

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA**



**Conocimientos, actitudes y prácticas que influyen en el inicio, duración,  
intensidad y tipo de lactancia materna en infantes menores de 24 meses,  
del departamento de Escuintla**

**Luisa Fernanda Galindo Cruz**

**Nutricionista**

Guatemala, Enero 2013

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA



**Conocimientos, actitudes y prácticas que influyen en el inicio, duración,  
intensidad y tipo de lactancia materna en infantes menores de 24 meses,  
del departamento de Escuintla**

**INFORME DE TESIS**

**Presentado por**

**Luisa Fernanda Galindo Cruz**

**Para optar al título de**

**Nutricionista**

**Guatemala, Enero 2013**

**JUNTA DIRECTIVA**

**FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA**

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

<b>Oscar Manuel Cobar Pinto, Ph.D.</b>	<b>Decano</b>
<b>Lic. Pablo Ernesto Oliva Soto, M.A.</b>	<b>Secretario</b>
<b>Licda. Liliana Vides de Urizar</b>	<b>Vocal I</b>
<b>Dr. Sergio Alejandro Melgar Valladares</b>	<b>Vocal II</b>
<b>Lic. Luis Antonio Galvez Sanchinelli</b>	<b>Vocal III</b>
<b>Br. Fausto René Beber García</b>	<b>Vocal IV</b>
<b>Br. Carlos Francisco Porras López</b>	<b>Vocal V</b>

## CONTENIDO

RESUMEN .....	1
I.INTRODUCCIÓN .....	4
II.MARCO REFERENCIAL.....	7
2.1. Lactancia Materna.....	7
2.1.1. Tipos de Lactancia Materna.....	9
2.1.2. Características de la Leche Materna.....	12
2.1.3. Fisiología de la lactancia materna.....	14
2.1.4 Barreras en la lactancia materna .....	16
2.1.5 Beneficios de la lactancia materna.....	16
2.2 Niño Lactante .....	17
2.3 Consejería en Lactancia Materna .....	21
2.4 Antecedentes .....	25
2.5 Intervenciones e iniciativas .....	26
2.6 Hospitales Amigos de la Lactancia Materna .....	27
III. JUSTIFICACIÓN .....	29
IV: OBJETIVOS.....	31
V. MATERIALES Y MÉTODOS.....	32
5.1 Universo (Población).....	32
5.2 Muestra .....	32
5.3 Diseño de la Investigación .....	32
5.4 Tipo de estudio.....	33
5.5 Criterios de inclusión y exclusión de la muestra.....	33
5.6 Metodología .....	34
5.6.1 Para la Selección de muestra .....	34
5.6.2 Para la elaboración y validación del instrumento .....	34
5.6.3. Para la Recolección de datos.....	35
5.6.4 Para la tabulación de datos.....	35
5.6.5 Análisis de la Información .....	36
VI. RESULTADOS .....	37

6.1 Características de la Población.....	37
6.2. Conocimientos con respecto a la lactancia materna.....	39
6.3 Actitudes con respecto a la lactancia materna.....	40
6.4. Prácticas sobre lactancia materna.....	41
6.5 Inicio de la alimentación complementaria.....	44
6.6 Factores negativos que afectan una lactancia materna exitosa.....	45
VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	47
VIII. CONCLUSIONES.....	57
IX. RECOMENDACIONES.....	58
X. REFERENCIAS.....	59
ANEXOS.....	62
Anexo 1. Las Diez Claves de la Lactancia Materna.....	62
Anexo 2. Efectos Beneficiosos de la Lactancia Natural.....	63
Anexo 3. Consejería sobre lactancia materna.....	64
Anexo 4. Prevalencia de peso bajo versus talla baja por país, según estándares de la OMS.....	65
Anexo 5. Composición de la leche materna.....	65
Anexo 6. Requerimientos Calóricos Diarios según la Edad.....	66
Anexo 7. Guía del PROSAN/MSPAS para la consejería en lactancia materna.....	66
Anexo 8. Distribución de la muestra y Distritos en donde se toma.....	67

## ÍNDICE DE TABLAS

		<b>Pág.</b>
Tabla 1	Composición del Calostro y la leche madura	13
Tabla 2	Comparación de la leche humana y de vaca	14
Cuadro 1	Características socioeconómicas de la población en estudio	38
Cuadro 2	Nivel de conocimiento de las madres respecto a la lactancia materna	39
Cuadro 3	Actitudes con respecto a la lactancia materna	40
Cuadro 4	Práctica de lactancia materna	42
Cuadro 5	Conocimientos, actitudes y prácticas en el inicio de la alimentación complementaria	44

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

		<b>Pág.</b>
Gráfica 1	Características socioeconómicas de la población.	38
Gráfica 2	Actitudes con respecto a la lactancia materna	41
Gráfica 3	Prácticas de lactancia materna	43
Gráfica 4	Edad de inicio de la alimentación complementaria	44
Gráfica 5	Alimentación Complementaria	45
Gráfica 6	Factores negativos que inciden en las buenas prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria	46

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A la Universidad de San Carlos de Guatemala**

Por ser la casa de estudios en donde completé mi formación académica como profesional para ahora poder servirle a mi país. En especial a la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia y a mi querida Escuela de Nutrición, en donde encontré apoyo y orientación.

### **A mis asesores:**

#### **A Lda. Michele Monroy, M.A**

Muchas gracias por tu apoyo y orientación en cada uno de los pasos recorridos para poder realizar esta investigación.

#### **A Lda. María Eugenia Sánchez, M.A**

Por su apoyo, paciencia y por ser guía para la realización de esta investigación.

#### **A la Dirección de Área de Salud de Escuintla**

Por brindarme su tiempo y apoyo en cada uno de sus Centros de Salud en la realización de la investigación.

#### **AI PROSAN**

Por brindarme la información requerida para poder llevar a cabo la presente investigación.

## **ACTO QUE DEDICO**

### **A DIOS Y A LA VIRGEN MARÍA**

Por darme la salud, la fortaleza y la familia. Por permitirme alcanzar la primera de mis metas y ser la luz en mi camino, Madre buena y amorosa nunca soltaste mi mano, me acompañaste todo el tiempo y me diste fortaleza cuando creí perder las fuerzas.

### **A MIS PADRES**

Por recordarme en cada momento que estoy llena de amor y de apoyo. Por creer siempre en mí. Por estar presentes en cada uno de los días de mi vida, esto es suyo también muchis, los amo mucho, gracias por ser mis papás.

### **A MIS HERMANOS Y HERMANAS**

Adriana, Mani, Chepito, David, Ros, Vanes, Bito, Claudia, Dano; no tengo palabras para agradecer todo su apoyo y sus oraciones, llegamos a la meta. Los amo un montón, gracias muchis.

### **A MIS BEBES**

Por ser la luz de mi vida, mi motivo de lucha y mi razón de ser mejor cada día, gracias Víctor José por comprenderme y llenarme de besos y abrazos cuando me sentí abatida, gracias Pablito por estudiar conmigo en mis madrugadas y hacerme sentir siempre amada, los amo con todo mi ser.

### **MI CIELO**

A ti por estar siempre conmigo, eres mi apoyo y mi fortaleza, eres la muestra misma de la entrega por amor. Te amo.

## **A MIS SUEGROS**

Vivimos juntos muchos días buenos y muchos días duros, pero nunca me sentí sola, gracias por el amor que le tienen a mi familia, esto va para ustedes especialmente. ¡Lo logramos!

## **A MIS SOBRINOS:**

Adriana María (nena), Diego porque son parte importante de mi vida y los amo desde el momento de su espera.

Nicky, Alison, Maite, Manuel Francisco, Mariita, Ju, Fabian, porque compartieron momentos importantes con mis bebés en este largo camino.

## **A MIS AMIGAS**

Ale, Tefi, Susanita, Tefito, Tere, Flores, Nadirun, Mishi, Clau, Carol vivimos juntas momentos inolvidables en nuestra vida de estudiantes, quiero que sepan que son ángeles para mí, gracias por su apoyo, su amor y por nunca dejarme sola. Las quiero un montón. Para ustedes pido a Dios que las bendiga a cada momento.

## **MI ABUE BELLA Y PAPICHO**

Por ser ejemplo de lucha y de superación, los amo mucho.

## **A MIS TÍOS Y PRIMOS**

Compartieron conmigo a lo largo de este camino, me fortalecieron con palabras sabias y llenas de amor.

A mis cuñadas y cuñados porque recorrieron conmigo este camino y por todo su apoyo, muchas gracias.

## RESUMEN

La lactancia materna como norma cultural de la alimentación del infante ha sufrido profundas transformaciones en el transcurso del tiempo. En la primera mitad del siglo pasado, el patrón fue uno tradicional, con una alta proporción de los infantes alimentados con leche materna por largos períodos de tiempo. Este comportamiento obedece a una sociedad primordialmente agrícola y subdesarrollada, con grandes segmentos de la población carentes de educación formal y acceso a servicios médicos (Macías, Franco y otros, 2005).

En la actualidad, el cambio en las prácticas para la alimentación de los niños desde su nacimiento, ha llevado a la sociedad a padecer carencias significativas poniendo en riesgo el desarrollo óptimo de los infantes y de la niñez en general.

En el departamento de Escuintla muy pocos infantes reciben lactancia materna exclusiva (1.1%); por esta razón se consideró importante identificar los conocimientos, actitudes y prácticas que interfieren en el inicio, duración, intensidad y tipo de la lactancia materna. Se espera que los hallazgos de esta investigación contribuyan al planteamiento de estrategias en los servicios de salud, que beneficien a la población menor de dos años (ENSMI, 2009).

Se realizó un estudio descriptivo donde se identificaron aspectos relevantes que condicionan el inicio, duración, intensidad y tipo de la lactancia materna. Las variables estudiadas fueron clasificadas en conocimientos, actitudes y prácticas realizadas por las madres del departamento de Escuintla.

En la presente investigación, empleando la metodología de Conocimientos, Actitudes y Prácticas -CAP- respecto a la lactancia materna; se utilizó una muestra de 78 mujeres con características similares (criterios de inclusión) que reciben atención en los servicios de salud mensualmente y que estuvieran

lactando a niños menores de dos años. Para la recolección, análisis e interpretación de los resultados con respecto a los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre la lactancia materna se realizó una entrevista estructurada, previamente validada, utilizando la técnica de grupo focal, guiada por el investigador.

Los datos recopilados por medio de las entrevistas, fueron tabulados electrónicamente en Excel 2007, y representados por medio de cuadros y gráficos, en donde se muestra la frecuencia absoluta y el porcentaje de cada una de las variables estudiadas.

Según los resultados del estudio, el 100% de las madres coinciden en que la lactancia materna es el mejor alimento para sus hijos; 41.03% de ellas, creen que es importante darla de forma exclusiva por seis meses y solo 13% considera que no hay diferencia entre utilizar los sucedáneos de la leche ó la leche materna en sí.

De la muestra, el 62.82% tuvo asistencia hospitalaria en el parto y de esta población 42.3% afirma no haber recibido alguna información con respecto a la lactancia materna. Esto evidencia que en los servicios de salud aunque no se esté certificado como amigo de la lactancia materna, se brinda alguna información de la misma; sin embargo no se da a todas las madres. Es importante mencionar que a pesar de que la leche de la madre tiene todo lo necesario para asegurar el crecimiento óptimo del bebé, prácticas inadecuadas como el dar líquidos o té antes de mamar puede interferir en su crecimiento; el 53% utiliza agua para calmar la sed del bebé (posiblemente por ser un lugar en el que predomina el clima cálido) (Cuadro 2 y 4).

En relación al tiempo dedicado para amamantar, el 73.08% de las madres da lactancia durante 15 minutos de cada seno, considerado como un tiempo suficiente para que el bebé reciba la leche en cada una de sus fases. Sin

embargo a pesar de que las madres tienen conocimiento acerca de la importancia de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses, solamente el 29.49% inicia el período de alimentación complementaria en el tiempo adecuado; 22.56% de la población alimenta al lactante antes de los seis meses o de forma tardía mucho tiempo después esta edad, poniendo en riesgo su salud.

Los resultados del estudio permiten concluir que, los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres influyen en el inicio, duración, intensidad y tipo de lactancia materna en los menores de dos años. Así mismo las prácticas que no favorecen el estado nutricional de los niños están relacionadas con el inicio temprano y con alimentos no adecuados introducidos en la alimentación complementaria así como la sustitución de la lactancia materna por sucedáneos de la leche entre otros.

Según el MSPAS<sup>1</sup> promover la lactancia materna exclusiva en menores de seis meses y una adecuada introducción de la alimentación complementaria; como medida para prevenir la malnutrición en la población menor de dos años, es la estrategia por excelencia; es por ello que educar a las madres sobre prácticas adecuadas en lactancia y alimentación en los niños; cumplir acuerdos establecidos pro mejora de la salud materno infantil; fomentar la lactancia materna exclusiva en las madres trabajadoras velando que por cada 30 empleadas se cuente con una guardería; la organización de grupos de apoyo a la lactancia materna en el primero y segundo nivel de atención en salud durante el período de pre y post parto, sobre todo en las maternidades del departamento, mejoraría el crecimiento y desarrollo de la población menor de dos años.

---

1 MSPAS: Ministerio DE Salud Pública y Asistencia Social

## **CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN**

La Organización Mundial de la Salud -OMS- y el fondo internacional de emergencia de las Naciones Unidas para la infancia -UNICEF-, señalan que la lactancia "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños". La lactancia materna es el acto de amor más grande de madre a hijo desde el momento del nacimiento, ya que además de proporcionar todo lo necesario para obtener un desarrollo óptimo, se fortalece el apego madre-hijo y se brinda la seguridad y el amor que el bebé necesita fuera del vientre materno. Esta comprende el tiempo en que el bebé obtiene una alimentación segura y beneficiosa que le permitirá crecer de manera óptima durante los primeros dos años de vida. La leche materna es un alimento único que transmite las defensas de la madre al hijo, nutre y fortalece el vínculo materno-filial (Tsuchida, 2009).

La lactancia materna como norma cultural de la alimentación del infante ha sufrido profundas transformaciones en los últimos años. En la primera mitad del siglo pasado el patrón fue uno tradicional, con una alta proporción de los infantes alimentados con leche materna por largos periodos de tiempo. Este comportamiento obedecía a una sociedad primordialmente agrícola y subdesarrollada, con grandes segmentos de la población carentes de educación formal y acceso a servicios médicos (Macías y otros, 2005).

Con la revolución industrial y la menor discriminación de la mujer en el ámbito político y laboral este patrón lastimosamente cambió, promoviendo patrones de alimentación inadecuados para los niños menores de dos años.

La lactancia materna es y será siempre la forma más segura y nutritiva de alimentar al bebé ya que proporciona todos los requerimientos que éste

necesita durante los primeros seis meses de vida, cuando es exclusiva y como complemento de la alimentación hasta los dos años de edad (ENSMI, 2009).

Es un hecho que desde el nacimiento hasta los dos años de edad la lactancia materna es una "ventana crítica" para promover la salud, el crecimiento óptimo y el desarrollo conductual. Así pues, durante esta época es fundamental la buena alimentación del lactante y del niño ó niña en edad preescolar. Significa entonces, retomar prácticas fundamentales de crianza y promocionar con las madres y personal en salud, que el inicio de la lactancia materna sea comprendido antes de la hora siguiente de haber dado a luz, adoptar la lactancia materna como método exclusivo de alimentación durante los seis primeros meses de vida del bebé, y a partir del sexto mes introducir alimentos continuando con la lactancia materna durante dos años.

Estudios realizados señalan que el no cumplir con las anteriores recomendaciones puede traer consecuencias a nivel intelectual, con la posibilidad de perder hasta cinco puntos de coeficiente intelectual (CI) en los niños, lo cual afecta su desarrollo a lo largo de la vida, además de la desprotección al padecimiento de enfermedades infectocontagiosas en la infancia y crónicas durante la vida adulta (Roses, 2002).

Es ampliamente conocido que la lactancia materna es una intervención antigua y eficaz ya que puede prevenir la malnutrición en la infancia y con ello mejorar las condiciones de Seguridad Alimentaria y Nutricional de una comunidad. Según la ENSMI<sup>2</sup> 2008-2009: "En Guatemala, el 96% de los niños y niñas menores de cinco años, recibió lactancia materna en algún momento" y cita que "en Escuintla 95.2% de niños y niñas menores de cinco años fueron lactados en algún momento". La problemática radica en que esta lactancia no se prolonga hasta los dos años como la recomendación lo indica y tampoco es exclusiva durante los seis primeros meses de vida; ésto afecta la morbi-mortalidad, el crecimiento y desarrollo (ENSMI, 2009).

En el presente estudio, se identificaron, analizaron e interpretaron, los conocimientos, actitudes y prácticas en las madres respecto al inicio, duración, intensidad y tipo de lactancia, con el fin de identificar las brechas que impiden una lactancia materna exitosa.

---

<sup>2</sup>ENSMI: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil

## **CAPÍTULO II MARCO REFERENCIAL**

### **2.1. Lactancia Materna**

Es un proceso único que consiste en alimentar al recién nacido con leche materna, contribuye al crecimiento y desarrollo saludable, es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales de los niños hasta los seis meses de edad, reduce la incidencia y gravedad de enfermedades infecciosas, disminuye la morbilidad y mortalidad infantil y rara vez causa problemas alérgicos (Escott, 2005).

La inmunoglobulina A secretora predominante en la leche materna, ayuda a proteger el tracto gastrointestinal del lactante, debido a que se unen al hierro y a la vitamina B<sub>12</sub>, inhabilitando los nutrientes para el crecimiento de los patógenos en el tracto gastrointestinal (Brown, 2006).

Además de proteger al lactante contra patógenos virales y bacterias, la leche materna ayuda a mejorar la respuesta inmune contra las enfermedades de la niñez y la edad adulta, además eleva la respuesta inmunitaria hacia el virus sincital respiratorio (VCR) una alteración respiratoria frecuente en los lactantes (Mahan & Escott, 2009).

La leche materna es el alimento natural producido por todos los mamíferos, cuyo propósito primordial es su uso para la alimentación o para amamantar al recién nacido. Ésta se considera generalmente la mejor fuente de nutrición para los niños, ya que contiene nutrientes necesarios para su desarrollo, es inocua habitualmente y genera el vínculo madre-hijo (Escott, 2005).

Para una mujer, el estrés fisiológico del hecho de lactar es incluso superior al del embarazo. La madre lactante, se refiere a la madre que está en periodo de

lactancia, consecuentemente esta madre tiene más necesidades dietéticas que durante el período del embarazo ya que tiene los propios requerimientos nutricionales más los de la lactancia (Ferrer, 2002).

**Inicio.** Este se marca desde el nacimiento del niño; debe ser al instante del nacimiento para estimular la producción láctea de la madre y conseguir de esta forma una lactancia materna exitosa (Alvarado, 1995).

Según la ENSMI 2008-2009, para Guatemala el inicio de la lactancia materna en la primera hora de nacidos es del 55% de los niños; lo que ha creado la necesidad de promover los hospitales amigos de la lactancia materna, con la finalidad de aumentar la producción de leche por parte de las madres y aumentar el porcentaje de niños que en la actualidad son amamantados de forma exclusiva durante los primeros seis meses, y lograr que se prolongue hasta los dos años.

La creación de los bancos de leche, los grupos de apoyo a la lactancia materna, hospitales amigos de la lactancia materna, sensibilización de los trabajadores en salud con respecto a la lactancia materna son estrategias que a nivel nacional están poniéndose en marcha para asegurar un inicio óptimo y adecuado de la lactancia velando con ello que los diez pasos claves de la lactancia materna se pongan en práctica dentro y fuera de las instituciones con la consejería adecuada (Osorno, 1998) (Anexo 1).

**Duración.** Según la ENSMI (Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil) 2008-2009, la duración de la lactancia materna, se define como la media en meses en que un niño menor de dos años de edad es lactado, independientemente del tipo de lactancia materna que haya recibido en este período de edad (ENSMI, 2009).

Como política sanitaria mundial tanto para los países desarrollados como en vías de desarrollo, se recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, seguida de una combinación de lactancia materna continua y una alimentación apropiada y adecuada con otros alimentos (Sguassero, 2008).

Mientras más se prolongue la lactancia materna, mayor será su efecto protector. La protección de la leche humana contra las enfermedades se extiende más allá de la primera infancia hasta la niñez y vida adulta (MSPAS, 2010).

**Intensidad.** Está tipificado como el número de veces al día que un niño se amamanta, este puede variar según la edad y tipo de lactancia materna que reciba (ENSMI, 2009).

Un menor de seis meses alimentado exclusivamente de leche materna tiene una mayor demanda de la misma, ésto cambia pasados los seis meses de vida, cuando la lactancia materna será complemento de la alimentación debido a la demanda de nutrientes y el crecimiento acelerado de los niños en esta edad (Brown, 2006).

### **2.1.1. Tipos de Lactancia Materna**

Según los indicadores de la Organización Mundial de la Salud –OMS- evaluados en la ENSMI (Encuesta de Salud Materno Infantil) 2008-2009, la lactancia materna puede ser exclusiva; cuando el niño es alimentado únicamente con pecho incluida la leche extraída), el criterio de que tome vitaminas, minerales o medicamentos, pero nada más.

La lactancia exclusiva se recomienda durante los primeros seis meses de vida del recién nacido debido a que es un alimento completo, expone al niño y niña a menores fuentes de infección y aumenta las probabilidades de

sobrevivencia del lactante. En Guatemala hasta el 2009, más de la mitad (58.1%) de los niños y niñas nacidos vivos recibió lactancia materna exclusiva y solamente 36.1% recibió esta lactancia hasta los seis meses de edad. Esta situación promueve la aparición de factores que pueden poner en peligro el crecimiento óptimo del niño y el padecimiento de una mayor cantidad de enfermedades que en algún momento pueden poner en riesgo su vida (ENSMI, 2009).

**Lactancia materna predominante.** Cuando se menciona la palabra predominante, se hace referencia al tipo de lactancia materna en donde el principal alimento para el bebé es la leche de la madre (incluida la leche extraída) y además líquidos no nutritivos (agua, agua endulzada, infusiones, solución oral, zumos), gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales). El criterio no permite que el niño tome cualquier otra cosa (en particular leche no humana o alimentos líquidos) (SlideShare, 2011).

**Lactancia completa.** Se define como la circunstancia de alimentar al lactante con leche y agua u otros líquidos, que incluye la lactancia materna exclusiva y la predominante (ENSMI, 1990)

**Alimentación complementaria ó lactancia materna parcial.** Se define como la alimentación a base de leche materna y alimentos sólidos o semisólidos. Cualquier comida o líquido incluido además de la leche materna (SlideShare, 2011).

Cuando la lactancia natural ya no basta para satisfacer las necesidades nutricionales del niño, es preciso añadir otros alimentos a su dieta. La alimentación complementaria cubre el período que va de los seis a los 24 meses de edad, intervalo en el que la salud del infante es todavía vulnerable (Brown, 2006).

La leche materna va cambiando de composición conforme el bebé cambia sus demandas nutricionales. Los tipos pueden clasificarse de la siguiente manera:

**Leche preparto.** Se define como la leche que la mamá forma durante la gestación cuya composición es de plasma, inmunoglobulinas, lactoferrina, cloro, sodio, suero-albúmina y una ínfima cantidad de lactosa (Liga de la Lactancia Materna, 2005).

**Leche pre término.** Se produce cuando un bebé es prematuro. La leche de su madre se denomina pre término y tiene mayor concentración de proteínas, menor concentración de lactosa y de lactoferrina, y una mayor concentración de Inmunoglobulina A, ideal para la digestión y crecimiento del recién nacido (Ferrer, 2002).

**Calostro.** Es producido hasta el tercer día aproximadamente con dos mililitros por mamada y aproximadamente 200 mililitros diarios. Su coloración es amarillenta por la presencia de Beta-Carotenos. Contiene además grasas, lactosa, proteínas (tres veces más que en la leche madura), Inmunoglobulina A, lactoferrina, macrófagos, entre otros elementos inmunológicos y nutricionales aún no descritos (Tsuchida, 2009).

**Leche de transición.** Hacia el día 15 posterior al parto existe un aumento brusco en volumen de leche hasta llegar a 700 ml de consumo diario, su composición va de calostro a leche madura (Tschuida, 2009).

**Leche madura.** Se produce a partir de la segunda o cuarta semana posterior al parto, su volumen se mantiene más estable iniciándose en 700 ml y llega gradualmente a 1000 o 1200 ml diarios. La leche madura se compone de: proteínas, minerales, carbohidratos, grasas, vitaminas y agua en 85% (Tschuida, 2009).

### 2.1.2. Características de la Leche Materna

La importancia de la lactancia materna se debe a los múltiples beneficios nutricionales, inmunológicos y psicológicos, que proporciona a los niños, niñas y a las madres, además de los aspectos sociales y económicos que se ven influenciados favorablemente en los hogares.

**Composición.** Al respecto, Almorta (1990) afirma que *“Los nutrientes que contiene la leche materna, son aprovechados al 100% en el organismo del bebé sí ésta se da exclusivamente durante los primeros seis meses según lo demande el bebé, no importando si es durante el día y la noche”*. Ya que la leche materna tiene el 88% de agua en los primeros cinco minutos de amamantar permite que al inicio el bebé calme su sed, además de poseer una baja concentración de solutos y es lo que la hace completa, segura y adecuada (Almorta, 1990) (Anexo 5).

**Valor nutritivo.** Se ha comprobado que la leche de las mujeres que lactan y tienen algún grado de desnutrición, aún a costa de sus reservas, proporciona al lactante las calorías, proteínas, vitaminas y minerales suficientes (Casanueva y otros, 2001; Tschuida, 2009).

Lo anterior indica que el patrón alimentario de la madre no influye en el contenido de macro nutrientes, calcio, fósforo, sodio, potasio y magnesio presentes en la leche que se proporciona al bebé, excepto en el tipo de ácidos grasos, que depende notablemente de la dieta materna. El yodo y selenio tiene relación estrecha no solo con la alimentación de la madre durante el período de lactancia sino también con el consumo de los mismos durante el embarazo (Alpers, 2003).

Una buena parte de las proteínas presentes en el calostro son las inmunoglobulinas, la lactoferrina, la lisozima, la lactoperoxidasa y el factor de

crecimiento *L. bifidus.*, estos componentes tan importantes tienen como función proteger al niño de la eventual agresión de agentes infecciosos y se encuentran presentes de igual forma en la leche madura en menor concentración (Tabla 1) (Casanueva y otros, 2001).

**Tabla 1.** Composición del Calostro y la leche madura

COMPOSICIÓN	CALOSTRO	LECHE MADURA
Energía (Kcal/dL)	60	75
Proteínas (g/dL)	4.7	1.5
Caseína	(3.2)	(1.1)
del suero	(1.5)	(0.4)
Lípidos (g/dL)	2.5	4.5
Lactosa (g/dL)	5.7	6.8

Fuente: Casanueva, 2001

Como se muestra en la tabla anterior, la lactosa es el principal carbohidrato presente en la leche materna e implica la mayor fuente energética (formada por disacárido de galactosa y glucosa); es de alta importancia para el desarrollo del sistema nervioso central del niño; permite el aprovechamiento del calcio y facilita la producción de heces blandas. Por ello el bebé que lacta no tiene problemas de estreñimiento como se ve en bebés que consumen leche artificial exclusivamente (Tschuida, 2009).

La composición de la leche de vaca aunque similar en nutrientes a la leche materna difiere en la cantidad en que estos se encuentran, es por ello que el uso de la leche de vaca ó fórmula infantil para alimentación normal de los lactantes solo está justificado cuando hay enfermedades infecciosas en la madre, especialmente el VIH/sida, tuberculosis, abandono o la muerte materna. La leche de vaca aporta en el primer semestre después del nacimiento una menor cantidad de vitamina E y ácido ascórbico que la leche humana, así como una cantidad excesiva de calcio, fósforo, sodio, cloro y potasio. Ambas leches tienen contenido bajo de vitamina D (probablemente por razones hepatoprotectoras del niño) (Alpers, 2003).

En la tabla 2 se compara la composición de la leche humana y la leche de vaca. Nótese que en este caso más no es mejor porque provoca una sobrecarga al sistema de digestión, absorción y utilización que a la larga puede ser dañino.

**Tabla 2.** Comparación de la leche humana y de vaca.

COMPOSICIÓN	LECHE HUMANA	LECHE DE VACA
Energía (Kcal/dL)	75.0 <sup>a</sup>	66.7 <sup>a</sup>
Proteínas (g/dL)	1.5	3.5
-Caseína	(1.1)	(2.9)
-del suero	(0.4)	(0.6)
Lípidos (g/dL)	4.5	3.7
Lactosa (g/dL)	6.8	4.9

Fuente: Casanueva, 2001

<sup>a</sup>Cálculo hecho a partir de los nutrimentos estimados. Adaptada de Fomon<sup>2</sup>

### 2.1.3. Fisiología de la lactancia materna

El crecimiento de la glándula mamaria durante la menarquía y el embarazo la prepara para la lactancia, debido a los cambios hormonales aumentan el tamaño de la mama, areola y pezón. En el embarazo, las hormonas aumentan significativamente los conductos y los alveolos determinando el crecimiento de la mama. Al final del embarazo, los lóbulos del sistema alveolar se desarrollan al máximo y se pueden liberar pequeñas cantidades de calostro, líquido lechoso y claro rico en anticuerpos, durante varias semanas antes de término y unos días después del parto (Mahan & Escott, 2009).

A partir del parto se produce una caída rápida de las concentraciones circulantes de estrógenos y progesterona acompañados por un incremento rápido de la secreción de prolactina y oxitocina estableciéndose de esta manera la etapa de producción abundante de leche. Es por ello que el cuerpo se adapta a esta producción láctea y la madre está en capacidad de alimentar a su bebé de forma exclusiva con leche materna (Mahan & Escott, 2009)

La producción láctea se inicia en el momento en el que la mujer da a luz y se incrementa en forma gradual según la demanda del bebé. Se recomienda que el neonato succione el pecho de la madre apenas unos minutos después de haber nacido; con ello se dispara la secreción hipofisiaria de oxitocina que favorece la retracción del útero y de prolactina que permite la producción de leche. Un bebé recién nacido sano está en la capacidad de succionar e inclusive buscar el pecho materno (Casanueva, et al. 2001).

Sin importar el tamaño de la glándula mamaria, en las mujeres bien alimentadas el estímulo más energético del niño al succionar el pecho da lugar a que al final de la cuarta semana del postparto produzcan entre 500 y 600 mililitros diarios de leche. Después del primer mes, el aumento gradual de la producción de leche llega a ser en promedio alrededor de 800 mililitros al día (Casanueva y otros, 2001).

Durante la lactancia, las mujeres experimentan beneficios hormonales, físicos y psicológicos; cuando suceden inmediatamente después del parto, aumentan las concentraciones de oxitocina, lo que estimula las contracciones del útero, reduce en gran medida el sangrado post parto de la madre y ayuda a que el útero regrese al tamaño que tenía antes del embarazo (Brown, 2006).

Después del nacimiento, el retorno de la fertilidad (a través de la ovulación mensual) se retrasa en la mayoría de las mujeres durante la lactancia, en particular con la lactancia exclusiva. Este retraso tiene la función de espaciar los embarazos en la mujer (Brown, 2006).

Además, las mujeres que lactan tienen menor riesgo de cáncer de mama y ovario (Macías y otros, 2005).

#### **2.1.4 Barreras en la lactancia materna**

Las barreras son aquellos aspectos que constituyen obstáculos para el logro de un fin. En este caso se ha identificado como aspectos socioculturales, educativos, condición económica, edad, entre otros como barreras que obstaculizan una lactancia materna exitosa. Al respecto, la literatura menciona que las madres por lactar, tienen vergüenza o rubor, restricciones de tiempo, preocupaciones en cuanto a la pérdida de libertad (en particular en mujeres que trabajan); poco apoyo de familia; falta de confianza; preocupaciones sobre la dieta y prácticas de salud.

En adolescentes, temor al dolor; insuficiente educación prenatal para la lactancia, apatía y desinformación del proveedor del cuidado a la salud. Además en ciertas ocasiones la capacitación inadecuada del proveedor de atención a la salud en el control de la lactancia materna y las políticas hospitalarias, no evidencian el apoyo a la lactancia materna.

La literatura refiere también como posibles barreras a una lactancia exitosa el egreso temprano del hospital; falta de consultas de seguimiento de rutina y domiciliarias después del parto; trabajo de la madre, en especial en ausencia de instalaciones adecuadas y apoyo para la lactancia en el lugar de trabajo.

La falta de apoyo social amplio; la presentación de la alimentación con biberón como la norma en los medios de comunicación también constituyen barreras que en algún momento limitan que la lactancia materna sea brindada exitosamente.

#### **2.1.5 Beneficios de la lactancia materna**

**Reducción de la morbilidad y mortalidad infantil.** En países con estadísticas elevadas de enfermedades infantiles (morbilidad) y muertes (índice

de mortalidad), sanidad deficiente y suministro dudoso de agua, la prevalencia de altas tasas de lactancia materna coadyuva a reducir dichos índices (Alpers, 2003).

La lactancia materna llega a reducir el riesgo de enfermedad celíaca, enfermedad intestinal inflamatoria y neuroblastoma, además interviene en la reducción del síndrome de muerte súbita infantil (SMSI). En cambio los sustitutos de la leche materna producen aumento del riesgo de alergia (30%) y enfermedad asmática (25%) (Brown, 2006).

Existe abundante evidencia que promover la lactancia materna, dar a conocer el papel fundamental que tiene en el crecimiento óptimo del bebé y su salud, reduce la prevalencia de enfermedades de la infancia (Mahan & Escott, 2009).

**Reducción de enfermedades crónicas no transmisibles.** Se ha puesto mucha importancia al papel de la lactancia materna frente a la prevención de la obesidad. Se ha evaluado dos estudios que indican que la lactancia natural puede reducir la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles en la vida adulta (entre ellas la diabetes tipo I y II), esto tiene relación directa con la forma y el tipo de alimentación que se recibe en la infancia, sobre todo en las poblaciones que no han sido amamantadas a lo largo de su niñez (Malacova y Cols, 2006).

## **2.2 Niño Lactante**

Se llama niño lactante al recién nacido que se encuentra en el período inicial de la vida extrauterina durante la cual se alimenta de leche materna. Comprende al niño mayor de 28 días de vida hasta los 2 años de edad. En este rango de edad, el lactante se desglosa como menor si se considera desde los

29 días de nacido, hasta los dos años y lactante mayor de los doce meses de edad, hasta los 24 meses de edad.

**Recién Nacido.** Etapa del ser humano que comprende desde el nacimiento hasta los 28 días de vida, el recién nacido puede ser neonato temprano si se considera al niño desde el nacimiento hasta los primeros siete días de vida. El neonato tardío, es el niño ubicado desde el octavo día desde el nacimiento hasta los 28 días.

Respecto a la hidratación de los recién nacidos, es importante mencionar que al momento de nacer si no existe alguna patología asociada, los niños nacen bien hidratados y se mantienen de esta manera si se amamantan exclusivamente día y noche durante los primeros seis meses de vida, aún en los climas más secos y cálidos. Sin embargo la práctica de dar agua los bebés durante los primeros seis meses (período en el que se recomienda la lactancia materna exclusiva), se practica en muchas partes del mundo, repercutiendo en funestas consecuencias nutricionales y de salud para los bebés sobretodo en los países en vías de desarrollo.

Como una de las principales consecuencias a esta mala práctica, se ha evidenciado que la población menor de dos años puede presentar bajo peso y talla de acuerdo a la edad a lo largo de su crecimiento, aun habiendo tenido un peso al nacer mayor a 2.5 kg debido al reemplazo del alimento ideal (leche materna) por agua ó infusiones (Almorta, 1990) (Anexo 4).

Es importante tomar en cuenta que los bebés, desde el nacimiento están en un período de crecimiento acelerado y necesitan un aumento progresivo en la producción de leche de su madre. Se sabe que para lograr este aumento, no debe alargarse las tomas, sino aumentar la frecuencia de las mismas, aunque estas sean de menor duración. Es por eso, que la primera toma de leche materna que el niño recibe luego del nacimiento, se considera fundamental para

estimular la producción de leche que la madre pueda llegar a tener en un futuro y poder así satisfacer a la demanda.

El comportamiento del niño cuando empieza a amamantarse responde a patrones de adaptación donde suelen mostrarse irritables, dan dos mamadas, sueltan el pecho de su madre, a la media hora maman nuevamente, y así sucesivamente. Esto suele durar dos días o tres; en este tiempo la madre aumenta su producción de modo que el niño solo, recupera la pauta previa a esta crisis (Almorta & Budinera, 1990).

Este hecho suele coincidir con períodos en los que, en virtud de la adaptación de la producción a la demanda, la madre ya no nota los pechos tensos, sino más blandos, lo que tiende a reforzar en su mente el mensaje “no tengo leche, el bebé se queda con hambre”. Es por ello que el inicio de la lactancia materna en la primera hora de nacido marca una diferencia significativa en cuanto a la producción de la leche que la madre pueda tener tras la estimulación inicial (Almorta & Budinera, 1990).

Los beneficios de la Lactancia Materna en los niños menores de seis meses son infinitos, pero los más documentados indican que los niños que la reciben tienen una menor incidencia de enfermedades de la piel y alergias alimentarias; disminuye la frecuencia de enfermedades infecciosas de la infancia, diarreas e infecciones respiratorias agudas -IRA-; disminuye la incidencia de asma entre otros, además de la posible función protectora frente a obesidad, diabetes, y enfermedades cardiovasculares.

Es importante recalcar que *“la leche humana es de calidad excepcional para la alimentación infantil específica de la especie”*. Todas las opciones de alimentación con sustitutos tienen características muy diferentes. De acuerdo con Mahan (2009) “el niño alimentado al seno materno es el modelo de referencia o normativo con el que deben medirse todos los métodos alternativos

de alimentación con respecto a crecimiento, salud, desarrollo y otros resultados” (Mahan, 2009, p. 184).

Según datos presentados en la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil –ENSMI-, en nuestro país 58.6% de los niños del área rural presentan desnutrición crónica y 34.3% en el área urbana, evidenciándose que aspectos como un período de hambruna prolongado<sup>3</sup>.

Para Guatemala, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil –ENSMI-, muestran que 55.6% de niños y niñas recibe lactancia materna exclusiva y siendo el período de vida en donde los lactantes reciben la mayor carga de protección proveniente de la leche materna, podría pensarse que el 44% restante tiene mayor probabilidad de padecer enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, hipertensión, entre otras en la edad adulta (ENSMI, 2009).

Además, el más grande período para la autorregulación de la ingesta de alimentos y programación metabólica temprana en la vida es en el momento de la lactancia exclusiva; por lo tanto la lactancia provee cerca de 20% de protección en contra de la obesidad.

Las tendencias documentadas acerca del sobrepeso en niños y la prevalencia cada vez mayor en obesidad (20% a nivel mundial), así como la inactividad, han centrado la atención del personal en salud sobre la obesidad infantil y las formas de cómo debe prevenirse. Estas tendencias plantean un precedente en términos de salud de los niños, así como los elevados costos para mantenerla en el presente y futuro. Esto ha llevado a la adopción de un enfoque distinto al tratamiento preventivo y las nuevas estrategias a adoptar.

---

<sup>3</sup> Tiempo que transcurre en el que la escasez de alimentos en el hogar puede ocasionar problemas de salud asociado a la baja o nula ingesta de los mismos.

Una de las estrategias, la más importante en cuanto a la prevención en salud para los niños y con la finalidad de reducir la obesidad en la adolescencia y el padecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles en la vida adulta (80% a nivel mundial y 12% para Guatemala), es la duración de la lactancia materna, la cual está inversamente asociada a reducir la obesidad en la infancia tardía, mediado por la leche materna y los factores fisiológicos de que está compuesta además del sin fin de bondades antes mencionadas, así como alimentación adecuada y crianza de los niños al seno materno, son patrones que se pretende sean adoptados como una buena práctica preventiva en salud (Gilman, 2004).

A medida que el niño lacta se eleva la concentración de proteína y de Inmunoglobulina A, esta última de acción antibiótica dado que el sistema digestivo del neonato no destruye las posibles bacterias patógenas. También se incrementará paulatinamente la concentración de lactoferrina y macrófagos (Hernández, 2001).

Se han demostrado los beneficios de la leche materna sobre la salud a corto y largo plazo en los recién nacidos, la disminución del riesgo de padecer infecciones y enfermedades crónicas y mayor desarrollo cognitivo. Con esto se refuerza que la leche humana es un alimento completo, complejo, vivo inimitable, que se adapta a las necesidades del lactante en las diferentes etapas del desarrollo y proporciona el aporte nutritivo necesario (Liga de la Lactancia Materna, 2005; SlideShare, 2011).

### **2.3 Consejería en Lactancia Materna**

La consejería a la madre nulípara o multípara es la clave para que el niño reciba una lactancia adecuada y oportuna. Las razones son múltiples, pero para la Salud Pública es la prevención de las enfermedades prevalentes de la

infancia (diarreas, infecciones respiratorias, desnutrición, etc.) (MSPAS, 2010) (Anexo 1).

La educación durante el embarazo permite que durante nueve meses la madre se informa y se convence de tener la capacidad de alimentar a su hijo con leche materna así como de la importancia que esto tiene, reduciéndose entonces las prácticas inadecuadas en la lactancia, se asegura de que la misma sea exitosa y de que el bebé reciba todos los beneficios que ésta le proporciona (Revista Chilena de Pediatría, 2007; Tsuchida, 2009).

El consejo de los trabajadores de salud también influye sobre el uso del agua en muchas comunidades y hospitales. Por ejemplo un estudio realizado en una ciudad de Ghana encontró que el 93% de las comadronas piensan que se debe dar agua a todos los recién nacidos desde su primer día de vida. En Egipto se ha evidenciado que el personal de enfermería recomienda a las madres que se de agua azucarada a los bebés después del parto (Almorta & Budinera 1990).

El Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional –PROSAN- del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala recomienda y vela porque los servicios de salud brinden consejería en lactancia materna haciendo énfasis en que la misma sea a libre demanda, día y noche, es decir alimentar cada vez que el niño quiera, sin un horario estricto. Insiste en que la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses se debe dar solamente pecho sin otro líquido adicional y continuada hasta los dos años o más junto con alimentación complementaria (MSPAS, 2010).

Las normas para realizar consejería en la lactancia materna están definidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala -MSPAS-. Para capacitar en la norma para lactantes (de 28 días a un año) y la norma para neonato (desde el nacimiento a los 28 días), se estableció un curso llamado

“taller de inducción al nuevo personal del ministerio del MSPAS”. Este curso es impartido por el Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional -PROSAN-, con el objetivo de proporcionar las herramientas necesarias al personal de salud para detectar problemas y fomentar la lactancia materna exclusiva y continuada (Osorno, 1998).

El conocimiento de cómo funciona la lactancia materna y de la importancia que esta tiene como marcador de impacto para la salud tanto de la madre como del bebé y la prevención en las diarreas en los menores de dos años, es la finalidad de la capacitación y correcta consejería que debe brindarse a las madres en servicios de salud.

Las prácticas de atención de salud pueden tener un efecto muy grande sobre la lactancia materna. Las prácticas inadecuadas interfieren con la lactancia materna y contribuyen a diseminar la alimentación artificial. Las buenas prácticas apoyan la lactancia materna y hacen que sea más probable que las madres amamenten exitosamente y continúen haciéndolo durante un tiempo más largo (Osorno, 1998).

Los grupos de apoyo a la lactancia materna, proveen una oportunidad para que las madres conversen, aprendan y vean a otras madres relacionarse con sus hijos. El Ministerio de Salud ha elaborado la metodología de abordaje y seguimiento para que en cada una de las reuniones grupales, las mujeres reciben el apoyo de madre a madre, lo cual ha demostrado ser una de las claves en la implementación de esta estrategia para aprender el arte de amamantar (Liga de la Lactancia Materna, 2005).

Como parte de la estrategia anterior, se realiza la formación de los líderes en cada uno de los grupos, con la finalidad de asegurar la sensibilización adecuada de las madres frente a la lactancia materna, aún más importante que esto, es que las madres tienen la oportunidad de observar a otras mamás

amamantando a sus hijos y relacionándose con sus bebés (Liga de la Lactancia Materna, 2005).

Es importante enfatizar en la necesidad de intervenciones e iniciativas que promuevan la lactancia materna a nivel comunitario para minimizar el riesgo de enfermar entre los niños menores de un año de edad. Una razón de peso para la elevada tasa de mortalidad en niños de esa edad en los países en desarrollo es el descenso en la frecuencia y duración del amamantamiento. En contraste, los expertos señalan que el método más eficaz para otorgar al recién nacido una buena nutrición y protegerlo de las infecciones es la lactancia materna como práctica exclusiva durante la infancia.

Datos presentados en la encuesta nacional de salud materno infantil – ENSMI-, muestran que los hijos de madres guatemaltecas reciben lactancia materna exclusiva con una duración promedio de 1.1 meses, la duración promedio del tiempo de lactancia en sus diferentes formas o tipos, es de 18 meses. La intensidad con la que un niño menor de seis meses es amamantado, se midió por el número de veces que recibió pecho (seis ó más veces) en las últimas 24 horas. Para el departamento de Escuintla la intensidad documentada es del 70.51%. Esto quiere decir que un 30% de la población infantil amamantada no recibe la cantidad adecuada. Es por ello que la consejería oportuna y adecuada que pueda brindarse a las madres en los centros asistenciales, puede ser la diferencia entre una buena o mala práctica respecto a la lactancia materna, su intensidad, duración y tipo (ENSMI, 2009).

Finalmente, es preciso resaltar que una educación adecuada a las madres con respecto a buenas prácticas durante la lactancia materna, aumentará las probabilidades de una lactancia materna exitosa.

## 2.4 Antecedentes

Estudios realizados con el fin de conocer el porqué de la creencia de dar agua a los lactantes menores de seis meses en las áreas peri-urbanas de Lima, Perú, comunidades de Gambia, las Filipinas, Egipto y Guatemala demostraron que 83% de los bebés recibían agua durante el primer mes de vida. De ellos más de la mitad recibe agua azucarada (60%) y/o algún tipo de infusión. Las razones por las cuales las madres indicaron es recomendable dar agua a los niños varía según las culturas y el lugar en donde viven; evidenciándose la creencia que tienen las madres de “que es necesaria para la vida, quita la sed, alivia el dolor (causado por cólico y estreñimiento), previene y combate el catarro, el estreñimiento y los tranquiliza” (Almorta, 1990).

Dependiendo de la temperatura y la humedad del medio ambiente, el peso y nivel de actividad de los bebés, el requerimiento diario de líquidos cuando están sanos, varía entre 80-100 ml/kg de peso durante la primera semana de vida y entre 140-160 ml/Kg para bebés que están entre los tres y los seis meses. Sin embargo estudios sobre la composición de la leche de la madre han demostrado que la misma está provista de la cantidad necesaria de líquidos para calmar la sed del bebé, en los primeros cinco minutos luego del inicio de la mamada (Almorta, 1990).

Otros estudios realizados a cerca de la importancia y los beneficios que aporta la lactancia materna al recién nacido, fue llevado por Brown en el 2006, en donde muestra en su estudio basado en el sistema inmune, uno de los hallazgos más importantes en relación a la leche materna. En él se describe la relación que tiene la lactancia materna y su *función protectora contra infecciones*, debido al incremento de componentes celulares inmunológicos (*linfocitos T y B, neutrófilos, macrófagos y Células epiteliales*) recibidos en cada una de las tomas, presentándose en mayor cantidad el calostro y en la leche materna madura (Brown, 2006).

## **2.5 Intervenciones e iniciativas**

En abril del 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS) difundió los nuevos estándares de crecimiento para niños menores de cinco años, los cuales fueron desarrollados a partir del Estudio Multicéntrico para los Estándares de Crecimiento (MGRS), que fue el resultado de observaciones en el crecimiento de lactantes alimentados con leche materna y la manera en que crece el niño cuando las condiciones de nutrición y de cuidado a su salud permiten que alcance su potencial genético de crecimiento. La relevancia de este estudio es que ahora, para el control de crecimiento físico no se usan como referencia niños alimentados con fórmula (como lo indica el censo del patrón de NCHS que se utilizaba en Guatemala) sino que la base para medirles son niños alimentados con leche materna (Roses, 2002).

A continuación se describen las intervenciones más utilizadas a nivel mundial en la promoción de la lactancia materna exitosa. Entre ellas se puede mencionar: la consejería adecuada y oportuna, hospitales amigos de la lactancia materna, grupos de apoyo a la lactancia materna. Puede mencionarse entonces los diez pasos clave a seguir para dar una consejería adecuada en cada una de las intervenciones.

### **DIEZ PASOS PARA UNA LACTANCIA EXITOSA**

1. Disponer de una política escrita relativa a la lactancia que en forma sistemática se ponga en conocimiento de todo el personal de salud.
2. Capacitar a todo el personal del hospital de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia y la forma de ponerlo en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia dentro de la media hora siguiente al parto.

5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia, incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.
7. Facilitar la habitación conjunta de madre y niño las 24 horas.
8. Fomentar la lactancia a libre demanda.
9. No dar chupetes a los niños amamantados.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a la salida del hospital.

## 2.6 Hospitales Amigos de la Lactancia Materna

En 1989 la Organización Mundial de la Salud -OMS- y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia -UNICEF- lanzaron una declaración conjunta llamada *Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural*. Esta declaración describe cómo los servicios de maternidad pueden apoyar a la lactancia materna. “Los diez pasos” son un resumen de las principales recomendaciones de esta declaración conjunta. Estos pasos, son la base de la “Iniciativa de los Hospitales Amigos del Niño”, en donde se pretende que todo el personal de salud del primero, segundo y tercer nivel de atención en salud en donde haya maternidades, estén sensibilizados y sean quienes velen porque estos diez pasos se cumplan a cabalidad.

En 1991, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF<sup>3</sup> adoptaron la iniciativa Hospitales Amigos del Niño (***Baby\_Friendly Hospital Initiative-BFHI-***), en un esfuerzo mundial para aumentar la incidencia y duración de la lactancia natural. Para convertirse entonces en amigo de la lactancia, los hospitales deben contar con un comité de revisión externo que implante los “Diez pasos para el éxito de la lactancia natural”, una directriz para el seguimiento de la madre y el lactante en el hospital (Mahan & Escott, 2008).

Diversos autores coinciden en los 10 pasos que cualquier instancia de salud debe seguir para acreditarse como institución amiga de la lactancia materna:

1. Redactar por escrito una política de lactancia natural que se difunda sistemáticamente entre el personal sanitario.
2. Formar al personal sanitario en las habilidades necesarias para implantar esta política.
3. Informar a todas las mujeres gestantes de los efectos beneficiosos y del control de la lactancia natural.
4. Ayudar a la madre a iniciar la lactancia natural en la media hora siguiente del parto.
5. Mostrar a las madres como se da el pecho y como se mantiene la lactancia, incluso si se separan de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea la leche materna, a menos que esté medicamente indicado.
7. Practicar el uso de habitaciones compartidas. Permitir que las madres y los lactantes permanezcan juntos las 24 horas del día.
8. Alentar la lactancia natural a demanda
9. No usar pezones artificiales ni chupetes (también llamados chupones o pacificadores) en los niños que reciben lactancia natural.
10. Favorecer la creación de grupos de apoyo de la lactancia natural y derivar las madres a ello en el momento del alta del hospital o la consulta (Macías y otros, 2005).

## **CAPÍTULO III JUSTIFICACIÓN**

La lactancia materna es una de las intervenciones más eficaces que puede prevenir la malnutrición en la infancia y mejorar las condiciones de Seguridad Alimentaria y Nutricional de una comunidad. Esto, debido a la importancia que una buena práctica de la misma tiene para los menores de seis meses y el sin fin de beneficios comprobados científicamente que aporta para los niños menores de dos años. La lactancia materna es una herramienta que en países que presentan altos índices de Inseguridad Alimentaria y Nutricional (INSAN), debe practicarse de manera responsable y consciente en cuanto al inicio, tipo, duración, e intensidad; ya que estos son factores determinantes para el desarrollo óptimo de los niños en período rápido de crecimiento (ENSMI, 2009; Parrilla, 1999).

Según datos reflejados en la ENSMI, Guatemala tiene un porcentaje alto de infantes que alguna vez lactaron, siendo 96% para el país. Sin embargo, existen muchos factores que impiden que esta lactancia sea exitosa y prolongada, influyendo en la aparición la desnutrición aguda y crónica del infante.

En el departamento de Escuintla según ENSMI 2008-2009, 41.03% de niños menores de 24 meses reciben lactancia materna exclusiva; por esta razón se consideró importante indagar sobre los factores que interfieren en el inicio, duración, intensidad y tipo de la lactancia materna debido a los conocimientos, actitudes y prácticas que las madres tienen con respecto a la misma. Esta información podrá utilizarse como herramienta para el diseño de estrategias en los servicios de salud, que beneficien a la población menor de dos años (ENSMI, 2009).

Los resultados de esta investigación contribuirán sustancialmente a identificar posibles puntos de acción en los servicios de salud para orientar sobre el problema de la desnutrición infantil del país.

## **CAPÍTULO IV OBJETIVOS**

### **4.1 General**

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que influyen el inicio, duración, intensidad y tipo de la lactancia materna en infantes menores de 24 meses, del departamento de Escuintla.

### **4.2 Específicos**

4.2.1 Identificar los conocimientos sobre lactancia materna que poseen las madres y cómo influyen en el inicio, duración, intensidad y tipo de lactancia materna que reciben los menores de dos años.

4.2.2 Identificar las actitudes que las madres tienen respecto a la lactancia materna y la influencia de las mismas en el inicio, duración, intensidad y tipo de lactancia materna que reciben los menores de dos años.

4.2.3 Describir las prácticas en lactancia materna de las madres de los niños menores de 24 meses del departamento de Escuintla.

4.2.4 Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres al inicio de la alimentación complementaria en los menores de 24 meses.

## **CAPÍTULO V MATERIALES Y MÉTODOS**

### **5.1 Universo (Población)**

Madres lactantes de niños menores de 24 meses que visitaron los Centros de Salud de los 13 Municipios del Departamento de Escuintla.

### **5.2 Muestra**

78 madres de niños menores de dos años que estén lactando y que visitan los Centros de Salud de los 13 Municipios del Departamento de Escuintla durante los meses de enero y febrero de 2012.

### **5.3 Diseño de la Investigación**

Ground Theory dice que: La investigación etnográfica se observó desde varias perspectivas, que fueron desde entenderla como una técnica de observación, hasta concebirla como un método en el que el observador desarrolla una hipótesis que surgen de la realidad. En este estudio, se tomó como referencia el pensamiento planteado por Gramsci, ya que se consideró de suma importancia el conocimiento de los conceptos y de las relaciones culturales que en algún momento pudieron influir en la lactancia materna (Martingnon, 2008; UNICEF, 2003, Relaciones Culturales y Lactancia Materna).

La investigación se realizó tomando en cuenta todos los parámetros y características de una investigación cualitativa etnográfica, ya que se orientó al estudio de un fenómeno social (la lactancia materna), que tuvo como finalidad describir y comprender los conocimientos actitudes y prácticas que pudieron influenciar en algún momento en el inicio, duración, intensidad y tipo de

lactancia materna que reciben y/o recibieron los menores de dos años (Martingnon, 2008).

#### **5.4 Tipo de estudio**

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, en el que se tuvo como objetivo identificar los conocimientos, actitudes y prácticas que las madres tienen con respecto a la lactancia materna.

Se realizó una investigación cualitativa etnográfica, retrospectiva, transversal, en la que se tuvo como objetivo determinar los factores que influyen en el inicio, duración, intensidad y tipo de la lactancia materna en menores de dos años del Departamento de Escuintla; se tomó en cuenta cada una de las causas y los efectos que encierran los conocimientos, actitudes y prácticas que las madres tienen frente a la lactancia y que pudieron ser determinantes para la misma (Martingnon, 2008).

#### **5.5 Criterios de inclusión y exclusión de la muestra**

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

Residencia en cualquier municipio de Escuintla.

Asistencia a los servicios de salud del primero y segundo nivel de atención.

Que las mujeres participantes tuviesen un hijo menor de dos años.

Asistencia una vez al mes al control de crecimiento físico.

Madres de 15 a 49 años.

Criterios de exclusión:

Personas que cubra la extensión de cobertura

Mujeres con Tuberculosis, VIH o cáncer diagnosticado

Mujeres que no dieran lactancia

## **5.6 Metodología**

### **5.6.1 Para la Selección de muestra**

Para el 2010 la población menor de dos años del departamento de Escuintla que recibió lactancia materna en algún momento fue de 53.3%; utilizándose como referencia para determinar la muestra, la población menor de dos años que para el 2011 fue de 51,141.

Se asumió una madre por cada niño para poder determinar la muestra. Se utilizó 90% de nivel de confianza, con un grado de error máximo aceptable del 10% ya que variaciones superiores a este porcentaje reducirían la validez de la información que se obtuvo para poder definir cuáles fueron los conocimientos, actitudes y prácticas determinantes de la lactancia materna en este grupo de edad (ENSMI, 2009).

Con base en estos cálculos se determinó una muestra de 78 madres para la entrevista. Se incluyeron aquellas madres atendidas frecuentemente en los servicios de salud del primer nivel de atención (Centros de Salud) de los trece municipios que conforman el departamento de Escuintla, quedando una población de 6 madres por cada uno de los centros de salud del departamento. (Anexo 8).

### **5.6.2 Para la elaboración y validación del instrumento de recolección de datos**

Se buscó realizar un planteamiento de los factores que pudieron en su momento facilitar o dificultar el desarrollo del comportamiento deseable en cuanto a inicio, duración, intensidad y frecuencia de la lactancia materna de acuerdo a la cultura local. Luego de este análisis se diseñó el instrumento para realizar la entrevista. Otros aspectos que se indagó con el cuestionario fueron conocimientos, creencias, habilidades, normas sociales y percepciones de los individuos acerca de los factores que influyen en sus prácticas.

La validación del instrumento de recolección de datos se realizó utilizando la técnica de grupo focal, la entrevista previamente formulada fue aplicada a 15 madres que visitaron el centro de salud de Escuintla y que cumplían con los requisitos establecidos anteriormente; a efecto de realizar las modificaciones necesarias previas a la recolección de los datos. Esta población utilizada como grupo focal no fue tomada en cuenta para la investigación, únicamente se incluyeron en la validación del instrumento (Fernández, 1997).

### **5.6.3. Para la Recolección de datos**

Para la recolección de los datos, se aplicó la entrevista estructurada, con el objetivo de poder identificar los distintos conocimientos, actitudes y prácticas que las madres pertenecientes a la muestra (seis de cada uno de los municipios del departamento) tenían con respecto a la lactancia materna. Cada uno de los ítems fueron validados a través de la metodología o técnica de grupo focal y posteriormente aplicados a las 78 madres distribuidas entre los 13 municipios que pertenecen al departamento de Escuintla (Anexo 8).

La información fue recolectada en el periodo de enero y febrero del año 2012.

### **5.6.4 Para la tabulación de datos**

Los resultados obtenidos de la entrevista se analizaron en base a los conocimientos, actitudes y prácticas.

Los datos recopilados por medio de las entrevistas, fueron tabulados electrónicamente en Excel, utilizando estadística descriptiva, frecuencia absoluta.

### **5.6.5 Análisis de la Información**

Los datos obtenidos fueron consolidados electrónicamente, agrupados por categorías de análisis y presentados en forma de tablas y gráficas. Se analizaron aquellas categorías cuyas variables de estudio permitieran dar respuesta a los objetivos planteados, para la presentación descriptiva de la información recopilada.

Se realizó el análisis descriptivo utilizando como proceso de medición de variables la escala nominal, en la que se ajustaron los datos por categorías aunque estas no mantuvieron relación entre sí (Fernández, 1997).

Para las variables categóricas (estado civil, sexo, etc.) se necesitó conocer el total de cada una de las categorías, reflejado en una tabla de frecuencias (Ajamil, 2009). Los datos numéricos recolectados en la entrevista aplicada a la muestra se analizó por medio estadística descriptiva.

El análisis global de los conocimientos, actitudes y prácticas -CAP- obtenidos a través de las respuestas proporcionadas por las madres que participaron en el estudio y la manera cómo influyen estos en el inicio, duración, intensidad y tipo de lactancia materna que reciben los menores de dos años del Departamento de Escuintla, así como la forma en que los conocimientos, actitudes y prácticas influyen en la adopción de buenas o malas prácticas sobre la lactancia materna, se realizó por medio de la técnica narrativa.

## **CAPÍTULO VI RESULTADOS**

### **6.1 Características de la Población**

En el cuadro 1 y gráfica No. 1 se presentan las características generales de la población estudiada, la distribución por rangos de edad, estado civil, grado de escolaridad, situación laboral y lugar de atención al parto de las madres en estudio.

Más de la mitad de la población (56.41%) de las madres están ubicadas en el grupo de edad < de 24 años. Con respecto al estado civil actual, el 60.26% de las madres manifestaron estar únicamente unidas; en lo relacionado a nivel de educación formal, la minoría de ellas (6.41%) no estudió.

En cuanto a tipo de actividades que realizan, el 84.62% de las mujeres seleccionadas que lactan a niños menores de dos años, del departamento de Escuintla se dedican a las tareas del hogar, evidenciándose con los datos obtenidos que solamente 15.38% trabajan en relación de dependencia.

En cuanto a las condiciones de atención al parto, la mayoría (88.46%) recibió atención en alguna institución de salud, según lo evidenciado solamente un pequeño grupo de la población recibe la atención del parto en sus casas (11.54%)

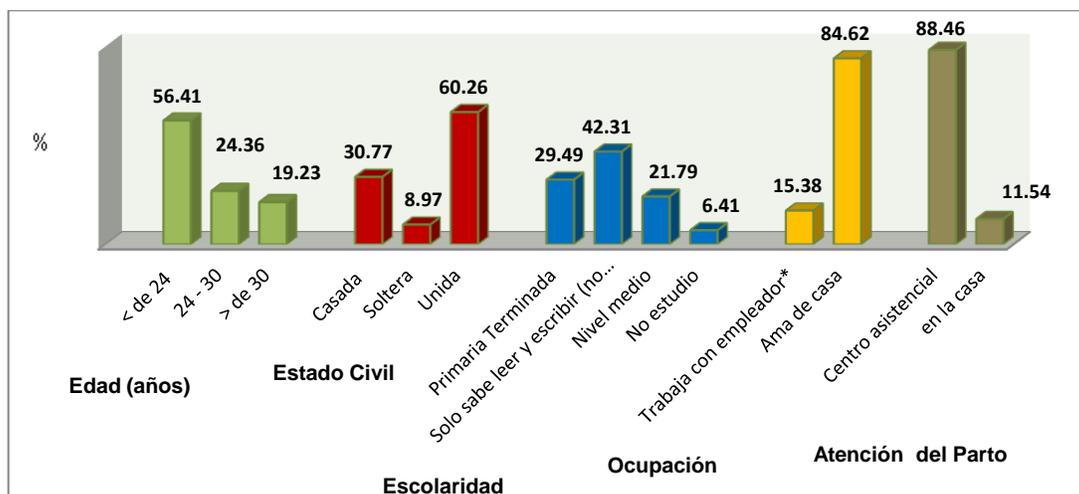
**Cuadro 1.** Características socioeconómicas de la población en estudio. Escuintla, enero 2012.

Características de la Madre	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Edad (años)</b>		
De 15 a < de 24	44	56.41
24 – 30	19	24.36
> de 30	15	19.23
<b>Estado Civil</b>		
Casada	24	30.77
Soltera	7	8.97
Unida	47	60.26
<b>Escolaridad</b>		
Primaria Terminada	23	29.49
Solo sabe leer y escribir (no terminó el nivel primario)	33	42.31
Nivel medio	17	21.79
No estudio	5	6.41
<b>Ocupación</b>		
Trabaja con empleador*	12	15.38
Ama de casa	66	84.62
<b>Atención del parto</b>		
Centro asistencial	69	88.46
En la casa	9	11.54

Fuente: resultados del estudio

\* Mujeres que trabajan fuera del hogar y que reciben un salario por el trabajo realizado

**Gráfica 1.** Características socioeconómicas de la población en estudio. Escuintla, enero 2012.



Fuente: resultados del estudio

## 6.2. Conocimientos con respecto a la lactancia materna

Tal como se presenta en el cuadro No. 2, todas las madres en estudio tienen algún conocimiento acerca de la lactancia materna, en cuanto al conocimiento sobre las propiedades que ésta tiene más de la mitad de la población en estudio sabe de alguna (73.08%), casi un tercio de las madres entrevistadas manifestó no conocer ni haber sido informadas en algún momento sobre las propiedades que tiene la lactancia materna en beneficio de sus hijos (26.92%).

**Cuadro 2.** Nivel de conocimiento de las madres respecto a la lactancia materna. Escuintla, enero 2012.

<b>Categoría de Análisis</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Importancia de dar lactancia materna <sup>1</sup>	78	100
Propiedades de la lactancia materna <sup>2</sup>	57	73.08
No sabe ó no se dio ninguna información <sup>3</sup>	21	26.92

Fuente: resultados del estudio

<sup>1</sup> Las madres tienen el conocimiento y comprenden el porqué es importante dar lactancia

<sup>2</sup> Las madres conocen que la lactancia materna ayuda al niño a mantenerse más saludable

<sup>3</sup> Madres que desconocen la importancia y cuáles son las razones por las que debe darse lactancia materna oportuna y adecuada.

Con respecto a las actitudes y creencias de las madres con respecto a la lactancia materna, el 100% es positiva en cuanto la concepción de la leche materna como el mejor alimento para el niño, un alimento completo, ayuda a prevenir enfermedades, protege de infecciones, es económica entre otras, tal como se muestra en el cuadro No. 3.

### 6.3 Actitudes con respecto a la lactancia materna

**Cuadro 3.** Actitudes con respecto a la lactancia materna. Escuintla, enero 2012.

Actitudes	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Creencias</b>		
Creencia Positiva <sup>1</sup>	78	100
<b>Edad en la que se cree debe darse solo lactancia</b>		
4 meses	30	38.46
6 meses	38	48.72
9 meses	10	12.82
<b>Exclusividad</b>		
Lactancia Materna <sup>2</sup>	64	82.05
Utiliza fórmula <sup>3</sup>	14	17.95
<b>Lactancia Predominante (debe darse agua para calmar la sed)</b>		
Creencia negativa	41	53
Creencia positiva	37	47

Fuente: resultados del estudio

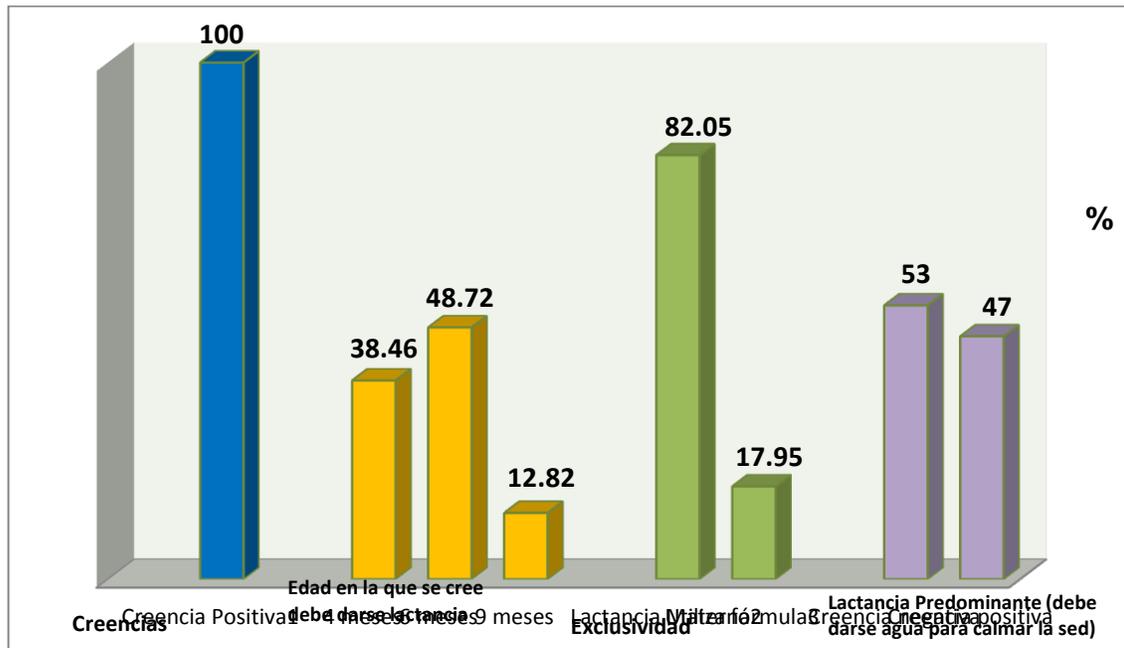
<sup>1</sup> Creencia que además de ser el mejor alimento, previene enfermedades

<sup>2</sup> Es económica, completa y protege al bebé de enfermedades

<sup>3</sup> No hay diferencia. El precio es la única diferencia.

El total de las madres que participó en el estudio tienen una actitud positiva frente a la lactancia materna, tal como se muestra en la gráfica No.2. Más de la mitad de la población tiene la creencia de que ésta debe darse de forma exclusiva (82.05%) reflejándose una buena actitud para la misma, sin embargo una gran parte de la población (53%) cree que debe dar agua además de la lactancia que el niño recibe para poder calmar la sed.

**Gráfica 2.** Actitudes con respecto a la lactancia materna. Escuintla, enero 2012.



Fuente: resultados del estudio

#### 6.4. Prácticas sobre lactancia materna

En cuanto a las prácticas con respecto a la lactancia materna, las madres en estudio evidenciaron que una de las razones para darla es principalmente porque la valoran como el mejor alimento, le da defensas contra las enfermedades y debe darse por lo menos durante dos años. Estas y otras opiniones se presentan en el siguiente cuadro (cuadro No. 4).

**Cuadro 4.** Prácticas en lactancia materna. Escuintla, enero 2012

Prácticas	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Dan el calostro (la leche que la madre produce los primeros días luego del parto)</b>		
La da porque es buena y crea defensas	72	92.31
No Acostumbra dar la primera leche	6	7.69
<b>Inicio de la lactancia materna</b>		
Dentro de la primera hora de nacido (3)	56	71.79
Durante el primer día (3)	16	20.51
No dio lactancia	6	7.69
<b>Edad a la que se considera prolongar la lactancia materna</b>		
2 años	100	100
<b>Tiempo acostumbrado para dar lactancia (por cada seno)</b>		
15 minutos – ½ hora	57	73.08
45 minutos – 1 hora	14	17.94
Menos de 15 minutos	7	8.97
<b>Tipo de lactancia que se dio/da al bebé es sus primeros 6 meses</b>		
Lactancia Materna exclusiva (1)	32	41.03
Lactancia predominante (2)	23	29.49
Lactancia y *alimentos	18	23.08
No dio lactancia materna	5	6.41
Continuada (20-24 meses)	78	100
<b>Utilización de infusiones (tés) para calmar la sed</b>		
Agua y/o infusiones (anáis o cebada)	35	44.87
No dan ninguna infusión	43	55.13
<b>No. de veces en el día que las madres dan de mamar al bebé</b>		
6 - 10 veces	23	29.48
Libre demanda	55	70.51

Fuente: resultados del estudio

<sup>1</sup> Solo pecho

<sup>2</sup> Pecho y agua o pecho y otros líquidos

<sup>3</sup> Empezó a lactar

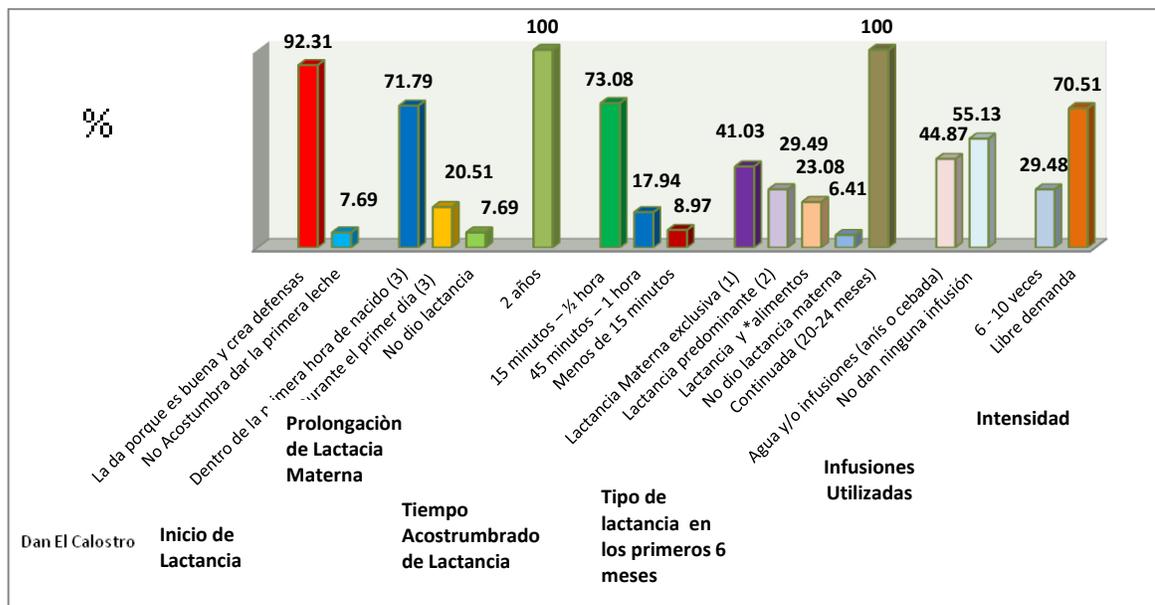
\* Verduras y caldos, frutas y verduras, tortilla desecha en algún caldo

En cuanto al momento de inicio de la lactancia materna, tal como se muestra en el cuadro No. 4, más de la mitad de las madres inició la lactancia materna durante la primera hora luego del nacimiento del bebé; las madres en estudio manifestaron dedicar el tiempo para lactar estimado de 15 minutos a ½ hora (73.08%) de cada seno; también indicaron que el lactante recibe leche no solo

para calmar su sed (primeros cinco minutos de su amamantamiento) sino también para nutrirse.

El 41.03% de la población en estudio da lactancia de forma exclusiva en los primeros seis meses de vida del bebé y el 29.49% da lactancia materna predominante, lo que indica que de las 78 madres, 23 dan lactancia materna más agua u otros líquidos. Con respecto al calostro, el 92.31% de la población en estudio manifestó que es bueno, crea defensas y por lo tanto acostumbra a darlo; el 70.51% de las mismas lacta a libre demanda (más de 10 veces en el día).

**Gráfica 3.** Prácticas en lactancia materna. Escuintla, enero 2012.



Fuente: resultados de estudio.

## 6.5 Inicio de la alimentación complementaria

**Cuadro 5.** Conocimientos, actitudes y prácticas en el inicio de la alimentación complementaria. Escuintla, enero 2012.

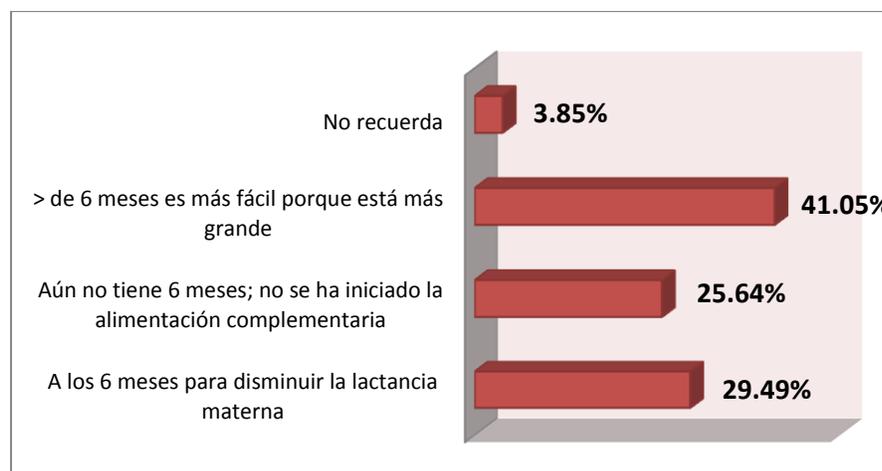
Prácticas	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Edad del bebé en la que las madres inician alimentación complementaria</b>		
A los 6 meses para disminuir la lactancia materna	23	29.49
Aún no tiene 6 meses; no ha iniciado la alimentación complementaria	20	25.64
> de 6 meses es más fácil porque está más grande	32	41.05
No recuerda	3	3.85
<b>Alimentos con que se inició o se iniciará la alimentación complementaria</b>		
*Papillas hechas en casa (se adiciona consomé)	38	48.72
Solo frutas y verduras	1	1.28
Otros (sopas de sobre instantáneas ó come lo mismo que el resto de la familia)	39	50

Fuente: resultados de estudio.

\*caldo de frijol con arroz, caldo de frijol o caldo de pollo con tortilla o papa

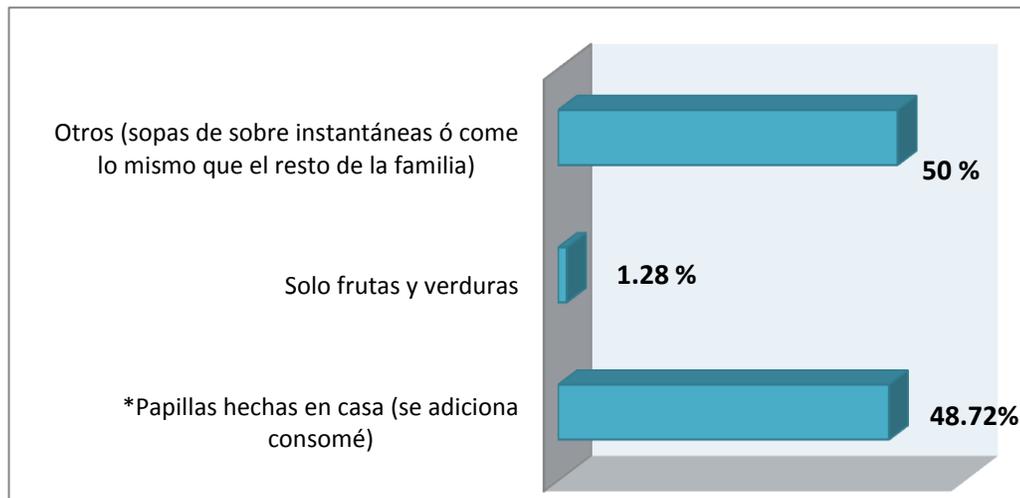
Según los resultados del estudio, 29.49% de las madres inician la alimentación complementaria a los seis meses, 48.72% inicia la alimentación cuando el niño cumple los 6 meses, con papillas hechas en casa. Sin embargo 50 % de la población evidenció tener una mala práctica en el inicio de la alimentación complementaria según los alimentos que describió dar al inicio de la misma (Gráficas No. 4 y 5).

**Gráfica 4.** Edad de inicio de la alimentación complementaria. Escuintla, enero 2012.



Fuente: resultados del estudio

**Gráfica 5.** Alimentación Complementaria. Escuintla, enero 2012.



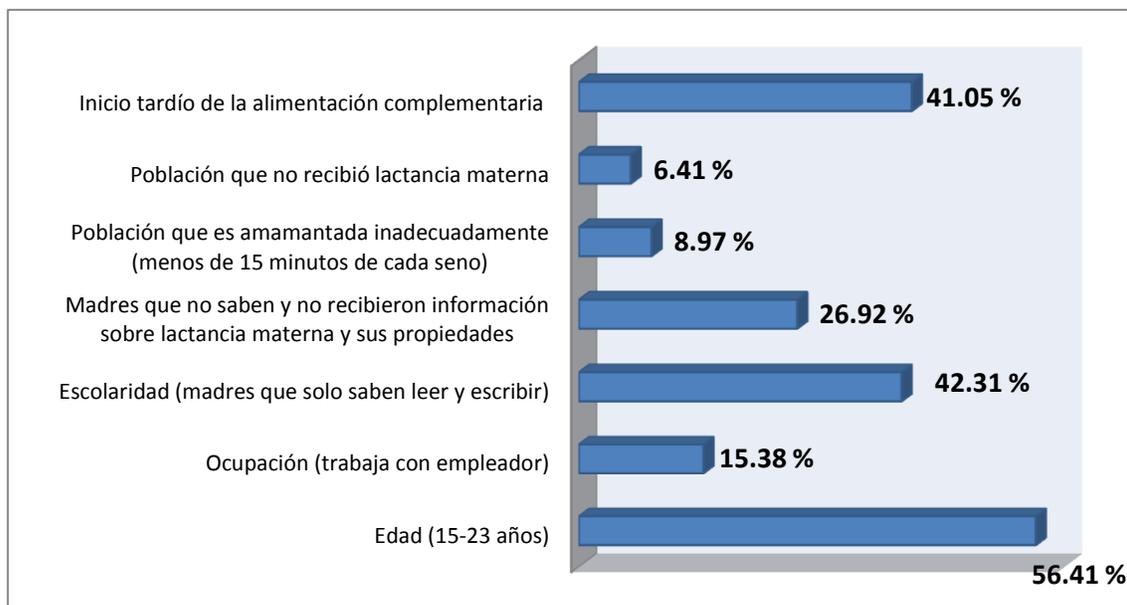
Fuente: resultados del estudio

## 6.6 Factores negativos que afectan una lactancia materna exitosa

Con respecto a los factores negativos que inciden en las buenas prácticas de lactancia materna, los resultados del estudio evidencian que un alto porcentaje inician en forma tardía la alimentación complementaria y no cuentan con información suficiente sobre cuáles son los más recomendables.

Se evidencia también la presencia de prácticas inadecuadas en cuanto al tiempo, pues un 8.97% dan menos de 15 minutos por pecho, la edad, bajo nivel de escolaridad, problemas de trabajo fuera de casa, entre otros, tal como se muestra en la gráfica No.6.

**Gráfica 6.** Factores negativos que inciden en las buenas prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria. Escuintla, enero 2012.



Fuente: resultados del estudio

## **CAPÍTULO VII DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

Es un hecho que desde el nacimiento hasta los dos años de edad, la población en crecimiento se considera dentro de la "ventana crítica" para la salud, ya que es en este período de tiempo en donde el crecimiento óptimo y el desarrollo conductual de las/os niños puede influir en el estado de salud o enfermedad en años posteriores, así como también en su desarrollo dentro de la sociedad. Durante este período de crecimiento es esencial la buena alimentación del recién nacido y niño lactante, significa entonces, que la lactancia materna juega un papel crucial en esta población.

Es por ello que la utilización de prácticas adecuadas de crianza y promoción dirigida a las madres y personal en salud, para lograr conocimientos adecuados, cambio de actitudes y buenas prácticas con respecto a la lactancia materna exclusiva y prolongada hasta los dos años de edad, disminuirá la incidencia de casos de desnutrición aguda, retardo del crecimiento (desnutrición crónica), enfermedades crónicas no transmisibles y una muerte temprana, además es importante mencionar que una alimentación oportuna y adecuada permitirá el buen desarrollo de los niños y que esto contribuirá no solo al desarrollo comunitario sino al desarrollo del país.

El grado de escolaridad, edad de la madre, su estado civil, ocupación (si se dedica a su hogar o trabaja con empleador) y el lugar de atención al parto son factores que influyen en el inicio, duración, intensidad y tipo de lactancia materna en los menores de dos años del departamento de Escuintla.

Los resultados del estudio, ponen de manifiesto que la mayor parte de la población materna lactante se encuentra en el grupo de edad de 15 a < de 24 años (56.41%), si se toma en cuenta la edad óptima para el inicio de la crianza, podemos deducir que un alto porcentaje de las mujeres que ya está lactando no

está físicamente preparada aún para amamantar, factor que en algún momento puede incidir en el crecimiento y desarrollo óptimo esperado para el lactante.

Respecto al estado civil más de la mitad de la población (60.27%) están unidas, un tercio de la misma (30.77%) están casadas, siendo solamente un cuarto de la población entrevistada, las madres que son solteras. Se esperaría entonces que más de la mitad de la población contara con el apoyo de sus parejas para brindar una lactancia materna exitosa.

La escolaridad se encuentra inmersa entre la problemática nacional, ya que un tercio de la población (42.31%) no completó la primaria, por lo tanto solo sabe leer y escribir y solo un cuarto apenas completó sus estudios a nivel primario, lo que nos muestra el grado de dificultad que puede darse en la educación que las madres deben recibir en sus controles prenatales y durante el puerperio respecto a las buenas prácticas en lactancia materna y la importancia de una alimentación complementaria adecuada y oportuna.

Respecto a la condición económica un gran porcentaje de las madres no genera ingresos para el hogar (84.62%), la gran mayoría se dedica a las labores domésticas y no tienen un empleador del cual devenguen un sueldo. Sin embargo es importante mencionar que el trabajo que se realiza en el hogar que no es remunerado económicamente, en cambio demanda gran parte del tiempo en las amas de casa, impidiendo en algunas de ellas una atención adecuada para los recién nacidos y lactantes sobre todo en los casos de tener familias numerosas o inexperiencia (Cuadro1).

Un alto porcentaje de las madres entrevistadas, recibieron atención del parto en un centro asistencial (88.46%) esto muestra la importancia que tiene que los mismos sean vigilantes de la lactancia materna y promotores para recalcar la importancia de tenerla oportuna y adecuadamente. Esta debe ser la principal herramienta preventiva en salud, ya que una adecuada

orientación a las madres en los controles prenatales y post natales que reciban, así como también en los controles de crecimiento de los niños, puede marcar la diferencia entre un crecimiento óptimo esperado y un niño que debido a malas prácticas manifieste problemas de crecimiento y desarrollo (Cuadro1).

Se ha identificado que, la adopción de conocimientos errados, la no consejería de madre a hija respecto a lactancia materna y alimentación en los niños, la ausencia de buenas prácticas, la edad temprana en la que se inicia la crianza y la participación de las mujeres en la economía del hogar, ha creado brechas en la percepción que las madres tienen sobre la importancia de alimentar a sus hijos al seno materno y de brindar alimentos adecuados a la edad sobre todo al inicio de la alimentación complementaria y antes de los dos años.

Además se debe tomar en cuenta la información que llega a la población a través de los medios de comunicación sobre la utilización de sucedáneos de la leche como una opción que sustituya la forma tradicional de alimentar a los niños.

Cada uno de estos factores negativos contribuyen a que en el departamento de Escuintla haya población que no recibió lactancia materna (7.69%) o la recibe como lactancia materna predominante (29.49%). Estos hallazgos nos muestran el origen de la problemática que se tiene en salud pública para la población menor de dos años, como la incidencia y prevalencia de diarreas, desnutrición crónica y aguda entre otras (Cuadro 2, 3, 4; Gráfica 2).

Al entrevistar a las madres en estudio, acerca de los conocimientos que tienen o adquirieron sobre lactancia materna, un tercio de la muestra (26.92%) no recibió orientación alguna en los lugares en los que recibió atención al parto (hospitales, maternidades, seguro social, etc.) y aunque solamente un pequeño porcentaje de madres dio a luz en sus casas (11.54%) tampoco recibió

orientación de parte de las comadronas que atendieron el parto. Por lo tanto los servicios de salud en general (que brindan o no atención al parto) y las comadronas, tienen en cada parto atendido una gran ventana de oportunidades perdidas o ganadas según sea la atención que se brinde, para dar una adecuada orientación sobre la lactancia materna y buenas prácticas en la alimentación de los niños del departamento (Cuadro 1 y 2; Gráfica 1).

De los conocimientos adquiridos acerca de la lactancia materna (en el hogar o en los centros asistenciales), toda la población evidenció tener un concepto correcto sobre la misma (100%) y de las 78 madres participantes, el 73.08% conoce beneficios que los niños reciben al ser amamantados al seno materno y prolongarse la lactancia hasta los dos años de edad, enfatizándose nuevamente la importancia de implementar servicios amigables a la lactancia materna en los servicios de salud, como una herramienta preventiva para la población vulnerable que en este caso son los niños menores de dos años (Cuadro 2).

Todas las madres estudiadas evidenciaron tener el conocimiento sobre que la leche materna tiene todos los nutrientes que el bebé necesita para crecer bien (100%), aunque se tuvo una diversidad de información respecto al porqué se debe dar el calostro a los niños; tres cuartos de la población tienen un concepto correcto sobre el mismo (92.31%) y un muy pequeño porcentaje no acostumbra a darlo porque así es su creencia (7.69%) (Cuadro 2).

Está comprobado que la educación continua como un método de prevención y orientación a la población, es la mejor herramienta para lograr cambios de actitud y adopción de buenas prácticas con respecto a un objetivo en particular; es por ello que el aprovechamiento de cada una de las oportunidades que se tenga para brindarla en el sector salud, forma parte de las acciones a tomar para el abordaje de la población que se encuentra inmersa en la “ventana crítica para salud” que además puede contribuir a la reducción de

los problemas en la infancia. Por lo tanto una buena orientación a las madres a lo largo del embarazo, puerperio y controles de crecimiento en los niños, puede cambiar actitudes en la población y asegurar una lactancia materna exitosa.

Para el departamento de Escuintla, la totalidad de las madres tienen una actitud positiva frente a la lactancia materna como el mejor y más completo alimento que pueden brindarles a sus hijos (100%). Además es relevante mencionar que las madres tienen la creencia de que la leche sirve para prevenir enfermedades y que esta es una buena justificación para darla. Sin embargo menos de la mitad de la población lacta exclusivamente hasta los seis meses (41.03%); esto muestra que aunque se tenga una buena actitud para la lactancia materna, en la práctica no se da adecuadamente pues aunque las madres evidenciaron lo contrario aún utilizan el agua u otro líquido como coadyuvante de la leche materna para calmar la sed en los lactantes (53%), además de la utilización de sucedáneos de la leche que no siempre se da en las madres trabajadoras únicamente (17.95%). Estos son factores que pueden determinar del tipo de lactancia materna que se dé al bebé y de los efectos que una mala práctica pueda causarle (Cuadro 3; Gráfica 2).

Según la ENSMI 2008-2009, 55% de los recién nacidos a nivel de país reciben lactancia materna en la primera hora de nacidos; en el estudio realizado el porcentaje es mayor (71.79%). Es importante tener presente que amamantar al niño en este tiempo en particular ayuda a la producción de leche, es en esta hora en donde el bebé está alerta y es capaz de buscar el seno materno para alimentarse, antes de entrar a la fase de letargo (1 hora después del nacimiento) en donde el primer contacto y la primera señal que debe emitirse al cerebro para ayudar a esta producción láctea puede ser inexistente de no darse el contacto debido, provocando un mayor tiempo en espera para el descenso de la leche. Transcurrido este tiempo, en la fase de letargo el bebé dormirá por períodos largos y la oportunidad del estímulo inicial para la producción de la leche se ve disminuida. Las señales emitidas al cerebro con la primera

estimulación que recibe la madre para la producción de leche son fundamentales y en el futuro representa un grupo de niños con una mejor defensa a padecer anemias, enfermedades crónicas no transmisibles en la edad adulta y garantiza mejor desarrollo y crecimiento (Cuadro 4).

Los resultados del estudio evidencian que más de la mitad de la población (92.31%) da el calostro denominado primera vacuna para el recién nacido, por su alto aporte de defensas, una buena fuente de hierro y como prevención de anemias nutricionales a lo largo de la vida de los niños que lo reciben; se evidenció también que esta práctica aún se conserva en alto porcentaje de la población (Cuadro 4).

La lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida debe darse en forma exclusiva, no solo por el apoyo a la economía del hogar, sino por los múltiples beneficios y el sin fin de bondades científicamente demostradas, pues brinda todo lo necesario en cantidades óptimas para el crecimiento del bebé. En el estudio realizado, casi la mitad de la población dio lactancia materna de forma exclusiva (solo pecho 41.03%) y un tercio de la población lactancia predominante, lo que significa que las madres creen y practican dar algún líquido además de la leche materna a sus bebés (29.49%).

La lactancia materna que incluye alimentos (23.08%), muestra claramente una de las tantas prácticas inadecuadas en la misma, que además de generar gastos en la economía familiar, pone en riesgo la nutrición del bebé que en el peor de los casos puede llegar a causar daños irreversibles debido a la maduración inadecuada del sistema digestivo antes de los seis meses (Cuadro 4).

Es importante mencionar que durante el período dedicado a la lactancia materna, la producción de leche aumenta con el paso del tiempo, debido al incremento en el número de mamadas (demanda) que el bebé genera conforme

crece y su capacidad gástrica aumente, es por ello que la lactancia materna debe ofrecerse a libre demanda. En los resultados obtenidos en la investigación más de la mitad de la población en estudio (70.51%), ofrece la lactancia materna a sus hijos a libre demanda y con un tiempo adecuado para que con ella se calme la sed, se proporcione todos los nutrientes, se satisfaga el hambre del bebé, y asegurarse con ello un buen crecimiento y desarrollo (Cuadro 4).

En la actualidad, la modificación en el inicio de la alimentación complementaria con la utilización de alimentos como compotas, cereales de desayuno, jugos envasados y otros, denota la influencia que factores externos como la publicidad de muchas casas comerciales que se dedican a elaborarlos, han creado en la población. Estos factores a su vez han modificado la forma que tradicionalmente se tenía de alimentar a los niños a los seis meses, período en el que debe iniciarse la alimentación complementaria, creando nuevas actitudes y generando conocimientos inadecuados.

La falta de conocimiento, la actitud de las madres y las prácticas inadecuadas en la forma de alimentar a los niños en la actualidad, se evidenció en el estudio realizado, ya que muchas de las madres coincidieron en que los productos naturales adecuados según la edad ni siquiera son tomados en cuenta para el inicio de la alimentación y además de ello que la edad a la que se inicia no siempre es la más adecuada.

Según resultados obtenidos en la investigación, casi la mitad de la población tuvo un inicio tardío en la alimentación complementaria de sus hijos, éste fue entre el séptimo y noveno mes (41.05%), lo que quiere decir que este porcentaje de población pudo haber padecido de alguna deficiencia nutricional (anemia) cuando inició la alimentación complementaria (Cuadro 5; Gráfica 4).

Debido al clima cálido que caracteriza al departamento de Escuintla, la diversidad de frutas que se tiene es muy grande, ofreciendo un sin fin de opciones para adicionar a la dieta de los niños que inician con su alimentación complementaria. Sin embargo se conocen porcentajes alarmantes respecto a la utilización adecuada de los alimentos en los niños, estos son frutas y verduras (1.28%), contra casi la mitad de la población que basa la dieta de los niños en concentraciones altas de carbohidratos y caldos que además tienen aditivos alimentarios para resaltar el sabor, según los resultados del estudio (48.72%). Esto puede perjudicar a los niños pues por su capacidad gástrica reducida debe recibir alimentos de calidad nutricional para complementar los nutrientes que reciba de la leche materna en el caso de que esta sea prolongada.

La introducción de la alimentación a temprana edad o con alimentos que no son los correctos en la dieta de los niños a cierta edad, es uno de los factores contribuyentes a padecer deficiencias nutricionales, bajo peso, retardo en el crecimiento a partir de los seis meses de edad y además de ello cabe mencionar las complicaciones asociadas entre las que podemos mencionar las intolerancias, infecciones, retardo en el crecimiento, etc., que perjudicarán el crecimiento y desarrollo óptimo en esta etapa de su vida.

El estudio muestra que la mitad de la población (50%) inició la alimentación en los niños con sopas instantáneas o con la alimentación que recibe el resto de la familia. Esto pone en evidencia una vez más la urgente necesidad de apoyo y acompañamiento que las madres deben recibir a lo largo de los controles durante el embarazo y en el crecimiento de los niños en los servicios de salud, para asegurar un inicio adecuado y oportuno de la alimentación complementaria según la edad de sus hijos y poder evitar problemas de salud debido a una mala alimentación.

De igual manera se evidencia la importancia de que los servidores de salud reciban una educación continua acerca de temas que son fundamentales y que

pueden marcar la diferencia entre un estado de salud y/o enfermedad de los usuarios que los visitan.

Para lograr que la consejería recibida por las madres sea eficaz, se debe tener un enfoque preventivo en los servicios de salud y enfatizar la importancia que tiene la educación no solo en los trabajadores de salud, sino en toda la población en general ya que hay suficiente evidencia científica que con una buena práctica en la lactancia materna y una alimentación complementaria oportuna y adecuada según la edad y las necesidades de los niños, se puede prevenir muchas enfermedades y puede lograrse el objetivo de realizar correctamente ambas prácticas, para lograr lo que se pretende (Gráfica 4 y 5).

Puede decirse entonces que los conocimientos, actitudes y prácticas, influyen en el inicio y tipo de alimentación complementaria en los menores de dos años, las mismas pueden estar asociados al clima, edad de las madres al inicio de la crianza (56.41% madres de 15 a < de 24 años), el grado de escolaridad (42.31% solamente sabe leer y escribir y 6.41% que no sabe ni leer ni escribir) entre otros. El estudio mostró que la situación para el departamento de Escuintla es un reflejo de la problemática nacional, ya que como puede observarse solamente un tercio tiene la primaria completa (29.49%).

Con respecto a la ocupación de las madres, según esta investigación, un 15% de las madres trabajan en relación de dependencia para generar ingresos a la economía del hogar (15.38%). Si bien es cierto que el mismo es un grupo pequeño es importante mencionar también que al realizar las labores domésticas aunque no devengue algún salario, ocupa gran parte del tiempo de las madres, sobre todo si el número de hijos es elevado. Estos factores disminuyen el tiempo para que las madres lactantes puedan brindar una buena atención a sus hijos.

El estudio muestra que la lactancia materna considera como exclusiva es aquella que se da de forma exclusiva en los primeros seis meses de vida de los lactantes y no finaliza antes de los dos años; 48.72% está siendo amamantada de la forma establecida, evidenciándose con esta práctica que el 51.28% de la población está en riesgo de padecer problemas en el crecimiento debido a una mala práctica (Gráfica 6).

Respecto a los conocimientos que las madres tienen acerca de la lactancia materna, 26.92% no los tiene y tampoco sabe las propiedades con que cuenta y el beneficio que les trae a sus hijos. Los hallazgos del estudio obligan a reflexionar sobre la necesidad de más acciones del sector salud para la educación y orientación a las madres, el cambio de actitudes, las buenas prácticas en la lactancia materna y el inicio de la alimentación complementaria en los menores de dos años en forma adecuada. Todo esto apoyará a una lactancia materna exitosa, que requiere amamantar al niño de forma exclusiva durante los primeros seis meses sin utilizar agua además de la leche de la madre (53%), el inicio de la alimentación complementaria a la edad que corresponde para evitar la interrupción de la lactancia materna exclusiva por la introducción de alimentos y la utilización de alimentos adecuados según la edad del niño (Gráfica 6).

En la actualidad según estudios recientes el 50% de la población menor de 5 años padece de desnutrición crónica y la alta incidencia de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 2 años. Esto es un reflejo claro de las malas prácticas, conocimientos errados y actitudes negativas con respecto a la promoción de la lactancia materna, desde su inicio y al momento de la introducción de alimentos complementarios así como la calidad de los mismos (ENSMI, 2009).

## **CAPÍTULO VIII CONCLUSIONES**

De los resultados del presente estudio se concluye que:

- 8.1 Las madres en estudio tienen en su mayoría algún conocimiento acerca del porqué debe darse lactancia materna y calostro, sin embargo no conocen el porqué debe ser exclusiva durante los primeros seis meses interfiriendo en el tipo, duración y la intensidad de la misma.
- 8.2 Las actitudes de las madres en estudio con respecto a la lactancia materna están influenciadas por las creencias y los conocimientos que se tenga o se adquieran en el hogar y/o lugar de atención al parto o la comunidad.
- 8.3 Las prácticas inadecuadas como dar agua o algún otro líquido además de la lactancia materna ó combinarla con alimentos desde temprana edad, son condicionantes para el éxito de la misma en los menores de dos años.
- 8.4 La transculturización que se evidencia en la población debida a factores como la publicidad o la adopción de costumbres que no son tradicionales, ha llevado a la población a modificar las actitudes, conocimientos y las prácticas sobre lactancia materna y la forma de alimentar a los niños menores de dos años.
- 8.5 Los conocimientos evidenciados en las madres sobre los alimentos que deben darse en la alimentación complementaria, están basados en la introducción de frutas y verduras, sin embargo la adopción de prácticas inadecuadas como la utilización de consomé o sopas instantáneas muestran un débil manejo en la introducción de la alimentación complementaria de la población en estudio.

## **CAPÍTULO IX RECOMENDACIONES**

- 9.1 Promover la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses y una adecuada introducción de la alimentación como una ley de prevención para la inseguridad alimentaria y nutricional –INSAN- en la población menor de dos años.
- 9.2 El acompañamiento y la orientación adecuada a las madres durante el embarazo, puerperio y controles de crecimiento en los niños, en los centros de atención al parto y crecimiento de los niños, asegurarán conocimientos correctos, una buena actitud y buenas prácticas en la lactancia materna y el inicio de la alimentación complementaria en los menores de dos años.
- 9.3 Establecer proyectos de educación continua como estrategia de prevención en salud, para el personal del primero y segundo nivel de atención, que forme consejeros capacitados sobre lactancia materna exitosa y alimentación complementaria adecuada y oportuna.
- 9.4 Promover la organización y/o fortalecimiento de grupos de apoyo a la Lactancia Materna en los servicios de salud, en el primero y segundo nivel de atención, en el período prenatal y puerperio, sobre todo en los lugares en donde se cuenta con maternidades.
- 9.5 Educar a la población en edad fértil (10-49 años) sobre la importancia de dar una lactancia materna adecuada y una alimentación complementaria oportuna como parte de la formación escolar.

## CAPÍTULO X REFERENCIAS

- Alpers, D. y otros. (2003). *Nutrición*.(4a.ed.) Madrid, España, Marbán. Libros. pp 80-86.
- Almorta, S. Budinera, P. (1990). *No Need for Water Supplementation for Exclusively breastfed infants under hot and arid conditions*.USA: TRoySocTropMed, pp. 84, 602, 614.
- Alvarado, A. (1995). Selección de Textos para el Curso de Métodos de Estudio e Investigación. Guatemala, (s.e.) pp. 112-128.
- Ajamil, G. (2009). *Estadística* En Jaramillo,O., et al. *Enciclopedia Temática Planet*. (2a.ed.) Colombia, Editora Cultural Internacional. pp.1223-1257
- Brown, J. (2006). *Nutrición en las Diferentes Etapas de la Vida*. 2a.ed. México, Mc Graw-Hill/Interamericana Editores. pp. 144-162
- Casanueva, E. et al. (2001). *Nutriología Médica*.(2a.ed.) Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana. pp. 45-55.
- ENSMI: *Encuesta de Salud Materno Infantil*. (2008-2009). Guatemala, ENSMI. pp. 295-311
- Escott, S. (2005). *Nutrición Diagnóstico y Tratamiento*. (5a.ed.) México, McGraw-Hill/Interamericana Editores. pp. 8-16.
- Fernández, S. (1997). *Uso de la estadística y la epidemiología en atención primaria*. Gil. V.et al. 1997. *Uso de la estadística y la epidemiología en atención primaria*. En: Gil VF.et al. *Manual de metodología de trabajo en atención primaria*. Madrid, España: Jarpyo Editores, Universidad de Alicante. pp. 115-161.
- Ferrer. (M.2002). *Las bajas laborales: incapacidad temporal, maternidad y riesgo durante el embarazo*. 5a.ed. Deusto Ediciones .México. Disponible en: [www.alimentacionynutricion.org/es/index.php?mod](http://www.alimentacionynutricion.org/es/index.php?mod)
- Gilman. M. (2004). *Prevention of Pediatric Overweight and Obesity*.American Academy of Pediatrics, 112(2); 424-430

- Hernández, M. (2001). Alimentación Infantil. (3a.ed). Madrid, España, Ediciones Días de Santos. pp.310-312.
- Liga de la Lactancia Materna. (2005). Disponible en: [www.LaLigaDeLaLeche.es](http://www.LaLigaDeLaLeche.es)
- Macías, C., Franco, M. y otros. (2005). Lactancia materna y diarrea aguda en los primeros tres meses de vida. Salud Publica México, 2005(47). 49-57. El texto completo en inglés de este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/47/eng>
- Mahan, K. y Escott, S. (2009). Krause Dietoterapia. (12a.ed). Barcelona, España: ElsevierMasson. pp.184-194.
- Martingnon, S. (2008). Revista de Salud Pública: Instrumentos para Evaluar Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud para Padres/Cuidadores de Niños, (2), 35-42.
- Normas de Atención Primaria en Salud para la Niñez: Lactantes y Neonatos. (2010). Guatemala: MSPAS. (s.p.).
- Osorno, J. (1998). Consejería en la Lactancia Materna: Curso de Capacitación, Manual del Participante. New York: Organización Mundial de la Salud. pp.5-10, 35-40.
- Parrilla, A. (1999).La lactancia materna en Puerto Rico: Patrones Tradicionales, Tendencias Nacionales y Estrategias para el Futuro, 18(3), 223-227.
- Pineda, E. (1994). Manual para el desarrollo del personal de salud. (2a.ed.) Washington: (s.e.) pp.80-95.
- Roses, P. (2002). La Desnutrición en Lactantes y Niños Pequeños en América Latina y El Caribe: Alcanzando los Objetivos del Milenio. Guatemala: Organización Panamericana de la Salud. pp. 6 – 14 (Apéndice 7.)
- Rey, A. (1994). Ciencia de la Información. Revista Chilena de Estadística, 25(4), 193-200.
- Revista Chilena de Pediatría. (2007). Intervención nutricional a través del ciclo vital para la prevención de obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles, 78 (1), 76-83.
- SlideShare Inc. (2011). Presentación on-Line sobre Lactancia Materna. Disponible en: <http://www.slideshare.net/shaell/clase-de-lactancia-materna-3654548>

Sguassero, Y. (2008). Duración óptima de la lactancia materna exclusiva: Comentario de la BSR (última revisión: 28 de marzo de 2008). Ginebra: La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. (s.p.).

Tsuchida.W. (2009). La leche materna: Tipos y Composición. México: (s.e.). pp 58-63, 68-70.

UNICEF. (2003).Notas para oradores sobre la primera infancia. Nueva York: p.1-5 Disponible en:[www.unicef.org.co/Lactancia/IAMI.htm](http://www.unicef.org.co/Lactancia/IAMI.htm)

## ANEXOS

### Anexo 1. Las Diez Claves de la Lactancia Materna

1. **Amamanta pronto, cuanto antes, mejor.** La mayoría de los bebés están dispuestos a mamar durante la primera hora después del parto, cuando el instinto de succión es muy intenso. Amamantar precozmente facilita la correcta colocación al pecho.
2. **Ofrece el pecho a menudo día y noche.** Hazte a la idea de que pasarás mucho tiempo amamantando a tu bebé durante estas primeras semanas. Un recién nacido normalmente mama entre 8 y 12 veces en 24 horas. No mires el reloj y dale el pecho cada vez que busque o llore, sin esperar a que "le toque". Así establecerás un buen suministro de leche.
3. **Asegúrate de que el bebé succiona eficazmente y en la postura correcta.**
4. **Permite que el bebé mame del primer pecho todo lo que desee, hasta que lo suelte.** Después ofrécele el otro. Unas veces lo querrá, otras no. Así el bebé tomará la leche que se produce al final de la toma, rica en grasa y calorías, y se sentirá satisfecho.
5. **Cuanto más mama el bebé, más leche produce la madre.** Es importante respetar el equilibrio natural y dejar que el bebé marque las pautas, mamando a demanda. No es necesario sentir el pecho lleno; la leche se produce principalmente durante la toma gracias a la succión del bebé.
6. **Evita los biberones "de ayuda" y de suero glucosa do.** La leche artificial y el suero llenan al bebé y minan su interés por mamar, entonces el bebé succiona menos y la madre produce menos leche.
7. **Evita el chupete,** al menos durante las primeras semanas, hasta que la lactancia esté bien establecida. Un recién nacido ha de aprender bien cómo mamar del pecho, y tetinas artificiales como el biberón o el chupete pueden dificultar este aprendizaje.
8. **Recuerda que un bebé también mama por razones diferentes al hambre,** como por necesidad de succión o de consuelo. Ofrecerle el pecho es la forma más rápida de calmar a tu bebé.
9. **Cuídate.** Necesitas encontrar momentos de descanso y centrar tu atención más en el bebé que en otras tareas. Solicita ayuda de los tuyos.
10. **Busca apoyo.** Tu grupo local de La Liga de la Leche tiene la información y el apoyo que toda madre lactante necesita.



## Anexo 2. Efectos Beneficiosos de la Lactancia Natural

---

### Lactante

#### **Descenso de la Intensidad o incidencia de Enfermedades infecciosas:**

- Meningitis bacteriana
- Diarrea
- Bacteriemia
- Infecciones de vías respiratorias
- Enterocolitis necrotizante
- Otitis media
- Infección de vías urinarias
- Sepsis tardía en lactantes pre termino

#### **Descenso de las tasas de:**

- Síndrome de muerte súbita del lactante
- Diabetes tipo 1 y 2
- Linfoma
- Leucemia
- Enfermedad de Hodgkin
- Sobrepeso y obesidad
- Hipercolesterolemia
- Alergias alimentarias
- Asma

#### **Desarrollo neuronal**

- Mejora el rendimiento de los test de desarrollo cognitivo.
- Proporciona analgesia durante procedimientos dolorosos (punción en el talón de los recién nacidos)
- Favorece la unión madre-hijo.

### Madre

- Disminuye la hemorragia post-parto
- Involución uterina más rápida
- Disminuye la pérdida menstrual
- Aumenta el intervalo entre hijos
- Recuperación más rápida del peso previo al embarazo
- Disminuye el riesgo de cáncer de mama y ovario
- Posible descenso del riesgo de fractura de cadera y osteoporosis después de la menopausia.

Fuente: Mahan <sup>(13)</sup>

*Adaptado de American Academy of Pediatrics: Breastfeeding and the use of human milk, Pediatrics, 115:496, 2005*

### Anexo 3. Consejería sobre lactancia materna

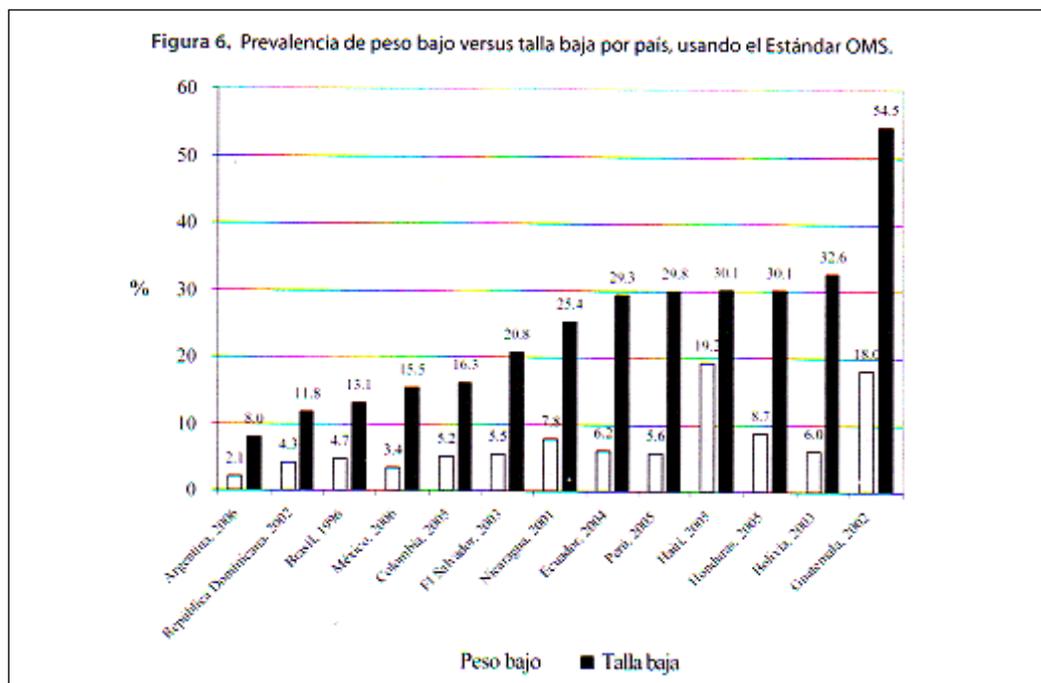
#### DIEZ PASOS PARA UNA LACTANCIA EXITOSA

11. Disponer de una política escrita relativa a la lactancia que en forma sistemática se ponga en conocimiento de todo el personal de salud.
12. Capacitar a todo el personal del hospital de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
13. Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia y la forma de ponerlo en práctica.
14. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia dentro de la media hora siguiente al parto.
15. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia, incluso si han de separarse de sus hijos.
16. No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.
17. Facilitar la habitación conjunta de madre y niño las 24 horas.
18. Fomentar la lactancia a libre demanda.
19. No dar chupetes a los niños amamantados.
20. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a la salida del hospital.

Fuente: (Osorno, J., 1998)

**Figura 1:** En reunión conjunta de OMS y UNICEF en el año 1989 expertos definieron políticas y recomendaciones para promover la lactancia materna como una forma de mejorar la calidad de vida de los niños del mundo<sup>13</sup>.

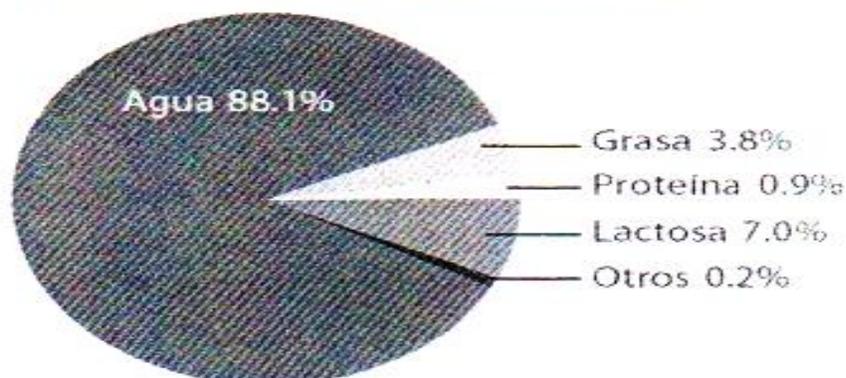
## Anexo 4. Prevalencia de peso bajo versus talla baja por país, según estándares de la OMS



Fuente: Roses. 2002

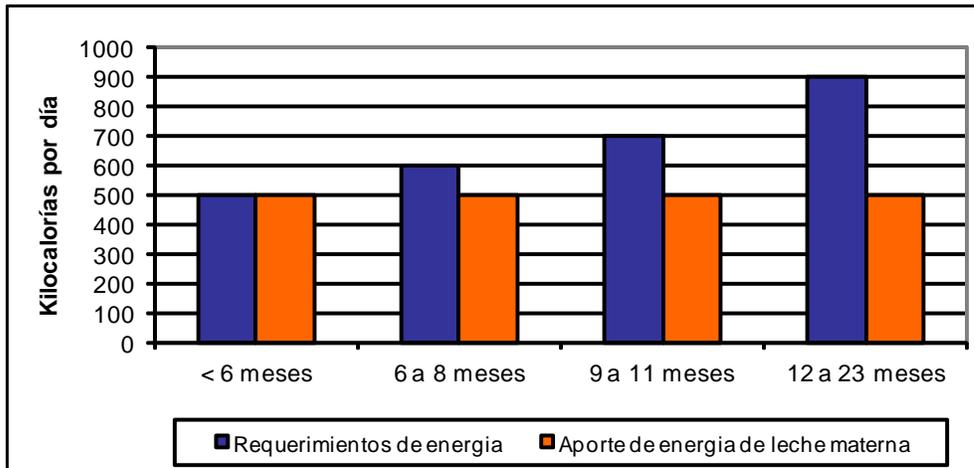
## Anexo 5. Composición de la leche materna

Figura No. 2. Composición de la leche materna



Fuente: Lawrence R. *Breastfeeding: A guide for the medical profession*, 4<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc. 1994  
(*Lactancia: Una Guía para el Profesional de Salud*)

## Anexo 6. Requerimientos Calóricos Diarios según la Edad



Fuente: Normas de Atención en Salud, Guatemala: 2010

## Anexo 7. Guía del PROSAN/MSPAS para la consejería en lactancia materna



### Cómo alimentar a niños y niñas menores de 2 años



	0 a 6 meses	6 a 8 meses	9 a 11 meses	1 a 2 años	Enfermo o en recuperación
<b>Lactancia materna</b>	 Déle solo pecho	 Déle pecho y comidas	 Déle pecho y comidas	 Déle comidas y pecho	 Menor de 6 meses déle solo pecho. De 6 meses o más déle dando pecho y comidas.
<b>Consistencia de los alimentos</b>	 Líquido	 Machacados, suaves y espesos	 Picados o cortados en trocitos	 Picados, cortados o enteros	 Machacados, suaves y espesos
<b>Cantidad de alimentos</b>	 Déle todo lo que la niña le quiere de los dos pechos en cada mamada	 Déle 2 a 3 cucharadas cada vez	 Déle 3 a 4 cucharadas cada vez	 Déle 4 a 5 cucharadas cada vez	 Déle de comer más veces al día
<b>Variedad de alimentos</b>	 Solo leche materna	 Frutas, verduras, yema de huevo y mezcla de papilla de papa y arroz con aceite	 Todo lo anterior más ligado de pollo o res, pollo, carne, pescado	 De todo lo que hay en casa y que come la familia	 Déle lo que más le gusta pero que coma, pero no golosinas, ni chucherías
<b>Frecuencia de los alimentos</b>	 Déle de mamar 10 a 12 veces de día y de noche	 Déle 2 a 3 veces al día	 Déle 3 a 4 veces al día, 3 tiempos y 1 refrigerio	 Déle 4 a 5 veces al día, 3 tiempos y 2 refrigerios	 Déle una comida más al día durante 2 semanas después de la enfermedad
<b>Modo de dar con amor</b>	 Mírela y acarícelo al darle pecho	 Déle en la boca	 Anímelo mientras come	 Délele que como solo/a y cuidelo/a	 Déle con paciencia y buen humor



Fuente: Normas de Atención en Salud, Guatemala. 2010

## Anexo 8. Distribución de la muestra y Distritos en donde se toma

<b>Distritos de Salud</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Escuintla	6	7.69%
Guanagazapa	6	7.69%
Masagua	6	7.69%
Puerto San José	6	7.69%
Puerto Iztapa	6	7.69%
Palín	6	7.69%
San Vicente Pacaya	6	7.69%
Siquinalá	6	7.69%
La Gomera	6	7.69%
Nueva Concepción	6	7.69%
Tiquisate	6	7.69%
Santa Lucía Cotzumalguapa	6	7.69%
La Democracia	6	7.69%
<b>Total 13 distritos</b>	<b>78</b>	<b>100%</b>

Fuente: resultados del estudio

---

Luisa Fernanda Galindo Cruz  
Investigadora

---

Lda. Michele Monroy de Trejo, M.A.  
Asesora

---

Lda. María Eugenia Sánchez, M.A.  
Asesora

---

Dra. María Isabel Orellana A. de Mazariegos  
Directora de Escuela

---

Dr. Oscar Cobar Pinto  
Decano