

**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**



**ASOCIACIÓN ENTRE EL DESTETE Y LOS CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y
ACTITUDES RESPECTO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN
MADRES DE NIÑOS/AS CON 6 MESES DE VIDA, CESFAM PANGUIPULLI
NOVIEMBRE-DICIEMBRE DEL 2006.**

Tesis presentada como parte de los requisitos para
optar al **GRADO DE LICENCIADA/O EN
OBSTETRICIA Y PUERICULTURA.**

**KARINA ANDREA CARRASCO NEGÜE
KARINA VANESSA CORVALÁN VELÁSQUEZ**

VALDIVIA – CHILE

2007

COMISIÓN CALIFICADORA

PROFESOR/A PATROCINANTE

Sra. Berta Liliana Martínez Gallardo.

PROFESOR/A COPATROCINANTE

Sra. Justa Marta Santana Soto.

PROFESOR/A INFORMANTE

Sra. Claudia Jacqueline Pradines Jara.

FECHA DE APROBACIÓN:

AGRADECIMIENTOS

Entre las cosas que engrandecen el espíritu y contribuyen al crecimiento de cada persona, se encuentran el reconocer la ayuda de quienes han contribuido en lo que hoy somos y el agradecer la compañía de quienes han estado a nuestro lado, tanto en los momentos de angustia como en los de celebración. Llegó el momento de decir “Gracias”.

Agradecemos a quienes colaboraron directamente en la realización de ésta, nuestra primera investigación, en especial a cada una de las mujeres que participaron en este estudio por la confianza entregada en su participación. A las profesoras Sra. Liliana Martínez, Sra. Marta Santana y Sra. Claudia Pradines, por el apoyo constante durante todo el trabajo. Y a Leandro Rebolledo, Rodrigo Araya y Manuel Céspedes, por el asesoramiento entregado en diferentes etapas de la investigación.

Igualmente queremos manifestar nuestro agradecimiento por su colaboración en este estudio, al Servicio de Puerperio del Hospital Regional Valdivia, Hospital padre Bernabé de Lucerna y Centro de Salud Familiar Panguipulli.

En forma especial:

Agradezco a mi familia, en forma especial a mi madre Norma Negüe y mi hermana Ximena, por lo que me han enseñado, por todo el amor que me entregan día a día a pesar de la distancia, por creer en mí y enseñarme a luchar siempre para conseguir mis metas. Gracias también tía Olga donde quiera que te encuentres por lo importante que fuiste y eres en mi vida, nunca olvidaré todo lo que recibí de ti. Y a ti, Rodrigo, muchas gracias por el amor, la comprensión, sobre todo por motivarme y acompañarme durante los momentos difíciles de este largo trabajo.

Karina Carrasco Negüe

Dedico este trabajo y lo que él significa en esta etapa de mi carrera profesional, a mis padres Carlos Corvalán y Elsa Velásquez, y a mi hermano Carlitos, les agradezco enormemente el cariño incondicional y la comprensión durante este trabajo, principalmente por creer y confiar en mis proyectos y sueños. Y a ti, Leandro, gracias por entregarme tu cariño, apoyo y sobre todo motivarme cuando las energías eran escasas, gracias por comprometerte de esta forma con mis proyectos.

Karina Corvalán Velásquez

INDICE DE MATERIAS

Capítulos.	Páginas.
1. INTRODUCCIÓN.....	7
1.1 Objetivo General	8
1.1.1 Objetivos Específicos.....	8
2. MARCO TEORICO.....	10
2.1 Concepto de Lactancia Materna.	10
2.2 Beneficios de la Lactancia Materna.	10
2.3 Políticas respecto a Lactancia Materna.	16
2.3.1 Aspectos legislativos de Chile que protegen la Lactancia Materna.	17
2.3.2 Promoción de la Lactancia Materna.....	18
2.4 Factores asociados al abandono de la Lactancia Materna.	18
2.4.1 Cambio cultural.....	19
2.4.2 Conocimientos, creencias y actitudes frente a la LME.....	20
2.4.3 Escolaridad y ocupación.	22
2.4.4 Edad y Paridad.	23
2.4.5 Entorno significativo y planificación del embarazo.	23
2.5 Contraindicaciones y opciones a Lactancia Materna.	24
3. MATERIAL Y METODO.....	26
3.1 Diseño metodológico.....	26
3.2 Población en estudio.....	26
3.3 Recolección de la información.	26
3.4 Criterios de exclusión.....	27
3.5 Análisis de los datos.	28
3.6 Definición y operacionalización de variables	28
4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	32
5. DISCUSIÓN.....	39
6. CONCLUSIONES.....	43
7. BIBLIOGRAFÍA.....	47
8. ANEXOS.....	54

INDICE DE ANEXOS

Anexos.	Páginas.
A1 ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA.....	555
A2 CUESTIONARIO	566
A3 ESCALA NIVEL DE CONOCIMIENTO RESPECTO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.....	4

RESUMEN

La Lactancia Materna Exclusiva (LME) es un proceso fundamental para la salud y desarrollo de los/as niños/as, sin embargo, no ha logrado mantenerse por el periodo recomendado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Organización Mundial de la Salud. En este contexto se realizó un estudio censal, cuantitativo, transversal y descriptivo, cuyo objetivo fue analizar la asociación entre el destete y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la LME en las madres de niños/as con 6 meses de vida de los sectores urbanos del Centro de Salud Familiar de Panguipulli, durante noviembre y diciembre del 2006. Al universo constituido por 22 mujeres, se aplicó un cuestionario con preguntas cerradas y semiestructuradas, la información obtenida se procesó en el programa Epi-info 6.0 y se analizó mediante tablas de distribución de frecuencias absolutas, relativas y de contingencia.

Los resultados evidencian que sólo el 36,4% de la población mantuvo LME por 6 meses, siendo en su totalidad mujeres casadas o convivientes. El destete precoz se asoció significativamente con el embarazo no planificado, por otro lado, todas las mujeres solteras y el 80% de quienes estudiaban o trabajaban fuera del hogar destetaron precozmente. La población señaló como razones de destete precoz principalmente la insuficiente producción láctea y la reinserción al campo laboral.

En cuanto a los conocimientos respecto de la LME el 59,1% de la población tenía un nivel de conocimiento suficiente y el 36,4% insuficiente, las mujeres en general poseían escaso conocimiento sobre los beneficios que les entrega la LME y aceptables en relación a los que ofrece para el/la niño/a. En cuanto a las creencias desfavorables para la LME, la totalidad de la población señaló mínimo 2 como verdaderas, aunque quienes mantuvieron LME por 6 meses las clasificaron mayoritariamente como falsas. La creencia "Si un/a niño/a no aumenta bien de peso es posible que la leche de la madre sea de baja calidad" se relacionó directamente con el destete precoz. En lo que respecta a la actitud ante la LME, aunque el 68,2% de las mujeres tenía una actitud muy favorable, el 60% de ellas desteta precozmente.

Considerando la corta duración de LME en la población y el comportamiento de las variables estudiadas, resulta necesario seguir trabajando en mejorar las estrategias de intervención en pro de aumentar y mantener la práctica de LME, orientando la promoción de la lactancia materna principalmente entre mujeres solteras, portadoras de embarazos no planificados, trabajadoras, con niveles de conocimiento insuficientes y creencias desfavorables.

PALABRAS CLAVES: Lactancia materna exclusiva, conocimientos, creencias, actitudes y destete.

SUMMARY

The exclusive breastfeeding is a crucial process for children's health and development, nevertheless, it is not kept during the time recommended by United Nations Children's Fund (UNICEF) and for the World Health Organization (WHO). Under this context, a quantitative, descriptive, transversal and census study was made. The objective of this study was to analyze the connection between weaning and knowledge, attitude and also all the beliefs about exclusive breastfeeding in mothers of children of six months in urban places of The Family Health Center of Panguipulli from November and December 2006. The total sample of women is 22 where a questionnaire with closed, semi structured questions was taken. The collected information was processed with the computer program called Epi-info 6.0. This information was analyzed through absolute frequency, relatives and contingency distribution tables.

The results show that only 36, 4% of the population kept the exclusive breastfeeding for six months which were married women and couples. The precocious weaning was associated in one hand to not-planned pregnancies, and on the other hand, all single women and 80% of the ones who studied or worked out of home had precocious weaning. The population expressed that the reason for precocious weaning was the lack of breast milk and the problem to go back in a job.

Regarding the knowledge about exclusive breastfeeding, 59, 1% of the population had a sufficient level of knowledge about it and 36, 4% deficient knowledge. In general, the women had poor knowledge about the benefit breastfeeding gives to hem and acceptable in relation to which it offer for the children. As to the beliefs unfavourable to the exclusive breastfeeding, all the population questioned pointed out at least two as true, although the ones that kept exclusive breastfeeding for six months classified predominantly the beliefs as false. The beliefs "if a child doesn't gain the correct weight, is possible that the breast milk is poor in quality" was connected to precocious weaning. With regard to the attitude about exclusive breast feeding even though the 68, 2% of the women had a very favorable attitude, the 60% of them had precocious weaning.

Considering the short duration of the exclusive breast feeding in the population and the behavior of the studied variables, it is necessary to follow working on improving strategies for intervention to increase and to maintain the practice of exclusive breast feeding, orienting the promotion of the exclusive breast feeding mainly between single women, carriers of pregnancies no wishes, workers, with knowledge levels insufficient and beliefs unfavorable.

KEY WORDS: Exclusive breastfeeding, knowledge, beliefs, attitudes, weaning

1. INTRODUCCIÓN

A pesar de que la lactancia materna exclusiva es considerada como un proceso fundamental para la salud y desarrollo de los/as niños/as, no ha logrado mantenerse por los períodos recomendados mundialmente por la Federación de las Naciones Unidas para la Protección de la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo cual constituye un gran problema considerando que el abandono de la lactancia materna es un potencial factor de riesgo para el aumento de la frecuencia de enfermedades durante el primer año de vida. A este respecto las evidencias demuestran que niños/as menores de seis meses, tienen de cinco a diez veces más probabilidades de enfermarse en esta etapa si son alimentados con fórmulas lácteas. (CORONEL y cols., 2004)

Según la OMS en el 2003 la gran mayoría de las madres pueden y deberían amamantar a sus hijos/as, del mismo modo que la mayoría de los/as lactantes pueden y deberían ser amamantados/as. Sólo en circunstancias excepcionales puede considerarse inadecuada para un/a lactante la leche de su madre, en esas escasas situaciones en que los/as lactantes no pueden, o no deben, ser amamantados/as, la elección de la mejor alternativa debería ser de resorte profesional y dependerá de cada circunstancia.

Se acepta que, conocimiento, creencia y actitud son los principales factores predisponentes de las prácticas en salud; los valores y percepciones definen las fuerzas motivacionales e intencionales previas a estas prácticas, las que tienen implicancias reales en la salud tanto individual como grupal. Investigar los niveles de conocimiento, científicos y empíricos de las personas con respecto a la práctica de LME, es fundamental para identificar más claramente sus características y así comprender mejor las prácticas de amamantamiento de la población. Estos aspectos son indispensables para elaborar estrategias que logren un impacto significativo en la mantención de la LME. Explicar el por qué y cómo las personas adoptan ciertas conductas que tendrán efectos en su propia salud y en la de los demás, como es el caso de la práctica del amamantamiento, ha sido y será un propósito válido de seguir investigando, más aún, considerando que entender los determinantes comportamentales y sociales de las prácticas de salud, es requerimiento básico para el desarrollo exitoso de intervenciones educativas de promoción orientadas a predisponer, facilitar o reforzar ciertas conductas. Mientras más se logre saber de los factores que subyacen al comportamiento, la probabilidad de influir en las nuevas decisiones y prácticas de las personas es mayor. (CABRERA y cols., 2003). En este contexto la presente investigación puede ser una importante herramienta para el diseño de estrategias de intervención que busquen promover, mantener y/o mejorar las prácticas de lactancia materna exclusiva de la población.

El Resumen Estadístico Mensual del Servicio de Salud Valdivia evidencia que al corte del 30 de junio del 2005, entre los/as niños/as menores de 2 años controlados/as en el CESFAM de Panguipulli, son alimentados/as con LME un 100% de los/as recién nacidos/as, un 68,7% de los/as niños/as con 3 meses de edad y un 55,8% de los/as niños/as que tienen 6 meses.

Considerando que la lactancia materna exclusiva debiera mantenerse como mínimo hasta los 6 meses de vida, las cifras mencionadas anteriormente resultan muy insuficientes. Reflexionado en torno a esta situación y teniendo presente que los conocimientos, creencias y actitudes son los principales factores predisponentes de las prácticas en salud, surge la pregunta que motiva la presente investigación: ¿Existe alguna relación entre el destete y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la Lactancia Materna Exclusiva en las madres de niños/as con 6 meses de vida usuarios/as del CESFAM de Panguipulli?, para dar respuesta a esta pregunta se plantean los siguientes objetivos:

1.1 Objetivo General

- Conocer la asociación entre el destete y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la Lactancia Materna Exclusiva que poseen las madres de niños/as con 6 meses de vida, usuarios/as del CESFAM de Panguipulli durante Noviembre-Diciembre del 2006.

1.1.1 Objetivos Específicos

- Caracterizar a las madres de niños/as con 6 meses de vida usuarios/as del CESFAM de Panguipulli, de acuerdo a edad, escolaridad, ocupación, estado civil, paridad y planificación del embarazo.
- Identificar, en la población en estudio, los conocimientos referentes a beneficios, técnicas y cuidados generales de lactancia materna exclusiva.
- Evaluar, en la población en estudio, el nivel de conocimientos acerca de lactancia materna exclusiva.
- Identificar, en la población en estudio, las creencias relacionadas con lactancia materna exclusiva.
- Evaluar a través de la Escala de Likert, la actitud de la población en estudio ante la práctica de lactancia materna exclusiva.
- Identificar, en la población en estudio, la/s fuente/s de información acerca del proceso de lactancia materna exclusiva.

- Determinar, en la población de estudio, la incidencia del destete a los seis meses postparto.
- Identificar, en la población en estudio, la/s razón/es del destete dentro de los seis meses postparto.
- Establecer la relación entre los factores mencionados en cada uno de los objetivos y la duración de la lactancia materna exclusiva en la población en estudio.

2. MARCO TEORICO

2.1 Concepto de Lactancia Materna.

La Lactancia Materna es un acto fisiológico, instintivo, herencia de los mamíferos y específica de cada especie (GONZÁLEZ y PILETA, 2002). Es un proceso interactivo bidireccional entre la madre y el/la hijo/a con efecto en ambos, el éxito de ésta depende de la conducta de el/la lactante combinada con la conducta materna, estimulada por apoyo social y guiada por el apoyo emocional, conocimientos e información a la madre. (MUÑOZ, 2001)

De acuerdo con la OMS, la Lactancia Materna Exclusiva es el tipo de alimentación en la cual se ofrece exclusivamente pecho materno para alimentar a los/as niños/as sin agregar ningún otro tipo de alimento. Al nacer, la LME es una práctica mayoritaria en el mundo, común en países en desarrollo y de bajos ingresos; sin embargo, los porcentajes de amamantados/as en la primera hora, lactados en forma exclusiva al sexto mes y la duración mediana de la lactancia materna, son menores que lo recomendado. (CABRERA y cols., 2003; GONZÁLEZ y cols., 2005)

La lactancia óptima es una de las formas más efectivas de asegurar la supervivencia infantil en los países en desarrollo. La OMS y la UNICEF han establecido tres directrices para la lactancia óptima (SETTY, 2006):

1. Comenzar a amamantar a el/la recién nacido/a lo más pronto posible.
2. Amamantar en forma exclusiva (sin dar ningún otro alimento o líquido) hasta que el/la niño/a tenga 6 meses de edad.
3. A partir de los 6 meses de edad, amamantar con alimentación complementaria (dando alimentos apropiados para la edad además de la leche materna) hasta los 2 años de edad o más.

2.2 Beneficios de la Lactancia Materna.

Numerosos estudios realizados en los últimos años, demuestran las ventajas de la lactancia materna tanto para la salud de el/la lactante (menos otitis, neumonías, diarreas, meningitis, alergias, etc.) como para la salud de la madre (reducción del riesgo de cáncer de mama, de ovario, osteoporosis, fractura de cadera, etc.), además de los aspectos psicosociales y de ahorro económico que se asocian a este proceso. (BLÁZQUEZ, 2000) La evidencia observacional ha demostrado que estos beneficios se presentan a corto y largo plazo, los tempranos incluyen por ejemplo mortalidad reducida en recién nacidos/as prematuros/as y posteriormente menor morbilidad producida por infecciones gastrointestinales, respiratorias, urinarias y del oído medio, y menos enfermedades atópicas. (SIKORSKI y cols., 2005)

Con respecto a los beneficios que otorga la lactancia materna a los/as niños/as, la nutrición óptima es uno de ellos, ya que la leche materna además de aportarles toda el agua necesaria para sus funciones fisiológicas les entrega proteínas, energía y micronutrientes de alta calidad, que los/as recién nacidos/as son capaces de absorber con facilidad y utilizar eficazmente, permitiéndoles un adecuado crecimiento y desarrollo durante los primeros cuatro a cinco meses de vida; es así como estudios demuestran que niños/as alimentados con leche materna logran al año de vida un óptimo estado nutricional. (BLÁZQUEZ, 2000; CORONEL y cols., 2004)

La leche materna es un fluido cambiante que se adapta a las necesidades de el/la recién nacido/a, su composición va a depender de la edad gestacional, del momento de la mamada y de la fase de la lactancia, es así como el calostro tiene cualidades especiales que lo hacen importante para el/la lactante dado su efecto en el desarrollo, la digestión e inmunidad, y por su parte la leche materna ha demostrado seguir siendo una fuente de energía y nutrientes de gran calidad, incluso después de los dos años, siendo capaz de proporcionar hasta un tercio de la energía y proteínas que necesita un/a niño/a durante el segundo año vida. (BLÁZQUEZ, 2000)

La leche materna ha contribuido a garantizar la supervivencia de los seres humanos, en este contexto numerosos estudios afirman que no sólo contiene los nutrientes necesarios para asegurar el crecimiento y desarrollo de los/as niños/as en los primeros meses de vida, sino que también es un alimento estéril con variados compuestos inmunoquímicos que les ofrecen protección, ya que contiene células encargadas de eliminar agentes antimicrobianos sin necesidad de recurrir al uso de antibióticos, además factores antiinflamatorios y factores específicos, antibacterianos, antivíricos y antiprotozoarios y conjuntamente posee inmunoglobulina IgA secretora, que por su naturaleza interactiva es capaz de inhibir la adherencia de bacterias. Éste es un beneficio fundamental para los/as niños/as, ya que su sistema inmunitario durante los primeros meses de vida no está completamente desarrollado, así la leche materna potencia su inmunidad generando efectos positivos para su salud que se prolongan incluso años después del destete. (BLÁZQUEZ, 2000; CORONEL y cols., 2004) Considerando estas propiedades existen diversos estudios que han demostrado que los/as niños/as alimentados con LME presentan menor incidencia de otitis media aguda, infecciones respiratorias y gastrointestinales cuando se comparan con niños/as alimentados de otra forma. (GONZÁLEZ y cols., 2005)

En relación a la otitis media, en Suecia se observó que los/as niños/as alimentados/as con lactancia materna tenían menos otitis que los/as alimentados/as con lactancia artificial, por ejemplo, entre 1 y 3 meses de edad, el 6% de los/as niños/as que ya habían sido destetados/as, tenían otitis media frente a sólo un 1% de los/as amamantados/as. (BLÁZQUEZ, 2000)

En cuanto a las infecciones respiratorias, en lactantes alimentados/as precozmente con fórmulas se ha observado que éstas favorecen la colonización de *H. influenzae* y *Moraxella catarrhalis* en la faringe, en sentido opuesto, los/as alimentados/as con leche materna tienen menor número de episodios de infecciones respiratorias, debido a la presencia en ella de sustancias como el factor lípido antiviral, que protege contra el virus de la influenza, la alfa-2-macroglobulina que actúa contra los virus de la influenza y parainfluenza que causan infecciones respiratorias agudas; con el mismo propósito provee anticuerpos contra el virus sincitial respiratorio, agente de infecciones que ameritan hospitalizaciones de los/as niños/as (CORONEL y cols., 2004) Por otra parte, la leche humana contiene una glicoproteína llamada lactaderina, la cual se adhiere específicamente a los rotavirus e inhibe su radicación. Newburg DS en un estudio realizado en México, con 200 niños/as en el año 1998, concluyó que la protección que brinda la leche materna contra los síntomas de la infección por rotavirus está asociada a esta glicoproteína y es independiente de los productos del sistema inmune secretor. (BLÁZQUEZ, 2000)

Estos mismos autores afirman que la lactancia materna además de proteger contra los agentes causantes de diarrea, y si ésta se produce, acorta su duración y disminuye complicaciones como la deshidratación, entre otras. Esto se explica por los componentes que contiene la leche materna, ya sean inmunológicos o de otra naturaleza; como el factor bífido, que evita la implantación y desarrollo de agentes productores de diarreas (*E. coli*, *Shigella* y protozoarios); y la globotriasilceramida, que se une a la toxina *S. shiga*, o a otras similares, protegiendo a los/as niños/as de agentes bacterianos productores de estas toxinas. Un estudio en Dundee, Escocia, demostró que los/as niños/as amamantados/as tenían menos diarreas, por ejemplo, entre 0 y 13 semanas de edad, casi el 20% de los/as niños/as con lactancia artificial tuvieron diarrea frente a sólo el 3,6% de quienes tomaban pecho.

La fácil digestibilidad de la leche materna es otro de sus beneficios, por tener la concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa, la leche materna es de muy fácil digestión, se aprovechan al máximo todos sus nutrientes y no produce estreñimiento ni sobrecarga renal, además de reducir el riesgo de enterocolitis necrotizante (NEC) en los/as niños/as. (UNICEF, 1995) Lo último concuerda con un estudio retrospectivo realizado en Inglaterra, a niños/as con gastroclisis entre 1990 y 1996, en donde se concluye que la LME reduce el riesgo de padecer enfermedades como NEC, ya que se observó que ninguno/a de los/as 12 niños/as alimentados/as exclusivamente con leche materna desarrolló NEC, en contraste con 1 de 19 que recibieron leche materna más fórmula, y 7 de 23 que recibieron sólo fórmula, (JAYANTHI y cols., 1998)

Otro beneficio de la lactancia materna es que los/as niños/as que reciben leche materna muestran mayor precocidad en el desarrollo psicomotor, deambulan antes y desarrollan un mayor cociente intelectual; como demuestra un estudio aleatorio realizado en la República de Bielorrusia, en que el desarrollo físico y psicomotor de niños/as alimentados/as con LME fue

significativamente mejor que en aquellos/as que no la recibieron. (GONZÁLEZ y cols., 2005; LÓPEZ y cols., 2000)

En el año 2000, autores de las Universidades de Kentucky e Indiana (EEUU), con la ayuda de investigadores de otros centros, realizaron un metanálisis de las diferencias observadas respecto al estudio cognitivo entre los/as niños/as alimentados/as con pecho o con fórmula, después de un estudio estadístico de más de 20 trabajos, concluyeron que la alimentación materna se asocia con un significativo incremento en las puntuaciones de desarrollo cognitivo en comparación con las obtenidas en los/as niños/as alimentados/as con fórmula. (BLÁZQUEZ, 2000) También la UNICEF en su documento “La lactancia favorece un buen comienzo de la vida” menciona que ya existen estudios que muestran que los/as adultos/as amamantados/as al menos por 6 meses, tienen en promedio un coeficiente de inteligencia superior a quienes no fueron amamantados/as o recibieron lactancia por menos tiempo. (UNICEF, s.f.)

La leche humana posee taurina, un aminoácido esencial, cuya carencia podría producir secuelas sensoriales, como se ha observado en experimentación animal, además posee ácidos grasos esenciales como el ácido araquidónico y docosahexaenoico (DHA), ambos contribuyen al desarrollo del cerebro y la retina, considerando que éste último incrementa sus concentraciones más rápidamente en el cerebro humano durante el último trimestre del embarazo, la importancia de la LME es mayor aún en los/as recién nacidos/as prematuros/as. GUILLÉN y cols. citan 2 estudios al respecto, uno de ellos es de Makrides y cols. (1994), quienes estudiaron las concentraciones de DHA en niños/as según su tipo de alimentación, para lo cual analizaron la corteza cerebral de 35 recién nacidos/as de término, y encontraron que los/as niños/as alimentados/as con leche materna poseían un incremento del 10% de DHA a las 48 semanas de vida, en relación al 7% del nacimiento, en cambio los/as niños/as alimentados/as con fórmula no mostraron ningún incremento. El otro estudio citado es de Lucas y cols. (1992) este hace referencia a la importancia de la lactancia materna en los/as niños/as prematuros/as, para lo cual aplicaron un “intelligence quotient (IQ) test” a 300 niños/as de 7,5 a 8 años con antecedente de prematuridad (peso < 1850 gr.), de los cuales 104 habían sido alimentados con lactancia materna (principalmente por sonda) y 196 con fórmula; utilizando la escala de inteligencia Weschler¹ para niños/as encontraron una ventaja 8,3 puntos a favor de los/as alimentados/as con leche materna, que permaneció después de controlar el estado socio económico y nivel educativo de la madre. (GUILLÉN y cols., 2004; MUÑOZ, 2001)

Considerando la asociación existente entre el incremento de las conductas de aprendizaje en los animales y los elevados niveles de ácido siálico, TRAM y cols. (1997) investigaron en

¹ Test de inteligencia que tiene en cuenta tanto los comportamientos verbalizados como los manuales, ambos tienen una escala para medir las habilidades específicas. El resultado de la prueba intelectual proviene de la conjunción de las dos pruebas.

Australia las concentraciones de este ácido en niños/as, los investigadores obtuvieron que los niveles de ácido siálico adosado a la saliva de 18 niños/as amamantados/as era casi el doble que la de 15 niños/as alimentados/as con fórmulas, con lo cual concluyeron que la alta concentración de ácido siálico presente en la leche materna es responsable de las altas concentraciones en los fluidos orgánicos y tejidos de los/as niños/as amamantados/as.

Otro beneficio importante de la lactancia materna es estimular un adecuado desarrollo maxilofacial, ya que tanto éste como la maduración de las futuras funciones bucales: masticación, expresión mimética y fonarticulación del lenguaje, dependen en gran medida, durante los primeros meses de vida, del equilibrio funcional que exista de la succión-deglución-respiración. Es así como los/as niños/as amamantados/as tienen un mejor desarrollo de los arcos dentales, paladar y otras estructuras faciales que los/as niños/as que reciben mamadera. (UNICEF, 1995)

Además de los beneficios ya mencionados, existen otros que aún se encuentran en estudio como por ejemplo: menor riesgo de enfermedades atópicas (cuando existen antecedentes familiares), menor riesgo de otras dificultades respiratorias como el asma, menor riesgo de muerte súbita infantil y enfermedades autoinmunes como la diabetes. (BLÁZQUEZ, 2000)

Por otra parte, las madres también se benefician durante el proceso de lactancia materna, quienes ofrecen LME a sus hijos/as presentan menor tiempo de hemorragia postparto, efecto anticonceptivo fisiológico, menor tiempo de recuperación del peso preconcepcional, remineralización ósea más rápida y eficaz después del parto con la consecuente disminución de la frecuencia de fracturas de cadera en la edad postmenopáusica, y menor riesgo de cáncer de mama y ovario en la mujer premenopáusica. (GONZÁLEZ y cols., 2005; PALLÁS, 2006)

El sangrado postparto es controlado por acción de la hormona oxitocina, la cual además de estar destinada a la eyección de la leche, contrae la fibra miometrial ocluyendo los vasos sangrantes del lecho placentario. El estímulo de succión ejercido por el/la recién nacido/a inmediatamente después del parto aumenta la producción y la consecuente liberación de esta hormona, contribuyendo a un menor tiempo de sangrado además de favorecer la involución del útero a su tamaño original. (UNICEF, 1995)

Con respecto al efecto anticonceptivo de la lactancia, este juega un papel importante en el espaciamiento de los embarazos, pero sin embargo, no fue sino hasta 1988 cuando un grupo de investigadores en Bellagio, Italia, luego de revisar los datos de 13 estudios prospectivos respecto al tema, establecieron un consenso que afirma que la lactancia natural permite espaciar los nacimientos, siempre que la madre alimente al/la niño/a con lactancia exclusiva o casi exclusiva y se mantenga en amenorrea, sin considerar cualquier sangrado ocurrido dentro de los primeros 56 días del puerperio. Cuando se cumple con estas condiciones, la lactancia

natural confiere más del 98% de protección contra el embarazo en los primeros 6 meses postparto, estos lineamientos constituyen la base del Método de la Amenorrea de la Lactancia (MELA), el cual es un método inicial de planificación familiar que, al mismo tiempo que promueve el espaciamiento de los embarazos, otorga los beneficios naturales de la lactancia materna a la madre y el/la niño/a, basándose en la infecundidad natural de las mujeres que amamantan, causada por la supresión hormonal de la ovulación. (DE CETINA y REYES, 1996)

En relación a la remineralización ósea, el documento de BLÁZQUEZ (2000) señala que debido a la pérdida de calcio que se produce en las mujeres mientras lactan, algunos profesionales de la salud han creído erróneamente que esto significa un mayor riesgo de osteoporosis para ellas. No obstante, muchos estudios muestran que después del destete, la densidad ósea de las madres que lactaron vuelve a sus niveles preconcepcionales y en ocasiones a niveles mayores. A largo plazo, la lactancia da como resultado huesos más fuertes y menor riesgo de osteoporosis. Por otro lado, el riesgo de fractura de cadera en mujeres mayores de 65 años se reduce a la mitad si han amamantado y si lo han hecho por 9 meses, se reduce a un cuarto.

Con respecto al riesgo de padecer cáncer de mama y ovario, es sabido que la lactancia materna es un factor protector frente a estas patologías, el documento mencionado anteriormente señala que un estudio realizado en Nueva Zelanda en busca de la relación existente entre cáncer de mama y factores reproductivos de riesgo en mujeres entre 25 y 54 años, concluyó que factores como la edad de la menarquía y la lactancia materna prolongada disminuyeron sustancialmente el riesgo de cáncer de mama; y un estudio multicéntrico realizado en cuatro estados de Estados Unidos, evidenció que el riesgo relativo de padecer cáncer de mama en mujeres premenopáusicas era inversamente proporcional a la duración de la lactancia. Por otro lado en cuanto al cáncer de ovario se menciona que un estudio multinacional en Australia, Chile, China, Israel, México, Filipinas y Tailandia encontró que el riesgo relativo de padecer cáncer de ovario era menor cuando la duración de la lactancia era mayor.

Otro aspecto importante dentro de los beneficios de la lactancia materna es que constituye además un mecanismo importante del “vínculo” emocional madre-hijo/a. En este contexto se ha descubierto el papel que cumple la beta-caseína de la leche materna, la cual se transforma en beta-casomorfina (de la familia de las endorfinas) en el intestino de el/la niño/a, contribuyendo a crear la dependencia de él/ella hacia su madre, así también las caricias o contacto piel - piel constituyen un mecanismo liberador de endorfinas, secreción que en la madre produce dependencia a estos opiáceos constituyendo un potente estímulo para la prolongación de ésta. (MUÑOZ, 2001) Por otro lado, las madres que amamantan tienen un menor riesgo de desarrollar depresión y neurosis. (LÓPEZ y cols., 2000)

Finalmente la lactancia también permite un importante ahorro de recursos a nivel familiar y social, como los/as niños/as lactados/as al pecho enferman con menos frecuencia durante los primeros meses de la vida, se disminuye el ausentismo laboral de los padres, se consumen menos recursos sanitarios (hospitalización, medicamentos y atención profesional) y la familia disfruta de ventajas económicas directas, ya que el costo de productos sustitutos de la leche materna es elevado. (PALLÁS, 2006; UNICEF, s.f)

2.3 Políticas respecto a Lactancia Materna.

En 1989 la OMS y la UNICEF declararon de manera conjunta que la alimentación a través del pecho materno debería de ser la única alimentación que recibieran los/as niños/as, por lo menos durante los primeros 4 a 6 meses de vida. Recientemente la OMS recomendó la LME desde el nacimiento y hasta los 6 meses de vida. (GONZÁLEZ y cols., 2005) Black y Victora señalaron que el debate técnico-político acumulado valida la recomendación actual de la OMS y la UNICEF para una LME hasta el sexto mes de vida, que puede ser más apropiada que el mensaje comunicado en los últimos veinte años, que proponía LME en un rango de 4 a 6 meses. (CABRERA y cols., 2003)

En Chile a fines de la década del 70 el porcentaje de niños/as con LME al sexto mes de vida no superaba el 5%, lo que mejoró significativamente con una campaña impulsada por el Ministerio de Salud (MINSAL) entre 1979 y 1982. Sin embargo, cuando la campaña terminó hubo un retroceso importante. A partir de la década del 90, la Declaración de Innocenti hizo que se volviera a actualizar el tema de la lactancia materna y se implementaran actividades orientadas a su fomento. Se planteó la meta para año 2000, de un 80% de LME al sexto mes de vida y un 35% de lactancia complementaria al año de edad; sin embargo, a pesar de las actividades realizadas, aún falta mucho para cumplir dicha meta. (ILABACA y cols., 2002)

Aunque la meta propuesta para el año 2000 no se ha alcanzado, entre las Encuestas Nacionales de Lactancia Materna de 1993 y 2005 se observan avances, mientras en 1993 el 16% de los niños recibía LME al sexto mes de vida, en la última encuesta la proporción aumentó a 46%. Aunque estas cifras puedan reflejar algún grado de impacto ante los esfuerzos realizados, aún existe un 20% de niños/as que durante su primer mes de vida no están recibiendo LME, importante proporción que se mantenido estos años. (ATALAH, 2006)

En 1981, la Asamblea Mundial de la Salud dictó el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, en donde se establece que los sucedáneos de la leche materna, las mamaderas y los chupetes no deben ser objeto de promoción destinada al público en general, ni las instalaciones de los sistemas de atención de salud ni los profesionales de la salud deben desempeñar papel alguno en la promoción de los sucedáneos de la leche materna y no se debe facilitar muestras gratis de dichos productos a las mujeres embarazadas, madres o miembros de sus familias. Desde 1981, 24 países adoptaron el

Código en su totalidad o parcialmente y otros 27 países incorporaron a su legislación nacional muchas de las normas allí dictadas. (UNICEF, s.f.)

En este mismo contexto, en diciembre de 1991, la OMS y la UNICEF como una medida de fomento de la LME, propusieron la iniciativa “Hospital Amigo del Niño”, la propuesta consiste en la capacitación del equipo de Salud para modificar las prácticas institucionales, que le permitieran acreditar como tales tras el cumplimiento de los Diez Pasos para una Lactancia Feliz. México y Argentina, decidieron ampliar la denominación a Hospital Amigo de la Madre y del Niño. (MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE DE LA NACIÓN, DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL, 2004) Durante el 2003 participaban de esta propuesta unos 18.000 hospitales certificados en más de 130 países. En estos establecimientos sanitarios se ayuda a las madres a iniciar la lactancia dentro de la media hora posterior al nacimiento, se les permite permanecer con sus hijos/as recién nacidos/as las 24 horas del día y se procura que los/as lactantes no reciban ningún alimento que no sea leche materna, salvo por razones médicas. Esta iniciativa permitió mejorar considerablemente la prevalencia de la lactancia materna en Chile, demostrando el efecto positivo de los programas regulares de fomento de la práctica de amamantamiento. (ILABACA y cols., 2002)

2.3.1 Aspectos legislativos de Chile que protegen la Lactancia Materna.

REYES, C. (2003) durante la X Jornada de invierno “Reencantándonos con la lactancia materna”, señala que la protección para la madre que realiza trabajo remunerado considera aspectos relacionados con la protección física, económica y laboral, en los cuales se destacan los siguientes aspectos:

Derecho a la Sala Cuna.

- Artículo 203 del Código del Trabajo establece: “Las empresas que ocupan 20 o más trabajadoras de cualquier edad o estado civil, deberán tener salas anexas e independientes del lugar de trabajo, en donde las mujeres puedan dejar a sus hijos menores de 2 años mientras estén en el trabajo”.

Derecho de alimentación de el/la menor de 2 años.

- Artículo 206 del Código del Trabajo establece: “Las madres tendrán derecho a disponer para dar alimento a sus hijos/as, de dos porciones de tiempo que en conjunto no excedan de una hora al día, las que se considerarán como trabajadas efectivamente para los efectos de pago de sueldo, cualquiera que sea el sistema de remuneración.”

En la Ley 19.250 de febrero de 1994.

- Cualquier trabajador/a que tenga bajo su tuición legal a un/a niño/a menor de 6 meses, tiene derecho a los subsidios y permisos que otorga la ley en un caso regular.

En la Ley 19.591

- Incorporó un conjunto de nuevos derechos para la mujer trabajadora destacándose la prohibición de discriminar a la mujer por estado de gravidez, el fuero maternal para la trabajadora de casa particular y extensión del derecho de sala cuna, reemplazando el concepto de establecimiento por la empresa.

En Chile en 1997, el MISAL incluye en el Programa de Salud de la Mujer la actividad Consulta de Lactancia Materna, descrita como la atención otorgada en establecimientos del nivel primario o en la atención de Urgencia de Maternidad en horarios no hábiles, al binomio madre-hijo/a, con el fin de mantener o recuperar la lactancia materna exclusiva, al considerarse como urgencia implica atención inmediata.

2.3.2 Promoción de la Lactancia Materna.

La promoción de la lactancia natural comprende un amplio espectro de programas y actividades en variados ámbitos educativos, comunitarios, gubernamentales y no gubernamentales. Una actividad investigativa necesaria es establecer el grado de conocimientos que las madres puedan tener respecto a la lactancia natural. (DELGADO y ORELLANA, 2004)

La lactancia materna ofrece reconocidos y bien documentados beneficios para la salud de la madre y el/la niño/a, por lo cual es considerada clave en la salud pública y la promoción parece ser la estrategia más adecuada para lograr la adhesión a ésta. Teniendo presente que existen tres momentos claves para lograr una lactancia natural exitosa, el primero, desde antes de la gestación hasta previo al parto, el segundo, inmediatamente después del parto (momento más crítico en el establecimiento de la lactancia natural), y el tercero, el período postparto; los profesionales de la salud y las instituciones del sector son un factor decisivo para conseguir que las madres entiendan a la lactancia materna como un proceso natural, necesario y adecuado para los/as niños/as, y la mantengan en forma exclusiva por 6 meses y en forma complementaria hasta los 2 años de vida de su hijo/a. (CABRERA y cols., 2003; DELGADO y ORELLANA, 2004)

2.4 Factores asociados al abandono de la Lactancia Materna.

Las conductas adoptadas por las personas se encuentran determinadas por una multifactoriedad de aspectos, dentro de los cuales, la perspectiva comportamental considera el instinto, los impulsos, las necesidades, la motivación, la intención, los valores, las percepciones, las creencias, los conocimientos, las opiniones, las actitudes, la autoeficacia y las habilidades cognitivas, verbales o psicomotoras de cada persona. De la misma forma, la perspectiva social considera las variables interpersonales y de modelamiento grupal, así como aspectos organizacionales, institucionales, comunitarios y ecológicos. (CABRERA, 2003)

Considerando que la lactancia materna es una conducta fisiológica, instintiva, una herencia biológica natural en los mamíferos, llama enormemente la atención el hecho paradójico del abandono de esta práctica por el ser humano, resultando notable la creciente disminución que ha presentado en los países en desarrollo, tanto en áreas urbanas como rurales, más aún cuando se conocen sus múltiples ventajas. (GUTIÉRREZ y cols., 2001; NAVARRO y cols., 2003)

ROJAS en el año 2000, plantea que dentro de los factores que han influido en la declinación de la lactancia materna se encuentran, por un lado, la incorporación de la madre al trabajo y la incertidumbre de la embarazada hacia la lactancia, y por otro, la desinformación del personal de la salud con respecto al tema y las prácticas hospitalarias que promueven tanto el distanciamiento madre-hijo/a inmediatamente después del parto, como el suministro de diversos líquidos como alimento inicial para los/as niños/as.

Coincidiendo en cierta medida con algunos de los factores planteados anteriormente, RAMIREZ y cols. (2001) en un estudio para identificar cuándo se incorporan fórmulas lácteas en la alimentación de niños/as menores de 6 meses, citan a Furzan y cols. quienes identificaron ocho factores predictivos de la posibilidad de introducir fórmulas precozmente en la alimentación de los/as niños/as y que por lo tanto interfieren con las prácticas de LME. Estos factores fueron: la primiparidad, falta de control prenatal, parto por cesárea, decisión postnatal de amamantar, primer contacto con el/la niño/a después de doce horas, primera toma del pecho materno luego de doce horas, alimentación con horario fijo y uso de fórmulas en el hospital.

Por su parte, HERNÁNDEZ y GARCÍA (2002) en un estudio para identificar las causas sociales que influyen en la deserción de lactancia materna, citan a Hakim, quien plantea tres seguimientos para explicar la razón por la cual las mujeres abandonan la lactancia natural, en primer lugar el proceso de cambio cultural, en segundo lugar la determinación de la madre de alimentar a su hijo/a con mamadera, sin pensar en las consecuencias que esta decisión puede tener sobre su hijo/a y familia, y por último, la información que la madre recibe y su nivel de instrucción, que según Hakim son factores que influyen de manera decisiva en el tiempo que la madre decide amamantar a su hijo/a.

2.4.1 Cambio cultural.

El abandono de la lactancia materna se inicia a principios del siglo XX en los países industrializados, adoptándose posteriormente por las naciones más pobres. Esta situación ha sido influenciada por circunstancias culturales y socioeconómicas, que por diferentes vías han alentado la implantación de una “Cultura del biberón” haciéndola sinónimo de modernidad y mejor calidad en la alimentación de los/as recién nacidos/as. (GÓMEZ y cols., 2002)

La adopción de la “Cultura del biberón” por las mujeres de estratos sociales altos en los países subdesarrollados, en cierta medida ha sido por imitación a las sociedades avanzadas, en donde sus recursos les permiten la alimentación con sucedáneos, aparentemente sin peligro. En los niveles económicos bajos la adquisición de fórmulas infantiles y maderas repercute de forma importante en la economía familiar, y el estímulo para la adquisición de estos productos es recibido a través de los medios de comunicación, con el supuesto prestigio que representa la imagen de una sociedad con recursos. (GÓMEZ y cols., 2002)

2.4.2 Conocimientos, creencias y actitudes frente a la LME.

La práctica de la lactancia materna, al igual que muchas otras conductas, se encuentra determinada por una diversidad de factores, y entre ellos los conocimientos, las creencias y las actitudes serían, según la perspectiva comportamental, los factores básicos para poder evaluar los resultados de las diferentes prácticas de salud. (CABRERA, 2003)

La bibliografía revisada demuestra que tanto las mujeres como la población en general poseen conocimientos deficientes con respecto al proceso de lactancia materna. En cuanto a los beneficios que entrega la lactancia a los/as niños/as generalmente sólo se conocen los de tipo nutricional e inmunológico; desconociéndose muchas veces los beneficios que este proceso otorga a la madre. En otros aspectos referentes a la lactancia materna también existe déficit de conocimientos, como por ejemplo en lo que respecta a la técnica correcta de amamantamiento, aspectos legales que promueven o protegen el proceso, e incluso medidas o cuidados que lo favorecen, como es el cuidado de los pechos.

Situación similar a lo planteado se observó en un estudio colombiano de CABRERA y cols. (2003), que describió los conocimientos sobre lactancia materna, en mujeres y personal de hospitales públicos, de una muestra de municipios de Colombia durante el año 2001, se obtuvo que el conjunto de conocimientos respecto a la lactancia materna fue adecuado, principalmente en aspectos como la importancia nutricional e inmunológica de la lactancia para los/as niños/as. En cambio, en aspectos como calostro y factores que aumentan o disminuyen la cantidad de leche producida por los pechos, los conocimientos de las mujeres fueron desfavorables, lo cual conlleva un efecto negativo sobre el inicio oportuno y mantenimiento de la lactancia natural, así como también sobre la posterior lactancia complementaria, según lo recomendado nacional e internacionalmente. Además el estudio mostró que las mujeres presentaron bajo conocimiento respecto a normas que promueven o protegen la lactancia

Otro estudio, realizado por MAESTRE y cols., (2003) en la población de Cambalache, Venezuela, durante el 2002, arrojó que el 80% de las madres encuestadas tenían un escaso conocimiento acerca de los beneficios que la lactancia materna otorga al/la niño/a, sólo un 12% tenían conocimientos aceptables con respecto al tema y un 8% de ellas no tenían conocimientos al respecto. En relación a cuáles eran los beneficios que conocían, un 70% de las mujeres conocían los de tipo nutricional, un 58% los inmunológicos, un 4% los referentes

al desarrollo psicomotor y un 2% el afectivo, destacándose que ninguna madre poseía conocimientos relacionados a la higiene. Este estudio además investigó los conocimientos respecto a los beneficios que la lactancia materna otorga a la madre, obteniéndose que el 88% de las mujeres no tenían conocimientos de estos beneficios, de las restantes un 6% señaló el beneficio anticonceptivo y los económicos, involutivos postparto y preventivos de cáncer de mama fueron señalados en un 2% respectivamente, destacándose que ninguna madre manifestó conocimiento sobre los beneficios afectivos.

Existen autores que han relacionado más directamente los conocimientos referentes a la lactancia materna con la duración de ésta en el tiempo, como por ejemplo NAVARRO y cols. (2003), quienes realizaron un estudio transversal comparativo en Baja California México con 256 mujeres trabajadoras distribuidas en 2 grupos. El 42% de la población constituía al Grupo I que suspendía la LM a los 3 meses o antes y el 58% restante constituía al Grupo II que lo hacía después de los 3 meses, obteniendo como resultado que hubo mayor proporción de madres con conocimientos malos en el Grupo I (26.8% vs 14.4%) y mayor proporción de éstas con conocimientos buenos en el Grupo II (15.7 vs 3.6%), ($p=0.001$).

Por su parte, DELGADO y ORELLANA (2004) realizaron un estudio descriptivo en Colombia, con 104 mujeres en el período de puerperio. Para determinar el nivel de conocimientos de las mujeres con respecto a la lactancia materna, desarrollaron un cuestionario a partir de las cinco conductas óptimas de lactancia promovidas por la Wellstart, organización promotora de la lactancia materna. En general, el nivel de conocimientos de las madres fue bueno, ya que más de las tres cuartas partes (79,4%) tuvieron un nivel de conocimiento superior al considerado aceptable, la conducta mejor evaluada fue “iniciación de la lactancia materna en la primera hora después del parto”, aunque los autores concluyen que haber realizado el estudio durante el período de puerperio, cuando hay interacción con el personal del centro de atención, pudo haber incrementado el puntaje de esta conducta.

El estudio de MAESTRE y cols. (2003) ya mencionado, además de estudiar los conocimientos de las mujeres en relación a la LM, investigó sus creencias y actitudes con respecto al proceso. Para lo cual clasificaron las creencias y las actitudes respecto a la LM, como favorables o desfavorables. Los resultados referentes a las creencias de las mujeres, arrojaron que la creencia favorable más frecuente fue “la leche de pote los empacha” (70%), seguida por la afirmación “a el/la niño/a no le cae pava o mal de ojo” (50%); por su parte entre las creencias desfavorables más frecuentes se encontraron aquellas en donde la madre afirmaba que “se les caían los pechos” (50%), “a el/la niño/a no le gusta la leche de pecho” (37,5%), “no les salía leche” y “los pechos pequeños no dan leche”, estas 2 últimas señaladas en igual proporción (25% respectivamente), además de otras con menores porcentajes. Por otro lado, referente a la actitud de las mujeres con respecto a la lactancia materna, se obtuvo que el 90% de las madres encuestadas presentaron una actitud favorable frente al proceso, mientras que el 10% restante presentaron una actitud desfavorable.

2.4.3 Escolaridad y ocupación.

Con el objetivo de determinar los factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna, entre 1994 y 1996 se realizó un estudio prospectivo, longitudinal y analítico en la ciudad de la Habana, con una muestra de 144 madres que acudieron a consulta de lactancia. En este estudio el 59,1% de las mujeres lactó a los/as niños/as hasta los 4 meses y más, mientras que el 40,9% restante abandonó la lactancia materna, en esta investigación se determinó que a mayor nivel escolar de la madre, existía menor porcentaje de abandono de la lactancia materna, y al analizar la escolaridad de los padres los resultados no fueron muy diferentes. (DURAN y cols., 1999). Situación similar obtuvieron PRENDES y cols. (1999) en su estudio realizado en Cuba, en el cual señalaron que tener un nivel de escolaridad primario era uno de los factores maternos asociados con mayor frecuencia al abandono de la LME antes de los 4 meses, así como también la edad menor a 20 años, la primiparidad y ser madre estudiante. Estos casos se contraponen con el hecho de que en América Latina una mayor escolaridad materna se asocia notoriamente con mayores porcentajes de abandono temprano de esta práctica, de igual forma que el trabajo fuera del hogar y un mejor nivel socioeconómico. (NAVARRO y cols., 2003)

El estudio de NAVARRO y cols., (2003) realizado en México con 265 mujeres trabajadoras, distribuidas en 2 grupos, Grupo I que abandonó temprano la LM y Grupo II que la prolongó por más de tres meses, hace referencia a las razones reportadas por las madres para destetar a sus hijos/as, señalando al trabajo como la principal razón de destete tanto para el Grupo I como Grupo II (25,9% y 16,4% respectivamente). Destaca también que el único factor laboral que mantuvo asociación con el abandono temprano de la LM, fue el no contar con facilidades en el trabajo. Situación que coincide con la literatura médica extranjera, en donde ser “madre trabajadora” constituye una de las principales causas de abandono de la lactancia materna. (DURAN y cols., 1999)

Resultados similares se desprenden de un estudio retrospectivo, realizado en Cuba entre 1998 y 1999, con una muestra de 120 embarazadas, que entre sus resultados mostró que existe una asociación directa y significativa entre la práctica de la lactancia materna y la ocupación de la madre, ya que las amas de casa lactaron más que las madres que estudiaban o trabajaban. (GUTIÉRREZ y cols., 2001) De la misma forma el estudio de PRENDES y cols. (1999) ya mencionado, señala entre los factores maternos asociados con mayor frecuencia al abandono de la LME antes de los 4 meses, el ser madre estudiante (100%). Contradictoriamente, en otro estudio cubano realizado en 1993, se señala que la condición de ser estudiante y ama de casa fueron los principales factores maternos asociados al destete precoz, ya que en su investigación el 87,5% de las estudiantes destetó precozmente, las amas de casa lo hicieron en un 65,2% y las madres trabajadoras sólo en un 38,5%. (PERAZA y cols., 1999)

2.4.4 Edad y Paridad.

La edad y la experiencia previa de ser madre, naturalmente pueden influir en las prácticas de crianza de una mujer, ya que podrían otorgar mayor experiencia para enfrentar las exigencias propias de la maternidad.

Según PRENDES y cols. (1999) en su estudio realizado en Cuba, la edad menor a 20 años y la primiparidad eran unos de los factores maternos más frecuentemente asociados al abandono de la LME antes de los 4 meses, destacándose que las madres adolescentes abandonaron la LME con mayor frecuencia durante el 1er mes (38,1%). Resultados similares se obtuvieron del estudio de PERAZA y cols. (1999), en donde el 75% de los/as niños/as que presentan destete precoz son hijos/as de madres adolescentes.

Lo antes expuesto puede deberse a la poca preparación para la maternidad y la inmadurez propia de la etapa de la adolescencia que muchas veces determina el abandono precoz de la LME por estas adolescentes, se suma además la falta de preparación psicosocial y fisiológica para asumir en todos los planos el hecho de ser madre. A medida que avanza la edad, la mujer toma conciencia de la importancia de su rol materno y aumentan las probabilidades de prolongar la LME. (PRENDES y cols., 1999)

En relación con la paridad, el estudio de NAVARRO y cols. (2003) realizado en México, con 265 mujeres trabajadoras encontró entre los factores de riesgo para un abandono temprano de la lactancia materna, el antecedente de no haberla practicado. Por otro lado, en la investigación de PRENDES y cols. (1999), también las madres primíparas abandonaron la lactancia materna exclusiva en el 1er mes con mayor frecuencia que las multíparas, ello pudiera deberse a la poca experiencia y desconocimiento de las técnicas de amamantamiento de las primeras, lo cual favorece la aparición de grietas del pezón y otras molestias para la madre y el/la niño/a, que en una madre mal preparada y orientada, puede llevar al abandono de la lactancia materna.

2.4.5 Entorno significativo y planificación del embarazo.

Es bien sabido que todo ser humano se ve afectado por el medio en el que se desenvuelve, ya que permanentemente se reciben estímulos de éste, los que pueden ser positivos o negativos, el proceso de lactancia materna también se ve afectado por este hecho, ya que la madre puede ver influenciada su conducta de amamantamiento según los estímulos que reciba de su entorno.

Aunque se define como un acto natural, la lactancia materna también es un comportamiento aprendido. Prácticamente todas las madres pueden amamantar siempre y cuando dispongan de información correcta, así como de apoyo dentro de sus familias, comunidades y del sistema de atención sanitaria. (ROMERO, 2004) En este contexto, la actitud de seres queridos es fundamental para motivar a la mujer a amamantar a su hijo/a; la cultura latinoamericana es alocéntrica, es decir, considera importante las necesidades, los valores,

las metas y los puntos de vista de los miembros del grupo. El alocentrismo significa que las actitudes del marido, de la familia y de las amistades de la mujer desempeñan un papel fundamental en su decisión de amamantar al/la niño/a y en el éxito de la lactancia. (HERNÁNDEZ y GARCÍA, 2002)

Aunque políticas orientadas a las mujeres y la niñez han enfatizado el rol de la mujer como responsable de las tareas de reproducción, crianza y nutrición de la familia; en perspectiva de género, población y desarrollo sostenible, las acciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia no sólo conciernen a la mujer, sino también a compañeros, esposos, familiares, empleadores y comunidad, así como a funcionarios y personal de salud; y por lo tanto a la sociedad en su conjunto. (CABRERA y cols., 2003)

El abandono precoz de la lactancia materna exclusiva que ocurre con mayor frecuencia entre las madres solteras, se atribuye a la inestabilidad emocional y falta de apoyo instrumental necesarios durante este período. (PRENDES y cols., 1999) En relación esto, un estudio prospectivo, longitudinal y analítico realizado en la ciudad de La Habana entre 1994 y 1996 con una muestra de 144 madres, concluyó que en las madres con una unión estable, ya fueran casadas o acompañadas, el porcentaje de abandono de la lactancia era menor que en las madres solteras, aunque estas diferencias no eran significativas. Por otra parte un 68,8% de las madres que disfrutaban de apoyo familiar no abandonaron la lactancia materna, mientras que las que no lo recibían sólo lograron mantenerla en un 31,2%, demostrando una diferencia significativa (DURAN y cols., 1999)

Uno más de los factores que se ha relacionado con el deseo de amamantar y su mantención en el tiempo ha sido la planificación del embarazo. Un estudio realizado en New York por DYE y cols. (1997) obtuvo que aquellas mujeres que no habían buscado o deseado su embarazo estaban significativamente menos proclives a amamantar que las que habían tenido un embarazo planeado. Situación similar se describe en un estudio realizado en Argentina, durante 1993 y 1995 con 700 recién nacidos/as con un peso de 2000 gramos o más, en donde se obtuvo que uno de los factores predictores de un cese prematuro de la lactancia materna (antes de los seis meses) puede ser el tener un embarazo no planificado (BERRA y cols., 2001)

2.5 Contraindicaciones y opciones a Lactancia Materna.

Es excepcional que la LM sea un inconveniente o que esté contraindicada, pues para el recién nacido/a a término sano/a no suelen existir desventajas siempre que la madre aporte una adecuada LM y reciba una dieta que contenga suficientes cantidades de proteínas y vitaminas. Las contraindicaciones para la LM se clasifican en absolutas y relativas, existiendo también dificultades de origen materno, infantil y ambiental para esta clasificación. (LÓPEZ y cols., 2000)

Entre las contraindicaciones absolutas se encuentran negación materna, que la madre sea portadora de VIH, enfermedad materna grave, de tipo orgánico o psíquico, tóxicos consumidos por la madre y enfermedades metabólicas de el/la recién nacido/a. Como contraindicaciones relativas se nombra la hipogalactia, gran prematuridad, madre con Hepatitis B ya sea aguda o portadora, malformación bucal (labio leporino), mastitis e infecciones agudas febriles de la madre, alteración anatómicas y grietas en el pezón y/o areola mamaria que no ceden con su tratamiento. (LÓPEZ y cols., 2000)

Dentro de las contraindicaciones relativas para practicar la LM se encuentran aspectos relacionados con la anatomía mamaria, procesos infecciosos y la producción de leche, enfermedad de la madre y embarazo. En cuanto a los de origen infantil se nombran aversión por el pecho, dificultades en la succión y en la deglución y finalmente entre los ambientales se consideran la escasa información sanitaria de la madre, el trabajo materno fuera del hogar y la gran presión comercial favorecedora de la lactancia artificial. (LÓPEZ y cols., 2000)

3. MATERIAL Y METODO.

3.1 Diseño metodológico.

Este estudio es de tipo cuantitativo, ya que recoge y analiza datos objetivos, medibles y cuantificables sobre las variables, por ende centrándose en los datos susceptibles de cuantificar; es transversal, ya que recolecta los datos en un momento único y su propósito es describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado; y descriptivo, ya que examina la práctica de lactancia materna para caracterizarla de la mejor forma posible.

3.2 Población en estudio.

La población en estudio estuvo constituida por 22 mujeres con hijos/as que cumplían 6 meses de vida en noviembre o diciembre del 2006, y que poseían antecedentes de Control de Niño Sano en los sectores urbanos del CESFAM de Panguipulli. Producto de la reducida población con las características necesarias para el estudio y la específica información que se necesitaba recolectar, este estudio fue de tipo censal.

La población que participó de la investigación lo hizo voluntariamente, firmando previamente un “Acta de consentimiento informado para la investigación clínica”, documento que se adjunta en el Anexo 1 (A 1.)

3.3 Recolección de la información.

Se decidió recolectar la información a los 6 meses postparto ya que este es el período en que se inicia la ablactación de los niños/as, por lo cual se puede recolectar información referente a todo el período en que debería practicarse la LME y por ende calcular la incidencia de destete precoz.

La técnica utilizada para la recolección de información fue la encuesta, ya que permite obtener, de manera sistemática y ordenada, información sobre las variables que intervienen en la investigación. Además de ser una técnica que permite realizar a todos/as los/as entrevistados/as las mismas preguntas, en el mismo orden, y en una situación social similar; de modo que las diferencias localizadas son atribuibles a las diferencias entre las personas entrevistadas. (DÍAZ DE RADA, 2002)

El instrumento utilizado para recolectar la totalidad de datos fue un cuestionario (A 2.), ya que como instrumento básico de observación en la encuesta, permite de una manera sencilla obtener información sobre una amplia gama de aspectos o problemas definidos, mediante la formulación de preguntas basadas en las variables del estudio, además éste puede ser masivamente aplicado a comunidades y otros grupos sociales. (DÍAZ DE RADA, 2002; IBARRA, 2005)

El cuestionario utilizado contiene preguntas cerradas y semiestructuradas seleccionadas por las investigadoras desde diversos instrumentos validados por otros autores (FONSECA y cols., 2004; MAESTRE y cols., 2003; SERRA y cols., 2003), a excepción de las destinadas a evaluar la variable actitud materna, para lo cual se incluyó un Ítem de 15 afirmaciones elaboradas mediante la técnica Escala de Likert. Esta técnica es una de las herramientas más utilizadas en la medición de actitudes, considera a éstas como un continuum que va de lo favorable a lo desfavorable, y además de situar a cada individuo en un punto determinado, tiene en cuenta la amplitud y la consistencia de las respuestas actitudinales. Es una técnica con amplia aceptación, relativamente de fácil elaboración, con pertinencia para la medición de datos subjetivos y que permite complementar los resultados obtenidos con la aplicación de otros instrumentos de recolección de datos primarios. (ELEJABARRIETA y IÑIGUEZ, 1984; BLANCO y ALVARADO, 2005) Para verificar la claridad de las preguntas, se realizó una prueba piloto en 2 oportunidades, con una población similar a la del estudio, en una primera instancia en el servicio de puerperio del Hospital Regional Valdivia y luego en el servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Padre Bernabé de Lucerna, Panguipulli.

El cuestionario, ya probado, fue empleado al sexto mes postparto, utilizando una técnica directa de recolección de datos, por lo cual las mismas investigadoras aplicaron el instrumento, obteniendo los patrones de lactancia materna necesarios para el estudio mediante recordatorio histórico de la madre sobre la alimentación de su hijo/a desde su nacimiento hasta el momento de la entrevista.

3.4 Criterios de exclusión.

- Mujeres que no deseen participar de la investigación.
- Mujeres con domicilio desconocido o incorrecto.

De acuerdo a estos criterios se excluyó de la presente investigación a 4 mujeres, 2 con domicilio incorrecto que realmente residían fuera de la localidad de Panguipulli; y 2 con direcciones que no se lograron encontrar y a las cuales no se pudo contactar por otros medios.

3.5 Análisis de los datos.

Con la información obtenida se construyó una base de datos en el programa Epi-info 6.0, este programa permitió procesar los datos y analizarlos mediante tablas de frecuencias absolutas, relativas y de contingencia. Se utilizaron estas tablas, ya que permiten sistematizar los resultados y ofrecer una visión numérica, sintética y global del fenómeno observado y de las relaciones entre sus diversas características o variables. Producto de la reducida población de estudio las tablas de contingencia utilizadas sólo consideran 2 categorías por variable (2 filas y 2 columnas), esto a modo de facilitar el análisis e interpretación de los datos.

Al analizar los datos no se utilizaron pruebas de significancia estadística para dar confiabilidad a los resultados, dado que la presente investigación es de tipo censal y cuenta con el universo de la población que reúne las características a estudiar, y por ende estas pruebas son innecesarias. Es por esto, que al analizar los datos se hablará de asociaciones claras, poco claras o no claras, no utilizándose los términos estadísticamente significativo o no estadísticamente significativo.

3.6 Definición y operacionalización de variables

Edad: Años de vida de la madre.

Adolescente: menor o igual a 19 años

Adulta: mayor a 19 años

Escolaridad: Nivel educacional que cursa o ha cursado la mujer en la educación formal.

No tiene

Básico

Enseñanza media

Técnico-profesional

Universitario

Ocupación: Actividad que realiza la madre habitualmente, ya sea esta remunerada o no.

Estudiante

Dueña de casa

Trabajadora dependiente

Trabajadora independiente

Estado civil: Posición permanente que ocupa un individuo en la sociedad en orden a sus relaciones de familia, que confiere o impone determinados derechos y obligaciones civiles.

Soltera
Casada
Conviviente
Separada
Viuda

Paridad: Concepto que clasifica a las mujeres de acuerdo al número de partos que ha tenido

Múltipara : Ha tenido al menos un parto y de acuerdo al número de partos se denota M_x (x: N° ordinales desde el 1, indicando el N° de partos)
Gran múltipara : Mujer que ha tenido 5 o más partos. Se denota GM_x (x: N° ordinales desde el 5, indicando el N° de partos)

Planificación del embarazo: Acto premeditado, en conjunto o no con la pareja de embarazarse

Embarazo planificado
Embarazo no planificado

Conocimiento: Producto cognitivo propio de la mujer, mediado por la percepción, la información, la experiencia y el raciocinio, que tiende a expresar lo que ella sabe empírica o científicamente sobre la Lactancia Materna.

Beneficios de la lactancia materna: Provecho o ganancia obtenido del proceso de lactancia materna. Se clasificaron en los siguientes tipos:

Beneficios para la madre	Beneficios para el/la niño/a
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Económicos ▪ Anticonceptivos ▪ Involutivos postparto ▪ Preventivos del cáncer de mama y/o ovario ▪ Afectivos (vínculo) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inmunológicos ▪ Desarrollo psicomotor ▪ Afectivos ▪ Nutricionales ▪ Higiénicos

Técnica de lactancia materna: Conocimientos referentes a acciones que permiten una correcta alimentación con pecho materno sin riesgos para la madre ni para el hijo/a.

Cuidados generales de lactancia materna: Conocimientos referentes a acciones que favorecen la práctica y mantención de la lactancia materna e indicadores de un proceso de lactancia materna exitosa.

Niveles de conocimientos: Grado de conocimiento acerca del proceso de lactancia materna, evaluado mediante una serie de preguntas de acuerdo a los tópicos de conocimiento mencionados anteriormente, para lo cual se aplicó una escala ya validada por el estudio “Relación costo efectividad Control Prenatal en establecimientos seleccionados Región de los Lagos” realizado en el año 2000. (A 3.)

El nivel de conocimiento por pregunta, se evaluó mediante el puntaje obtenido en cada una, según su nivel de exigencia, y se clasificó como:

Nivel de exigencia	Nivel de conocimiento	Puntaje
A	Bueno	3
	Malo	0
B	Bueno	3
	Aceptable	2
	Escaso	1
	Nulo	0

El nivel de conocimiento general acerca del proceso de lactancia materna se evaluó mediante el puntaje total obtenido de las preguntas de conocimiento, clasificándose como:

Nivel de conocimiento	Puntaje
Excelente	45
Bueno	38 – 44
Suficiente	28 – 37
Insuficiente	0 – 27

Creencia Materna: Convicción, explícita o no, mediada emocionalmente por los sentimientos o intelectualmente por la información y las vivencias que la madre tiene sobre objetos o fenómenos cuyas condiciones o características se consideran como reales o ciertas. Tienden a expresar lo que la madre piensa sobre aquello que conoce.

Actitud Materna: Predisposición organizada, para, pensar, sentir, percibir, y, comportarse ante la práctica de la lactancia materna exclusiva, expresada verbalmente a través de la opinión. Esta fue evaluada utilizando la metodología de Likert a través de una escala especialmente diseñada, la cual clasificó la actitud materna según el total de puntaje obtenido

ante una serie de afirmaciones desfavorables para la LME. Cada frase obtuvo de 1 a 5 puntos según la opinión que manifestó la madre frente a la afirmación.

Opinión materna	Puntaje
Muy de acuerdo	1
De acuerdo	2
Indecisa	3
En desacuerdo	4
Muy en desacuerdo	5

Actitud materna	Puntaje
Actitud muy desfavorable	15 - 29
Actitud desfavorable	30 - 44
Actitud favorable	45 - 59
actitud muy favorable	60 - 75

Lactancia materna exclusiva: Se alimenta a el/la niño/a solamente por medio del pecho materno no se utiliza agua, infusiones ni leches adaptadas.

Destete: Proceso que inicia con la introducción del primer alimento que no sea leche materna.

Razones de destete: Motivo que determina la suspensión de la lactancia materna exclusiva, el cual se clasificó como:

Dependientes de el/la niño/a	Dependientes de la madre
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rechazo ▪ Intolerancia ▪ Enfermedad ▪ Hospitalización 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabajo ▪ Falta de leche ▪ Enfermedad de la mama ▪ Alteraciones del pezón ▪ Desinterés ▪ Ingesta de medicamentos

Fuentes de información: Origen de la información sobre lactancia materna exclusiva que posee la población de estudio.

Familia (Especificar quien)

Amigos

Pareja

Servicio de salud

Otros (Especificar quien)

4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Del universo constituido por 26 mujeres con hijos/as de 6 meses de vida en Control de Niño Sano en el CESFAM de Panguipulli se logró contacto con 22, quienes accedieron a responder la encuesta y a conformar la población en estudio. En cuanto a sus características, de acuerdo a lo que se observa en la tabla N° 1, ellas son mayoritariamente adultas (90,9%) casadas o convivientes (77,3%), cursan o habían cursado la enseñanza media (77,3%) y en cuanto a su ocupación, 12 realizan labores propias de su hogar, 8 trabajan fuera del hogar en forma dependiente y 2 estudian. En relación a la paridad de las mujeres encuestadas el 68,2% son primíparas y las demás multíparas de dos y tres hijos, y en cuanto a la planificación del embarazo el 59,1% define su último embarazo como no planificado. (Tabla 1.)

Tabla 1. Caracterización de las madres de niños/as con 6 meses de edad de los sectores urbanos del CESFAM de Panguipulli según edad, estado civil, escolaridad, ocupación, paridad y planificación del embarazo, noviembre – diciembre 2006.

Variable	Categoría	N	(%)
Edad	Adolescentes	2	9,1
	Adultas	20	90,9
Estado civil	Soltera	5	22,7
	Casada	7	31,8
	Conviviente	10	45,5
Escolaridad	Básica	2	9,1
	Ens. Media	17	77,3
	Téc. Profesional	1	4,5
	Universitaria	2	9,1
Ocupación	Estudiante	2	9,1
	Dueña de casa	12	54,5
	Trabaj. dependientes	8	36,4
Paridad	Primípara	15	68,2
	Multípara	7	31,8
Planificación del embarazo	Planificado	9	40,9
	No planificado	13	59,1

Al momento de realizar la encuesta 20 mujeres habían destetado, de ellas sólo el 30% mantuvo LME hasta los 6 meses, destacando que el 55% la mantuvo por 4 meses o menos, y el 35% destetó a su hijo/a durante el primer mes de vida. Considerando a las 2 mujeres que aún no destetaban, el porcentaje de LME durante el sexto mes asciende a 36,4%. Entre las razones para destetar a sus hijos/as antes de los 6 meses un 35,7% de las mujeres señala “porque no tiene leche”, un 28,6% “trabajo de la madre”, un 14,3% “iniciativa propia” y un 7,1% otras, como “el/la niño/a rechaza el pecho”, “por enfermedad de el/la niño/a (prematurez)” y “porque no desea dar pecho”.

Al analizar la variable destete según la edad y paridad de las mujeres, no se observa una relación clara, lo cual se puede atribuir al escaso número de adolescentes y multíparas de la población estudiada. Lo mismo ocurre con la variable escolaridad, en donde la distribución de la población no permite realizar una asociación clara con la duración de la LME, ya que 17 de las 22 mujeres cursaban o habían cursado la enseñanza media, distribuyéndose sólo 5 personas entre enseñanza básica, técnico profesional y universitaria. (Tabla 1)

La asociación entre la duración de la LME y el estado civil, no evidenció una relación clara, ya que las mujeres destetaron con mayor frecuencia antes de los 6 meses, independientemente de su estado civil, aunque se destaca que ninguna mujer soltera logró mantener la LME hasta los 6 meses (Tabla 2). En este contexto resulta importante mencionar que el 80% de las madres solteras eran estudiantes o trabajadoras dependientes en contraste con el 35% de las casadas o convivientes y que ninguna planificó su embarazo en comparación al 53% de las casadas o convivientes, que si lo hizo.

Tabla 2. Duración de la LME según el estado civil de la población en estudio.

Estado Civil	Duración LME		Total (%)
	< 6 meses (%)	6 meses (%)	
Soltera	100,0	0	100
Casada y Conviviente	52,9	47,1	100

Por su parte, al relacionar la duración de la LME con la ocupación de la madre y la planificación del embarazo, se observó que las mujeres que estudiaban o trabajaban fuera del hogar en su mayoría destetaron antes de los 6 meses de vida de su hijo/a (80%), en cambio las mujeres dueñas de casa no presentaron diferencias (Tabla 3). Y como se observa en la Tabla 4, en cuanto a la planificación del embarazo, se evidenció una clara relación, la mayoría las madres que planificaron su embarazo mantuvieron LME hasta los 6 meses (77,8%), en cambio las madres con embarazos no planificados en general destetaron antes (92,3%).

Tabla 3. Duración de la LME según la ocupación de la población en estudio.

Ocupación	Duración LME		Total (%)
	< 6 meses (%)	6 meses (%)	
Estudiante/Trabajadora depen.	80,0	20,0	100
Dueñas de casa	50,0	50,0	100

Tabla 4. Duración de la LME según planificación del embarazo de la población en estudio.

Planificación del embarazo	Duración LME		Total (%)
	< 6 meses (%)	6 meses (%)	
Embarazo no planificado	92,3	7,7	100
Embarazo planificado	22,2	77,8	100

Al evaluar el nivel de conocimiento de las mujeres con respecto a la lactancia materna exclusiva, ninguna tenía un nivel de conocimiento excelente, sólo el 4,5% tenía un buen nivel de conocimiento, 59,1% un nivel conocimiento suficiente y 36,4% un nivel de conocimiento insuficiente.

Con respecto a los conocimientos generales evaluados, el 81,8% de las encuestadas sabe cuánto debe durar la lactancia materna exclusiva y el 95,5% reconoce que el proceso de ablactación se inicia a los 6 meses de vida de el/la niño/a. Por otra parte, el 86,4% de la población estudiada identifica correctamente la definición de calostro, el 54,5% conoce medidas para aumentar la producción de leche y el 50% de las mujeres posee un buen conocimiento en relación a las medidas que permiten mantener las mamas sanas, destacando que el 81,8% de ellas señala como una de estas medidas que el/la niño/a tome de forma correcta el pezón. En cuanto a los cuidados necesarios frente a la congestión mamaria, a pesar de que sólo un 9,1% de las mujeres posee buen conocimiento, el 86,4% de ellas consideran que dar pecho más frecuentemente para vaciarlos, es uno de estos cuidados. Al indagar, cómo reconocen si el/la niño/a está satisfecho/a con la leche materna, el 77,3% de las mujeres tiene un escaso conocimiento y señalan principalmente como signo de insatisfacción de el/la niño/a, que éste/a llore constantemente.

En cuanto a conocimientos sobre la técnica correcta de lactancia materna, el 31,8% de las mujeres desconoce la forma correcta de tomar el pecho cuando amamanta y el 77,3% no sabe por cual pecho debe comenzar a amamantar en relación a la mamada anterior. Más de la mitad de la población (59,1%) posee conocimientos aceptables sobre la frecuencia con que deben

amamantar, aunque un 18,2% no sabe. Con respecto a la frecuencia de mamadas después del 1er mes de vida, la mayoría (72,7%) presenta un buen conocimiento, pero hay un 27,3% que la desconoce.

Con respecto a los beneficios de la lactancia materna para la mujer, el 54,5% de las encuestadas presenta un escaso conocimiento, de estos, los más frecuentes que ellas reconocen, son el afectivo y el económico (Gráfico 1 y 2). En cuanto a los beneficios que otorga a el/la niño/a, el 59,1% tiene conocimientos aceptables, destacándose los de tipo nutricional, afectivo e inmunológico (Gráfico 3 y 4).

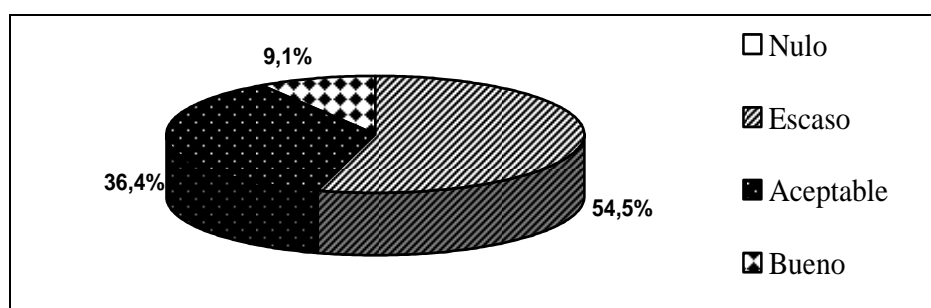


Gráfico 1. Nivel de conocimiento sobre beneficios maternos de la LME, en las madres de niños/as con 6 meses de edad de sectores urbanos del CESFAM de Panguipulli, noviembre – diciembre 2006.

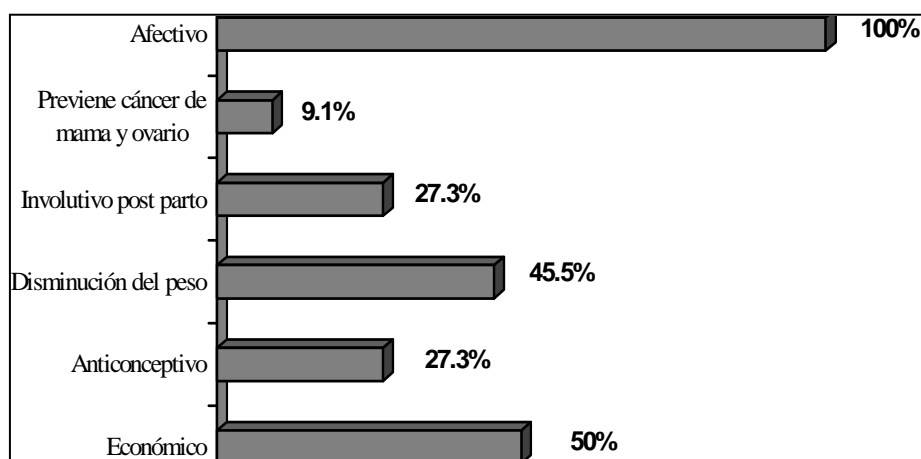


Gráfico 2. Tipos de conocimientos sobre los beneficios maternos de la LME de la población en estudio.

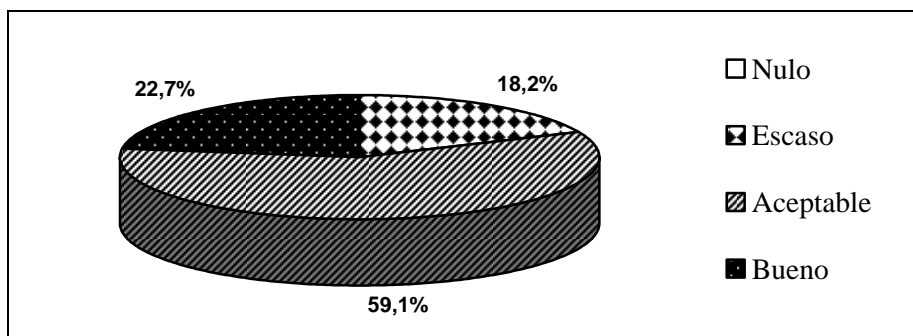


Gráfico 3. Nivel de conocimiento sobre los beneficios de la LME para los/as niños/as en la población en estudio.

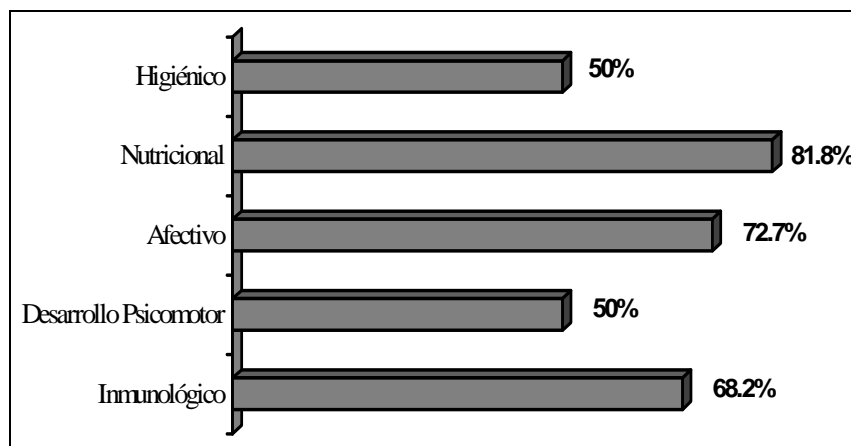


Gráfico 4. Tipos de conocimiento sobre los beneficios de la LME para los/as niños/as en la población en estudio.

En relación al nivel de conocimiento sobre la LME y su duración en el tiempo, el 95,5% de las mujeres fue evaluada en los 2 niveles más bajos, en este contexto resulta importante mencionar que a pesar de que en ambos grupos el destete se produce con mayor frecuencia antes de los 6 meses, entre las mujeres con nivel de conocimiento suficiente se observa un 8,7% más de LME en este período. (Tabla 5)

Tabla 5. Duración de la LME según nivel de conocimiento sobre LME de la población en estudio.

Nivel de conocimiento sobre LME	Duración LME		Total (%)
	< 6 meses (%)	6 meses (%)	
Insuficiente	62,5	37,5	100
Suficiente	53,8	46,2	100

Al preguntar a las mujeres si consideraban verdaderas o falsas una serie de creencias desfavorables para la LME, todas las encuestadas señalaron mínimo dos como verdaderas, destacándose dentro de ellas con un 72,7% que “Al amamantar por un largo período se caen los pechos”.

Tabla 6. Frecuencia de creencias desfavorables para la LME, consideradas como verdaderas por más del 40% de la población en estudio.

Creencias desfavorables para la LME	%
Al amamantar por un largo período se caen los pechos	72,7
Se deben espaciar las mamadas para que puedan llenarse los pechos	59,1
Si un/a niño/a no aumenta bien de peso es posible que la leche de la madre sea de baja calidad.	59,1
Una leche de un color claro o muy transparente es una leche de mala calidad	40,9
Nunca se debe despertar a el/la niño/a si está durmiendo	40,9
Es bueno darle agüita de hierbas a los/as niños/as para evitar los cólicos estomacales	40,9

Al asociar la duración de la LME en el tiempo con estas creencias, se observó que las mujeres que mantenían LME hasta los 6 meses, clasificaron las creencias mayoritariamente como falsas, en cambio entre las mujeres que destetaron precozmente hubo proporciones similares de respuestas verdaderas y falsas. Y entre las creencias desfavorables para la LME, se evidenció que considerar verdadero “Si un/a niño/a no aumenta bien de peso es posible que la leche de la madre sea de baja calidad” estuvo relacionado directa y significativamente con una mayor proporción de destete precoz, como se demuestra en la siguiente tabla.

Tabla 7. Duración de la LME en la población en estudio al considerar verdadera o falsa la creencia “Si un/a niño/a no aumenta bien de peso es posible que la leche de la madre sea de baja calidad”.

“Si un/a niño/a no aumenta bien de peso es posible que la leche de la madre sea de baja calidad”	Duración LME		Total (%)
	< 6 meses (%)	6 meses (%)	
Verdadero	84,6	15,4	100
Falso	33,3	66,7	100

Para evaluar la actitud de las mujeres frente a la LME se utilizó la escala de Likert, de los resultados se desprende que un 68,2% de las mujeres tenía una actitud muy favorable, 27,3% una actitud favorable y 4,5% una actitud desfavorable. A pesar de esto, el 50% de las mujeres no manifestó una postura clara ante la afirmación desfavorable para la LME: “Mientras se le de alimento a el/la niño/a no tiene gran importancia si se hace con leche materna o artificial”, ya que sus respuestas fluctuaron entre “de acuerdo” e “indecisa”.

El 95,5% de las mujeres poseía una actitud frente a la LME entre favorable y muy favorable, pero independiente de la actitud de la madre frente a este proceso, el destete fue más frecuente antes de los 6 meses. Aunque en el grupo con mejor actitud se observó un 23,3% más de LME a los 6 meses, esta diferencia no es capaz de demostrar una relación clara entre estas variables.

Tabla 8. Duración de la LME en la población en estudio según actitud materna frente a la LME.

Actitud materna frente la LME	Duración LME		Total (%)
	< 6 meses (%)	6 meses (%)	
Favorable	83,3	16,7	100
Muy Favorable	60,0	40,0	100

En relación a las fuentes de información sobre lactancia materna, se señalaron en un 90,9% la obtenida de la familia, destacando en este grupo la información entregada por la madre, en un 77,3% la obtenida de los servicios de salud, en un 54,5% otros medios como la TV y lectura y en un 13,6% la obtenida de la pareja y amigos.

Como se mencionó, las fuentes de información sobre lactancia materna más destacadas fueron la familia y el servicio de salud, al relacionar estos indicadores con la duración de la LME no se obtuvo una asociación clara, ya que más del 50% de las mujeres que señalaron estas fuentes de información destetaron antes de los 6 meses.

5. DISCUSIÓN

En una encuesta nacional realizada en 1996 la prevalencia de LME a los 6 meses en Chile sólo alcanzaba el 45%. (ILABACA y cols., 2002) A diez años de esta encuesta nacional los resultados no son mejores en la presente investigación, al encontrarse una incidencia de LME a los 6 meses de sólo un 36,4% y más aún cuando el 31,8% de las mujeres abandonó la práctica de la LME al primer mes de vida de su hijo/a.

Claramente existen una multiplicidad de factores que en forma entremezclada actúan, en mayor o menor proporción, en la determinación de la madre a decidir alimentar a su hijo/a con el pecho materno, por lo cual resulta a veces complicado entender cuál de estas variables se expresa con mayor intensidad en esta conducta. (MAESTRE y cols., 2003)

En cuanto a la duración de la LME y la planificación del embarazo, en la presente investigación se evidenció una clara relación entre las madres que planificaron su embarazo y la mantención de la LME hasta los 6 meses, sucediendo lo contrario en las madres con embarazos no planificados, quienes destetaron precozmente. Estos resultados son coincidentes con lo encontrado por DYE y cols. (1997) en un estudio realizado con 33.735 mujeres de la región central de New York, donde aquellas que no habían buscado o deseado su embarazo estaban significativamente menos proclives a amamantar que las que habían tenido un embarazo planificado. Esta situación se reafirma en un estudio argentino con 700 recién nacidos/as en donde se obtuvo que uno de los factores predictores de destete precoz puede ser el embarazo no planificado (BERRA y cols., 2001)

Por otro lado, se acepta que el conocimiento, las creencias y la actitud junto a los valores y las percepciones son los que definen las fuerzas motivacionales e intencionales previas a una acción. (CABRERA y cols., 2003) En la presente investigación se observaron estas variables, y de los resultados obtenidos y antecedentes antes recopilados se desprenden diferentes situaciones a analizar. Por un lado, que un mejor nivel de conocimiento favorece la mantención de la LM en el tiempo, ya que aún sin obtenerse resultados significativos, se observó un leve aumento en la proporción de LME a los 6 meses al aumentar el nivel de conocimiento de las madres, incluso cuando esto sólo se produjo de insuficiente a suficiente. Situación similar se desprende de los antecedentes obtenidos por NAVARRO y cols. (2003) a través de un estudio transversal comparativo realizado en Baja California México, en donde al comparar 2 grupos de mujeres, el Grupo I que suspendía la LM a los 3 meses o antes con el Grupo II que lo hacía después de los 3 meses, se observó que hubo mayor proporción de madres con conocimientos malos en el Grupo I (26.8% vs 14.4%) y mayor proporción de éstas con conocimientos buenos en el Grupo II (15.7 vs 3.6%), ($p=0.001$).

En cuanto al nivel conocimientos sobre los beneficios que tiene la lactancia materna para la madre, los resultados en el presente estudio fueron bastante deficientes, ya que sólo un 9,1% de las madres presentó buen nivel. Estos resultados son levemente mejores que los obtenidos por otros estudios, como por ejemplo los encontrados por MAESTRE y cols. (2003) en la población de Cambalache ubicada en Puerto Ordaz Estado Bolívar, Venezuela, en donde no se reportaron casos con niveles aceptables o buenos, y por el contrario un 88% de las madres no tenían conocimientos de los beneficios que tiene la lactancia materna para ellas.

Con respecto a cuáles eran los tipos de beneficios que conocían las mujeres, en este estudio los más destacados fueron el afectivo, señalado por el 100% de la población seguido del económico (50%), distinto a lo ocurrido en el estudio Venezolano antes mencionado, en donde los beneficios más señalados fueron los de tipo anticonceptivos, con sólo un 6%, seguidos por los económicos, preventivos de cáncer de mama e involutivos postparto con un 2% respectivamente, además cabe destacar que en el estudio Venezolano ninguna madre manifestó el beneficio afectivo que la totalidad de las mujeres encuestadas en Panguipulli señaló.

En relación a los conocimientos de los beneficios que la lactancia materna tiene para el/la niño/a, los resultados obtenidos en la presente investigación fueron mejores que los obtenidos por el estudio Venezolano ya mencionado, pero no por eso buenos. En Cambalache no hubo mujeres con buen nivel de conocimiento, sólo un 12% tuvo un nivel aceptable, un 80% escaso y un 8% nulo, en cambio en Panguipulli hubo un 22,7% de mujeres con buen nivel de conocimiento, 59,1% con nivel aceptable, un 18,2% escaso y ninguna mujer tuvo un nivel nulo. Con respecto a los beneficios que conocían las mujeres, en Cambalache los más frecuentes fueron los de tipo nutricional con un 70%, seguido por los inmunológicos con 58%, situación similar se observó entre las madres de Panguipulli, quienes reconocieron el beneficio nutricional e inmunológico con 81,8% y 68,2% respectivamente, aunque es importante mencionar que el 72,7% de ellas conocían además el beneficio afectivo, que las encuestadas del estudio Venezolano señalaron sólo en un 2%.

Al considerar los conocimientos sobre el calostro, según un estudio transversal realizado en Colombia con mujeres y personal de hospitales públicos, el calostro en general es reconocido por la mayoría como una primera leche que baja y la creencia sobre su valor nutricional e inmunológico es apenas adecuada, el 67% de mujeres lo calificó como bueno y un 8% como malo, además el 25% de todas las mujeres participantes no supieron decir qué es. (CABRERA y cols., 2003) Similar a lo ocurrido en la presente investigación, ya que la mayoría de las mujeres definió el calostro correctamente, la totalidad de ellas afirmó que el calostro era importante, pero al tener que fundamentar su importancia no se observaron conocimientos adecuados, ya que sólo un grupo menor le asignó importancia por el valor inmunológico que posee para el/la recién nacido/a y un número similar de mujeres no supo describir su importancia claramente.

Las decisiones acerca de la forma de alimentación de el/la hijo/a también están influenciadas en gran medida por las creencias, que se transmiten de generación en generación y que están ligadas estrechamente a las costumbres y tipo de cultura que posea el grupo familiar y la comunidad. (MAESTRE y cols., 2003) Existe un importante número de creencias que son desfavorables para el proceso de LME, y en esta investigación la más común de ellas fue “Al amamantar por un largo período se caen los pechos” coincidiendo con lo ocurrido en el estudio mencionado anteriormente de MAESTRE y cols., en Cambalache Venezuela, en donde la creencia más señalada fue “se le caen los senos”. Otros autores coinciden en que una de las causas del destete precoz es la estética. Sin embargo está demostrado estadísticamente que las modificaciones en el tamaño y turgencia de los senos están más relacionadas con el número de embarazos y edad de la mujer, que con la circunstancia de amamantar. (MAESTRE y cols., 2003)

Las creencias, como componentes de la perspectiva comportamental, pueden relacionarse con la duración de la LME, como se aprecia en este estudio, en donde a pesar que la mayoría de las creencias no demostraron una relación clara con la mantención de la LME, considerar verdadera la creencia “Si un/a niño/a no aumenta bien de peso es posible que la leche de la madre sea de baja calidad”, evidenció estar directamente relacionada con una menor duración de la LME, y las mujeres que mantuvieron la LME hasta los 6 meses señalaron las creencias mayoritariamente como falsas.

Para comprender mejor los factores mencionados anteriormente resulta necesario saber de donde provienen estos conocimientos y creencias, y por lo tanto fue importante indagar acerca de las fuentes de información sobre lactancia materna que poseían las mujeres. Un estudio descriptivo y transversal realizado en Cuba con 113 lactantes, arrojó que el origen de la información sobre lactancia materna lo constituían en un 1,77% familiares, y el restante 98,23% correspondía a servicio de salud, compuesto por Consultorio (75,22%), Policlínico (17,70%) y Hospital (5,31). (GONZÁLEZ y PILETA, 2002) Situación contraria a lo encontrado en la presente investigación ya que la principal fuente de información referida por las madres entrevistadas en Panguipulli, fue la familia con un 90,9% y en segundo lugar mencionaron a los servicios de salud con un 77,3%. A pesar de existir diferencia se aprecia claramente que en ambos estudios los servicios de salud juegan un papel importante en la entrega de información sobre la lactancia materna.

Otra de las variables estudiadas, que según la perspectiva comportamental es uno de los factores que determinan la conducta de las personas, fue la actitud. MAESTRE y cols., estudiaron esta variable en conjunto con las creencias y conocimientos respecto de la lactancia materna, obteniendo entre sus resultados que el 90% de sus encuestadas tenían una actitud favorable para lactancia materna y el restante 10% desfavorable. En la presente investigación, además de clasificar a las mujeres según su actitud frente a la LME, se relacionó esta variable con la mantención de la lactancia en el tiempo, pero a pesar de que el 95,5% de las mujeres poseía una actitud entre muy favorable y favorable para la LME, las mujeres destetaron

mayoritariamente en forma precoz, y por lo tanto el aumento en la proporción de LME hasta los 6 meses que presentó el grupo con mejor actitud (40% vs 16,7%), no demostró una relación clara.

Por otro lado, al producirse el destete antes de lo recomendado resulta importante saber cuales son las causas de este hecho, es así como en el estudio cubano de GONZÁLEZ y PILETA, ya mencionado, se señala que entre las causas de suspensión de la lactancia materna predominó la hipogalactia con un 42,3%, seguida de la agalactia con un 32,7% y la reincorporación de la madre al trabajo con un 17,3%. Lo que concuerda también con los resultados de otro estudio cubano, uno de tipo retrospectivo realizado con una muestra de 120 embarazadas, el cual arrojó que las causas del destete precoz fueron la hipogalactia en un 60% de las mujeres y comenzar a Trabajar en otro 20% de ellas. (GUTIÉRREZ y cols., 2001) Estos resultados son coincidentes con lo encontrado en Panguipulli en donde las mujeres refirieron como causa de destete antes de los 6 meses principalmente “porque no tiene leche” y “Trabajo”. A pesar que sólo una madre señaló destetar a su hijo por “prematurez” resulta importante mencionar que esta no es una contraindicación absoluta para interrumpir la LME.

DURAN y cols. (1999) mencionan que la ocupación ha sido señalada por la literatura médica extranjera como una de las principales causas de abandono de la lactancia materna, aún cuando existen leyes que la protejan, como también ocurre en Chile, en este aspecto cabe destacar que actualmente la ley que protege a las madres trabajadoras posee importantes vacíos, como por ejemplo, que los empleadores con menos de 20 mujeres no están obligados a otorgar el derecho para que las madres concurren a amamantar a sus hijos, dejando así a un número importante de mujeres sin las facilidades de amamantar en horario de trabajo. En este contexto, se observó que en la presente investigación estudiar o trabajar fuera del hogar se relacionó con una mayor proporción de destete antes de los 6 meses, similar a lo señalado en el estudio cubano de GUTIÉRREZ y cols. (2001). En dicho estudio las mujeres que estudiaban o trabajaban lactaron menos que las amas de casa, demostrando una asociación directa y significativa entre la ocupación de la madre y la práctica de la lactancia materna.

Otra situación que se relaciona con una menor duración de la LME se desprende del apoyo que tenga la madre de su pareja, y en este estudio a pesar de no obtenerse una asociación clara entre la duración de la LME y estado civil, las madres solteras presentaron mayor porcentaje de destete precoz, coincidiendo con lo ocurrido en el estudio prospectivo, longitudinal y analítico realizado en la ciudad de La Habana por DURÁN y cols. (1999), en donde las mujeres solteras abandonaron la lactancia en mayor proporción que las mujeres con unión estable, ya fueran casadas o acompañadas, aunque estas diferencias al igual que en la presente investigación no fueron significativas. A pesar de no demostrar una relación clara, en este estudio es importante señalar que ninguna madre soltera logró mantener una LME de 6 meses, estas mujeres eran principalmente trabajadoras dependientes o estudiantes, ocupación en donde mayoritariamente las mujeres destetaron antes, además ninguna mujer soltera planificó su embarazo, hecho que si se asoció claramente con el destete precoz.

6. CONCLUSIONES

Al analizar los resultados de esta investigación se puede concluir que su población se caracterizó por estar constituida principalmente por adultas, primíparas, casadas o convivientes, en donde la mayoría definió su último embarazo como no planificado, cursaban o habían cursado la enseñanza media y realizaban labores propias de su hogar. La duración de la LME en esta población fue muy corta con respecto a la recomendación mundial y nacional de 6 meses, lo que puede ser signo de escaso o ningún efecto de las iniciativas nacionales y acciones locales que se llevan a cabo actualmente para favorecer la lactancia materna.

La corta duración de la LME en las mujeres de Panguipulli se relacionó con características sociodemográficas como el estado civil y la ocupación de la madre. Es así como las madres solteras no lograron mantener la LME por los 6 meses recomendados, en contraste con las casadas o convivientes que sí lo hicieron, este hecho pudiese reflejar que la compañía de la pareja puede favorecer la mantención de la LME en el tiempo, producto del apoyo emocional y/o económico que puede entregar la pareja a la mujer durante el proceso de lactancia. También cabe destacar que las madres solteras fueron las que mayoritariamente trabajaban y/o estudiaban, ocupación que se asoció con el destete precoz aunque no claramente. Esta asociación puede deberse a los largos períodos de tiempo que estas madres se separan de sus hijos/as durante el día, dificultándose de esta forma la mantención de la LME hasta los 6 meses de vida de el/la niño/a, más aún cuando la ley que protege a las madres trabajadoras posee vacíos. En este contexto cabe destacar, que actualmente existe una modificación al Artículo 206 del Código del Trabajo, que está en condiciones de ser discutida por la Cámara Alta, en la cual se extiende el derecho a sala cuna y permiso para amamantar, a aquellos establecimientos en donde existan al menos 20 "personas", en esta modificación se contempla que las madres tendrán derecho a disponer, a lo menos, de una hora al día para dar alimento a sus hijos/as menores de dos años, ya sea en sala cuna, si existiese, su hogar u otro lugar escogido por ellas para tal efecto. Este tiempo podrá dividirse en dos porciones y se ampliará en el tiempo que requiera el viaje de ida y vuelta de la madre para dar alimento a sus hijos/as, cuando se ejerza en sala cuna. De ser aprobada esta modificación muchas mujeres más tendrán la oportunidad de amamantar a sus hijos/as si lo desean.

Otro aspecto importante en este estudio fue que la planificación del embarazo demostró tener una clara relación con la duración de la práctica de amamantamiento, por lo tanto planificar el embarazo en estas mujeres pudiese favorecer la mantención de la LME hasta los 6 meses, y no planificarlo pudiese perjudicarla. Considerando, en este contexto, que ninguna mujer soltera planificó su embarazo, se entiende claramente la importancia de la promoción de la lactancia materna exclusiva entre mujeres portadoras de embarazos no planificados y madres solteras, en pro de mejorar su estado de salud y elevar la posibilidad de amamantar a sus hijos/as por el período de tiempo recomendado.

Las madres participantes de esta investigación en general poseían un nivel muy bajo de conocimiento en relación a la LME, conocían más los beneficios que otorga la LME a el/la niño/a que los que entrega a la madre, hubo mujeres que no conocían la forma correcta de tomar el pecho para amamantar y la mayoría no sabía por cual se debe comenzar a amamantar con respecto a la mamada anterior. Además sus conocimientos parecen no estar completamente incorporados o ser superficiales, lo anterior surge luego de analizar las respuestas de las mujeres, quienes por ejemplo fueron capaces de identificar que el calostro es un alimento importante pero no lograron mencionar los motivos de dicha importancia, además en su mayoría sabían de la duración recomendada para el proceso de lactancia materna y del momento en que se inicia el proceso de ablactación, pero contradictoriamente destetaron en su mayoría antes de los 6 meses.

La hipogalactia fue la principal razón mencionada por las mujeres de este estudio para destetar a sus hijos/as antes de los 6 meses, en este contexto resulta necesario plantear que la hipogalactia, es un fenómeno muchas veces subjetivo, que se produce como consecuencia ante la incorporación de otro tipo de leche en la alimentación de los/as niños/as, situación que conlleva a la disminución del número de mamadas y por ende de producción láctea, es probable que estas mujeres no asocien estos sucesos, debido al bajo nivel de conocimientos que tienen sobre el proceso de lactancia materna, entendiéndolo entonces como defecto de producción un hecho que es resultado de una menor frecuencia de mamadas. Por otro lado, a pesar de que sólo una de las encuestadas señaló como razón de destete precoz la prematuridad de su hijo, resulta importante analizar esta situación, ya que es frecuente entre los profesionales de la salud indicar a niño/as con bajo peso de nacimiento sucesos de la leche materna como forma de complementación de la lactancia, asumiendo que la leche materna es insuficiente en este tipo de situaciones, aún cuando es sabido que una de sus ventajas es que su composición varía según la edad de el/la niño/a, y que por lo tanto puede cubrir estas necesidades especiales de nutrición.

En otro ámbito, la mayoría de las mujeres participantes de esta investigación tenían una actitud que favorecía la lactancia materna exclusiva, pero a pesar de esto no la mantuvieron por los períodos recomendados y aunque las de mejor actitud lograron mantener LME hasta los 6 meses en mayor proporción, no se obtuvo una relación clara. Esta situación también puede deberse en cierta medida al déficit de conocimientos con respecto a la LME que poseían las mujeres encuestadas, esto pudo haber generado cierta incertidumbre o indecisión al momento de adoptar una postura frente a las afirmaciones desfavorables para la LME y por ende respuestas que no reflejen claramente la actitud de las mujeres.

Existen creencias muy arraigadas en la mente de las personas aún cuando su veracidad queda muy comprometida cuando se contrastan con estudios científicos, el tema de la lactancia materna no escapa a esta situación, es así como las mujeres estudiadas señalaron con gran frecuencia creencias desfavorables para la lactancia materna como verdaderas, destacando que la creencia “Si un/a niño/a no aumenta bien de peso es posible que la leche de la madre sea de

baja calidad” demostró estar claramente relacionada con el destete precoz, esta situación puede reflejar que las mujeres atribuyen erróneamente la responsabilidad del aumento de peso de su hijo/a a la “calidad” de la leche materna, quizás sin considerar o subvalorando la importancia de una correcta técnica y frecuencia de mamadas. Además se debe tener en cuenta que, muchas mujeres asocian “calidad” a la leche materna, de acuerdo al color o consistencia de ésta, quizás sin saber que no existe leche materna de mala calidad, y que contrariamente ésta posee la capacidad de adaptarse a las características de el/la hijo/a.

En esta investigación la mayoría de las encuestadas indicó a la familia como su principal fuente de información con respecto a la LME, considerando que los consejos y opiniones de familiares y amigos influyen en las prácticas de lactancia de muchas mujeres, utilizar estrategias de apoyo a la LME que incluyan a la familia de la mujer y a su comunidad, podría tener un mayor impacto en la práctica y mantención de la LME. Puesto que el servicio de salud ocupa el segundo lugar entre las fuentes de información de LME señaladas por las mujeres, es necesario que todos los miembros del equipo de salud se comprometan en el fomento de la lactancia materna y apoyen a las madres y familias en su práctica, sin interferir en ella. Para esto es necesario que el equipo actualice sus conocimientos en esta materia y entregue a los/as usuarios/as y a la población en general, información congruente y bien fundamentada, evitando dualidad en esta información así como en su interpretación, lo que puede ocurrir cuando prácticas como suministrar a el/la recién nacido/a líquidos distintos a la leche materna o separarlo/a de su madre al momento del nacimiento, no son explicadas a las madres como actividades realizadas bajo circunstancias especiales y necesarias. Además la actualización de los conocimientos permitirá que los equipos no utilicen estas actividades como rutinas de salud habituales.

Para revertir las cifras de destete precoz es necesario que todos los agentes de salud se comprometan a educar eficazmente a la población, ahondar en los beneficios que la leche materna proporciona a los/as niños/as y sin dejar de lado al ser más vulnerable de este binomio, incorporar los beneficios que posee la lactancia para la madre, ya que este es uno de los aspectos en donde las mujeres presentaron mayor déficit de conocimiento. Más que sólo proporcionar información básica respecto al proceso de lactancia materna se deben entregar contenidos, claros, precisos, de fácil comprensión y sobre todo pertinentes, que sin caer en la superficialidad permitan a las mujeres comprender la real importancia de entregar a sus hijos/as el mejor alimento, la leche materna.

Al momento de educar se deben tener presente las creencias de la población, considerando que éstas se transmiten generacionalmente y que muchas de ellas son propias de la cultura de la comunidad, es necesario adoptar una postura que no censure ni critique la presencia de ellas en las mujeres, sino que mediante educación que incorpore información lógica y científica se estimule a la mujer a reestructurar su pensamiento y a tomar sus decisiones informadamente. Resulta importante favorecer un acercamiento al conocimiento ancestral, que forma parte de la cultura popular con raíces étnicas, propias entonces de una cosmovisión distinta a la

occidental, que genere un enfoque diferente frente a las percepciones, y junto con ello poder adecuar y mejorar la intervención desde el sistema oficial de salud.

Este estudio puede ser considerado como una herramienta para planificar estrategias de intervención y fomentar la LME en estas mujeres, ya que diagnósticos locales como éste, brindan directrices de trabajo más específicas y pertinentes. Se plantea la necesidad de profundizar con respecto al proceso de LME, quizás a través de estudios explicativos que utilicen otra metodología de investigación, como la cualitativa, a fin de comprender más profundamente los determinantes de la conducta de amamantamiento, teniendo presente que los factores que influyen en el abandono de la práctica de lactancia materna son diversos y difieren de acuerdo al lugar de residencia, las características socioeconómicas y culturales de la población. Tal vez el no considerar estas diferencias ha hecho que las iniciativas nacionales y locales no logren buenos resultados, porque conocer previamente las falencias y fortalezas de los grupos objetivos es indispensable para poder crear nuevas estrategias que siendo culturalmente adecuadas y económicamente sostenibles logren un mejor impacto en las prácticas de lactancia materna, y permitan abordar el problema del destete precoz en forma más efectiva.

Lograr que tanto los agentes de salud como las mujeres y comunidad se encanten con este proceso, podría favorecer que las mujeres decidan iniciar y mantener la LME en el tiempo, como un signo de amor y protección, más que como una presión muchas veces social, y pudiese generar un mayor compromiso por parte de los equipos de salud en el fomento de esta práctica entre sus usuaria/os. Este es un desafío que tenemos matrona/es, ya que contamos con las herramientas para trabajar en esta tarea, sólo nos queda valorar y comprometernos con este proceso ancestral y natural de la lactancia materna.

7. BIBLIOGRAFÍA

- ATALAH, E. 2006. Situación Actual de la Lactancia en Chile. III Curso Desafíos en Nutrición y Alimentación.
(Disponible en: <http://www.medwave.cl/cursos/pediatraynutricion06/1/1.act>
Consultado el: 02 de 12 de 2005)
- BERRA, S, L. RAJMIL, R. PASSAMONTE, E. FERNANDEZ, J. SABULSKY. 2001. Premature cessation of breastfeeding in infants: development and evaluation of a predictive model in two Argentinian cohorts: the CLACYD study, 1993-1999. *Acta Paediatr* 2001; 90:544-51
(Disponible en:
<http://www.ingentaconnect.com/content/tandf/spae/2001/00000090/00000005/art00013>
Abstract. Consultado el: 02 de 12 de 2005)
- BLANCO, N.; M. ALVARADO. 2005 Escala de actitud hacia el proceso de investigación científico social. *Rev. Cs. Soc*, vol.11, no.3, p.537-544. ISSN 1315-9518.
(Disponible en: http://www.serbi.luz.edu.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-95182005012000011&lng=en&nrm=iso. Consultado el: 10 de 03 del 2006)
- BLÁZQUEZ, M. 2000. Ventajas de la Lactancia Materna. *Rev. Med. Naturista*. (1):44-49.
(Disponible en:
http://www.unizar.es/med_naturista/lactancia%203/Ventajas%20de%20la%20lactancia%20materna.pdf. Consultado el: 19 de 10 de 2005)
- CABRERA, G.; J. MATEUS; R. CARVAJAL. 2003. Conocimientos acerca de la lactancia materna en el Valle del Cauca, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 21 (1):27-41.
(Disponible en: <http://guajiros.udea.edu.co/revista/vol21-1/04211.pdf>. Consultado el: 30 de 11 de 2005)
- CABRERA, G.; J. MATEUS; S. GIRÓN. 2004. Duración de la lactancia exclusiva en Cali, Colombia, 2003. *Colomb. Med*. 35 (3):132-138.
(Disponible en:
http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=108&id_seccion=1609&id_ejemplar=2693&id_articulo=26058. Consultado el: 23 de 07 de 2005)

- CORONEL, C.; F. HERNÁNDEZ; M. MARTÍN. 2004. Lactancia materna en el primer semestre y la salud de los niños en el primer año de vida. *Rev. Méx. Pediatr.* 71 (5): 217-221.
(Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-pediat/e-sp2004/e-sp04-5/em-sp045b.htm>. Consultado el: 11 de 09 de 2005)
- DE CETINA, C.; P. REYES. 1996. La amenorrea de la lactancia como método de planificación familiar. *Salud Pública Mex.* 38:58-63.
(Disponible en: <http://www.insp.mx/salud/38/381-8s.html> Consultado el: 11 de 12 de 2005)
- DELGADO, M.; J. ORELLANA. 2004. Conocimientos maternos sobre conductas óptimas de lactancia. *Rev. Colomb. Obstet. Ginecol.* 55 (1): 9-17.
(Disponible en: <http://scielo-co.bvs.br/pdf/rcog/v55n1/v55n1a02.pdf>. Consultado el: 11 de 09 de 2005)
- DÍAZ DE RADA, J. 2002. Tipos de encuestas y diseños de investigación. Universidad Pública de Navarra.
(Disponible en: http://www.unavarra.es/personal/vidaldiaz/pdf/tipos_encuestas.pdf. Consultado el: 19 de 10 de 2005)
- DYE, TD.; MA. WOJTOWYCZ; RH. AUBRY; J. QUADE; H. KILBURN. 1997. Unintented pregnancy and breast-feeding behavior. *Rev. Am J Public Health.* 87(10):1709-11.
(Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=9357361&dopt=Abstract. Consultado el: 05 de 12 de 2005)
- DURAN, R.; D. VILLEGAS; Z. SOBRADO; M. ALMANZA. 1999. Factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna. *Rev. Cubana Pediatr.* 71(2):72-9
(Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ped/vol71_2_99/ped03299.htm. Consultado el: 23 de 07 de 2005)
- ELEJABARRIETA, F.; L. IÑIGUEZ. 1984. Construcción de escalas de actitud tipo Thurst y Likert.
(Disponible en: <http://antalya.uab.es/liniguez/Materiales/escalas.pdf>. Consultado el: 10 de 03 del 2006).

- FONSECA, M.; D. GONZÁLEZ; M. URBINO; B. ALMAGUER. 2004. Effectiveness of educational models on maternal nursing in pregnant of the Pedro Díaz Coello. 2003. Holguín. Correo Científ. Méd. de Holguín. 8 (4).
(Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no84/n84ori1.htm>. Consultado el: 11 de 09 de 2005)
- GANDARIAS, A.; A. NUÑEZ; G. VAILLANT. 1996. El inicio de la lactancia materna durante el alumbramiento en los meses enero a mayo de 1995 en el Hospital Materno Norte de Santiago de Cuba. Rev. Cubana Enfermer. 12(1): 25-31.
(Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol12_1_96/enf05196.htm. Consultado el: 23 de 07 de 2005)
- GÓMEZ, D.; A. HERNÁNDEZ; J. ALCALDE; N. GENER; A. MARTÍNEZ. 2002. Nivel de conocimiento de las embarazadas sobre la lactancia materna y su influencia en el tiempo de duración. Boletín de MGI. 6 (3).
(Disponible en: [http://www.pri.sld.cu/facultad/boletines/bol6\(3\)2002.html](http://www.pri.sld.cu/facultad/boletines/bol6(3)2002.html). Consultado el: 27 de 10 de 2005)
- GONZÁLEZ, I.; B. PILETA. 2002. Lactancia Materna. Rev. Cubana Enfermer. 18 (1):15-22.
(Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol18_01_02/enf03102.pdf. Consultado el: 19 de 10 de 2005)
- GONZÁLEZ, F; R. CERDA; J. ROBLEDO; S. VALDOVINOS; J. VARGAS; S. SAID. 2005. La consejería en lactancia y contacto temprano en parejas madre-hijo están asociados a la lactancia materna exclusiva. Gac. Méd. Méx. 141 (2).
(Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=30713&id_seccion=210&id_ejemplar=3154&id_revista=48. Consultado el: 30 de 11 de 2005)
- GUILLÉN, C.; L. BENAVENTE; J. GONZÁLES; S. CHEIN. 2004. Milk and breast feeding benefits as a factor child growth and development and its relation to mouth organ. Rev. Odontol. Sanmarquina. 8 (1): 46-50.
(Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/odontologia/2004_n1/a11.htm. Consultado el: 11 de 09 de 2005)
- GUTIÉRREZ, A.; D. BARBOSA; R. GONZÁLEZ; O. MARTÍNEZ. 2001. Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna. Rev. Cubana Enfermer. 17(1): 42-46

(Disponible en:

http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=62&id_seccion=750&id_ejemplar=732&id_articulo=6871. Consultado el: 30 de 11 de 2005)

HERNÁNDEZ, M^a.; A. GARCÍA. 2002. Deserción de la lactancia materna. Rev. Hosp. Gral. Quebrada. 1 (1): 28-31

(Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-quebra/e-lq2002/e-lq02-1/em-lq021g.htm>. Consultado el: 27 de 10 de 2005)

IBARRA, A. 2005. Metodología de investigación. Enfermería cuidados críticos pediátricos y neonatales.

(Disponible en: <http://www.aibarra.org/investig/tema0.htm> Consultado el: 30 de 11 de 2005)

ILABACA, J.; E. ATALAH. 2002. Tendencia de la lactancia materna en el Servicio de Salud Metropolitano Sur. Rev. Chil. pediatr. 73 (2): 127-134.

(Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-1062002000200004&script=sci_arttext&tlng=es. Consultado el: 19 de 10 de 2005)

JAYANTHI, S.; P. SEYMOUR; JW. PUNTIS; MD. STRINGER. 1998. Necrotizing enterocolitis after gastroschisis repair: a preventable complication?. J Pediatr Surg. 33(5): 705-7.

(Disponible en:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=9607472&query_hl=6. Consultado el: 04 de 12 de 2005)

LETELIER, E.; MARTINEZ, L.; SANTANA, M. 2000. Relación costo efectividad Control Prenatal en establecimientos seleccionados Región de los Lagos.

LÓPEZ, P.; B. ARÉVALO; R. CARRERO; J. MARTÍNEZ; M.^a T. LORENTE; M.^a A. RODRÍGUEZ. 2000. La lactancia natural o materna: conceptos básicos y trascendencia actual. Rev. Med General. 23: 360-369

(Disponible en: <http://www.semg.es/revista/abril2000/360-369.pdf>. Consultado el: 12 de 11 de 2005)

- MAESTRE, R.; E. URBANO; W. LEÓN; G. HERNÁNDEZ; R. MAESTRE. 2003. Conocimientos, creencias y actitudes de las madres de la comunidad de cambalache sobre la lactancia materna. Archivos venezolanos de puericultura y pediatría. 66 (2). (Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=24054&id_seccion=1755&id_ejemplar=2468&id_revista=113. Consultado el: 05 de 12 de 2005)
- MINSAL, COMISIÓN NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA. 1995. Lactancia Materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud. 1era. Edición.
- MINSAL, 1997. Programa Salud de la Mujer; Consulta de Lactancia Materna. 2 ed. Chile. pp.37
- MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE DE LA NACIÓN, DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL. Argentina. 2004. Centro de salud amigo de la madre y el niño; Lineamientos para su implementación. (Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/publicaciones/pdf/CSAMyN%20final%20se%20imprimie1.pdf>. Consultado el: 05 de 12 de 2005)
- MUÑOZ, H. 2001. Lactancia natural. Neonatología. Edición servicio neonatología hospital clínico universidad de Chile. pp.100-107. (Disponible en: <http://www.redclinica.cl/html/archivos/14.pdf>. Consultado el: 08 de 12 de 2005)
- NAVARRO, M.; M. DUQUE; J. TREJO Y PÉREZ. 2003. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. Salud pública Méx. 45 (4): 276-284. (Disponible en: http://www.insp.mx/salud/45/454_5.pdf. Consultado el: 04 de 12 de 2005)
- OMS, LIV^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. Ginebra. 2001. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño; Informe de la Secretaría. (Disponible en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA54/sa547.pdf. Consultado el: 11 de 12 de 2005)

- PALLÁS, C. 2006. PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia. Promoción de la lactancia materna.
(Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_lactancia.pdf. Consultado el: 11 de 09 de 2005)
- PRENDES, M.; M. VIVANCO; R. GUTIÉRREZ; W. GUIBERT. 1999. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. Rev. Cubana Med Gen Integr. 15(4):397-402.
(Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_4_99/mgi09499.htm. Consultado el: 11 de 12 de 2005)
- PERAZA, G.; M. SOTO; E. DE LA LLERA; S. SUÁREZ. 1999. Factores asociados al destete precoz Rev. Cubana Med Gen Integr. 15(3):278-84.
(Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_3_99/mgi10399.htm. Consultado el: 8 de 12 de 2005)
- RAMIREZ, M.; J. NOYA; C. GUZMAN. 2001. Inicio de Fórmulas Lácteas en el primer Semestre de Vida. Rev. Fac. Med. 24 (2):151-156.
(Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-04692001000200010&script=sci_arttext&tlng=es Consultado el: 11 de 09 de 2005)
- REYES, C. 2003. X Jornadas de invierno 2003 Reencantándonos con la lactancia materna; Lactancia materna aspectos legislativos.
(Disponible en: <http://www.prematuros.cl/cursos/reencantandolactancia/aspectoslegaleslactancia.htm>. Consultado el: 25 de 11 de 2005)
- ROMERO, C. 2004. Presentación de la monografía. MDP Monografías de pediatría. (146):1
(Disponible en: http://www.grupoaulamedica.com/web/archivos_rojo/revistas_actual.cfm?idRevista=194 . Consultado el: 25 de 11 de 2005)
- ROJAS, A. 2000. Lactancia materna y factores sociales. Corr Med Cient Holg. (4)1
(Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=64&id_seccion=2082&id_ejemplar=3188&id_articulo=31110. Consultado el: 08 de 12 de 2005)

- SERRA, E.; J. SOLARANA; G. VELÁSQUEZ; C. PARRA; Y. SERRA; P. GONZÁLEZ. 2003. Intervención Educativa. Efectividad sobre la lactancia materna. Policlínica “Mario Gutierrez Ardaya” 2003. *Corr Med Cient Holg.* 7(4).
(Disponible en:
http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=31539&id_seccion=2082&id_ejemplar=3236&id_revista=64. Consultado el: 04 de 12 de 2005)
- SETTY. V. 2006. Population reports, Mejor Lactancia, vidas más sanas. Series L. 14. Baltimore Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, The INFO Project.
(Disponible en: <http://www.populationreports.org/prs/sl14/> Consultado el: 23 de 04 de 2007)
- SIKORSKI, J.; M J. RENFREW; S. PINDORIA; A. WADE. 2005. Apoyo para la lactancia materna. La Biblioteca Cochrane Plus. 1. Oxford. Update Software Ltd.
(Disponible en: <http://www.update-software.com/AbstractsES/ab001141-ES.htm> Consultado el: 27 de 07 de 2005)
- TRAM, TH.; JC. BRAND; Y. MCNEIL; P. MCVEAGH. 1997. Sialic acid content of infant saliva: comparison of breast fed with formula fed infants. *Arch Dis Child.* 77(4):315-8
(Disponible en:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=9389234&query_hl=4. Consultado el: 19 de 10 de 2005)
- UNICEF, s.f. Nutrición. El Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.
(Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_breastfeeding.html Consultado el: 08 de 11 de 2005)

8. ANEXOS

A 1.

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

INVESTIGADORAS RESPONSABLES: KARINA CARRASCO NEGÜE
KARINA CORVALAN VELASQUEZ

TITULO:

“ASOCIACIÓN ENTRE EL DESTETE Y LOS CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y ACTITUDES RESPECTO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES DE NIÑOS/AS CON 6 MESES DE VIDA, CESFAM PANGUIPULLI NOVIEMBRE-DICIEMBRE DEL 2006”.

Se me ha solicitado participar de una investigación que pretende estudiar el proceso de lactancia materna a los seis meses postparto en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) de Panguipulli durante el año 2006.

Al participar de este estudio, yo estoy de acuerdo con que se me realice un cuestionario al sexto mes postparto.

Yo entiendo que:

1. En mi participación, se asegura la privacidad y confidencialidad de los testimonios realizados.
2. Cualquier pregunta con respecto a mi participación deberá ser contestada por la investigadora y / o colaboradoras del proyecto. Preguntas más específicas serán respondidas por las investigadoras responsables del proyecto: Karina Carrasco Fono: 084021573 y Karina Corvalán Fono: 087558004
3. Yo podré retractarme de participar en este estudio en cualquier momento sin dar razones.
4. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, con propósitos académicos, pero mi nombre o identidad no será revelada.
5. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.

INVESTIGADOR RESPONSABLE

USUARIA PARTICIPANTE

A 2.

CUESTIONARIO

A continuación se presentan una serie de preguntas relacionadas con la lactancia materna, sus respuestas son confidenciales, desde ya agradecemos su valiosa colaboración ya que su opinión e ideas son muy importantes para el estudio que estamos realizando.

Iniciales:		Edad:
Dirección:		
Fono:		Estado civil:
Último curso que aprobó:		Ocupación:
Número de hijos:	Último embarazo planificado: Si____ No____	

¿Cuánto tiempo puede dar leche materna a su hijo sin necesidad de incluir otros alimentos o líquido (Lactancia materna exclusiva)?

1 año		5 meses	
3 meses		6 meses	
4 meses		Otro	

El calostro es:

El alimento que sale del pecho durante los primeros 2 a 3 días	
El nombre que recibe la bajada de la leche	
El peor alimento que sale del pecho, con menos defensas y nutrientes	
No sé	

¿Usted cree que el calostro es un alimento importante para el recién nacido?

SI		NO	
----	--	----	--

¿Por qué?

¿Cuántas veces debe mamar el/la niño/a Recién Nacido?

Cada 3 horas	
Cada vez que el/la niño/a lo pida	
Cada vez que el/la niño/a lo pida, máximo cada 3 horas	
Cada 6 horas	
No sé	

¿Cuántas veces debe mamar el/la niño/a después del 1er. mes de vida?

3 o 4 veces durante el día	
6 veces durante el día y 1 o 2 veces por la noche	
5 veces durante el día	
No sé	

¿Cuándo se le comienza a dar alimentos sólidos (ej: comidas o papillas) a el/la niño/a?

A los 3 meses		desde 6 meses	
A los 4 meses		Al año	
A los 5 meses		Otro	

¿Cuál o cuáles de estos beneficios tiene la lactancia materna exclusiva para usted?
(Puede marcar una o más alternativas)

Es más barata	
Previene el embarazo	
Ayuda a perder peso	
Ayuda al útero a volver a su estado normal después del parto	
Previene el cáncer de mama y de ovario	
Ayuda a crear lazos de amor con el hijo	
No existe ningún beneficio de la lactancia materna exclusiva para mi	
No sé	

¿Cuál o cuáles de estos beneficios tiene la lactancia materna exclusiva para su hijo/a?
(Puede marcar una o más alternativas)

Lo protege de infecciones respiratorias (ej. resfrío) y digestivas (ej. diarrea)	
Lo ayuda en su desarrollo (movimientos, caminar , etc.)	
Crea lazos de amor madre-hijo	
Le proporciona a el/la niño/a la mejor nutrición	
Es más higiénica para el/la niño/a	
No existe ningún beneficio de la lactancia materna exclusiva para mi hijo/a	
No sé	

¿Cuál o cuáles de estas acciones hacen que el pecho produzca más leche?
(Puede marcar una o más alternativas)

Tomar abundante líquido	
Poner a el/la niño/a al pecho	
Alimentarse bien	
No sé	

¿Cómo se coloca la mano para tomar el pecho cuando se amamanta?

Con la mano en forma de C	
Con los dedos en forma de tijera	
No importa la forma mientras se sienta cómoda	
No sé	

Al amamantar a su hijo debe comenzar por:

El pecho que en la mamada anterior el/la niño/a tomo último	
El pecho que en la mamada anterior el/la niño/a tomo primero	
Con cualquiera de los dos pechos eso no tiene importancia	
No sé	

Usted sabe que un/a niño/a no está satisfecho con el pecho materno ...
(Puede marcar una o más alternativas)

Porque llora constantemente y no parece satisfecho	
Porque duerme por un período más corto	
Porque el/la niño/a no sube de peso.	
Porque el/la niño/a no duerme después de tomar pecho	
Porque orina menos	
Porque el/la niño/a tiene menos energía, está más flojo	
No sé	

Cuando el/la niño/a tiene cólicos hay que:
(Puede marcar una o más alternativas)

Dar agüitas o tesitos y suspender la leche materna	
Caminar con el/la niño/a cargándolo de guatita sobre el brazo	
Ponerle paños de agua tibia en la guatita	
Asistir a urgencias	
Poner la guatita de el/la niño/a contra el cuerpo y hacerle masajes en la espaldita para eliminar los gases	
No sé	

Ante dolor y heridas en los pezones hay que:

(Puede marcar una o más alternativas)

Usar cremas cicatrizantes y lavarse los pezones antes y después de mamar.	
Usar jabón, limón, alcohol o agua con bicarbonato	
Después de cada mamada sacar unas gotas de leche y ponerla sobre las grietas	
Dejar las mamas al aire libres durante 5 minutos y a la luz del sol 2 veces al día	
Dejar de dar pecho hasta que se curen las heridas	
Vaciar completamente las mamas y asegurar que el/la niño/a agarre bien el pezón tomando hasta la areola (toda la parte café del pecho)	
No sé	

Para mantener mamas sanas es necesario:

(Puede marcar una o más alternativas)

Mantener mamas descongestionadas (sin gran cantidad de leche dentro)	
Asegurar que el/la niño/a tome de forma correcta el pezón	
Mantener una buena higiene	
No sé	

Si hay dolor en las mamas y se palpan llenas de leche, es necesario:

(Puede marcar una o más alternativas)

Dejar de dar pecho a el/la niño/a hasta que disminuya el dolor	
Dar pecho a el/la niño/a más frecuentemente para vaciar los pechos	
Colocar paños de agua caliente en el pecho para vaciarlos	
Realizar masajes circulares en la mama	
No sé	

De las siguientes afirmaciones marque con una F las falsas y con una V las verdaderas.

Al amamantar por un largo período se caen los pechos	
Una leche de un color claro o muy transparente es una leche de mala calidad	
Los/as niños/as obtienen toda la leche que necesitan durante los primeros cinco a diez minutos de mamar.	
Se deben espaciar las mamadas para que puedan llenarse los pechos	
Nunca se debe despertar a el/la niño/a si está durmiendo	
Si un/a niño/a no aumenta bien de peso es posible que la leche de la madre sea de baja calidad.	
La lactancia frecuente puede favorecer la aparición de depresión post-parto	
Para prevenir que los/as niños/as se pongan amarillos/as se les debe dar agua porque la leche materna puede ser muy pesada para ellos/as.	
Es bueno darle agüita de hierbas a los/as niños/as para evitar los cólicos estomacales	

La lactancia demasiado frecuente causa obesidad cuando el/la niño/a crece	
Tomar Malta con huevo aumenta la producción de la leche	
Una madre debe tomar leche para producir leche	

Marque con una cruz el o los meses de vida de su hijo/ en que sólo lo/a alimentó con pecho materno (sin alimentos como: leche artificial, papilla etc.)

Primer mes (1°)		Cuarto mes (4°)	
Segundo mes (2°)		Quinto mes (5°)	
Tercer mes (3°)		Sexto mes (6°)	

¿Actualmente da otro tipo de leche o alimento a su hijo/a?

SI	
NO	

¿Qué otros alimentos da a su hijo/a? ¿Cuáles?

Sólido		-----
Líquido		-----
Ambos		-----

¿A que edad comenzó a dar otros alimentos a su hijo/a?

Primer mes (1°)		Cuarto mes (4°)	
Segundo mes (2°)		Quinto mes (5°)	
Tercer mes (3°)		Sexto mes (6°)	

Si usted ha dejado de dar pecho materno a su hijo, marque con una cruz la o las razones.
(Puede marcar más de una)

	El/la niño/a rechaza el pecho
	Trabajo
	Porque no tiene leche
	Por hospitalización de el/la niño/a
	Problemas en el pezón
	El/la niño/a no tolera la leche materna
	Por enfermedad en la mama
	Por enfermedades de el/la niño/a

	Porque no desea dar pecho
	Por estar tomando medicamentos
	Otra razón (Especifique)

Marque con una "X" en el casillero que manifieste su opinión frente a las siguientes afirmaciones

1. Visualmente es feo ver a una mujer dando pecho

Muy de acuerdo	<input type="checkbox"/>	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	Indecisa	<input type="checkbox"/>	En desacuerdo	<input type="checkbox"/>	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	------------	--------------------------	----------	--------------------------	---------------	--------------------------	-------------------	--------------------------

2. Dando leche artificial se evitan los problemas que el amamantamiento puede ocasionar a las mamas.

Muy de acuerdo	<input type="checkbox"/>	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	Indecisa	<input type="checkbox"/>	En desacuerdo	<input type="checkbox"/>	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	------------	--------------------------	----------	--------------------------	---------------	--------------------------	-------------------	--------------------------

3. Los/as niños/as reciben prácticamente los mismos nutrientes de la leche artificial o materna

Muy de acuerdo	<input type="checkbox"/>	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	Indecisa	<input type="checkbox"/>	En desacuerdo	<input type="checkbox"/>	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	------------	--------------------------	----------	--------------------------	---------------	--------------------------	-------------------	--------------------------

4. La alimentación con leche artificial es más limpia

Muy de acuerdo	<input type="checkbox"/>	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	Indecisa	<input type="checkbox"/>	En desacuerdo	<input type="checkbox"/>	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	------------	--------------------------	----------	--------------------------	---------------	--------------------------	-------------------	--------------------------

5. Dando pecho es inevitable tener olor a leche cortada en la ropa.

Muy de acuerdo	<input type="checkbox"/>	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	Indecisa	<input type="checkbox"/>	En desacuerdo	<input type="checkbox"/>	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	------------	--------------------------	----------	--------------------------	---------------	--------------------------	-------------------	--------------------------

6. Los/as recién nacidos/as requieren de suplementos de vitaminas y minerales que se pueden encontrar en las leches artificiales.

Muy de acuerdo		De acuerdo		Indecisa		En desacuerdo		Muy en desacuerdo	
----------------	--	------------	--	----------	--	---------------	--	-------------------	--

7. Si la mujer tiene el busto pequeño dar pecho sólo será un problema, mejor acostumbrar de inmediato a el/la niño/a con leche artificial.

Muy de acuerdo		De acuerdo		Indecisa		En desacuerdo		Muy en desacuerdo	
----------------	--	------------	--	----------	--	---------------	--	-------------------	--

8. Preparando la leche artificial con mucho cuidado en la higiene es casi lo mismo que dar leche materna

Muy de acuerdo		De acuerdo		Indecisa		En desacuerdo		Muy en desacuerdo	
----------------	--	------------	--	----------	--	---------------	--	-------------------	--

9. La lactancia materna es más una presión social que un deseo materno.

Muy de acuerdo		De acuerdo		Indecisa		En desacuerdo		Muy en desacuerdo	
----------------	--	------------	--	----------	--	---------------	--	-------------------	--

10. Si la madre está cansada, puede dar leche artificial entre mamadas.

Muy de acuerdo		De acuerdo		Indecisa		En desacuerdo		Muy en desacuerdo	
----------------	--	------------	--	----------	--	---------------	--	-------------------	--

11. Dar puro pecho a el/la niño/a no trae ningún beneficio para la madre al contrario es un trabajo muy agotador.

Muy de acuerdo		De acuerdo		Indecisa		En desacuerdo		Muy en desacuerdo	
----------------	--	------------	--	----------	--	---------------	--	-------------------	--

12. Si aparecen heridas en los pezones lo mejor es dejar de dar pecho, si no éstas no sanarán.

Muy de acuerdo		De acuerdo		Indecisa		En desacuerdo		Muy en desacuerdo	
----------------	--	------------	--	----------	--	---------------	--	-------------------	--

13. Lo más conveniente es alimentar con pecho materno y cuando la madre se sienta cansada hacerlo con leche artificial.

Muy de acuerdo		De acuerdo		Indecisa		En desacuerdo		Muy en desacuerdo	
----------------	--	------------	--	----------	--	---------------	--	-------------------	--

14. Dando leche artificial es la única forma de que la familia ayude con el cuidado de el/la hijo/a.

Muy de acuerdo	<input type="checkbox"/>	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	Indecisa	<input type="checkbox"/>	En desacuerdo	<input type="checkbox"/>	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	------------	--------------------------	----------	--------------------------	---------------	--------------------------	-------------------	--------------------------

15. Mientras se le de alimento a el/la niño/a, no tiene gran importancia si se hace con leche materna o artificial.

Muy de acuerdo	<input type="checkbox"/>	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	Indecisa	<input type="checkbox"/>	En desacuerdo	<input type="checkbox"/>	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	------------	--------------------------	----------	--------------------------	---------------	--------------------------	-------------------	--------------------------

La información relacionada con Lactancia Materna que Ud. posee la ha obtenido de:
(Puede marcar más de uno)

Familia (Especificar quien)	<input type="checkbox"/>	_____
Amigos	<input type="checkbox"/>	_____
Pareja	<input type="checkbox"/>	_____
Servicio de salud	<input type="checkbox"/>	_____
Otros (Especificar quien)	<input type="checkbox"/>	_____

Muchas gracias por su colaboración.

A 3.

ESCALA NIVEL DE CONOCIMIENTO RESPECTO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

NIVEL DE EXIGENCIA "A"								
INDICADORES DE CONOCIMIENTO	Malo		Bueno					
	Descrip.	Punt.	Descrip.	Punt.	Descrip.	Punt.	Descrip.	Punt.
Identifica la duración de lactancia materna exclusiva. A) 1 año. B) 3 meses C) 4 meses D) 5 meses E) 6 meses F) Otro	No señala la alternativa correcta	0	Señala la alternativa correcta (E)	3	Señala la alternativa correcta (E)	3	Señala la alternativa correcta (E)	3
Define al calostro como: A) El alimento que sale del pecho durante los primeros 2 a 3 días. B) El nombre que recibe la bajada de la leche. C) El peor alimento que sale del pecho, con menos defensas y nutrientes. D) No sé.	No señala la alternativa correcta	0	Señala la alternativa correcta (A)	3	Señala la alternativa correcta (A)	3	Señala la alternativa correcta (A)	3
Conoce la frecuencia de mamadas de un/a niño/a después del primer mes de vida A) 3 o 4 veces durante el día. B) 6 veces durante el día y 1 o 2 veces por la noche. C) 5 veces durante el día. D) No sé	No señala la alternativa correcta.	0	Señala la alternativa correcta (B)	3	Señala la alternativa correcta (B)	3	Señala la alternativa correcta (B)	3

Identifica periodo de inicio ablactación A) A los 3 meses B) A los 4 meses C) A los 5 meses D) Desde 6 meses E) Al año. F) Otro.	No señala la alternativa correcta	0	Señala la alternativa correcta (D)	3	Señala la alternativa correcta (D)	3	Señala la alternativa correcta (D)	3
Cómo se coloca la mano para tomar el pecho cuando se amamanta. A) Con la mano en forma de C B) Con los dedos en forma de tijera C) No importa la forma mientras se sienta cómoda D) No sé	Señala una alternativa incorrecta	0	Señala la alternativa correcta (A)	3	Señala la alternativa correcta (A)	3	Señala la alternativa correcta (A)	3
Al amamantar a su hijo debe comenzar por A) El pecho que en la mamada anterior el/la niño/a tomo último B) El pecho que en la mamada anterior el/la niño/a tomo primero C) Con cualquiera de los dos pechos, eso no tiene importancia D) No sé	Señala una alternativa incorrecta	0	Señala la alternativa correcta (A)	3	Señala la alternativa correcta (A)	3	Señala la alternativa correcta (A)	3

NIVEL DE EXIGENCIA "B"								
INDICADORES DE CONOCIMIENTO	Nulo		Escaso		Aceptable		Bueno	
	Descrip.	Punt.	Descrip.	Punt.	Descrip.	Punt.	Descrip.	Punt.
<p>Conoce la frecuencia de mamadas cuando el/la niño/a es recién nacido/a.</p> <p>A) Cada 3 horas</p> <p>B) Cada vez que el/la niño/a lo pida.</p> <p>C) Cada vez que el/la niño/a lo pida, máximo cada 3 horas.</p> <p>D) Cada 6 horas</p> <p>E) No sé.</p>	Señala la alternativa D, E o no contesta	0	Señala la alternativa A	1	Señala la alternativa B	2	Señala la alternativa C	3
<p>Beneficios de la lactancia materna exclusiva para la madre.</p> <p>A) Es mas barata</p> <p>B) Previene el embarazo</p> <p>C) Ayuda a perder peso</p> <p>D) Ayuda al útero a volver a su estado normal después del parto</p> <p>E) Previene el cáncer de mama y de ovario</p> <p>F) Ayuda a crear lazos de amor con el hijo</p> <p>G) No sé</p>	Señala la alternativa G o no contesta	0	Señala una o dos alternativas excluyendo la G	1	Señala tres, cuatro o cinco alternativas excluyendo la G	2	Señala todas las alternativas excluyendo la G	3
<p>Beneficios de la lactancia materna exclusiva para el/la niño/a.</p> <p>A) Lo protege de infecciones respiratorias (ej. resfrío) y digestivas (ej. diarrea)</p> <p>B) Lo ayuda en su desarrollo (movimientos, caminar , etc)</p>	Señala la alternativa F o no contesta	0	Señala una o dos alternativas excluyendo la F	1	Señala tres o cuatro alternativas excluyendo la F	2	Señala todas las alternativas excluyendo la F	3

<p>C) Crea lazos de amor madre-hijo</p> <p>D) Le proporciona a el/la niño/a la mejor nutrición</p> <p>E) Es más higiénica para a el/la niño/a</p> <p>F) No sé</p>								
<p>Acciones para que el pecho produzca más leche</p> <p>A) Tomar abundante líquido</p> <p>B) Poner a el/la niño/a al pecho</p> <p>C) Alimentarse bien</p> <p>D) No sé</p>	Señala la alternativa D o no contesta	0	Señala una alternativa excluyendo la D	1	Señala dos alternativas excluyendo la D	2	Señala todas las alternativas excluyendo la D	3
<p>Identifica signos de que el/la niño/a no esta satisfecho con el pecho maternos</p> <p>A) Porque llora constantemente y no parece satisfecho</p> <p>B) Porque duerme por un periodo más corto</p> <p>C) Porque el/la niño/a no sube de peso.</p> <p>D) Porque el/la niño/a no duerme después de tomar pecho</p> <p>E) Porque orina poco.</p> <p>F) Porque el/la niño/a tiene menos energía, está más flojo</p> <p>G) No sé</p>	Señala la alternativa G o no contesta	0	Señala una o dos alternativas excluyendo la G	1	Señala tres, cuatro o cinco alternativas excluyendo la G	2	Señala todas las alternativas excluyendo la G	3
<p>Identifica que hacer si el/la niño/a tiene cólicos</p> <p>A) Dar agüitas o tesitos y suspender la leche materna</p> <p>B) Caminar con el/la niño/a cargándolo de guatita sobre el brazo</p>	Señala alternativas A, B o C	0	Señala alternativas D y/o E más A, B o C	1	Señala alternativas D o E	2	Señala alternativas D y E	3

<p>C) Ponerle paños de agua tibia en la guatita</p> <p>D) Asistir al SAMU</p> <p>E) Poner la guatita de el/la niño/a contra el cuerpo y hacerle masajes en la espaldita para eliminar los gases</p> <p>F) No sé</p>								
<p>Identifica que hacer en caso de dolor y heridas en los pezones</p> <p>A) Usar cremas cicatrizantes y lavarse los pezones antes y después de mamar.</p> <p>B) Usar jabón, limón, alcohol o agua con bicarbonato</p> <p>C) Después de cada mamada sacar unas gotas de leche y ponerla sobre las grietas</p> <p>D) Dejar las mamas al aire libre durante 5 min.y a la luz del sol 2 veces al día.</p> <p>E) Dejar de dar pecho hasta que se curen las heridas</p> <p>F) Vaciar completamente las mamas y asegurar que el/la niño/a agarre bien el pezón tomando hasta la areola (toda la parte café del pecho)</p> <p>G) No sé</p>	Señala alternativas B, E y/o G excluyendo la G	0	Señala una alternativa excluyendo la B, E y/o G	1	Señala dos o tres alternativas excluyendo la B, E y/o G	2	Señal alternativas A, C, D y F excluyendo B, E y/o G	3
PUNTAJE TOTAL	0 - 27		28 - 37		38 - 44		45	
NIVEL DE CONOCIMIENTO GENERAL	INSUFICIENTE		SUFICIENTE		BUENO		EXCELENTE	