de 24 años de edad, representando el 60,8% del total de la muestra, siendo la tasa de LME hasta el 6to. mes de un 65% en mujeres menores de 20 años y de un 80% en mujeres de 20 a 24 años de edad. En lo referente a la escolaridad materna se pudo evidenciar que las mayores cifras de mantenimiento de LME corresponden a mujeres con estudios primarios (77,4%), siendo que el 100% de las mujeres con estudios terciarios y universitarios impartió lactancia materna parcial antes del 6to. mes.

De las madres que presentaron dificultades durante la lactancia (44,9%) la mayoría aportó lactancia materna parcial (67,3%) y de las que presentaron contraindicaciones (7,8%) el 50% no dio el seno materno; presentándose como principal causa de dificultad de la LME la hipogalactia en un 40,9%.

Introducción

El presente trabajo se basa en la Estrategia de la OMS referida a “Tecnologías Apropriadas”. Es decir, se define Tecnología Apropriada a la implementación de procedimientos que con bajo costo económico, hacen un fuerte impacto en la salud de la población disminuyendo considerablemente las cifras de morbilidad. ⁽¹⁾ Haciendo referencia en este caso a la repercusión que tiene la lactancia materna en la población infantil de menos de 1 año de edad, fundamentalmente de áreas urbanas marginadas de nuestro país, que es el caso del servicio que nos ocupa.

La elección de dicho Centro de Salud se basó en el interés de evaluar el proceso “Lactancia Materna” en comunidades afectadas por la inequidad y desigualdad social. Siendo la lactancia una herramienta fortalecedora de la Atención Primaria de la Salud, donde contamos con profesionales de distintas disciplinas para el abordaje de este tema.

Se considera, que el éxito de un adecuado amamantamiento comienza con la capacitación de las futuras madres, en temas referentes a la importancia de amamantar y el conocimiento de técnicas favorecedoras de este procedimiento, que deben ser implementadas por el equipo de salud. Esta tarea debe llevarse a cabo durante las tres fases de control de la lactancia materna: a) control prenatal, b) control post-parto u hospitalario y c) control pos-natal o post-hospitalario. ⁽²⁾

Por lo tanto, durante este periodo, es importante detectar en cada población a estudiar cuáles son los factores determinantes de la salud (variables socioculturales, demográficas, medioambientales, conocimientos adquiridos, pautas de control de salud, etc.), que pueden condicionar el inicio, instauración y mantenimiento de la

lactancia materna; para favorecer una realización satisfactoria de la misma, que es lo mismo que garantizar niños sanos. ⁽²⁾

La lactancia materna es la base de la vida proporcionando beneficios para la salud de la madre, el bebé, la familia, la sociedad, la ecología y la Nación, tanto en el corto como en el largo plazo. ⁽³⁾ Numerosas investigaciones realizadas en las últimas décadas han confirmado el alto valor de la leche humana como inmunomodulador y por lo tanto como factor protector y preventivo de gran número de enfermedades, incluso algunas de aparición tardía en la infancia o adolescencia (linfoma, diabetes tipo I, etc.). ⁽⁴⁾

Estudios realizados en Brasil y Centroamérica, demostraron que un bebé **no** amamantado presenta: 18 veces más riesgo de padecer diarrea; 4 veces más riesgo de morir por neumonía; 3 veces más riesgo de padecer OMA (otitis media aguda), en caso de prematuridad 20 veces más riesgo de padecer enterocolitis necrotizante, 4 a 16 veces más riesgo de padecer meningitis por *Haemophilus influenzae*; más riesgo de padecer enfermedades como asma, alergias, enfermedades autoinmunes, diabetes tipo I, leucemia, linfomas, celiaquía, Enfermedad de Crohn, rechazo a transplantes, síndrome de muerte súbita del lactante; además hay que considerar que el 8% de los niños no amamantados son alérgicos a la leche de vaca y de ellos 50% lo son también a la leche de soja. ⁽⁴⁾

La mejora de las prácticas de la lactancia materna, reduciendo el riesgo de enfermedades, podría reducir el índice de morbilidad infantil; en edad preescolar más que ninguna otra estrategia utilizada. Puede prevenir el 13,9% de las muertes infantiles producidas en América Latina por todas las causas. ⁽⁵⁾

Según datos obtenidos por la OMS y UNICEF, en mayo de 2002, en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, donde se trató: "Nutrición del lactante y el niño

pequeño”, la malnutrición ha sido la causa directa o indirecta del 60% de los 10,9 millones de defunciones registradas cada año entre los niños menores de cinco años. Más de dos tercios de esas muertes, a menudo relacionados con una práctica inadecuada de alimentación, ocurren durante el primer año de vida. ⁽¹⁾

Pese a las recomendaciones de la OMS y de muchas otras agencias y asociaciones, las tasas de Lactancia Natural son muchos más bajas de lo deseado en todo el mundo. En algunos países ésto se debe a una tasa de inicio muy insatisfactoria. También son minoría en todo el mundo los niños que reciben leche materna en forma exclusiva hasta los seis meses de edad. ⁽²⁾ Tan sólo un 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados con leche materna durante los primeros 4 meses de vida, lo ideal sería elevar esta tasa al 70%. ⁽⁶⁾ Estudios realizados en nuestro país, demostraron que en Argentina la tasa de prevalencia de lactancia materna exclusiva al 6to. mes es del 48% (año 2004), siendo en la provincia de Santa Fe del 22,96% en el año 2005. ⁽⁷⁻⁹⁾

A nivel mundial, la mortalidad infantil podría disminuirse ejerciendo la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y continuada hasta los dos años o más con alimentación complementaria oportuna. ⁽²⁾

Marco teórico

La lactancia es la alimentación natural de todas las crías de mamíferos, entre las que se encuentra el ser humano, haciendo referencia al proceso fisiológico de secreción láctea a través de la glándula mamaria. ⁽¹⁰⁾

Se denomina *lactancia natural* al procedimiento mediante el cual el niño se alimenta con leche de madre, ya sea por succión o extraída. ⁽¹¹⁾

La OMS reconoce las siguientes categorías:

✓ <u>Lactancia materna exclusiva (LME) o amamantamiento exclusivo</u> : significa que al bebé no se le da además de leche materna ningún otro alimento o bebida, incluyendo agua, (excepto medicinas y vitaminas o gotas de minerales; también se le puede dar leche materna extraída) ⁽⁹⁾
✓ <u>Lactancia materna predominante (LMP)</u> : significa que el bebé es amamantado pero también recibe pequeñas cantidades de agua o bebidas a base de agua como el té. ⁽⁹⁾
✓ <u>Lactancia materna completa (LMC)</u> : significa que el bebé es alimentado exclusiva o predominantemente al pecho. ⁽⁹⁾
✓ <u>Lactancia materna parcial (LMP)</u> : significa que el bebé se le amamanta algunas veces y en otras se le da alimentos artificiales, ya sea leche o semisólidos. ⁽⁹⁾
✓ <u>Destete</u> : el niño sin lactancia materna. ⁽⁴⁾

Esta clasificación nos permite evaluar la correcta alimentación del lactante y el niño pequeño en sus diferentes etapas de desarrollo, posicionando a la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, como fuente única de alimentación para esta etapa de la vida, continuándola con alimentación complementaria oportuna hasta los 2 años o más. ⁽¹¹⁾

Por eso es importante su promoción y protección a través de la consejería de lactancia materna para fomentar la toma de decisión informada por parte de la madre y su contexto.

El profesional de la salud debe tener conocimiento de la anatomía, fisiología de

la mama, y clínica de la lactancia materna, para poder actuar en los trastornos que se presenten durante el embarazo y la lactancia.

Mecanismo de secreción de la leche humana:

Es el proceso por el cual la glándula mamaria desarrolla la capacidad para secretar leche y entendemos por lactancia el proceso por el cual la madre suministra nutrientes, inmunidad y componentes reguladores del crecimiento al recién nacido.^(12,13)

Ocurre en tres etapas:

<p><u>Lactogénesis estadio 1:</u> su comienzo se da en el embarazo, cuando la glándula está suficientemente diferenciada para secretar leche, pero esta última se halla controlada por las concentraciones circulantes altas en plasma de progesterona y posiblemente el estrógeno. El producto de secreción se denomina calostro.⁽¹²⁾</p>
--

<p><u>Lactogénesis estadio 2:</u> tiene lugar dos o tres días luego del parto, esta segunda etapa representa el inicio de una mayor secreción láctea, siendo el desencadenante el descenso brusco de la progesterona que coincide con la expulsión de la placenta y la elevación acentuada de prolactina. En los primeros días posparto cambia el epitelio mamario y se incrementan los niveles de leche de 30 a 150 ml. por día, hasta alcanzar los 300 ml entre el 5 y el 6 día posparto. También hay cambios en su composición. El calostro se manifiesta hasta el 5to. día; la leche de transición del 6to al 16to día; la leche madura, que es la definitiva se instaura a partir del día 17.⁽¹³⁾</p>
--

<p><u>Lactogénesis estadio 3:</u> Galactopoyesis, establecimiento y mantenimiento de la secreción láctea o secreción copiosa de leche.⁽¹³⁾</p>
--

Este último estadio se establece por el reflejo de succión de la lactación; el mecanismo se inicia con la estimulación de los receptores sensitivos del pezón, lo que desencadena una respuesta de la hipófisis para secretar la prolactina y oxitocina.⁽¹³⁾

La prolactina alcanza por vía sanguínea las células del alvéolo mamario, produciéndose la secreción de leche. Su acción comienza 48 a 72 hs. posparto.⁽⁴⁾ Su liberación no parece responder al efecto psicológico de la cercanía del niño, a diferencia de la oxitocina.^(4,9)

La cantidad de hormona liberada es proporcional con la intensidad de la estimulación de pezón, cuanto más succione más leche producirá.^(4,9)

La prolactina presenta una secreción basal continua a la que se le superponen de forma episódica picos máximos de secreción inducida por la succión del lactante. La secreción basal de prolactina tiene un ritmo circadiano, con un incremento durante la noche relacionado con el sueño, más que con las horas del día. De manera que el amamantamiento nocturno es especialmente útil para mantener elevada la producción de leche. ^(9,12)

La secreción de prolactina está mediada por diferentes factores que estimulan o suprimen su liberación: ⁽¹³⁾

- **Estímulos fisiológicos:** estimulación del pezón, sueño, actividad sexual, embarazo.
- **Estímulos farmacológicos:** fármacos neurolépticos, TRH, metoclopramida, hipoglucemia, fenotiacinas, butirofenonas, histamina y acetilcolina
- **Supresores fisiológicos:** stress, noradrenalina, estrógenos.
- **Supresores farmacológicos:** L-dopa, bromocriptina, clomifeno, piridoxina a grandes dosis, IMAO, prostaglandinas E y F2.

Otro efecto importante de la prolactina es su acción sobre la fertilidad, suprimiendo la ovulación, siendo uno de los factores determinantes en la inhibición de secreción de GNRH, produciendo amenorrea lactacional. Aumentando de esta manera el intervalo intergenésico y ayudando indirectamente a proteger la salud de la madre y el bebé. ⁽¹²⁾

El reflejo liberador de oxitocina está producido principalmente por la succión del pezón. El estímulo viaja por vía neurógena al hipotálamo estimulando la liberación de oxitocina desde la hipófisis posterior, la cual por vía sanguínea alcanza las células mioepiteliales alveolares, que al contraerse producen la eyección de la leche. ^(9,10)

La oxitocina se produce más rápidamente que la prolactina, a diferencia de esta última, hace que la leche del pecho fluya para esta mamada. ⁽⁹⁾

Su liberación se inicia al comienzo de la mamada o antes que el bebé succione cuando la madre aprende a anticipar el momento de la comida, lo cual indica un componente psicológico importante en este reflejo neuroendócrino, no presente en la liberación de prolactina. Estudios, gran parte en ratas, sugieren que la oxitocina también tiene efectos importantes en el encéfalo, que ayudan a integrar interacciones psicológicas entre las madres y sus recién nacidos en lactancia materna. (4,9,12)

Por otro lado, es inhibida por el dolor, el cansancio, el stress, la preocupación o las dudas sobre su capacidad para poder desarrollar la labor que le compete, pudiendo obstaculizar el reflejo y haciendo que la leche no fluya, siendo estos efectos generalmente temporales. (4,9,12)

Una vez instalada la lactancia, la regulación de la secreción láctea se basa principalmente en la demanda del niño, (succión adecuada y frecuente del niño) y el vaciamiento de la mama. Si no hubiera remoción láctea, la secreción cesa y la composición de la leche se modifica (se vuelve más transparente, con más concentración de cloro y sodio). Recientemente se describió como responsable de esta reacción una sustancia proteica (FIL: factor inhibiting lactation) que se encuentra en la leche residual y posee un efecto inhibitor sobre la producción de leche. (4)

Composición y características de la leche de madre:

La leche de mujer se elabora según un patrón y un código genético humano propio de nuestra especie. Las diferencias con la leche de vaca tienen un carácter tanto cualitativo como cuantitativo, ya que la leche humana está adaptada para las características de recién nacido. (14)

La leche materna es un líquido biológico, dinámico y complejo, compuesto de

miles de constituyentes. Según sus propiedades físicas o fisiológicas pueden clasificarse en: proteínas, lípidos, hidratos de carbono, nitrógeno no proteico, vitaminas, minerales, hormonas, células vivas y agua. ^(11,14)

Cronológicamente tienen diferente composición el calostro, la leche de transición, la leche intermedia, la leche madura y la leche de destete. ⁽⁹⁾

En los primeros 4-7 días se produce el calostro, teniendo en cuenta que en bebés prematuros este tiempo se extiende por 21 días. Éste presenta un valor energético (671 Kcal. /L) inferior, pero de mayor contenido en proteínas, sobre todo IgA secretora y lactoferrina, oligosacáridos, factor de crecimiento intestinal y diversos minerales. La cantidad de grasa es baja pero con alto contenido en colesterol. Su función principal es proporcionar sustancias para el crecimiento y protección del aparato digestivo, siendo la primera inmunización del bebé. ^(9,11)

A partir de 7º día se produce la bajada de prolactina, apareciendo la leche de transición, cuya secreción persiste hasta el 15º día. Ésta tiene una composición intermedia entre el calostro y la leche madura, con disminución de la cantidad de inmunoglobulinas, y aumento de lactosa, lípidos y vitaminas hidrosolubles. ^(9,11)

Finalizada la bajada de prolactina el día 15 aparece la leche intermedia continuándose hasta el día 22, para comenzar luego a secretarse la leche madura con un mayor contenido calórico (700 Kcal/l) para cubrir las necesidades energéticas del lactante. ⁽⁹⁾

La leche de destete presenta características similares al calostro. ⁽⁹⁾

Dentro de la leche madura aparecen variaciones a lo largo de la toma, siendo la leche de comienzo mas rica en hidratos de carbono y agua (fracción solución), la del medio mas rica en grasas pequeñas y aceites (fracción suspensión) y la de fin de mamada mas abundante en lípidos y pobre en agua (fracción emulsión). Siendo esta

última la mas nutritiva para el bebé. ⁽⁹⁾

Ventajas de la lactancia materna y de la leche de madre:

El amamantamiento ofrece múltiples beneficios para la salud pública. Cuando se alimenta en forma exclusiva hasta los seis meses, éstos aumentan.

La lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida y continuada con alimentación complementaria oportuna a partir de ese momento, es la nutrición ideal. Garantiza el crecimiento y desarrollo óptimos del lactante, promoviendo la salud de la mujer, su familia, sociedad, ecología y la nación:

✓ <u>Protección contra las infecciones:</u> los niños amamantados presentan menos episodios de diarreas, otitis, infecciones de las vías respiratorias altas. El factor bífido, impide el desarrollo de otros gérmenes. Existen además, en la leche de madre agentes antiinflamatorios que reducen las enteritis. Los factores de crecimiento mejoran el desarrollo y la maduración del sistema nervioso central. Las enzimas digestivas lactasa y lipasa, así como muchas otras, protegen al niño de la inmadurez fisiológica. La lactosa ayuda a prevenir el raquitismo al facilitar la absorción de calcio. ⁽¹⁵⁾
✓ <u>Protección contra la alergia:</u> el intestino de los bebés tiene una maduración más rápida con leche de madre e impide la entrada de proteínas extrañas a su organismo. Se expone menos al recién nacido a proteínas extrañas y sus consecuencias. Los nutrientes como el zinc y los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, contribuyen al desarrollo inmunitario, proporcionando una mejor respuesta a las inmunizaciones. ^(2,15)
✓ <u>Otros beneficios:</u> menor incidencia de muerte súbita del lactante, menor riesgo de diabetes insulina dependiente, y mayor reacción frente a las enfermedades; provee un adecuado desarrollo psicomotor, emocional, social acompañado de un alto coeficiente intelectual. ⁽¹⁵⁾
✓ <u>Beneficios para la salud de la madre:</u> la oxitocina liberada durante el amamantamiento, favorece la contracción del útero y ayuda a contener la hemorragia posparto, previniendo, así la anemia. Por ello la lactancia debe iniciarse inmediatamente después del mismo. Las mujeres que amamantan tienen eficacia en el manejo de la energía; pueden producir leche con una ingesta calórica limitada. La lactancia frecuente retarda el regreso de la menstruación y ayuda a evitar otros embarazos protegiendo la salud sexual y reproductiva. Existe un menor riesgo de padecer cáncer genitourinario por los intercambios hormonales y la neuroinmunología del proceso de lactación. Reduce la depresión posparto, y las mujeres que amamantan presentan una recuperación física y emocional más rápida. Los lazos emotivos (apego) determinan menos casos de maltrato y abandono del niño. ^(2,15)
✓ <u>Beneficios para la sociedad:</u> el costo de una dieta adecuada para la madre es menor que el costo de dar al niño una fórmula artificial. La familia puede utilizar el dinero para alimentar a otros de sus miembros y tampoco es necesario adquirir sucedáneos de la leche de madre ni equipo de alimentación (biberones), ni de utilizar combustibles o agua para preparar fórmulas lácteas. Las madres no pierden el tiempo y a nivel del sistema sanitario se reducen las consultas médicas, los medicamentos, los exámenes complementarios y las hospitalizaciones, ya que los lactantes amamantados son más saludables. De allí que la lactancia materna es por naturaleza misma una fuerte herramienta de promoción y prevención de la salud pública. ⁽¹⁵⁾
✓ <u>Vínculo madre-hijo:</u> En este contexto, se garantiza una buena sociabilización, una autoestima adecuada y una inteligencia emocional para toda la vida. Este vínculo es garantía para que la madre pueda alimentar y criar a los suyos. El contacto piel a piel y el bienestar inmediato es importante para unir al recién nacido con su madre. En los humanos, el contacto físico inmediatamente después del parto, favorece la relación y la protección de la cría. ^(2,15)

Control prenatal

Es importante durante este período la realización del examen mamario y de los pezones, para confirmar normalidad de la mama, formando parte de un buen cuidado prenatal. Puede constatarse la protractilidad de los pezones y enseñarle a la madre técnicas de corrección de pezones planos, retráctiles o umbilicados. ⁽¹⁶⁾ Aclarándole que no representan un verdadero problema para amamantar, porque al final del embarazo se hacen espontáneamente más protráctiles. Además, conviene remarcar que la prendida no es al pezón sino a la aréola si el bebé es colocado en buena posición y correcta adhesión boca-pecho. ⁽¹⁶⁾

Es necesario recomendar a la madre hacer la higiene de las mamas sólo con agua, sol y aire. Sin la aplicaciones de jabones, porque quita la grasa natural de la piel y la hace mas propensa a agrietarse. Lubricándolos con la aplicación de una gota de leche sobre el pezón y la aréola. ⁽¹⁶⁾

Otra tarea importante durante este período es la capacitación y formación de la madre, fomentando la lactancia materna, para evitar el destete temprano del bebé. ⁽¹⁶⁾

Técnica de lactancia materna

Para tal fin, puede ser útil un set de “Recomendaciones básicas” a ser utilizadas por el equipo de salud, durante el control prenatal, el parto y el alojamiento conjunto en los inicios de la lactancia materna para lograr su establecimiento y mantenimiento:

- Una clave fundamental para que las madres inicien y continúen con una lactancia placentera y gozosa es que en las primeras mamadas cuenten con el apoyo solícito y experto de un profesional capacitado en el tema. ⁽⁴⁾
- Es importante brindar apoyo y reconocer los logros alcanzados por la madre para fomentar su confianza durante el proceso de adaptación y aprendizaje ^(4,16)
- Es preciso aclararle a la madre que no es necesario incluir ningún otro alimento o

líquido a la alimentación del bebé, porque la leche materna cubre todas las necesidades nutricionales. ^(8,11)

- Se debe fomentar la higiene personal, aconsejando a la madre el lavado de manos con agua y jabón antes de dar de mamar, para la buena práctica de la lactancia. ⁽⁸⁾

- Es importante prestar atención a la actitud de la madre (segura, insegura; activa, pasiva; imperativa, atenta al bebé), la actitud del bebé (responde a la actitud materna) y la interacción entre ambos. ^(4,16)

- Es importante que la madre antes de comenzar a amamantar se encuentre cómoda, con la ayuda de almohadones para apoyar la espalda y su cabeza o el uso de una almohada sobre su falda o de un taburete bajo los pies para por levantar al bebé a la altura de sus pechos sin hacer esfuerzo cuando da de mamar sentada. ^(8,16)

- Cualquiera sea la posición en que un bebé sea colocado, el objetivo es tener una buena adhesión boca-pecho, una correcta succión y una buena posición:

1- Los reflejos que estimulan una buena lactancia son: el reflejo de erección del pezón (este hace que el pezón sea más saliente y prendible), reflejo de búsqueda (provoca la apertura de la boca del bebé, haciendo que la prendida abarque toda la areola a modo de “sopapa” para que sea realmente efectiva y evitar lesionar el pezón). ^(4,8)

2- Señales de buena adhesión boca-pecho: el bebé debe prenderse de la aréola y no del pezón, presentando una prendida asimétrica (quedando más aréola sobre la boca del bebé), observándose la lengua entre el labio y la aréola para facilitar un buen mecanismo de extracción de la leche. ⁽⁸⁾

3- Señales de buena posición: madre relajada y cómoda, alineación y enfrentamiento del cuerpo del bebé y la mamá “panza con panza”, la cabeza y cuerpo del bebé deben estar alineados y las nalgas del bebé deben estar apoyadas. ⁽⁴⁾

4- Señales de una correcta succión: mejillas redondeadas, no observándose hoyuelos (que son signos de mala colocación de la lengua), se puede ver u oír deglutiendo al bebé, sin ruidos de succión patológicos (chasquidos); las mamadas son lentas y profundas, a veces con pausas; modificación del ritmo de succión/deglución de 4/1 a 2/1 cuando se produce la bajada o expulsión de la leche. ⁽⁴⁾

- Para evitar lesionar el pezón, es importante enseñarle a la madre a liberar el pecho de un bebé bien prendido, con la introducción del dedo de la madre en la comisura labio. ⁽⁸⁾

- Enseñar las diferentes posiciones de amamantamiento, teniendo en cuenta que los cambios de posición ayudan a prevenir las grietas del pezón. ⁽⁸⁾

1- Con la mamá sentada (forma tradicional).

2- De sandía (o pelota de rugby): permite drenar senos lácticos congestionados, alimentar a mellizos en forma simultánea, es útil en cesárea y en RN pretérmino.

3- De caballito: útil en niños hipertónicos, reflejo eyectolácteo exagerado, labio leporino, hipertrofia mamaria, niños con reflujo gastroesofágico.

4- Acostado, en decúbito lateral: practicada en el puerperio inmediato.

5- En decúbito dorsal: cuando la madre no puede colocarse de lado, en el puerperio inmediato o cuando el reflejo de eyección es exagerado.

- Promover la libre demanda ha demostrado varios beneficios: ⁽⁴⁾

1-Los bebés crecen mejor. 2- El contenido graso y calórico de la leche materna aumenta.

3-Las madres experimentan menos retención de leche, menos dolor de pezones y de infecciones mamarias.

4-Para la mayoría de los bebés, las mamadas frecuentes son un medio de obtener suficiente leche en los primeros meses.

- Hay que explicarle a la madre que el bebé tiene capacidad de comunicación, no hace falta para ponerlo al pecho que el bebé llore a gritos, porque cuando se llega a esta situación se prenderá mal y mamará mal. El bebé da señales que está listo para amamantar bastante antes de llorar: se mueve y chupa su dedo dormido, cuando está

despierto se pone inquieto, hociquea o emite quejidos. La mayoría de los bebés amamantados por señales lo hacen 8 a 12 veces por día en las primeras semanas de vida. ⁽⁴⁾

- Conviene recomendar a las madres que ofrezcan a sus bebés el primer pecho “ad limitum” y luego pasarlo al otro si desea seguir amamantando (ofreciendo en la siguiente mamada el pecho que se dio último en la mamada anterior). De esta forma se vacía totalmente el primer pecho, obteniendo la leche de fin de mamada (rica en contenido graso), con lo cual tendrá mejor aumento de peso. ^(4,8)
- El tiempo de duración de la mamada puede ser variable. Generalmente no menos de 5’ ni más de 30’. ⁽⁴⁾
- Se puede sugerir cambio de pecho cuando el bebé hace pausas largas o pierde el interés. ⁽⁴⁾
- Es importante reconocer el dolor en los pechos como defecto de la técnica. ⁽⁸⁾
- Para lograr una mejor comprensión de la aplicación de este procedimiento se puede instruir a la paciente mediante el uso de láminas, folletos, diapositivas, videos y el uso de muñecos. ⁽¹⁶⁾
- Para promover una buena lactancia es importante hacer hincapié en la importancia de la nutrición y el descanso materno, evitar y/o limitar al máximo el consumo de alcohol, tabaco, drogas o medicamentos contraindicados en la lactancia materna. ⁽¹⁶⁾
- Todo este procedimiento debe ser supervisado por el médico para detectar señales de una inadecuada técnica y evitar una incorrecta alimentación del bebé o un destete precoz. ⁽¹⁶⁾

Diagnóstico y situaciones que justifican la complementación de la lactancia materna.

En muchas de las siguientes situaciones la lactancia no debe ser suprimida sino complementada o suspendida temporalmente, por ejemplo:

1- Deterioro de la curva de crecimiento del niño: se sugiere hacer internaciones para mejorar la técnica, evaluar la clínica de la lactancia materna y la clínica pediátrica. Si el deterioro persiste se decidirá la complementación. ⁽¹⁷⁾
2- Niños con cuadros de deshidratación: se debe complementar según el estado clínico del niño. ^(17,18)
3- Niños con enfermedades metabólicas que contraindican la lactancia: galactosemia, fenilcetonuria y enfermedad del jarabe de Arce. ⁽¹⁷⁾
4- Madre con enfermedades infecciosas: a- Portadora de HIV o enfermedad de SIDA: se sustituye la lactancia. ^(2,17,18) b- Herpes o varicela: si la madre presenta lesiones que puedan entrar en contacto con el bebé y no puedan ser cubiertas, especialmente en pezón y aréola, se suspende temporalmente la lactancia. ⁽¹⁷⁾ En caso de varicela con madre sintomática, entre los 6 días previos y 2 días después del parto y con bebé asintomático, se le administra gammaglobulina al bebé, se suspende la lactancia y se separa al niño, que podrá reunirse transcurrido el periodo de contagio. ^(17,18) c- TBC bacilífera: separar al bebé hasta instalar el tratamiento materno y profilaxis en el niño. La lactancia materna es posible luego que la madre reciba tratamiento durante dos semanas o más.

(2,17) d- Hepatitis A: Tan pronto como la madre recibe gammaglobulina, puede continuar con la lactancia. e- Hepatitis B: el niño recibe la vacuna y puede seguir amamantando. f- Hepatitis C: si no existe coinfección (por ejemplo: HIV), puede amamantar. (2)
5- Madres que reciben tratamiento contraindicado para la lactancia materna , por ejemplo: terapias farmacológicas, radiantes, isótopos nucleares y otras: se debe contraindicar la lactancia. (2,17,19)
6- Madres consumidoras o adictas : en el caso de madres consumidoras de sustancias perjudiciales para el niño amamantado se sugiere suspender la lactancia. (2,17)
7- Madres que padezcan de enfermedades físicas o mentales severas : enfermedades terminales, neoplasias, psicosis, valorar con el equipo profesional las posibilidades de amamantar según el estado físico. (17)
8- Situaciones especiales : a- Madre que expresamente manifiesta su deseo de no amamantar, a pesar de haberle informado de los beneficios para ella y su hijo y ofrecido el sostén adecuado: se respeta la postura de la madre. (17) b- Madre separada de su niño por situaciones extremas (convictas, internas, etc.) en la que no pueden amamantar en forma directa u ofrecerle leche extraída. (17) c- Madre que trabaja fuera del hogar en horarios prolongados o debe ausentarse y no puede ni desea amamantar en forma exclusiva: se respetará la postura de la madre. (17)

En cualquiera de las situaciones anteriormente mencionadas, salvo en los casos que esté expresamente contraindicado, se recomienda facilitar e incentivar el contacto piel a piel madre-hijo, independientemente del modo de alimentación. (17, 20)

Teniendo en cuenta que: “Las contraindicaciones son siempre de tipo médica, las desventajas tienden a ser sociales”. (21)

Desventajas de la lactancia materna.

Las desventajas de la lactancia materna son factores que la madre percibe como incómodos para ella, dado que esta forma de alimentación no tiene ninguna desventaja para el lactante normal. (21)

Las culturas en que la lactancia es habitual, esta práctica no se considera incómoda debido a que el lactante y el alimento siempre están disponibles. (21)

Acerca de la toma de decisiones

El control de la lactancia materna se puede exponer en 3 fases: 1- Periodo prenatal, 2-Periodo postparto inmediato u hospitalario, 3- Periodo postnatal o

posthospitalario. ⁽²¹⁾

Las madres deben tomar una postura a considerar sobre la alimentación del recién nacido ya desde el **periodo prenatal**, después que la gestación tiene una cierta evolución. ⁽²¹⁾

Excepto en grupos culturales sofisticados, los padres no suelen iniciar este proceso de toma de decisiones, por lo que es apropiado intervenir de manera apropiada en los controles ginecológicos, obstétricos o el médico de familia durante el 2do. trimestre de la gestación solicitando una consulta prenatal con el pediatra o con el médico de familia por el que la madre recibe los controles. ⁽²¹⁾

En la bibliografía se han publicado numerosos estudios relativos a la selección de la alimentación del lactante. A nivel universal muchas mujeres dan el pecho a sus hijos debido a que creen que es lo mejor para ellos, otras lo deciden antes del embarazo y otras seleccionan la lactancia artificial admitiendo que habrían elegido la lactancia materna si alguien de su entorno asistencial les hubiera hablado de la importancia que tiene para el niño el amamantamiento. ⁽²¹⁾

El abordaje de esta cuestión, antes del nacimiento, puede incluir la discusión de dudas del proceso de la lactancia materna o respecto a la capacidad de la madre para alimentar adecuadamente a su hijo. El profesional puede ofrecer bibliografía o material educativo y la decisión puede enriquecerse más con la discusión abierta con un profesional competente en esta materia. ⁽²¹⁾

El fomento y promoción de la lactancia materna durante el período prenatal tiene que ser complementados posteriormente con el alojamiento conjunto durante el período hospitalario para lograr el establecimiento de la lactancia materna y luego con el posterior seguimiento y asesoramiento en el consultorio. ⁽²¹⁾

Problema

¿Cuáles son los factores determinantes de la Salud que condicionan el inicio, la instauración y el mantenimiento de la lactancia natural, en madres que concurren al control de salud en el CAPS N° 22: “Gonzalez Loza”, Nodo Rosario, Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, en el período comprendido entre los meses septiembre y octubre del año 2008?

Objetivos

Objetivo General:

- ✓ Conocer determinantes de la salud que influyen en el inicio, instauración y mantenimiento de la lactancia materna en dichas mujeres.

Objetivos Específicos:

- ✓ Identificar variables demográficas, socioculturales y medioambientales que intervienen en la decisión de amamantar al bebé.
- ✓ Conocer los elementos culturales (“cultura del amamantamiento”) e historia familiar del amamantamiento en dichas mujeres (familia, equipo de salud, comunidad).
- ✓ Identificar los conocimientos sobre lactancia natural que poseen dichas mujeres.
- ✓ Conocer la frecuencia de mujeres a las que se les realizó el examen mamario durante los controles obstétricos y la presencia de enfermedades o intervenciones en los pechos.

- ✓ Identificar el número de mujeres que presentan contraindicación de la lactancia materna y cuáles son las causas.
- ✓ Conocer antecedentes sobre lactancia materna mediante los datos que brinda la encuesta

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo en base a la recolección de datos aportados por una encuesta realizada a un grupo de madres con experiencia previa en lactancia materna, que concurrieron al control de salud en el Centro de Salud N° 22: “Gonzalez Loza”, Nodo Rosario, Ministerio de la Provincia de Santa Fe, durante los meses de septiembre y octubre del año 2008.

El instrumento de recolección de datos consistió en una encuesta elaborada para tal fin, de carácter anónimo, confeccionada con preguntas abiertas y cerradas. Ver anexo.

La encuesta se realizó entrevistando a las pacientes que concurrieron a dicho Centro de Salud, durante el horario de la consulta médica. La muestra será no probabilística, accidental y por conveniencia.

Se analizaron las siguientes variables:

Variables demográficas, socioculturales y medioambientales:

- Edad de la paciente: en años cumplidos al momento de la encuesta.
- Estado civil: soltera, casada, divorciada, unión estable.
- Estudios cursados: ninguno, primario, secundario, terciario, universitario.
- Fuente principal de ingreso: sueldo o salario (remuneración mensual, semanal o jornal que se invierte para la subsistencia), ayuda de orden público o privado en forma permanente.
- Ocupación: ama de casa, trabajo fuera del hogar, estudiante.
- Lugar de residencia:
 - condiciones medioambientales: agua conectada a red, alumbrado público, recolección de residuos, gas natural y excretas.

- número de integrantes de la familia que viven en la casa.
- número de habitaciones.

Variables culturales:

- Grupo de personas cercanas a la madre que apoyan la lactancia: la familia, el esposo o pareja, los amigos, el equipo de salud, la comunidad (grupo de apoyo para la lactancia materna).
- Modelos y tradiciones familiares:
 - Familiares o amigos con experiencia en lactancia natural: sí o no
 - Decisión de amamantar durante el embarazo (incluyéndose a madres que ya habían tenido a sus bebés): sí, no, no sabe.

Conocimientos e información recibida sobre lactancia natural:

- Identificar si recibió por parte de su médico, durante los controles prenatales, información sobre lactancia materna: sí o no.
- Conocer cuál fue la información recibida:
 - a- Sobre los beneficios de la lactancia natural: sí o no.
 - b- Del tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva y prolongada con alimentación complementaria oportuna: sí o no.
 - c- Sobre las desventajas del uso del biberón así como la incorporación de otros líquidos y/o alimentos (que incluyen otras leches) antes de los 6 meses de edad: sí o no.
 - d- De técnicas correctas de amamantamiento y cuidados apropiados e higiene del pezón y la mama: sí o no.

e- Sobre el conocimiento de la existencia de grupos de apoyo para la lactancia materna: sí o no.

- Conocer si la madre realizó curso de preparto o participó de actividades o lectura de material informativo acerca de lactancia materna: sí o no.
- Saber si la madre presenta dudas o inquietudes sobre la lactancia: sí o no, especificando cuáles.

Control obstétrico:

- Examen rutinario de las mamas: sí o no.
- Presencia de intervenciones o patologías mamarias: sí o no, especificando cuáles.
- Saber si la madre recibió información y posterior control con técnicas para la formación del pezón: sí o no.

Contraindicaciones maternas permanentes de la lactancia:

- Enfermedades maternas: psicosis, VIH+ o SIDA, neoplasias, drogodependencia.
- Medicación materna: antineoplásica, antitiroideo, antipsicótico.

Contraindicaciones maternas temporales de la lactancia:

- Enfermedad materna: TBC, herpes de la mama, varicela, fiebre hemorrágica argentina.
- Medicación materna: metronidazol, anticoagulantes orales, sustancias radioactivas para estudios diagnósticos.

Antecedentes sobre lactancia materna:

- Número de hijos anteriores.
- Número de hijos amamantados.
- Edad de destete.
- Edad a la que se le incorporaron otros alimentos (sólidos o bebidas, incluyendo otras leches).
- Presencia de dificultades en el amamantamiento: sí o no.
- Causas que dificultaron el amamantamiento: pezones planos o umbilicados no tratados, congestión mamaria, taponamiento de conducto, grietas y fisuras del pezón, mastitis, moniliasis, niño hipotónico (débil), rechazo del pecho del bebé, uso de chupete o biberón, técnica incorrecta de amamantamiento (mala posición y mala prendida), reflejo de eyección inhibido, disfunción oral motora del niño, problemas de vínculo (rechazo materno, hijo no deseado), hipogalactia, flujo excesivo de leche, fisura labiopalatina, prematurez, parto múltiple, cesárea, nuevo embarazo materno, reducción de la lactancia, ansiedad materna excesiva, depresión puerperal severa, falta de preparación previa, familia poco estimulante, pareja ausente o poco comprometida, madre que trabaja fuera del hogar, administración de medicamentos, otras causas.
- Experiencias anteriores de amamantamiento: calificadas por la madre como buena, regular o mala.

Los datos obtenidos se volcaron en una base de datos de Microsoft Excel.

Los datos se tabularon para su presentación. Para su análisis se confeccionaron tablas y gráficos, se utilizaron medidas de resumen de tendencia

central: media aritmética, mediana, modo y técnicas estadísticas descriptivas (distribución de frecuencia, promedios, porcentajes).

Resultados

Edad

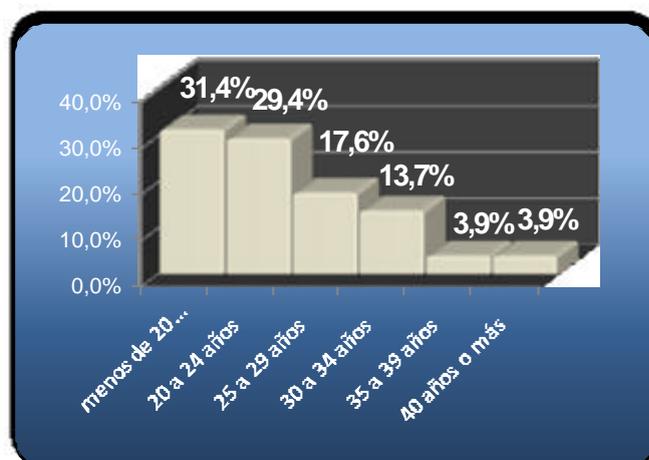
La edad de la población encuestada varió entre 14 y 42 años, con una media aritmética de 24 años, una mediana de 22 años y un modo de 17 años.

Tabla 1: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la edad en la población encuestada.

Edad		
	f	%
menos de 20 años	16	31,4%
20 a 24 años	15	29,4%
25 a 29 años	9	17,6%
30 a 34 años	7	13,7%
35 a 39 años	2	3,9%
40 años o más	2	3,9%
Total	51	

Del total de la población (n=51), el 31,4% corresponde al intervalo de menos de 20 años; el 29,4% al intervalo de 20 a 24 años; el 17,6% al intervalo de 25 a 29 años; el 13,7% al intervalo de 30 a 34 años; el 3,9% al intervalo de 35 a 39 años y el 3,9% al intervalo de 40 años o más.

Gráfico 1: distribución de las frecuencias relativas de la edad en la población encuestada.



Lugar de residencia

Tabla 2: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del lugar de residencia en la población encuestada.

Lugar de residencia				
	sí		no	
	f	%	f	%
Agua conectada a red	50	98,0%	1	2,0%
Alumbrado público	48	94,1%	3	5,9%
Recolección de residuos	43	84,3%	8	15,7%
Gas natural	16	31,4%	35	68,6%
Excretas por cloacas	19	37,3%	32	62,7%
Hacinamiento	21	41,2%	30	58,8%

En relación al lugar de residencia:

- El 98% refiere tener agua conectada a red (siendo en su mayoría conexiones clandestinas).
- El 94,1% refiere tener alumbrado público (siendo en su mayoría conexiones clandestinas).
- El 84,3% refiere recolección de residuos domiciliarios.
- El 68,6% no posee gas natural.
- El 62,7% no posee excretas por cloacas.
- El 41,2% vive en condiciones de hacinamiento.

Gráfico 2: distribución de las frecuencias relativas del lugar de residencia en la población encuestada.



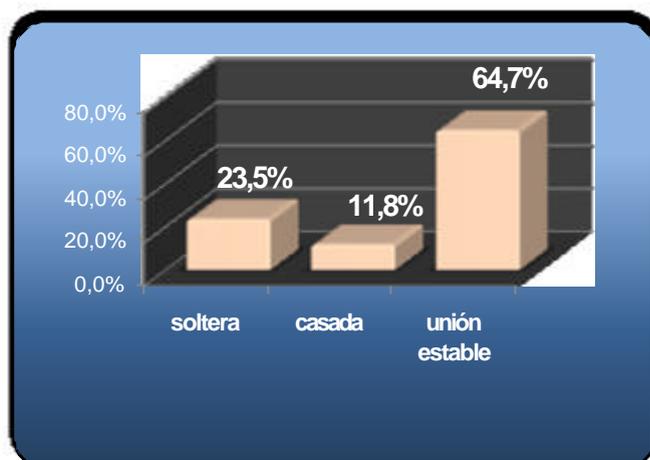
Estado civil

Tabla 3: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del estado civil de la población encuestada.

Estado civil		
	f	%
soltera	12	23,5%
casada	6	11,8%
unión estable	33	64,7%
Total	51	

El 64,7% refiere unión estable; el 23,5% refiere ser soltera y el 11,8% casada.

Gráfico 3: distribución de las frecuencias relativas del estado civil de la población encuestada.



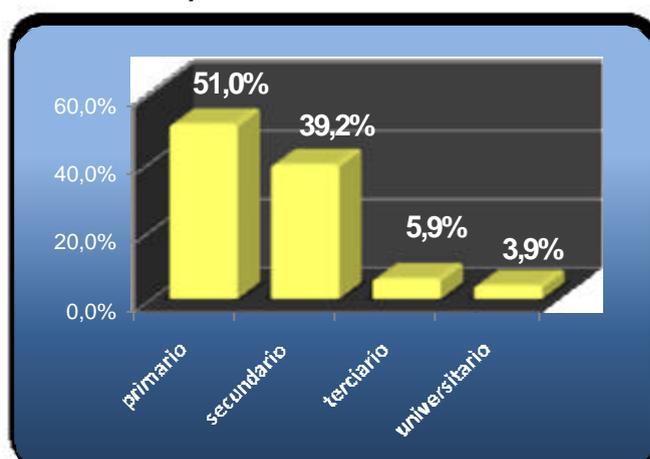
Estudios cursados

Tabla 4: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del nivel de instrucción de la población encuestada.

Estudios cursados		
	f	%
primario	26	51,0%
secundario	20	39,2%
terciario	3	5,9%
universitario	2	3,9%
Total	51	

El 51% tiene estudios primarios; el 39,2% secundarios; el 5,9% terciarios y el 3,9% universitarios.

Gráfico 4: distribución de las frecuencias relativas del nivel de instrucción de la población encuestada.



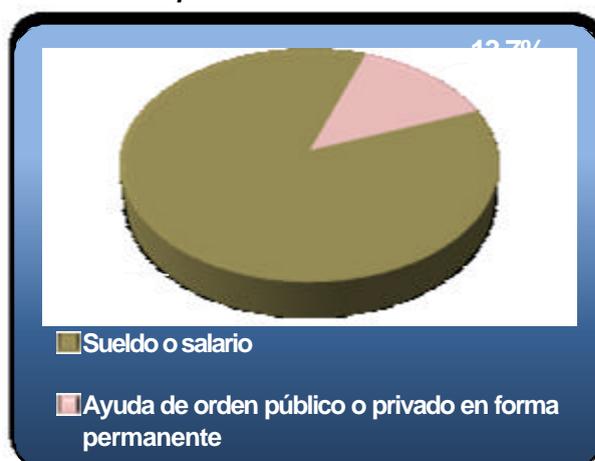
Fuente principal de ingresos

Tabla 5: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la fuente principal de ingresos de la población encuestada.

Fuente principal de ingresos		
	f	%
Sueldo o salario	44	86,3%
Ayuda de orden público o privado en forma permanente	7	13,7%
Total	51	

El 86,3% refiere como fuente principal de ingreso familiar el sueldo o salario y el 13,7% la ayuda de orden público o privado en forma permanente.

Gráfico 5: distribución de las frecuencias relativas de la fuente principal de ingresos de la población encuestada.



Ocupación

Tabla 6: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la ocupación de la población encuestada.

Ocupación		
	f	%
ama de casa	39	76,5%
trabajo fuera del hogar	11	21,6%
estudiante	1	2,0%
Total	51	

El 76,5% refiere ser ama de casa; el 21,6% trabaja fuera del hogar y el 2% es estudiante.

Gráfico 6: distribución de las frecuencias relativas de la ocupación de la población encuestada.



Cantidad de hijos

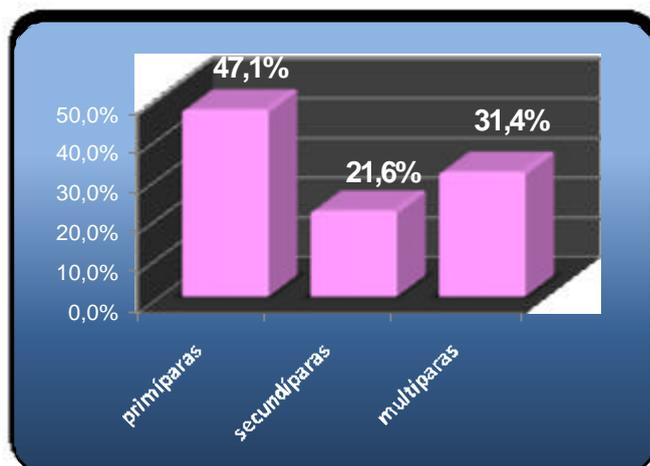
Tabla 7: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la cantidad de hijos en la población encuestada.

Cantidad de hijos		
	f	%
primíparas	24	47,1%
secundíparas	11	21,6%
multíparas	16	31,4%
Total	51	

El 47,1% es primípara, el 21,6% secundípara y el 31,4% múltipara.

Con un total de 117 hijos.

Gráfico 7: distribución de las frecuencias relativas de la cantidad de hijos en la población encuestada.



Cantidad de madres que amamantaron

Tabla 8: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la cantidad de madres que amamantaron en la población encuestada.

Cantidad de madres que amamantaron		
	f	%
amamantaron	49	96,1%
no amamantaron	2	3,9%
Total	51	

El 96,1% de las madres amamantaron y el 3,9% no amamantaron nunca.

Gráfico 8: distribución de las frecuencias relativas de la cantidad de madres que amamantaron en la población encuestada.

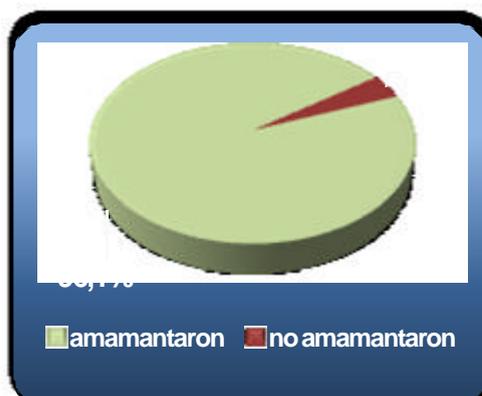
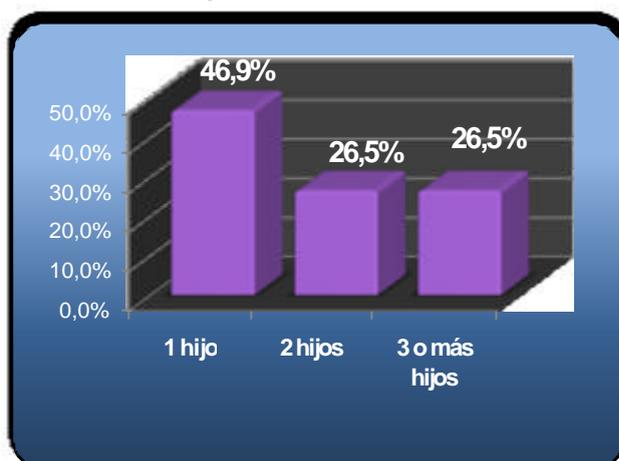


Tabla 9: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la cantidad de hijos amamantados en la población encuestada.

Cantidad de hijos amamantados		
	f	%
1 hijo	23	46,9%
2 hijos	13	26,5%
3 o más hijos	13	26,5%
Total	49	

El 46,9% de las madres amantó 1 hijo; el 26,5% 2 hijos y el 26,5% 3 o más hijos. Lo que representa un total de 106 hijos amamantados.

Gráfico 9: distribución de las frecuencias relativas de la cantidad de hijos amamantados en la población encuestada.



Edad de destete

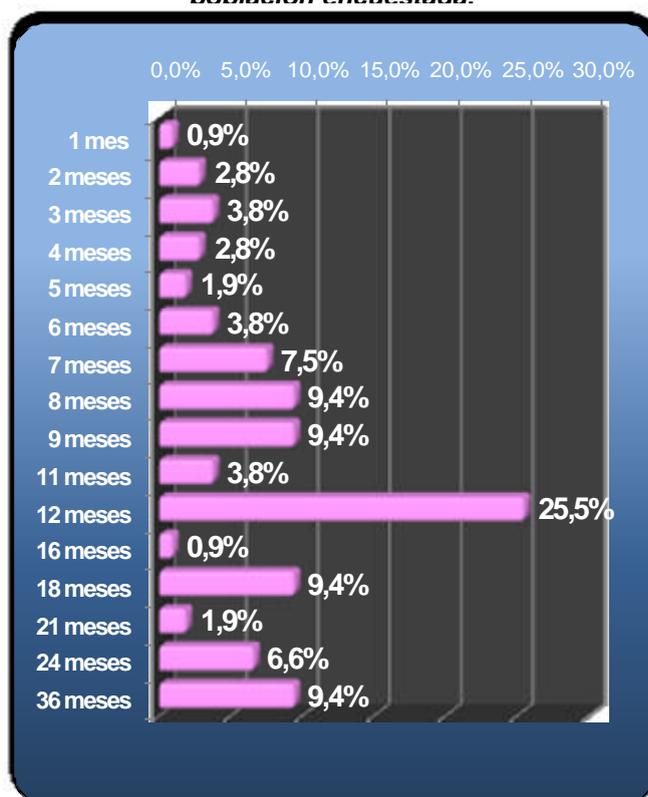
El tiempo que duró el amamantamiento varió entre 1 y 36 meses, con un promedio de 13,4 meses.

Tabla 10: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del tiempo de amamantamiento en la población encuestada.

Tiempo de amamantamiento		
	f	%
1 mes	1	0,9%
2 meses	3	2,8%
3 meses	4	3,8%
4 meses	3	2,8%
5 meses	2	1,9%
6 meses	4	3,8%
7 meses	8	7,5%
8 meses	10	9,4%
9 meses	10	9,4%
11 meses	4	3,8%
12 meses	27	25,5%
16 meses	1	0,9%
18 meses	10	9,4%
21 meses	2	1,9%
24 meses	7	6,6%
36 meses	10	9,4%
Total	106	

Del total de hijos amamantados (n=106), las mayores frecuencias correspondieron a una edad de destete total de 12 meses (25,5%), 8, 9 18 y 36 meses (9,4% respectivamente).

Gráfico 10: distribución de las frecuencias relativas del tiempo de amamantamiento en la población encuestada.



Lactancia materna exclusiva

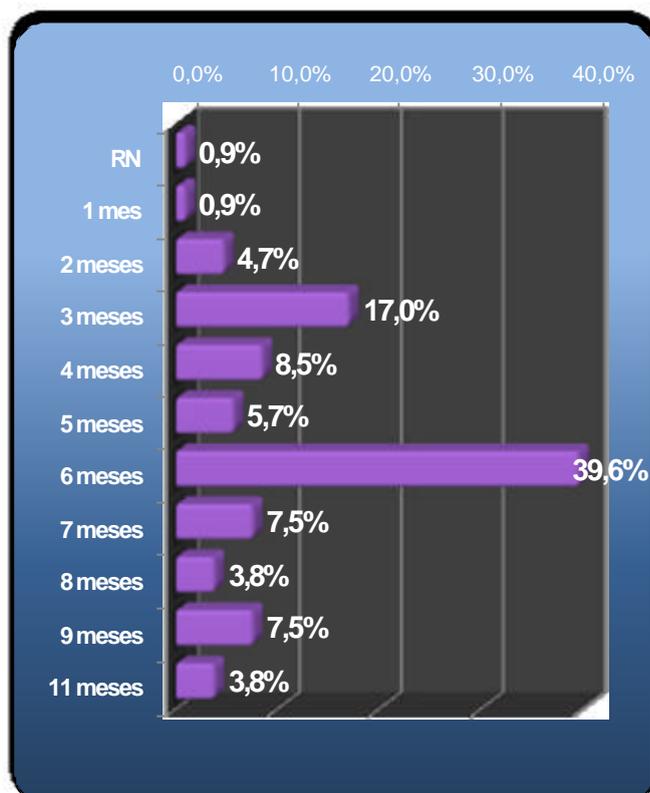
El tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva varió entre 1 y 11 meses, con un promedio de 5,5 meses.

Tabla 11: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del tiempo que duró la lactancia materna exclusiva en la población encuestada.

Lactancia materna exclusiva		
	f	%
RN	1	0,9%
1 mes	1	0,9%
2 meses	5	4,7%
3 meses	18	17,0%
4 meses	9	8,5%
5 meses	6	5,7%
6 meses	42	39,6%
7 meses	8	7,5%
8 meses	4	3,8%
9 meses	8	7,5%
11 meses	4	3,8%
Total	106	

Del total de niños amamantados (n=106), las mayores frecuencias correspondieron a lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses (39,6%), 3 meses (17%) y 4 meses (8,5%).

Gráfico 11: distribución de las frecuencias relativas del tiempo que duró la lactancia materna exclusiva en la población encuestada.



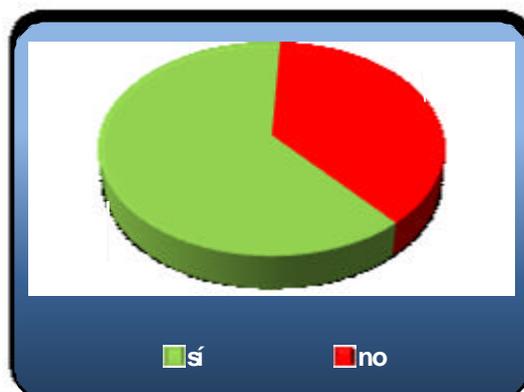
Lactancia materna exclusiva hasta el 6º mes

Tabla 12: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la cantidad de hijos con lactancia materna exclusiva al 6º mes en la población encuestada.

Lactancia materna exclusiva hasta 6º mes		
	f	%
sí	66	62,3%
no	40	37,7%
Total	106	

Del total de hijos amamantados (n=106), el 62,3% recibió lactancia materna exclusiva hasta el 6º mes.

Gráfico 12: distribución de las frecuencias relativas de la cantidad de hijos con lactancia materna exclusiva al 6º mes en la población encuestada.



- **Inicio de la lactancia materna y edad**

Tabla 13: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del inicio de la lactancia materna en relación a la edad en la población encuestada.

Inicio de lactancia materna y edad					
	Inició la lactancia		No inició la lactancia		Total
	f	%	f	%	
menos de 20 años	20	100,0%	0	0,0%	20
20 a 24 años	24	96,0%	1	4,0%	25
25 a 29 años	24	100,0%	0	0,0%	24
30 a 34 años	18	94,7%	1	5,3%	19
35 a 39 años	6	100,0%	0	0,0%	6
40 años o más	12	100,0%	0	0,0%	12

El total de mujeres de menos de 20 años (n=20) inició la lactancia materna.

Del total de mujeres de 20 a 24 años (n=25), el 96% inició la lactancia materna y el 4% no inició la lactancia materna.

El total de mujeres de 25 a 29 años (n=24) inició la lactancia materna.

Del total de mujeres de 30 a 34 años (n=19), el 94,7% inició la lactancia materna y el 5,3% no inició la lactancia materna.

El total de mujeres de 35 a 39 años (n=6) inició la lactancia materna.

El total de mujeres de 40 años o más (n=12) inició la lactancia materna.

Gráfico 13: distribución de las frecuencias relativas del inicio de la lactancia materna en relación a la edad en la población encuestada.



- **Lactancia materna exclusiva hasta el 6º mes y edad**

Tabla 14: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la lactancia materna exclusiva hasta el 6º mes en relación a la edad en la población encuestada.

Lactancia materna exclusiva hasta el 6º mes y edad					
	con lactancia materna exclusiva hasta el 6º mes		sin lactancia materna exclusiva hasta el 6º mes		Total
	f	%	f	%	
menos de 20 años	13	65,0%	7	35,0%	20
20 a 24 años	20	80,0%	5	20,0%	25
25 a 29 años	12	50,0%	12	50,0%	24
30 a 34 años	9	47,4%	10	52,6%	19
35 a 39 años	0	0,0%	6	100,0%	6
40 años o más	12	100,0%	0	0,0%	12

Del total de mujeres de menos de 20 años (n=20), el 65% tuvo LM exclusiva hasta el 6º mes y el 35% no tuvo LM exclusiva hasta el 6º mes.

Del total de mujeres de 20 a 24 años (n=25), el 80% tuvo LM exclusiva hasta el 6º mes y el 20% no tuvo LM exclusiva hasta el 6º mes.

Del total de mujeres de 25 a 29 años (n=24), el 50% tuvo LM exclusiva hasta el 6º mes y el 50% no tuvo LM exclusiva hasta el 6º mes.

Del total de mujeres de 30 a 34 años (n=19), el 52,6% no tuvo LM exclusiva hasta el 6º mes y el 47,4% tuvo LM exclusiva hasta el 6º mes.

Del total de mujeres de 35 a 39 años (n=6), el 100% no tuvo LM exclusiva hasta el 6º mes.

Del total de mujeres de 40 años o más (n=12), el 100% tuvo LM exclusiva hasta el 6º mes.

Gráfico 14: distribución de las frecuencias relativas de la lactancia materna exclusiva hasta el 6º mes en relación a la edad en la población encuestada.



Dificultades en la lactancia materna

Tabla 15: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la presencia de dificultades durante la lactancia materna en la población encuestada.

¿Presentó dificultades durante la lactancia?		
	f	%
sí	22	44,9%
no	27	55,1%
Total	49	

Del total de la población de madres que iniciaron la lactancia materna (n=49), el 55,1% refiere no haber presentado dificultades durante la lactancia.

Gráfico 15: distribución de las frecuencias relativas de la presencia de dificultades durante la lactancia materna en la población encuestada.

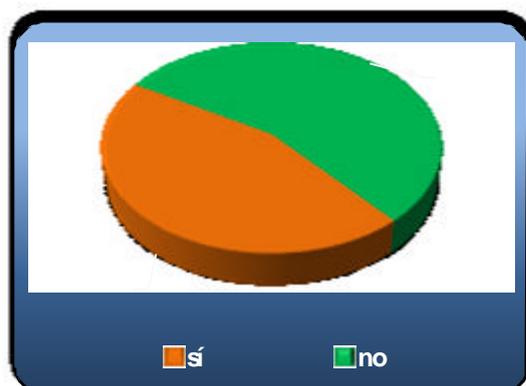
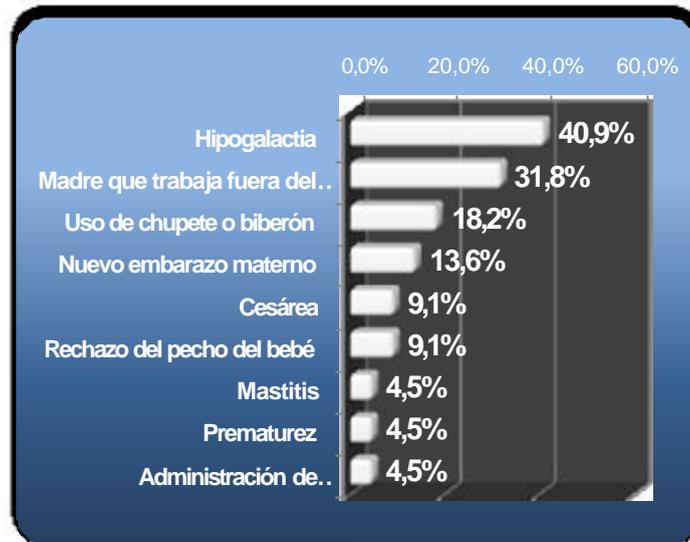


Tabla 16: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del tipo de dificultades durante la lactancia materna que presentó la población encuestada.

Dificultad que presentó durante la lactancia		
	f	%
Hipogalactia	9	40,9%
Madre que trabaja fuera del hogar	7	31,8%
Uso de chupete o biberón	4	18,2%
Nuevo embarazo materno	3	13,6%
Cesárea	2	9,1%
Rechazo del pecho del bebé	2	9,1%
Mastitis	1	4,5%
Prematurez	1	4,5%
Administración de medicamentos	1	4,5%

Del total de la población que presentó dificultades durante la lactancia (n=22), el 40,9% refiere hipogalactia; el 31,8% madre que trabaja fuera del hogar; el 18,2% uso de chupete o biberón; el 13,6% nuevo embarazo materno; el 9,1% cesárea; el 9,1% rechazo del pecho del bebé; 4,5% mastitis; el 4,5% prematurez y el 4,5% administración de medicamentos.

Gráfico 16: distribución de las frecuencias relativas del tipo de dificultades durante la lactancia materna que presentó la población encuestada.



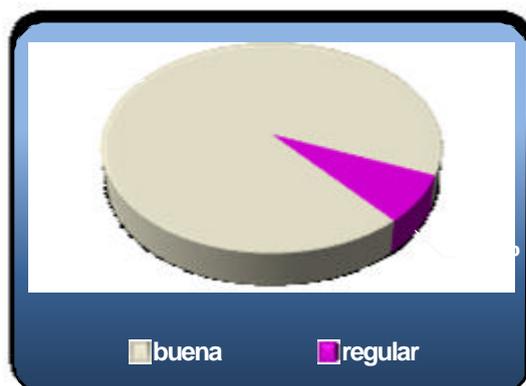
Experiencias con la lactancia materna

Tabla 17: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de las experiencias anteriores con la lactancia materna en la población encuestada.

Experiencias anteriores con la lactancia materna		
	f	%
buena	25	92,6%
regular	2	7,4%
Total	27	

Del total de la población que tiene hijos anteriores (n=27), el 92,6% refiere que tuvo una buena experiencia con la lactancia materna y el 7,4% que la experiencia fue regular.

Gráfico 17: distribución de las frecuencias relativas de las experiencias anteriores con la lactancia materna en la población encuestada.



Información sobre lactancia materna

Tabla 18: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si recibió por parte del médico información sobre lactancia materna durante los controles prenatales la población encuestada.

Recibió por parte de su médico durante los controles prenatales información sobre lactancia materna?		
	f	%
sí	36	70,6%
no	15	29,4%
Total	51	

Del total de mujeres encuestadas (n=51), el 70,6% refieren que recibió información sobre lactancia materna por parte del médico durante los controles prenatales.

Gráfico 18: distribución de las frecuencias relativas de si recibió por parte del médico información sobre lactancia materna durante los controles prenatales la población encuestada.

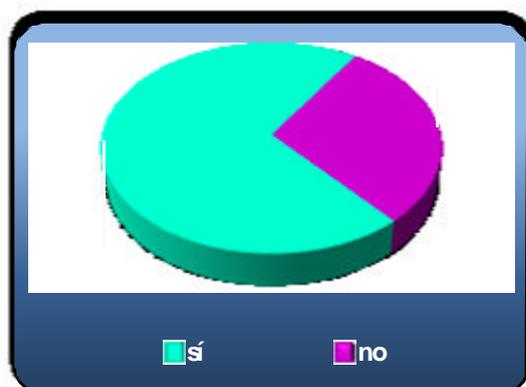


Tabla 19: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del tipo de información que recibió la población encuestada.

Tipo de información				
	sí		no	
	f	%	f	%
Beneficios de la lactancia natural	22	43,1%	29	56,9%
Tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva y prolongada con alimentación complementaria oportuna	26	51,0%	25	49,0%
Desventajas del uso del biberón así como la incorporación de líquidos y/o alimentos (que incluyen otras leches) ante de los 6 meses de edad	15	29,4%	36	70,6%
Técnicas correctas de amamantamiento y cuidado e higiene del pezón y las mamas	30	58,8%	21	41,2%
Lugares o grupos de apoyo para la lactancia materna, en casos de dificultades	11	21,6%	40	78,4%

Del total de la población encuestada, recibió por parte de su médico, durante los controles de embarazo, información a cerca de:

- Beneficios de la lactancia natural: el 43,1% de las mujeres.
- Tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva y prolongada con alimentación complementaria oportuna: el 51% de las mujeres.
- Desventajas del uso del biberón así como la incorporación de líquidos y/o alimentos (que incluyen otras leches) ante de los 6 meses de edad: el 29,4% de las mujeres.
- Técnicas correctas de amamantamiento y cuidado e higiene del pezón y las mamas: el 58,8% de las mujeres.
- Lugares o grupos de apoyo para la lactancia materna, en casos de dificultades: el 21,6% de las mujeres.

Gráfico 19: distribución de las frecuencias relativas del tipo de información recibida por parte del médico la población encuestada.

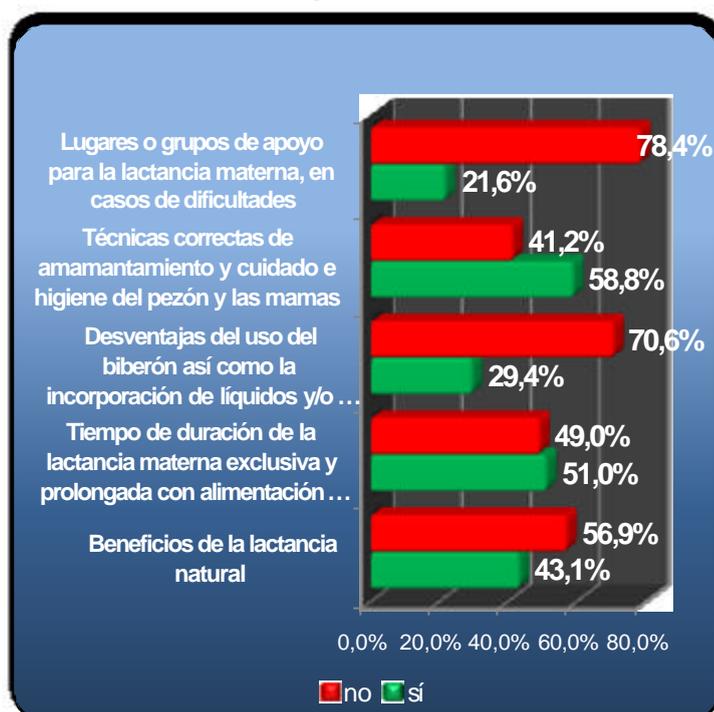
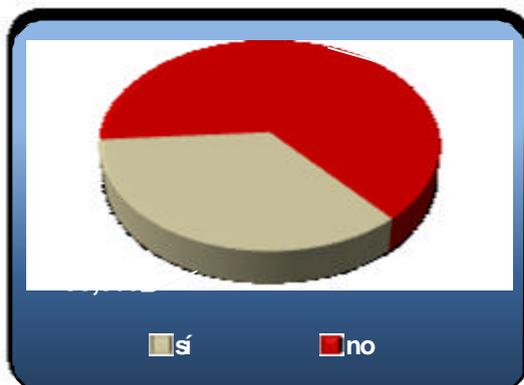


Tabla 20: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si realizó curso de parto o participó de actividades o realizó lectura de material informativo acerca de lactancia materna la población encuestada.

¿Realizó curso de parto o participó de actividades o realizó lectura de material informativo acerca de lactancia materna?		
	f	%
sí	18	35,3%
no	33	64,7%
Total	51	

El 64,7% de la población encuestada no realizó curso de parto o participó de actividades o realizó lectura de material informativo acerca de lactancia materna.

Gráfico 20: distribución de las frecuencias relativas de si realizó curso de parto o participó de actividades o realizó lectura de material informativo acerca de lactancia materna la población encuestada.



Dudas sobre los conocimientos en lactancia materna

Tabla 21: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la presencia de dudas sobre los conocimientos en lactancia materna en la población encuestada.

¿Presenta dudas o quiere realizar alguna pregunta sobre lactancia materna?		
	f	%
sí	8	15,7%
no	43	84,3%
Total	51	

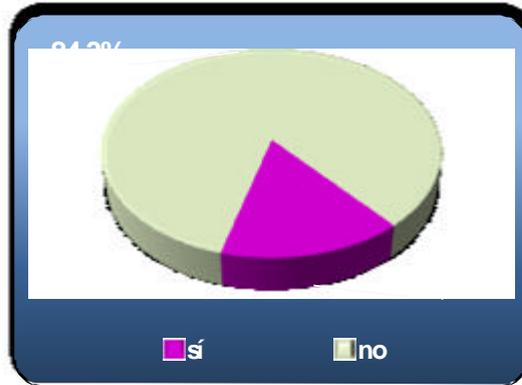
El 84,3% refiere no presentar dudas sobre los conocimientos en lactancia materna.

En el 15,7% las dudas fueron:

- Beneficios de la lactancia materna.
- Características de la leche humana.
- Cuidados e higiene del pezón y las mamas.
- Desventajas del uso del biberón.
- Fármacos estimulantes de la producción láctea (galactogogos).
- Formas de estimulación de la bajada de la leche materna.
- Tiempo de duración de la lactancia materna.

- Tiempo de duración, técnica, lugares de apoyo de la lactancia materna.

Gráfico 21: distribución de las frecuencias relativas de la presencia de dudas sobre los conocimientos en lactancia materna en la población encuestada.



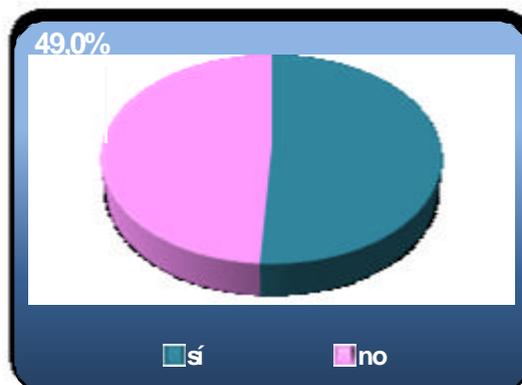
Examen de mamas

Tabla 22: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si durante los controles obstétricos le realizaron examen de las mamas en la población encuestada.

¿Durante los controles obstétricos le examinaron las mamas?		
	f	%
sí	26	51,0%
no	25	49,0%
Total	51	

El 51% refiere que durante los controles obstétricos le realizaron examen de las mamas. (ver referencia pág.: 64)

Gráfico 22: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la realización del examen mamario durante los controles obstétricos en la población encuestada.



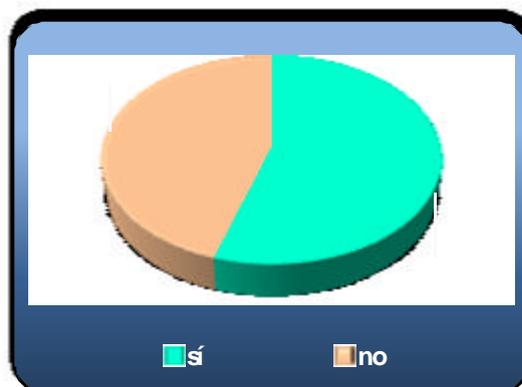
Técnicas para la formación del pezón

Tabla 23: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si durante los controles obstétricos recibió información y posterior control con técnicas para la formación del pezón la población encuestada.

¿Recibió durante los controles obstétricos información y posterior control con técnicas para la formación del pezón?		
	f	%
sí	28	54,9%
no	23	45,1%
Total	51	

El 54,9% de la población refiere haber recibido durante los controles obstétricos información y posterior control con técnicas para la formación del pezón.

Gráfico 23: distribución de las frecuencias relativas de si durante los controles obstétricos recibió información y posterior control con técnicas para la formación del pezón la población encuestada.



Patología en las mamas

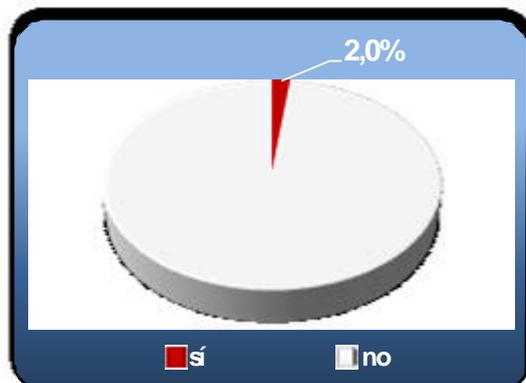
Tabla 24: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si tuvo intervenciones o enfermedades en las mamas la población encuestada.

¿Tuvo intervenciones o enfermedades en los pechos?		
	f	%
sí	1	2,0%
no	50	98,0%
Total	51	

El 98% de la población encuestada no tuvo intervenciones o enfermedades mamarias.

El 2% (1 caso) refiere haber presentado mastopatía fibroquística.

Gráfico 24: distribución de las frecuencias relativas de si tuvo intervenciones o enfermedades en las mamas la población encuestada.



Contraindicaciones de la lactancia materna

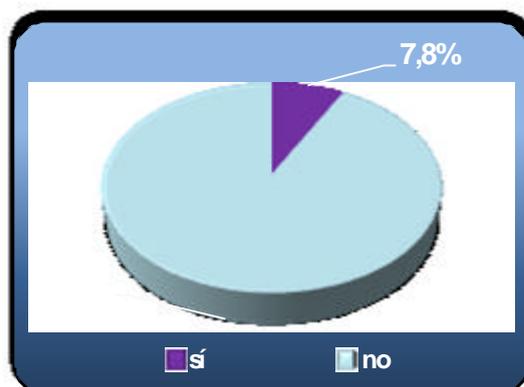
Tabla 25: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la presencia de contraindicaciones a la lactancia materna en la población encuestada.

¿Usted sabe si presenta enfermedades o toma alguna medicación que pueda contraindicar la lactancia?		
	f	%
sí	4	7,8%
no	47	92,2%
Total	51	

El 92,2% de la población encuestada refiere no presentar contraindicaciones para la lactancia materna.

En el restante 7,8% las contraindicaciones referidas son: uso de antipsicóticos, TBC y herpes de la mama.

Gráfico 25: distribución de las frecuencias relativas de la presencia de contraindicaciones a la lactancia materna en la población encuestada.



Apoyo a la lactancia materna

Tabla 26: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de las personas que apoyan la decisión de amamantar en la población encuestada.

¿Qué personas cercanas a usted apoyan su decisión de amamantar?		
	sí	
	f	%
familia	51	100,0%
esposo o pareja	44	86,3%
equipo de salud	37	72,5%
grupo de apoyo para la lactancia materna	3	5,9%
amigos	1	2,0%

Apoyan la decisión de amamantar la familia en el 100% de los casos; el esposo o pareja en el 86,3%; el equipo de salud en el 72,5%; el grupo de apoyo para la lactancia en el 5,9% y amigos en el 2%.

Gráfico 26: distribución de las frecuencias relativas de las personas que apoyan la decisión de amamantar en la población encuestada.

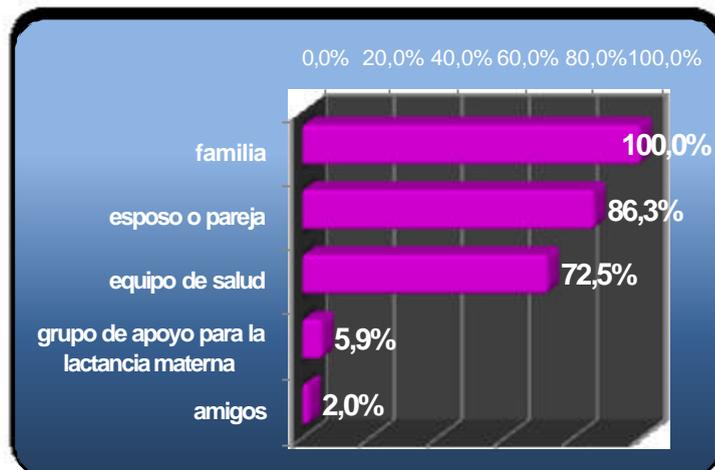


Tabla 27: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si la familia o amigos han amamantado en la población encuestada.

¿Su familia o amigos han amamantado?		
	f	%
sí	50	98,0%
no	1	2,0%
Total	51	

El 98% refiere que en la familia o amigos han amamantado.

Gráfico 27: distribución de las frecuencias relativas de si la familia o amigos han amamantado en la población encuestada.



Decisión de amamantar

Tabla 28: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la decisión de amamantar durante el embarazo en la población encuestada.

Decisión de amamantar durante el embarazo		
	f	%
sí	50	98,0%
no	0	0,0%
no sabe	1	2,0%
Total	51	

Del total de mujeres encuestadas (n=51), el 98% refieren que durante el embarazo tenían decidido amamantar al bebé y el 2% (1 caso) que no lo sabía.

Gráfico 28: distribución de las frecuencias relativas de si tiene decidido amamantar al bebé en la población encuestada.



VARIABLES RELACIONADAS

- Información recibida por parte del médico y dudas sobre LM

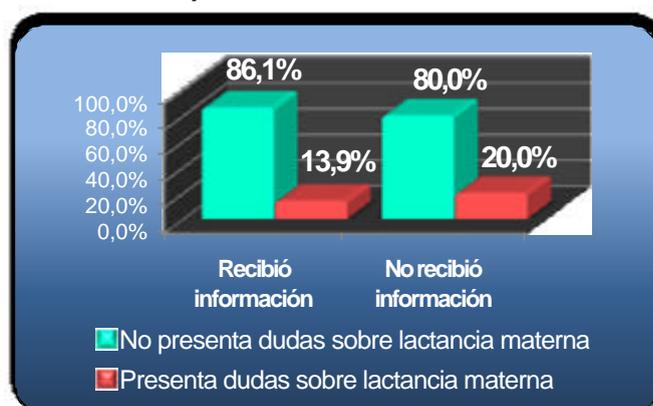
Tabla 29: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si recibió información sobre lactancia materna en relación a dudas sobre la lactancia materna en la población encuestada.

Información recibida por parte del médico en relación a las dudas sobre lactancia materna					
	No presenta dudas sobre lactancia materna		Presenta dudas sobre lactancia materna		Total
	f	%	f	%	
Recibió información	31	86,1%	5	13,9%	36
No recibió información	12	80,0%	3	20,0%	15

Del total de la población encuestada que recibió información sobre lactancia materna por parte del médico (n=36), el 86,1% no presenta dudas sobre lactancia materna y el 13,9% presenta dudas sobre la lactancia materna.

Del total de la población encuestada que no recibió información sobre lactancia materna por parte del médico (n=15), el 80% no presenta dudas sobre lactancia materna y el 20% presenta dudas sobre la lactancia materna.

Gráfico 29: distribución de las frecuencias relativas de si realizó curso de parto o recibió información sobre lactancia materna en relación a dudas sobre la lactancia materna en la población encuestada.



- **Patología mamaria y examen mamario durante control prenatal**

Del total de mujeres encuestadas, solamente un caso presentó como patología mamaria mastopatía fibroquística y refiere que durante los controles prenatales no le realizaron examen de las mamas.

- **Decisión de amamantar durante el embarazo y experiencias anteriores**

Tabla 30: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la decisión de amamantar durante el embarazo en relación a las experiencias anteriores con la lactancia materna en la población encuestada.

Decisión de amamantar durante el embarazo y experiencias anteriores					
	Experiencia buena		Experiencia regular		Total
	f	%	f	%	
Tiene decidido amamantar	25	96,2%	1	3,8%	26
No tiene decidido amamantar	0	0,0%	0	0,0%	0
No sabe	0	0,0%	1	100,0%	1

Del total de la población con hijos anteriores que durante el embarazo tenía decidido amamantar (n=26), el 96,2% tuvo experiencias anteriores buenas y el 3,8% tuvo experiencias anteriores regulares.

El total de la población que durante el embarazo no sabía si amamantaría (n=1), había tenido experiencias anteriores regulares.

Gráfico 30: distribución de las frecuencias relativas de la decisión de amamantar durante el embarazo en relación a las experiencias anteriores con la lactancia materna en la población encuestada.



- Decisión de amamantar durante el embarazo y lactancia materna exclusiva

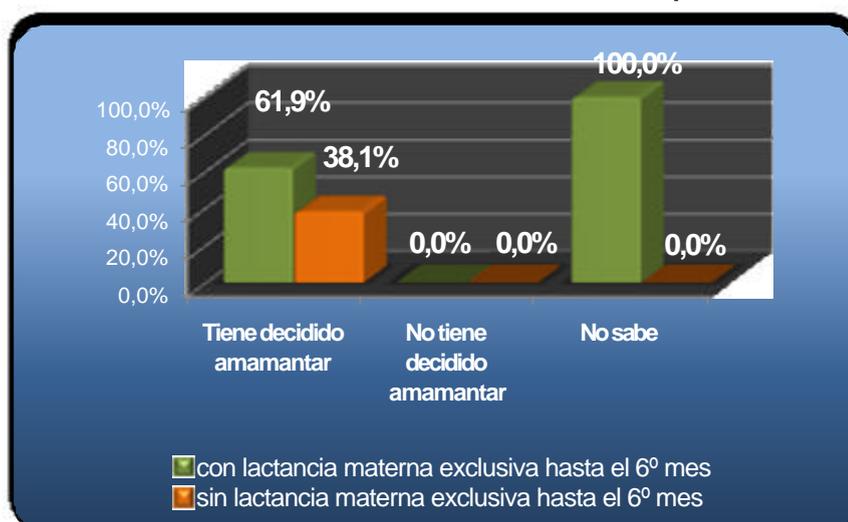
Tabla 31: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la decisión de amamantar durante el embarazo en relación a la lactancia materna exclusiva en la población encuestada.

Decisión de amamantar durante el embarazo y LME					
	con lactancia materna exclusiva hasta el 6°		sin lactancia materna exclusiva hasta el 6°		Total
	f	%	f	%	
Tiene decidido amamantar	65	61,9%	40	38,1%	105
No tiene decidido amamantar	0	0,0%	0	0,0%	0
No sabe	1	100,0%	0	0,0%	1

Del total de hijos de la población de mujeres que durante el embarazo tenía decidido amamantar (n=105), el 61,9% tuvo lactancia materna exclusiva y el 38,1% no tuvo lactancia materna exclusiva.

El total de hijos de la población de mujeres que durante el embarazo no sabía si amamantaría (n=1), tuvo lactancia materna exclusiva.

Gráfico 31: distribución de las frecuencias relativas de la decisión de amamantar durante el embarazo en relación a la lactancia materna exclusiva en la población encuestada.



- **Dificultades con la lactancia materna y experiencias anteriores**

Tabla 32: *distribución de las frecuencias absolutas y relativas de las dificultades con la lactancia materna en relación a las experiencias anteriores en la población encuestada.*

Dificultades con la lactancia materna y experiencias anteriores					
	Experiencia buena		Experiencia regular		Total
	f	%	f	%	
Presentó dificultades	11	91,7%	1	8,3%	12
No presentó dificultades	14	93,3%	1	6,7%	15

Del total de la población que presentó dificultades con la lactancia (n=12), el 91,7% tuvo una buena experiencia con la lactancia y el 8,3% una experiencia regular.

Del total de la población que no presentó dificultades con la lactancia (n=15), el 93,3% tuvo una buena experiencia con la lactancia y el 6,7% una experiencia regular.

Gráfico 32: *distribución de las frecuencias relativas de las dificultades con la lactancia materna en relación a las experiencias anteriores en la población encuestada.*



- **Amamantamiento y contraindicaciones**

En los dos casos de mujeres que no amamantaron, las mismas presentaban contraindicaciones para la lactancia materna: tuberculosis y consumo de antipsicóticos.

- **Dificultades durante la lactancia materna y lactancia materna exclusiva**

Tabla 33: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de las dificultades con la lactancia materna en relación a la lactancia materna exclusiva en la población encuestada.

Dificultades durante la lactancia y lactancia materna exclusiva					
	Lactancia materna parcial (antes de los 6 meses)		Lactancia materna exclusiva hasta el 6 ^o mes		Total
	f	%	f	%	
Presentó dificultades durante la lactancia	31	67,4%	15	32,6%	46
No presentó dificultades durante la lactancia	9	15,0%	51	85,0%	60

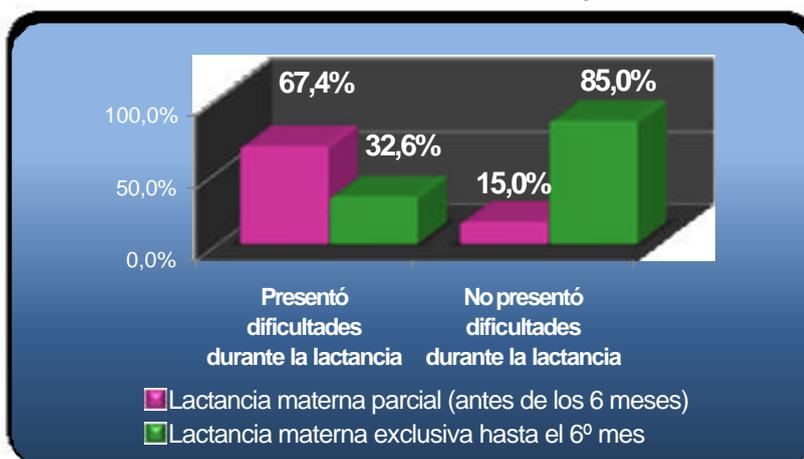
Del total de los hijos de las mujeres que presentaron dificultades durante la lactancia (n=46), el 67,4% corresponden a lactancia materna parcial antes de los 6 meses y el 32,6% a lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.

Del total de los hijos de las mujeres que no presentaron dificultades durante la lactancia (n=60), el 85% corresponden a lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y el 15% a lactancia materna parcial antes de los 6 meses.

La relación entre presencia de dificultad en la lactancia y lactancia materna exclusiva al 6^o mes es altamente significativa (p=0,001). Es decir, que aquellas mujeres que no presentan dificultades durante la lactancia tienen mayores

probabilidades de realizar lactancia materna exclusiva hasta el 6º mes, que aquellas mujeres que presentan dificultades con la lactancia.

Gráfico 33: distribución de las frecuencias relativas de las dificultades con la lactancia materna en relación a la lactancia materna exclusiva en la población encuestada.



- **Lactancia materna exclusiva y lactancia materna parcial**

Tabla 34: comparación de frecuencias entre lactancia materna exclusiva hasta el 6º mes y lactancia materna parcial antes del 6º mes en la población encuestada.

Lactancia materna		
	LME	LMP
Edad materna	40 años o más (100%)	35 a 39 años (100%)
Estado civil	casada (77%)	unión estable (41%)
Estudios cursado	primaria (77,4%)	terciaria y universitaria (100%)
Fuente principal de ingresos	Ayuda de orden público o privado en forma permanente (84,6%)	Sueldo o salario (40,8%)
Ocupación materna	ama de casa (65,5%)	trabaja fuera del hogar (55,5%)
Cantidad de hijos	secundíparas (71,4%)	primíparas (54,5%)
Recibieron información sobre LM	75,3%	24,6%
Tuvieron dificultades durante la LM	32,7%	67,3%
Presentaron contraindicaciones para la LM	0,0%	100,0%
Recibieron apoyo del equipo de salud	67,9%	32,1%

La lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes se presentó más frecuentemente en madres de 40 años o más, casadas, con educación primaria, que

reciben ayuda de orden público o privado en forma permanente, amas de casa y secundíparas.

La **lactancia materna parcial antes del sexto mes** se presentó más frecuentemente en madres de 35 a 39 años, con unión estable, educación terciario o universitaria, que reciben sueldo o salario, trabajan fuera del hogar y primíparas.

De las madres que recibieron información sobre lactancia materna: el 75,3% tuvo lactancia materna exclusiva hasta el 6º mes y el 24,6% lactancia materna parcial antes del 6º mes.

De las madres que tuvieron dificultades durante la lactancia materna: el 32,7 % tuvo lactancia materna exclusiva hasta el 6º mes y el 67,3% lactancia materna parcial antes del 6º mes.

La totalidad de las madres que presentaron contraindicaciones para la lactancia materna tuvo lactancia materna parcial.

De las madres que recibieron apoyo del equipo de salud: el 67,9% tuvo lactancia materna exclusiva hasta el 6º mes y el 32,1% lactancia materna parcial antes del 6º mes.

Discusión

El presente estudio fue realizado en el Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) N°22: "Gonzalez Loza", Nodo Rosario.

La población encuestada (n=51) estuvo comprendida por las madres concurrentes al control de salud de dicho centro, durante el periodo de los meses de septiembre y octubre del corriente año. Dicha muestra, corresponde a un grupo homogéneo, el cual comparte factores sociodemográficos, como ser un grupo urbano, marginal, afectados por la inequidad y desigualdad social, donde la edad materna se desplazó en un rango entre 14 a 42 años.

Al analizar los resultados obtenidos de las encuestas podemos observar que, del total de las mujeres encuestada (n=51), el 96,1% de las madres amamantaron a sus hijos (n=49). Cabe destacar que del total de hijos amamantados (n=106), el 62,3% recibió lactancia materna exclusiva (LME) hasta el 6to. mes de vida. Siendo el promedio de duración de la LME de 5,5 meses con un máximo de 11 meses (3,8%) y un mínimo de 1 mes (0,9%). El promedio de edad de destete total registrado fue de 13,4 meses con un mínimo de 1 mes y un máximo de 36 meses.

Según la epidemiología de la lactancia materna, por datos aportados de OMS, las tasas de inicio de lactancia materna en países ricos es del 75%, siendo ideal aumentar esta tasa al 95%. En los países pobres se sabe que la lactancia materna la inician un número elevado de personas (94%), pero en ambos casos el abandono es frecuente. Solo el 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros 4 meses de vida.^(1,6) Siendo solo el 25% de las madres la que prolongan la lactancia materna hasta el año.⁽²²⁾

Estudios realizados en nuestro país por la ICDC-IBFAN, demostraron que en Argentina las tasa de prevalencia de LME al 6to. mes es del 48% (año 2004), siendo en la provincia de Santa Fe del 22,96% en el año 2005. ^(7,8,9)

Al relacionar nuestros resultados con los obtenidos por la OMS y el ICDC-IBFAN en nuestro país, podemos observar que las tasa de prevalencia en el centro que nos compete en nuestro estudio, se encuentre por encima de las registradas, debido al compromiso y respeto por las pautas culturales de dicha comunidad que muestra este equipo de salud en nuestro centro.

Se consideró importante, por las características de la población en estudio, evaluar las diferentes variables que condicionaron el inicio, mantenimiento y prolongación de la lactancia materna exclusiva en dichas madres.

Edad. La población encuestada en su mayoría corresponde al intervalo de menos de 24 años de edad que representa el 60,8% del total de la muestra (teniendo el 31,4% de las mujeres del total de la muestra menos de 20 años). Lo que nos indica una alta tasa de madres adolescentes, siendo un grupo de mujeres con factores de vulnerabilidad física y emocional, lo que podría tener cierto efecto sobre las tasa de lactancia materna.

Diversos estudios hacen mención a la baja probabilidad de inicio y mantenimiento de la lactancia materna en las mujeres adolescentes, debido a la poca preparación y la inmadurez de la propia edad. A medida que avanza la edad, la mujer toma conciencia de la importancia de su rol de madre y aumenta las posibilidades de prolongar la lactancia materna. ^(23,24)

Sin embargo, los resultados obtenidos en nuestro estudio revelan que la tasa de inicio de lactancia materna fue de un 100% en mujeres menores de 20 años y de un 96% en mujeres de 20 a 24 años de edad; siendo la tasa de LME hasta el 6to.

mes de un 65% en mujeres menores de 20 años y de un 80% en mujeres de 20 a 24 años de edad; lo cual indicaría que la edad no ha sido un factor tan influyente en el inicio y prolongación de la lactancia materna en nuestra muestra.

Variable medioambiental. Se pudo observar que las condiciones medioambientales actuaron positivamente como factor condicionante en el empleo de esta técnica. Ya que del 96,1% de las madres que amantaron (n=49), el 58,8% pertenecen a familias que viven en condiciones de hacinamiento, careciendo en la mayoría de los casos de los servicios públicos más elementales (cloacas y gas natural), siendo en la mayoría de los casos las conexiones de agua y luz clandestinas.

Esta variable, en otros estudios, no presentó asociación estadísticamente significativa con el inicio y mantenimiento de la lactancia materna. ⁽²⁵⁾

Debido a que en nuestro país, según datos aportados por el Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales, el 53% de la población y el 70% de los niños están por debajo de la línea de pobreza, la aplicación de la lactancia materna como “Tecnología Apropiaada” es fundamental para aumentar la esperanza y calidad de vida en los lactantes ante condiciones medio ambientales no propicias. ⁽²⁶⁾

Nivel socioeconómico. El 86,3% del total de la población encuestada, refiere como fuente principal de ingreso familiar el salario (siendo en su mayoría obreros y changarines de bajos sueldos) y el 13,7% la ayuda de orden público o privado en forma permanente, perteneciendo ambos grupos de la muestra a un sector afectado por la inequidad y la desigualdad social. Tal circunstancia actúa como condicionante de la lactancia materna ya que nuestro estudio revela que las madres pertenecientes

a familias que reciben ayuda social impartieron LME hasta el 6to mes en el 84,6% de los casos y las de familias asalariadas en el 59,2%.

Esta variable no tuvo asociación estadísticamente significativa con el mantenimiento de la LME en otros estudios, que a pesar de compartir factores socioeconómicos similares a los de nuestra población, presentaron una alta tasa de inicio de lactancia materna, pero la tasa de prevalencia al 6to. mes fue baja. ^(25,27)

Estado civil. Se pudo observar una mayor incidencia de LME al 6to. mes en mujeres casadas en un 77,4%, coincidiendo estos resultados con los de otros trabajos de investigación.

En Cuba la mayor tasa de incidencia de LME al 6to. mes la tienen las mujeres casadas con un porcentaje del 20,35%, frente al 0,88% de las solteras y el 18% de las que no tienen unión estable. ⁽²⁸⁾

Estudios cursados. De la población encuestada el 51% solamente tiene estudios primarios cursados. Siendo este sector el que presenta una mayor tasa de prevalencia de lactancia materna al 6to. mes (77,4%).

Los resultados encontrados en otros estudios son variables, en tanto unos autores coinciden con nuestros hallazgos ⁽²⁸⁾, otros han encontrado mayor incremento de la LME entre madres con mayor nivel de escolaridad, relacionado con una mejor información de las ventajas de la lactancia materna. ⁽²⁴⁾

Ocupación materna. El 75,5% de las madres encuestadas refiere dedicarse solamente a las tareas del hogar, encontrándose en este sector las mayores tasas de LME al 6to. mes (65,5%). Siendo mayor la frecuencia de lactancia materna parcial (LMP) en mujeres que trabajan fuera del hogar en un 55,5%, dado que esta circunstancia afecta la duración pero no el inicio de la lactancia materna. ⁽⁹⁾

Otros estudios también han considerado la ocupación de la madre en tareas del hogar, como factor protector de la lactancia materna. ⁽²⁷⁾

Paridad. De la población encuestada el 47% son primíparas, actuando esta variable como factor desfavorable para la prolongación de la LME, ya que sólo el 54,5% de las madres aportó LME hasta el 6to. mes, en comparación del 71,4% de las madres que presentaron antecedentes de lactancia materna.

Dato que concuerda con estudios realizados en México, en donde el 64,44% de las madres con antecedentes de lactancia materna amamantaron hasta el sexto mes. ⁽²⁷⁾

Esto puede deberse a la poca experiencia y desconocimiento de la madre, para lo cual se requiere un equipo de salud con un discurso unívoco en lo que respecta a técnicas y conocimiento del amamantamiento.

Dificultades de la lactancia materna. De las madre que aportaron lactancia materna a sus hijos (n=49), el 44,9% presentaron dificultades durante la lactancia materna. Hallándose una asociación altamente significativa ($p=0,001$) entre el tiempo de prolongación de amamantamiento y las dificultades presentadas. Del total de los hijos que presentaron dificultades durante la lactancia (n=46) el 32,6% tuvo LME hasta el 6to. mes, en comparación del 85% de los que no presentaron dificultades.

Las principales causas fueron: hipogalactia (40,9%) y trabajo materno (31,8%).

Estudios realizados en otros países concuerdan que uno de los principales inconvenientes presentados por las madres durante la lactancia es la hipogalactia, figurando como principal causa en el 60-80 % de los casos. ^(24,29)

Cuando se habla de hipogalactia, siempre hay que referirse al momento en que ocurre, estas suelen ser transitorias y presentarse al final del puerperio (paso de la leche de transición a la leche madura) y al final del 3er. mes (huelga de la mamada).

Se solucionan con mayor frecuencia de mamada, apoyo, descanso y buena nutrición materna. Siendo la causa más frecuente la fatiga materna, solo en raras ocasiones la causa es primaria. (4)

Contraindicaciones de la lactancia. Solo el 7,8% de las madres que amantaron (n=4) refirió presentar contraindicaciones, las cuales fueron: uso de antipsicóticos, TBC y herpes de mama.

El 50% de estas madres (n=2), no aportó en ningún momento lactancia materna, representando el 3,9% del total de las madres que no amamantaron. Las causas fueron: TBC y antipsicóticos.

El otro 50% restante aportó lactancia materna parcial en un 100%. Presentando como causa de abandono de la lactancia el herpes de mama.

Deseo de amamantar durante el embarazo. Del 96,1% de las madres que amamantaron, el 98% refieren que durante el embarazo tenían decidido amamantar a su bebé.

Se puede afirmar, que en nuestra sociedad, la mayoría de las madres tienen expectativas de amamantar e inician la lactancia materna (forma parte del proyecto gestacional y es la finalización del ciclo reproductivo de la mujer). (4) Coincidiendo esto con los resultados obtenidos en nuestro estudio.

Del total de hijos de la población de mujeres que durante el embarazo tenían decidido amamantar (n=105), el 61,9% recibió LME hasta el 6to. mes. Con lo cual podemos decir que no sólo influye en el inicio, sino también en el mantenimiento de la lactancia materna.

En estudios realizados en España, en un grupo de mujeres lactantes, determinaron que una de las variables significativas relacionadas con la prolongación de la lactancia materna es el deseo de dar el pecho (p: 0,005). El 87%

de las madres que querían amamantar antes del parto prolongaron la lactancia materna hasta el 4to. mes. De las que no querían el 33,3% la rehusaron por experiencias anteriores. ⁽³⁰⁾

Preparación para la lactancia materna, brindada por el médico, durante los controles prenatales. Del total de las mujeres encuestadas que realizaron los controles prenatales (n=51) el 70,6% refiere que recibió información sobre lactancia materna, en el control prenatal, por parte del médico, basada fundamentalmente en técnicas de amamantamiento y cuidado e higiene del pezón en un 58,8% (recibida fundamentalmente por multíparas con antecedentes de lactar a un hijo previo). Al discriminar el tipo de información y los conocimientos adquiridos por la madre, se pudo observar un alto grado de desconocimiento en ciertos temas: beneficios de la lactancia materna, tiempo de duración de la LME y prolongada con alimentación complementaria, desventajas del uso del biberón así como la incorporación de líquidos y/o alimentos –otras leches- ante de los 6 meses de edad.

Otros medios de información fueron la realización de cursos de parto o la lectura de revista de puericultura en el 35,3%.

Observándose, en la población que fue correctamente instruida, una asociación estadísticamente significativa entre la preparación para la lactancia materna y el tiempo de prolongación de la misma. Hallándose que de las madres que recibieron información, durante el control prenatal, el 75,3% aportó LME al 6to. mes y sólo el 24,6% lactancia materna parcial antes del 6to. mes.

Al comparar estos resultados con los de otros estudios, se pudo comprobar la falta de protección, promoción y fomento de la lactancia materna durante el período prenatal, hecho fundamental para disminuir los índices de deserción posteriores;

observándose como variable directamente proporcional el grado de instrucción materna con el inicio, mantenimiento y prolongación del amamantamiento.⁽³⁰⁾

Examen de mamas. Un dato significativo encontrado fue que sólo al 51% de las embarazadas se le realizó el examen mamario durante los controles prenatales.

Este procedimiento es importante para confirmar normalidad de la mama y detectar posibles patologías que interfieren en la adhesión boca-pezón, utilizándose como herramienta para la prevención de enfermedades infecciosas maternas, como ser: mastitis, absceso mamario, necrosis de la mama. Debiendo siempre formar parte de un buen cuidado prenatal.⁽¹⁶⁾

Patologías mamarias. Solamente 1 caso presentaba patología mamaria previa (mastopatía fibroquística).

La enfermedad fibroquística, es una enfermedad mamaria benigna, muy frecuente cuya incidencia ha sido estimada en el 43-59% en series necrópsicas. Se observa en el 97% de los casos entre los 25-59 años, y desaparece tras la menopausia. Este trastorno es más frecuente en nulíparas y su intensidad disminuye tras la gestación y la lactancia.⁽³¹⁾

Apoyo y estimulación brindada para el fomento de la lactancia materna. Se consideró importante analizar quienes fueron las personas que realizaron tareas de promoción y fomento de la lactancia materna. Se pudo observar que el 100% recibió apoyo familiar, el 86,3% de la pareja o esposo y el 72,5% del equipo de salud.

Reflejándose estas cifras en el mantenimiento de la lactancia materna, el 62,3% de las madres que tuvieron respaldo familiar y el 67,9% de las que recibieron apoyo del equipo de salud lactaron hasta el 6to. mes. Estudios realizados en otros

países coinciden con el alto grado de respaldo familiar (94,7%), pero registran valores más bajos de apoyo del equipo de salud (57,9%).⁽³²⁾

A modo de síntesis podemos concluir, que los factores que condicionaron favorablemente la lactancia, en el Centro de Salud en donde se llevó a cabo el estudio, y contribuyeron en mayor medida a la instauración y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta el 6to. mes o más fueron los siguientes: familias nucleadas, medioambiente desfavorable para el uso de fórmulas lácteas, sector social afectado por la inequidad y la desigualdad social, mujeres dedicadas a las tareas del hogar con antecedentes de lactancia materna, preparación y capacitación de la madre durante el período prenatal ofrecida por el médico, decisión de lactar durante el embarazo, apoyo de la familia y el equipo de salud.

No encontrándose asociación estadística significativa entre la edad, el nivel de escolaridad materna y la prolongación de la LME al 6to. mes o más. Observándose que las mayores cifras de mantenimiento de LME hasta el 6to. mes corresponden a mujeres con estudios primarios, mientras que el 100% de las mujeres con estudios terciarios y universitarios impartió lactancia materna parcial antes del 6to. mes.

De las madres que presentaron dificultades durante la lactancia, la mayoría aportó lactancia materna parcial antes del 6to mes y de las que presentaron contraindicaciones el 50% no dio el seno materno; presentándose como principal dificultad de la LME la hipogalactia.

Conclusión

Según los datos obtenidos en mi casuística, se puede asegurar y confirmar, que en la población de mujeres encuestadas en el Centro de Salud que nos compete para tal estudio, existe una alta tasa de inicio, mantenimiento y prolongación de la lactancia materna, con un bajo riesgo de destete temprano.

Enfatizando los beneficios que aporta la práctica del amamantamiento para la salud materno-infantil, la familia, la sociedad y la ecología, se puede concluir que la decisión de amamantar de las madres en dicho Centro esta fuertemente arraigada en la cultura social y del equipo de salud, viéndose favorecida por los modelos y tradiciones familiares. Pudiéndose observar que en el inicio, instauración y mantenimiento de la lactancia materna, la forma de toma de decisiones informadas con respecto a la salud materno-infantil influye en forma directamente proporcional en la prolongación del amamantamiento y en el aumento de las tasas de prevalencia.

Evidenciándose con lo anteriormente dicho, en base a lo observado en nuestro estudio, que el proceso lactancia materna y destete no es una conducta totalmente instintiva, por lo cuál las madres requieren el apoyo y acompañamiento por parte del equipo de salud para la toma de conductas asertivas en lo referente a estilos de vidas saludables. Siendo importante la aplicación de esta técnica debido a su gran impacto sanitario, ya que junto a las SRO implementadas en niños menores de 1 año con patología gastrointestinal, la lactancia materna ha sido una de las principales herramientas que contribuyen a disminuir las elevadas cifras de morbimortalidad infantil en los lactantes.

Por estas razones es que considero de primordial importancia promover, proteger y fomentar el amamantamiento como norma de conducta y no como algo intercambiable con alimentación artificial.

Personalmente este trabajo me sirvió para enriquecer mis conocimientos sobre la lactancia materna, haciendo que en mi posterior ejercicio de la profesión, como integrante de un equipo de salud, tenga presente la aplicación de medidas de prevención y promoción de la salud.

Bibliografía

1. OMS. Nutrición del lactante y del niño pequeño: Estrategia para la alimentación del lactante y del niño pequeño. 55ª Asamblea Mundial de la Salud- A55/15- Punto 13.10 del orden del día provisional. Mayo de 2002.
2. Lawrence, R. Toma de decisiones informadas respecto a la lactancia materna. Lactancia Materna: Una guía para la profesión médica. Sexta Edición Mosby/Elsevier. Año 2007, Elsevier, España. Cap. 7. Pág. 255 a 273.
3. OMS-UNICEF. Preámbulo. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y Resoluciones Posteriores. IBFAN-ICDC. Octubre de 2005. Fundación Lactmat-IBFAN. Buenos Aires. Pág. 6 a 9.
4. May, V. Lactancia materna en situaciones especiales. PRONAP (Programa Nacional de Actualización Pediátrica). Módulo nº 1. 2004. Pág. 36 a 83.
5. Sociedad Argentina de Pediatría- Comisión Asesora de Lactancia Materna- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación- UNICEF. Un Código de Buena Leche. Lactancia Materna. 2006. Pág. 1 a 20.
6. Cattaneo, A.; Aguilar-Cordero Ma. J. Epidemiología de la Lactancia Materna. En Lactancia Materna, Ma. José Aguilar Cordero. Edición 2005. Elsevier. España, S.A. Cap. 2. Pág. 14 a 30.
7. Vallone, F. América Latina y el Caribe: Violaciones al código. ICDC-IBFAN- Fundación LACMAT. Tonner. Bs. As. Argentina. Abril de 2004.
8. Departamento de Maternidad e Infancia- Subprograma de Lactancia Materna- Comité de Lactancia Materna de la Provincia de Santa Fe. Módulo de capacitación en lactancia materna para el equipo de salud. Ministerio de

- Salud de la Provincia de Santa Fe- Subsecretaría de Salud- Dirección Provincial de Promoción y Protección de la Salud. 2006. Pág. 1 a 66.
9. Grupo de Trabajo sobre Lactancia Materna de la Sociedad de Pediatría de Rosario. Curso de Consejería en Lactancia Materna de 36 horas reloj destinado al equipo de salud materno infantil y estudiantes del área de salud. Perteneciente a la Red Nacional de Educación Continua - SAP. Mayo y Junio de 2008.
 10. Zanuttini, E. Lactancia Materna. Temas de Obstetricia. UNR Editora. Rosario, Santa Fe, Argentina. Año 2000. Cap. 6. Pág. 197 a 221.
 11. Bueno, M.; Sarría, A. y col. Lactancia materna. Nutrición en Pediatría. Ediciones Ergon, S.A. Arboleda, Majadahonda (Madrid). 1999. Cap. 13. Pág. 125 a 145.
 12. Schanler, R. Lactancia materna, Parte 1: Pruebas que apoyan la lactancia materna. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. McGraw-Hill Interamericana, S.A. de C.V. México. 2001.
 13. Villaver de Gutierrez, C.; Aguilar-Cordero Ma. J. Fisiología de la glándula mamaria. En Lactancia Materna, Ma. José Aguilar Cordero. Edición 2005. Elsevier. España, S.A. Cap. 4. Pág. 38 a 52.
 14. Aguilar-Cordero, Ma. J. Composición, propiedades bioquímicas de la leche humana. En Lactancia Materna, Ma. José Aguilar Cordero. Edición 2005. Elsevier. España, S.A. Cap. 5. Pág. 53 a 63.
 15. Aguilar-Cordero, Ma. J. Beneficios de la lactancia materna. En Lactancia Materna, Aguilar-Cordero Ma. J. Edición 2005. Elsevier. España, S.A. Cap. 6. Pág. 63 a 73.

16. Beccar-Varela, C. Las visitas prenatales. Ayuda profesional para la lactancia. Tercera edición. Avent. Buenos Aires. 2005. Pág. 7 a 13.
17. Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño. Diagnósticos y situaciones que justifican la complementación de la lactancia. Lineamientos para su implementación. Ministerio de la Salud de la Nación- Comisión Asesora de Lactancia Materna- UNIFEF. 2003.
18. Waisman, M.; May, V. Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y del Niño. Práctica y Promoción de la lactancia natural en Hospitales Amigos de la Madre y del Niño. Curso de 18 horas destinado al equipo de salud materno infantil. Organización Mundial de la Salud, UNICEF, Ministerio de Salud de la Nación. Versión adaptada y corregida por la Comisión Asesora de Lactancia Materna del MNSN. Sociedad Argentina de Pediatría. Subcomisión de Lactancia Materna. Mayo del año 2004. Pág. 159 a 162. Cursado por la Dra. Fabiana Marzetti en Mayo del año 2004.
19. Servicio de Pediatría Hospital Marina Alta. Lactancia y Medicamentos. Web de Lactancia Materna del servicio de Pediatría del Hospital Marina Alta, Alicante. España. Disponible en: www.e-lactancia.org
20. Sociedad Argentina de Pediatría. Lactancia Materna. Guías para la supervisión de la salud de niños y adolescentes. Edición SAP 2002. Ideográfica. Buenos Aires, Argentina. 2002. Pág. 315 a 324.
21. Lawrence, R. Binomio madre-lactante. Lactancia Materna: Una guía para la profesión médica. Sexta Edición Mosby/Elsevier. Año 2007, Elsevier, España. Cap. 8. Pág. 274 a 294.
22. Chávez- Merlo, A.; Sánchez, R. y col. Causas de abandono de la lactancia materna. Rev. Fac. Med. UNAM. Vol.45. 2002. Pág. 53 a 55.

23. Quezada-Salazar, C.; Delgado-Becerra, A. y col. Prevalencia de lactancia y factores sociodemográficos asociados en madres adolescentes. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Vol.65. 2008. Pág. 19 a 25.
24. Prendes-Labrada, M.; Vivanco del Río, M. y col. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. Rev. Cubana Med Gen Integr. 1999. Vol.15. Pág. 397 a 402.
25. Rapa, M.; Higuera, G. y col. Situaciones de la Lactancia Materna: Factores Condicionantes. Informe Médico. Vol.8. Nº11. 2006. Pág. 525-534.
26. Plan Federal de Salud-MNSN. La salud y los determinantes del proceso salud-enfermedad: Pobreza y Condiciones de vida. Postgrado en Salud Social y Comunitaria. Unidad 1. 2005. Pág. 26 a 51.
27. Flores-Díaz, A.; Busto-Valdés MV. y col. Factores relacionados con la duración de la lactancia materna en un grupo de niños mexicanos. Archivos en Medicina Familiar. Vol. 8 Pág. 33-39.
28. Méndez-González, I.; Romero-Pileta, R. Lactancia Materna. Rev. Cubana de Enfermería. Vol.18. 2002. Pág. 15 a 22.
29. Gutierrez-Gutierrez, A.; Barbosa-Rodríguez, D. y col. Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna. Rev. Cubana de Enfermería. Vol.17. 2001. Pág. 42 a 46.
30. García Casanova, M.C.; García Casanova, S.; Pi Juan, M.; Ruiz Mariscal, E.; Parellada Esquiús, N. Lactancia materna ¿puede el personal sanitario influir positivamente en su duración?. Aten Primaria. 2005; 35 (6): 295-300.
31. Turnbull-Plaza, B.; Escalante-Izeta, E. y col. Papel de las redes sociales en la lactancia materna exclusiva. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. Vol.44. 2006. Pág. 97 a 104.

32. Tresguerres-Fernandez, J.A.; Vilardell-Latorre, E. Enfermedades de las gónadas. Farreras- Rozman. Decimotercera edición. Harcourt Brace de España, S.A. Madrid. 1995. Vol. II. Sección 16. Pág. 2147 a 2189.

Anexos

Anexo 1: Encuesta

Nº de encuesta:

1 **Edad:**

2 **Lugar de residencia**

- a- Agua conectada a red sí no
b- Alumbrado público sí no
c- Recolección de residuos sí no
d- Gas natural sí no
e- Excretas por cloacas sí no
f- Nº de integrantes de la familia que viven en la casa
g- Nº de habitaciones

3 **Estado civil:** a- soltera b- casada c- divorciada d- unión estable

4 **Estudios cursados:** a- Ninguno b- Primaria c- Secundaria d- Terciarios e- Universitarios

5 **Fuente principal de ingresos:** a- Sueldo o salario. b- Ayuda de orden público o privado en forma permanente.

6 **Ocupación:** a- Ama de casa b- Trabajo fuera del hogar c- Estudiante

7 **¿Cuántos hijos tiene?:**

8 **De sus hijos, ¿a cuántos amamantó?:**

9 **¿Cuándo dejó de amamantar?:**

hijo 1:	hijo 2:	hijo 3:	hijo 4:	hijo 5:
hijo 6:	hijo 7:	hijo 8:	hijo 9:	hijo 10:

10 **¿A qué edad incorporaron alimentación complementaria (sólido o bebidas, incluyendo agua)?**

hijo 1:	hijo 2:	hijo 3:	hijo 4:	hijo 5:
hijo 6:	hijo 7:	hijo 8:	hijo 9:	hijo 10:

11 **¿Presentó dificultades durante la lactancia?** sí no

12 **En caso de ser afirmativa la respuesta anterior, ¿cuál fue la dificultad que presentó?:**

- 1- Pezones planos o umbilicados no tratados.
- 2- Congestión mamaria
- 3- Taponamiento de conducto
- 4- Grietas y fisuras del pezón
- 5- Mastitis
- 6- Niño hipotónico (débil)
- 7- Rechazo del pecho del bebé
- 8- Uso de chupete o biberón.
- 9- Técnica incorrecta de amamantamiento (mala posición y mala prendida)
- 10- Reflejo de eyección inhibido
- 11- Disfunción oral motora del niño
- 12- Problemas de vínculo
- 13- Hipogalactia
- 14- Flujo excesivo de leche
- 15- Fisura labiopalatina
- 16- Prematurez
- 17- Parto múltiple
- 18- Cesárea
- 19- Nuevo embarazo materno
- 20- Reducción de la lactancia
- 21- Moniliasis
- 22- Ansiedad materna excesiva
- 23- Depresión puerperal severa
- 24- Falta de preparación previa
- 25- Familia poco estimulante
- 26- Pareja ausente o poco comprometida
- 27- Madre que trabaja fuera del hogar
- 28- Administración de medicamentos
- 29- otros

13 **¿Como fueron sus experiencias anteriores con sus otros hijos con la lactancia materna?**

- a- Buena
- b- Regular
- c- Mala

- 14 Recibió por parte de su médico, durante los controles prenatales, información sobre lactancia materna?
 sí no
- 15 En caso de ser afirmativa la respuesta anterior especifique, ¿cual fue la información recibida?
- a- Beneficios de la lactancia natural: sí no
- b- Tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva y prolongada con alimentación complementaria oportuna. sí no
- c- Desventajas del uso del biberón así como la incorporación de líquidos y/o alimentos (que incluyen otras leches) ante de los 6 meses de edad. sí no
- d- Técnicas correctas de amamantamiento y cuidado e higiene del pezón y las mamas. sí no
- e- Lugares o grupos de apoyo para la lactancia materna, en casos de dificultades. sí no
- 16 ¿Realizó curso de preparto o participó de actividades o realizó lectura de material informativo acerca de lactancia materna? sí no
- 17 ¿Presenta dudas o quiere realizar alguna pregunta sobre lactancia materna? sí no
 ¿Cuál?
- 18 ¿Durante los controles obstétricos le examinaron las mamas? sí no
- 19 ¿Recibió durante los controles obstétricos información y posterior control con técnicas para la formación del pezón?
 sí no
- 20 ¿Tuvo intervenciones o enfermedades en los pechos? sí no
 ¿Cuál?
- 21 ¿Usted sabe si presenta enfermedades o toma alguna medicación que pueda contraindicar la lactancia? sí no
- 22 En caso de ser afirmativa la respuesta anterior especifique, ¿cuál es la contraindicación que presenta?:
- a- Psicosis
 b- HIV+ o sida
 c- Neoplasias
 d- Drogodependencia
 e- Antineoplásicos
 f- Antitiroideos
 g- Antipsicóticos
 h- TBC
 i- Herpes de mama
 j- Varicela
 k- Fiebre Hemorrágica Argentina
 l- Metronidazol
 m- Anticoagulantes orales
 n- Sustancias radiactivas para estudios diagnósticos.
- 23 ¿Qué personas cercanas a usted apoyan su decisión de amamantar?
- a- esposo o pareja sí no
- b- familia sí no
- c- amigos sí no
- d- equipo de salud sí no
- e- grupo de apoyo para la lactancia materna sí no
- 24 ¿Su familia o amigos han amamantado? sí no
- 25 ¿Tenía decidido durante el embarazo amamantar? sí no no sabe

