



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA MATERNO-INFANTIL

**ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DE INGURGITACIÓN
MAMARIA Y EL GRADO DE ASISTENCIA A LA CLASE
PRENATAL DE LACTANCIA MATERNA, EN MUJERES
QUE CONCURREN A CONTROL POSTNATAL EN UN
CENTRO DE ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL ENTRE
EL 14 DE ENERO Y EL 22 DE FEBRERO DE 2002**

AUTORES:

Br. Peruchena, Jacqueline
Br. Lacuesta, Lorena
Pérez, Sylvana
Rodríguez, Venera

TUTOR.

Lic. Enf. Pérez, Mercedes

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2002

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	3
MARCO TEÓRICO	5
Tendencias de la lactancia materna	5
Áreas de acción para el fomento de la lactancia materna	9
Apoyo para la lactancia	13
Comentarios sobre los Diez Pasos	15
Educación para la lactancia materna	17
Beneficios de la lactancia materna	19
Dificultades frecuentes en la práctica del amamantamiento	23
La congestión inicial de las mamas	24
Ingurgitación mamaria	25
Antecedentes: Datos sobre los beneficios de la educación prenatal	26
PROBLEMA	28
Fundamentación y justificación	28
OBJETIVOS	29
DISEÑO METODOLÓGICO	30
Tipo de estudio	30
Universo y muestra	30
Variables	31
Definición conceptual	31
Motivos de selección de las variables	31
Operacionalización de las variables	33
Método de recolección de datos	34
Procedimientos	34
ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO	36
Análisis estadístico descriptivo del total de la población muestral	36
Análisis estadístico descriptivo de acuerdo a la variable ingurgitación mamaria	37
Análisis comparativo	38
Análisis estadístico descriptivo de acuerdo a la variable clase prenatal de lactancia materna	39
Análisis comparativo	40
Análisis bivariado	41
CONCLUSIONES	42
COMENTARIOS Y SUGERENCIAS	43
BIBLIOGRAFÍA	45

ANEXOS	46
ANEXO I - Protocolo de Investigación	
ANEXO II - Instrumento de recolección de datos primario e instrumento modificado	
ANEXO III - Tablas y gráficos	
ANEXO III.1 - Tablas y gráficos del total de la población muestral	
ANEXO III.2 - Tablas y gráficos de la población que presentó ingurgitación mamaria	
ANEXO III.3 - Tablas y gráficos de la población que no presentó ingurgitación mamaria	
ANEXO III.4 - Tablas y gráficos comparativa según la variable ingurgitación mamaria	
ANEXO III.5 - Tablas y gráficos de la población que asistió a clase prenatal de lactancia materna	
ANEXO III.6 - Tablas y gráficos de la población que no asistió a clase prenatal de lactancia materna	
ANEXO III.7 - Tablas y gráficos comparativa según la variable clase prenatal de lactancia materna	

RESUMEN

Incidencia de ingurgitación mamaria, grado de asistencia a la clase prenatal de lactancia materna y la posible asociación entre éstas. Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal.

Este estudio describe la incidencia de ingurgitación mamaria y el grado de asistencia a clase en mujeres que concurren al primer control post-natal en un centro público de atención materno infantil de Montevideo (N=97).

El estudio reveló que la tasa de ingurgitación mamaria fue de 67%, la tasa de asistencia a clase fue 26% y que no existe asociación entre ambas variables.

La clase prenatal de lactancia materna como componente de la educación prenatal tiene como finalidad lograr cambios en las actitudes, aptitudes y comportamientos con respecto a la lactancia (si bien creemos que este no es el único factor determinante); en base a los resultados obtenidos, podemos decir que la mayoría de la población no está recibiendo este beneficio, ya que la tasa de asistencia a clase es baja. También podemos afirmar, que a pesar de las actividades de promoción y prevención por parte del equipo de salud, se observó una tasa elevada de ingurgitación mamaria.

Fue nuestro propósito contribuir a elevar la calidad de atención a través de los aportes del conocimiento científico a la prevención y promoción de la salud, contribuyendo a elevar la calidad de la experiencia del amamantamiento por medio de una lactancia materna sin mayores dificultades.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de investigación ha sido realizado por cuatro estudiantes de Licenciatura en Enfermería, generación 97, con motivo del trabajo final de investigación.

El problema a estudiar fue la aparición de ingurgitación mamaria, el grado de asistencia a la clase prenatal de lactancia materna y la posible asociación entre ellas, en mujeres que concurren a su primer control postnatal en el Centro N° 6 de Atención Materno Infantil del Banco de Previsión Social entre el 14 de enero y el 22 de febrero de 2002.

Considerando que la aparición de complicaciones en las mamas, tal como ingurgitación mamaria, puede ocasionar o propiciar el fracaso de la lactancia materna, es que creímos importante describir el comportamiento de ambas variables y establecer si existe una presunta asociación entre ellas.

Otra razón por la cual decidimos abordar este tema es la inexistencia de estadísticas y estudios previos sobre el mismo, ya que las investigaciones con las que contábamos sólo hacen referencia a los beneficios de la educación prenatal sobre la lactancia materna en general.

Los objetivos principales de la investigación fueron:

- Caracterizar a la población objeto de estudio.
- Determinar la incidencia de la ingurgitación mamaria en la población.
- Establecer el grado de asistencia a la clase de lactancia materna.
- Identificar si existe asociación entre la concurrencia a la clase prenatal de lactancia materna y la presencia de ingurgitación mamaria.

Se realizó un estudio *descriptivo*, dirigido a estudiar la situación de las variables en la población, la presencia o ausencia de determinada característica, la frecuencia con que ocurre un fenómeno; en quiénes, dónde y cuándo se está presentando determinado fenómeno. Fue un estudio *retrospectivo*, puesto que se indagó sobre hechos ocurridos en el pasado, y *transversal*, dado que se estudiaron las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

El universo estuvo compuesto por todas las puérperas primigestas, primíparas, que poseían entre 19 y 34 años de edad, que concurren al primer control post-natal en el Centro N° 6 de Atención Materno Infantil del Banco de Previsión Social.

La muestra estuvo conformada por todas las mujeres primigestas, primíparas, que poseían entre 19 y 34 años de edad, que concurren al primer control post-natal en el Centro N° 6 de Atención Materno Infantil del Banco de Previsión Social, en el período comprendido entre el 14 de enero y el 22 de febrero de 2002. Se utilizó el tipo de muestreo denominado por conveniencia.

Como instrumento para la recolección de datos se utilizó un cuestionario compuesto por trece preguntas, de las cuales diez son cerradas (seis poseen múltiple opción y cuatro son dicotómicas) y tres son abiertas.

Las limitaciones en la realización del estudio fueron:

- la variable *situación de pareja* no nos resultó útil para determinar el grado de apoyo que poseía la usuaria.
- la variable *residencia* no nos permitió identificar la accesibilidad de la puérpera al centro de salud.
- la variable *información sobre lactancia materna previa a la clase prenatal* nos permitió conocer qué madres poseían dicha información y cuáles no, sin embargo, no pudimos identificar su influencia en las variables objeto de estudio, dado que desconocíamos su contenido y calidad, y ésto no fue factible de investigar en este estudio.
- no contamos con un espacio físico adecuado para encuestar a las usuarias.

MARCO TEÓRICO

TENDENCIAS DE LA LACTANCIA MATERNA

“En nuestro país, como en muchos otros, la declinación de la práctica de la lactancia materna se ha venido produciendo aceleradamente en los últimos 50 años. Las causas de esta declinación se consideran un antecedente de gran importancia, ya que ayuda a entender cómo se ha llegado a la situación actual y a la vez a comprender que es necesario realizar un esfuerzo mancomunado para revertir este proceso.

Hay muchos factores que se pueden aducir como causantes de este cambio. Algunos de ellos son generales, como factores sociales, culturales, de orden económico o de políticas regionales de salud. Otros más específicos, relacionados con la mujer, la organización de la familia, su realidad socioeconómica, su incorporación al trabajo fuera del hogar, la ausencia de redes sociales de apoyo. Por último, como factores más atinentes al equipo de salud, se reconoce que algunas prácticas que se han establecido en los servicios en cuanto a la atención clínica del parto, del nacimiento y del recién nacido, interfieren directamente con la lactancia.

Factores generales

- Desconocimiento de las ventajas socio-económicas de la lactancia materna.
- Falta de políticas claras que promuevan y protejan la lactancia materna a nivel individual, institucional, familiar y comunitario.
- Falta de investigaciones locales en grupos de madres en las cuales se pueda hacer un seguimiento para conocer lo que sucede con la práctica y conocimientos sobre lactancia materna.
- Prácticas de atención hospitalaria y aplicación de ciertas políticas internas de las instituciones que en general no apoyan a la madre en su intención o deseo de amamantar.
- Mitos, creencias y patrones culturales, sociales y familiares que atentan contra la mantención de la lactancia.
- Promoción y comercialización indiscriminada de fórmulas lácteas con diferentes suplementos: hierro, calcio, proteínas, taurina, cistina, etc., que inducen a pensar que la leche materna ya no es suficientemente nutritiva para criar a un niño sano.
- Comercialización de mamaderas y chupetes como elementos alternativos para la lactancia que induce a pensar que el pecho materno es fácilmente reemplazable.
- Aceptación de la mamadera y del chupete como símbolo de status social y de liberación, que induce a las madres a imitar modelos y sistemas de vida.

Factores específicos

- Migración de las familias campesinas a zonas urbanas, con riesgo de vivir en marginalidad social, cultural y económica.
- Ingreso de la mujer al campo laboral remunerado fuera del hogar.
- Falta de grupos comunitarios de apoyo o de familias extendidas que ayuden a la crianza.
- Sistemas laborales que no facilitan a la mujer la tarea de amamantar a sus hijos.
- Leyes laborales que no protegen en todas las mujeres la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.
- Desvalorización social del tiempo dedicado a la crianza.
- Alternativas de sustitución de la madre en la crianza (nanas, salas cuna)
- Falta de información general de las ventajas de la lactancia materna y las desventajas de la mamadera y el chupete.
- Imágenes televisivas o de medios de comunicación que destacan a la mujer más como símbolo de belleza y erotismo que a la mujer como madre”.

MARCO TEÓRICO

TENDENCIAS DE LA LACTANCIA MATERNA

“En nuestro país, como en muchos otros, la declinación de la práctica de la lactancia materna se ha venido produciendo aceleradamente en los últimos 50 años. Las causas de esta declinación se consideran un antecedente de gran importancia, ya que ayuda a entender cómo se ha llegado a la situación actual y a la vez a comprender que es necesario realizar un esfuerzo mancomunado para revertir este proceso.

Hay muchos factores que se pueden aducir como causantes de este cambio. Algunos de ellos son generales, como factores sociales, culturales, de orden económico o de políticas regionales de salud. Otros más específicos, relacionados con la mujer, la organización de la familia, su realidad socioeconómica, su incorporación al trabajo fuera del hogar, la ausencia de redes sociales de apoyo. Por último, como factores más atíngentes al equipo de salud, se reconoce que algunas prácticas que se han establecido en los servicios en cuanto a la atención clínica del parto, del nacimiento y del recién nacido, interfieren directamente con la lactancia.

Factores generales

- Desconocimiento de las ventajas socio-económicas de la lactancia materna.
- Falta de políticas claras que promuevan y protejan la lactancia materna a nivel individual, institucional, familiar y comunitario.
- Falta de investigaciones locales en grupos de madres en las cuales se pueda hacer un seguimiento para conocer lo que sucede con la práctica y conocimientos sobre lactancia materna.
- Prácticas de atención hospitalaria y aplicación de ciertas políticas internas de las instituciones que en general no apoyan a la madre en su intención o deseo de amamantar.
- Mitos, creencias y patrones culturales, sociales y familiares que atentan contra la mantención de la lactancia.
- Promoción y comercialización indiscriminada de fórmulas lácteas con diferentes suplementos: hierro, calcio, proteínas, taurina, cistina, etc., que inducen a pensar que la leche materna ya no es suficientemente nutritiva para criar a un niño sano.
- Comercialización de mamaderas y chupetes como elementos alternativos para la lactancia que induce a pensar que el pecho materno es fácilmente reemplazable.
- Aceptación de la mamadera y del chupete como símbolo de status social y de liberación, que induce a las madres a imitar modelos y sistemas de vida.

Factores específicos

- Migración de las familias campesinas a zonas urbanas, con riesgo de vivir en marginalidad social, cultural y económica.
- Ingreso de la mujer al campo laboral remunerado fuera del hogar.
- Falta de grupos comunitarios de apoyo o de familias extendidas que ayuden a la crianza.
- Sistemas laborales que no facilitan a la mujer la tarea de amamantar a sus hijos.
- Leyes laborales que no protegen en todas las mujeres la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.
- Desvalorización social del tiempo dedicado a la crianza.
- Alternativas de sustitución de la madre en la crianza (nanas, salas cuna)
- Falta de información general de las ventajas de la lactancia materna y las desventajas de la mamadera y el chupete.
- Imágenes televisivas o de medios de comunicación que destacan a la mujer más como símbolo de belleza y erotismo que a la mujer como madre”.

Prácticas de atención de salud que interfieren con la lactancia

“Dentro de las causas de la declinación de la lactancia materna se incluyen las disposiciones de los servicios de maternidad y neonatología (públicos y privados) para el manejo del recién nacido, que interfieren con el fomento y las prácticas adecuadas de lactancia.

- **Parto y manejo del recién nacido demasiado instrumentalizados:**
La tecnificación de los procesos clínicos, si bien es cierto protegen a la madre y al niño de ciertos riesgos, muchas veces interfieren con la secuencia normal de los acontecimientos fisiológicos neurohormonales recíprocos de la lactancia.
- **Separación del niño del lado de su madre en el post-parto inmediato:**
La falta de contacto madre-hijo en las primeras horas después del parto interfiere con el establecimiento de los lazos afectivos y la disposición psicológica de la madre para amamantar con éxito.
- **Tardanza de la primera mamada del recién nacido:**
La postergación de la primera mamada interfiere con los reflejos de búsqueda del pezón y de succión en el niño, retarda la estimulación de la lactogénesis y por lo tanto la bajada de la leche.
- **Alimentación del recién nacido con mamadera (agua, glucosa, fórmula):**
El uso de la mamadera como primera experiencia funcional de succión muchas veces produce disfunción motora oral y la llamada “confusión de pezones”.
- **Horarios rígidos de alimentación:**
Al no respetar la libre demanda en los primeros días se interfiere la secuencia de reflejos neurohormonales recíprocos que coordinan la lactogénesis con el hambre y la necesidad de succión del niño.
- **Falta de entrenamiento del personal para orientar y apoyar la lactancia:**
El personal que atiende a la madre en el post-parto y en el puerperio no siempre está suficientemente entrenado para el manejo clínico de la lactancia.
- **Manejo no adecuado de la ictericia postnatal:**
La hiperbilirrubinemia neonatal fisiológica constituye frecuentemente una causa errada de interrupción precoz de la lactancia.
- **Ausencia del padre en la preparación prenatal y en el momento del parto:**
Si el padre no participa en la preparación prenatal y en la experiencia del nacimiento, le será más difícil comprender y apoyar a la madre en las necesidades propias de la lactancia.

Factores que afectan la duración de la lactancia

Si bien la mayoría de las madres inicia la lactancia en el período de puerperio y la continúa por un tiempo, son pocas las que continúan con ella por el tiempo deseable para asegurar al niño un desarrollo óptimo.

La mayoría de los factores que influyen en la duración de la lactancia tienen que ver con la confianza o desconfianza que tienen las madres y los profesionales de la salud referente a la capacidad de producir una leche adecuada en cantidad y calidad.

- **Desconocimiento de la fisiología de la lactancia:**
En general se desconoce el proceso fisiológico íntimo de la lactancia, por lo que frente a las primeras dificultades aparece el temor de que las madres no sean capaces de producir la leche adecuada en cantidad y calidad para alimentar a sus hijos.

- **Desconocimiento de las técnicas de amamantamiento:**
Una inadecuada técnica de amamantamiento produce molestias a la madre (ingurgitación mamaria, dolor, grietas y erosiones del pezón, mastitis, dolor de espalda, etc.) y una insuficiente extracción de leche por parte del niño, lo que hace desconfiar del amamantamiento e induce a optar por la mamadera.
- **Desconocimiento de los riesgos de la mamadera y las fórmulas:**
A veces las mismas madres auto indican precozmente la mamadera y la fórmula, pensando que hacen lo mejor por sus niños, desconociendo el riesgo que esto implica para su salud.
- **Interpretación de las curvas de crecimiento:**
Por desconocimiento, miembros del equipo de salud se confunden con el aplanamiento fisiológico de la curva de crecimiento que se produce en el niño amamantado después de los 4 meses y para corregirla inician la suplementación. Por otra parte, la ganancia ponderal por sobre las curvas hace que los profesionales limiten el tiempo y la frecuencia de las mamadas para evitar ese malentendido sobrepeso.
- **Interpretación errada de las crisis transitorias:**
El aumento de la demanda por parte del niño en ciertos momentos de crecimiento acelerado, se interpreta como que la leche producida por la madre se ha hecho insuficiente y se recurre a la mamadera con fórmula para satisfacerla, en lugar de estimular un aumento de la producción de leche.
- **Bajo peso de nacimiento:**
Es frecuente que al niño con bajo peso de nacimiento se le indique una mamadera con fórmula, asumiendo que la leche materna no es adecuada ni suficiente para él.
- **Ictericia por leche materna:**
La hiperbilirrubinemia tardía (después de los 15 días) sobrediagnosticada, es una causa frecuente de suspensión precoz de la lactancia.
- **Reintegro de la mujer al trabajo:**
La madre que se reintegra al trabajo fuera del hogar muchas veces no cuenta con el apoyo necesario para mantener la lactancia exclusiva al volver a trabajar.
- **Uso de anovulatorios que disminuyen la producción de leche:**
Cuando se indica un método anticonceptivo hormonal, a veces no se considera el efecto que algunos de ellos tienen sobre la producción de leche.
- **Falta de información sobre técnicas de extracción de leche:**
Pocas veces se informa a las madres que la extracción de la leche es una posibilidad para ayudar a mantener la lactancia exclusiva hasta los 6 meses en las ocasiones en que deba separarse de su hijo.
- **Hábito de fumar:**
El hábito de fumar durante el embarazo y la lactancia se asocia con un menor porcentaje de mujeres que dan pecho exclusivo por más de un mes.

- **Falta de apoyo social:**

Por lo general no existe una buena red social que apoye y ayude a la madre a organizar su dinámica familiar, social y laboral para continuar con la lactancia.

Estos hechos demuestran que no se ha dado a la lactancia materna la importancia que se merece, llegándose a la situación de que madres jóvenes y profesionales de la salud, la consideren fácilmente sustituible.

Cuando los profesionales adquieren los conocimientos necesarios para modificar sus prácticas e indicar la lactancia materna como la forma natural de alimentar a los lactantes, y cuando la comunidad está conciente de la importancia de ésta y apoya a la madre, se ha comprobado que hay cambios fundamentales en cuanto a recuperar la práctica y la duración de la lactancia”*.

*UNICEF. “Lactancia materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud”. Santiago de Chile, Ministerio de Salud, Comisión Nacional de Lactancia Materna, 1997

ÁREAS DE ACCIÓN PARA EL FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

“Como una respuesta al compromiso adquirido en la reunión de Innocenti y en la Cumbre Mundial de la Infancia, los gobiernos y organizaciones regionales han realizado diversos programas y actividades para promover la lactancia, considerándola no sólo como un beneficio de salud, sino como un real beneficio socio-económico-cultural y como una de las estrategias fundamentales para mejorar la calidad de vida de la familia.

Luego de hacer un primer análisis de la realidad, se constató que aunque en la mayoría de los países se realizan un conjunto de actividades y programas básicos de promoción de la lactancia a través de agencias, instituciones gubernamentales, no gubernamentales y de múltiples esfuerzos individuales, aun no se ha logrado revertir el proceso de declinación de la lactancia materna en los países de América Latina.

En el análisis más profundo se evidencia que existe una descoordinación de las acciones y un desperdicio de recursos, aduciéndose ésto como las causas fundamentales de los resultados encontrados. De ahí nace la necesidad de trabajar en la formulación de lineamientos estratégicos para mejorar la articulación y el enlace horizontal de las actividades, orientando los recursos individuales de países y organizaciones hacia una meta común y lograr en definitiva potenciar el impacto.

Es así como en 1993 nace la *Iniciativa Regional Interagencial para el Fomento de la Lactancia Materna*, cuya primera propuesta fue elaborar lineamientos estratégicos para la Promoción, Protección y Apoyo a la lactancia materna, que sirvan de base para el apoyo mutuo y la coordinación de las actividades en cada región. El *“Plan Regional de Acciones Integradas para el Fomento de la Lactancia Materna para América Latina y el Caribe”* (PRAIL-LAC) propone que cada país coordine sus actividades en 7 áreas:

- Coordinación
- Información
- Educación
- Promoción
- Protección
- Apoyo
- Investigación

El Plan propone además los temas principales en los cuales se deben centrar actualmente las actividades:

- Desarrollo y formulación de políticas nacionales sobre alimentación infantil
- Sistemas y Servicios de Salud
- Alimentación Infantil
- Código de Comercialización de Sucedáneos
- Mujer y Trabajo
- Sistemas de Apoyo Comunitario

Ideas para la acción en pro de la lactancia materna

De acuerdo a lo propuesto en el PRAIL-LAC, las comisiones, comités y consultores de lactancia materna tienen la responsabilidad de elaborar políticas y programas de acción coordinados, que sumen las iniciativas y los esfuerzos locales de las diferentes áreas para lograr en definitiva un apoyo integral a la lactancia materna. Algunas de las acciones pertinentes a nuestra realidad se pueden enfocar a las áreas de:

Educación:

- Capacitación permanente y actualizada del equipo de salud en aspectos científicos y técnicos del manejo clínico de la lactancia materna.
- Reforzar el tema de la lactancia materna en el curriculum de formación de pre y post grado en las carreras de salud.
- Hacer seminarios periódicos de actualización.
- Incluir el tema de la lactancia materna en los diferentes niveles de educación básica, secundaria y superior universitaria y técnica.
- Educación a las madres en el periodo pre y postnatal sobre aspectos de interés para lograr con éxito tanto la instalación como la mantención de la lactancia.
- Incorporar al padre en la preparación prenatal para la lactancia
- Educación en el ámbito de grupos comunitarios locales: jóvenes, mujeres que trabajan, industrias, jardines infantiles, grupos religiosos, etc.
- Formación de grupos de ayuda comunitaria que apoyen a las madres durante la lactancia.

Publicidad:

- Implementación del Código de Comercialización de productos para lactantes, logrando que se cumplan las disposiciones tanto en impresos para auspicios de eventos científicos, como en la entrega de muestras gratuitas o productos subsidiados en servicios de maternidad y atención infantil.
- Acceder a medios de comunicación masiva (radio, TV, eventos) con programas que promuevan la lactancia materna, las ventajas de ella, los derechos de la madre y del niño con respecto a la lactancia, motivación a los jóvenes, etc.
- Promoción nacional de la lactancia materna a través de organismos y medios de comunicación oficiales.

Legislación:

- Lograr una política nacional de lactancia materna que fundamente y apoye las decisiones legislativas que favorecen la lactancia.
- Considerar las leyes que protegen a la madre y al niño en favor de la lactancia.
- Orientar a las madres para que se acojan a sus beneficios.
- Proponer modificaciones legislativas para prolongar la lactancia materna exclusiva hasta el 6° mes en la madre que trabaja fuera del hogar.
- Proponer una legislación que considere los beneficios de protección y apoyo a la lactancia materna como una responsabilidad social y económica compartida entre el empleador del padre y de la madre, en el caso de trabajar ambos.

- El Código de Comercialización de los productos para la alimentación de los lactantes, debería implementarse como ley, al menos en las disposiciones más importantes para nuestro país.

Nutrición:

- Actualizar normas y pautas para la alimentación del recién nacido (normal de término, prematuro, de bajo peso, con alteraciones congénitas o dificultades postnatales).
- Fijar normas y pautas generales para la alimentación de los lactantes, la suplementación de micronutrientes (hierro, calcio, vitaminas, etc.), el destete y la introducción de alimentos complementarios.
- Adecuar las pautas de crecimiento y desarrollo del niño alimentado con mamadera a curvas de crecimiento para niños alimentados con leche materna.
- Control del estado nutricional de la mujer, previo al embarazo, considerando que toda mujer fértil debe mantenerse en un buen estado nutricional.
- Indicación de dietas apropiadas tanto para la madre embarazada como para la madre nodriza, según los requerimientos individuales y según la realidad local.
- Suplementación oportuna con vitaminas, hierro, calcio, y otros elementos tanto para el embarazo como para la lactancia, adecuándose a las recomendaciones actuales.
- Control periódico de incremento ponderal en la embarazada para evaluar su peso con relación a la edad gestacional, a la talla, al estado nutricional previo al embarazo y a la actividad física que la madre desarrolla.
- Control de la ingesta de drogas y alcohol, tanto durante el embarazo como en la lactancia.

Planificación familiar:

- Considerar la planificación familiar como medio de mejorar la calidad de vida de la madre y de sus hijos.
- Profundizar el período intergenésico idealmente hasta 2 años o más.
- Considerar el LAM (método de la amenorrea de la lactancia) como método de espaciamiento de los embarazos.
- Realizar programas que promuevan la paternidad responsable y la disminución del índice de embarazos en adolescentes.

Coordinación:

- Determinar una política integradora y coordinadora por parte de las autoridades.
- Coordinar las acciones de promoción de la lactancia en los diferentes estamentos de la salud.
- Coordinar las acciones de fomento de la lactancia en todas las actividades nacionales.
- Reformular las actividades del equipo de salud.

Investigación:

- Diagnosticar y evaluar la situación actual de la lactancia materna.
- Realizar un permanente monitoreo para evaluar los resultados”*.

*UNICEF. “Lactancia materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud”. Santiago de Chile, Ministerio de Salud, Comisión Nacional de Lactancia Materna, 1997

APOYO PARA LA LACTANCIA

“En la estrategia de apoyo se presentarán diversas líneas de acción que pueden ser programadas y desarrolladas por los equipos de salud, precisamente para favorecer, ayudar e impulsar las prácticas adecuadas en torno a la lactancia materna. El apoyo a las madres para que amamenten, debe considerar los distintos factores y razones que llevan a la declinación o a limitar la duración de la lactancia, lo que llevará, por una parte a entregar la información científica que les ayude a valorar los distintos aportes que representa la lactancia y, por otra, a analizar los factores que obstaculizan esta práctica de las madres y las posibles soluciones en los diferentes casos. Para plantear esta estrategia se considerará que muchas de las razones de declinación son de orden psico-social: temores o creencias de las madres, falta de apoyo o condiciones desfavorables en los niveles familiar, laboral y social.

La labor de apoyo para la lactancia materna debe ser desarrollada por los profesionales y técnicos de los equipos de salud en diferentes niveles, para asegurar un mayor éxito:

- *Individual con las madres*, en las prácticas de los servicios de salud.
- *Familiar*, dando apoyo e incorporando a las labores de apoyo a los diferentes miembros de la familia, que puedan tener influencia en las decisiones de la madre o en crear condiciones que faciliten la lactancia.
- *Social*, incorporando a la tarea de promoción de la lactancia actividades de trabajo comunitario, tendiente a apoyar la creación y desarrollo de organizaciones sociales de apoyo a la lactancia, monitoras de crianza, de salud, animadoras de grupos de apoyo a la lactancia, etc.

La acción en estos tres niveles se hace necesaria para lograr cambios de actitudes, de hábitos y de valores que permanezcan en el tiempo y se difundan en la comunidad, que pasen a formar parte de su propia cultura. Hay que tener en cuenta que los cambios comprendidos y decididos por la comunidad siempre tienen mayor significado y permanencia que los impulsados sólo por los técnicos. En estos tres niveles, los integrantes de los equipos de salud pueden desarrollar diversas tareas tendientes a apoyar la lactancia, a través de:

- educación individual y / o familiar,
- adopción de normativas que favorezcan la lactancia en los servicios de salud,
- motivación y apoyo a organizaciones sociales de promoción de la lactancia materna.

Educación individual y / o familiar

Esta es una de las tareas asumidas con mayor frecuencia por los integrantes de los equipos de salud; habitualmente las acciones de tipo asistencial son complementadas con educación individual.

En el tema de lactancia materna, la educación individual se dirige principalmente a la madre, pero también es recomendable incorporar en ella a otros miembros de la familia (padre del niño, abuelas, hermanos, etc.). Esta debería iniciarse en los controles prenatales, continuándola en el puerperio, en las consultas post-parto y en los controles de crecimiento y desarrollo del lactante. En realidad, es recomendable aprovechar todas los contactos con la madre o la embarazada para reforzar y apoyar prácticas favorables a la lactancia materna (consultas, visitas domiciliarias, orientación sobre beneficios, etc).

La educación individual, permite enfocar los contenidos educativos de acuerdo a las necesidades o intereses particulares de cada madre y niño, alcanzando grados de profundidad importantes, en la medida que los profesionales de salud sean capaces de crear espacios de confianza y respeto, que permitan:

- pesquisar y revisar en conjunto con la madre, las prácticas que mantiene en torno a la lactancia,
- resolver dudas e inquietudes de la madre, entregando indicaciones a problemas específicos,
- ayudar a tomar conciencia y a cuestionar las actitudes que dificultan la lactancia,
- reforzar las conductas positivas que observa la madre (o la familia) con relación a la lactancia,
- plantear nuevos desafíos y compromisos para mejorar permanentemente la práctica de la lactancia.

La educación individual permite hacer un seguimiento cercano y personalizado a las madres que amamantan por parte de los profesionales y técnicos del equipo de salud; a través de él puede lograrse un compromiso cada vez mayor con la lactancia materna y las formas óptimas de llevarla a cabo, de acuerdo a las condiciones de cada madre y niño**.

*UNICEF. "Lactancia materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud". Santiago de Chile, Ministerio de Salud, Comisión Nacional de Lactancia Materna, 1997

COMENTARIOS SOBRE LOS 10 PASOS

Los “diez pasos” constituyen una norma que deben cumplir las instituciones de salud para lograr la acreditación como Hospital Amigo del Niño. Surge como una estrategia para el fomento de la lactancia materna.

“Los hospitales deben contar con una norma escrita sobre lactancia, exponerla en un lugar visible y darla a conocer a todo el personal del hospital.

Todo el equipo de salud debe contar con los conocimientos necesarios para apoyar la lactancia, ofreciendo a la madre un mensaje consistente. Para esto es necesaria la capacitación y reactualización de todo el personal en forma periódica.

El instrumento de evaluación de los Hospitales Amigos de los Niños y de la Madre (HANM), exige que todo el personal haya participado de un curso de un mínimo de 18 horas, incluidas tres horas de práctica clínica.

Durante el embarazo la mujer debe recibir gran parte de la información sobre lactancia, considerando que éste es un período en que se encuentra muy receptiva para aprender todo lo que sea de beneficio para el hijo que espera.

Es importante que las madres ingresen a la maternidad motivadas hacia la lactancia y con los conocimientos básicos sobre técnicas de amamantamiento, para que la educación en el corto período en el puerperio, consiste en aplicar lo aprendido durante el embarazo.

El recién nacido de término sano debe hacer su primera mamada en la sala de parto y permitir que permanezca junto a su madre los primeros 60 minutos. Los procedimientos de monitoreo y aseo deben dejarse para después de la primera mamada para no interferir con la secuencia de acontecimientos instintivos y reflejos que lleven al niño a buscar el pecho y succionar. El personal de salud debe ayudar a la madre a iniciar la primera mamada, asegurando que resulte una experiencia satisfactoria.

Es importante que el equipo de salud observe, supervise y corrija la técnica de amamantamiento de las madres durante su permanencia en la maternidad para prevenir problemas como dolor, grietas o ingurgitación mamaria y asegurar el éxito de la lactancia.

Todas las madres deben también ser instruidas en forma práctica sobre la extracción manual de leche, para evitar la ingurgitación mamaria y en caso de que deban separarse de sus hijos por trabajo.

La madre de un niño prematuro o enfermo que requiere hospitalización necesita un apoyo especial para la mantención de su leche, esencial para ese recién nacido.

El calostro y la leche materna es el único alimento fisiológicamente adecuado para el recién nacido. Cubre requerimientos específicos de ese período junto con entregarle los factores inmunológicos activos que lo protegen.

Si un recién nacido normal se alimenta en forma precoz, frecuente y efectiva con calostro, no presenta riesgo de hipoglicemia, que es una de las principales causas de suplementación.

El riesgo de acostumbrar al niño al uso del chupete, de sensibilizarlo a las proteínas de la leche de vaca y por último dar a la madre el mensaje de que no es capaz de alimentar a su hijo, justifica que el suplemento sea dado sólo por indicación médica, previa evaluación de cada caso.

La permanencia del niño junto a su madre día y noche es básica para establecer una lactancia exitosa, permitiendo a la madre reconocer y satisfacer las necesidades de su hijo en forma oportuna.

En la lactancia a libre demanda, según las necesidades de la madre o del niño, está basada la regulación fisiológica de la producción de leche, por lo que no se debe interferir definiendo horarios de mamadas, con la excepción de un niño de bajo peso o somnoliento, donde la madre deberá tomar la iniciativa de despertarlo para alimentarlo frecuentemente.

Los niños amamantados no necesitan usar chupetes. Si lo hacen pueden presentar dificultades para mamar debido a que el chupete provoca una disfunción de la mecánica de la succión que el niño puede adoptar luego como forma para succionar el pecho.

El inicio de la lactancia es un período crítico en que la madre requiere de apoyo personalizado. Toda madre que sale de la Maternidad debe saber adónde acudir en caso de presentar problemas de lactancia.

Cada consultorio debe contar con una Clínica de Lactancia donde se ayude a las madres a prevenir y resolver problemas de lactancia.

En cada comunidad además deberían existir grupos de apoyo a la lactancia, formados por miembros de la misma. En general pueden ser mujeres que hayan tenido una experiencia personal positiva con respecto a lactancia, o mujeres jóvenes o mayores capacitadas con conocimientos básicos sobre lactancia que participen a través de agrupaciones de vecinos, centros de madres, grupos de iglesia, etc. y que estén dispuestas a asesorar a las madres que desean amamantar a sus hijos**.

* O.M.S. "Prueba científica de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural". Ginebra, División de Salud y Desarrollo del Niño, 1998

EDUCACIÓN PARA LA LACTANCIA MATERNA

“No es posible conseguir mejores cifras relacionadas con la lactancia materna sin lograr cambios de hábitos y estilos de vida de la población. La educación es un proceso intencionado, precisamente para lograr este tipo de transformaciones.

Para obtener los resultados que se buscan a través de la educación, es preciso partir de un conocimiento previo que por lo menos incluya:

- Claridad sobre características de las personas a quienes se dirige, en especial de las que están obstaculizando los procesos de transformación.
- Características personales e institucionales de quienes programan y conducen este proceso. El conocer estos antecedentes permite la selección del método más apropiado para conseguir los objetivos educativos, a la vez que programar y organizar el proceso en forma adecuada y pertinente. La educación para el fomento de la lactancia -y la educación para la salud en general- busca favorecer cambios en las personas para adquirir estilos de vida más saludables. El cambio de hábitos en los adultos, que en la mayoría de los casos están profundamente arraigados, requiere de un autocuestionamiento y del convencimiento de la existencia de mejores alternativas.

La educación en salud demanda métodos de trabajo que faciliten la toma de conciencia y la reflexión de las personas sobre sus prácticas, seguidas de propósitos y compromisos para modificarlas. Este proceso no puede ser hecho más que por quienes se educan; el educador en este caso, asume el rol de facilitador o motivador de estos procesos.

El método de educación participativa es el que resulta más apropiado para apoyar el desempeño de este rol, ya que tiene como punto de partida y objeto central de estudio, las propias experiencias de los integrantes del grupo que se capacita.

¿A quién educar?

Como la decisión de amamantar o no, es tomada por las madres o futuras madres, ellas constituyen la población objetivo central de una acción educativa orientada a promover la lactancia.

Para comenzar esta acción, es recomendable revisar las causas de declinación de la lactancia, en especial las que están presentes en las personas que participarán en el proceso de capacitación. Su identificación permitirá precisar los contenidos educativos. Lo más seguro es que a través de la estrategia de educación se pueda actuar sobre algunos factores generales y específicos que hacen rehusar la lactancia, pertenecientes al ámbito cultural, valórico y del conocimiento. Sería conveniente detallar algunos de los factores que tendrían que ser considerados entre los contenidos:

- Desconocimiento general de las innumerables ventajas socio-económicas de la lactancia, desconocimiento de los aportes que significa la lactancia materna tanto para la madre como para el niño. Las madres deben llegar a una verdadera valoración de por qué amamantar.
- Desconocimiento de los métodos y procedimientos que indican cómo obtener los mejores resultados en la lactancia materna, identificando con claridad factores de fracaso de la lactancia y cómo prevenirlos.

- En la educación para la lactancia es fundamental incluir, además de las madres o gestantes, a otras personas que le son cercanas afectivamente tienen influencia sobre ella y sus determinaciones: su madre, el padre del niño, su suegra, hijos u familiares que tengan capacidad y condiciones para participar en la capacitación. Se debe recurrir también a personas que ejercen autoridad o liderazgo natural en la población, especialmente en el ámbito de la salud: parteras, monitoras de salud, instituciones o grupos de apoyo a la familia, u otras que tengan presencia en la localidad en que se trabaja**¹.

Visita pre-natal

“La visita prenatal puede utilizarse como una de las maneras en las cuales los proveedores de salud pueden comunicar información a la mujer embarazada y a su familia. Para que los consejos o la información sean útiles, el personal de los centros de atención prenatal necesita contar con:

- conocimiento adecuado sobre el tema en cuestión
- tiempo suficiente para brindar orientación práctica
- comprensión de las creencias y los tabúes locales que giran en torno al sujeto durante el embarazo
- conocimiento adecuado acerca de las intervenciones disponibles a nivel local, que son culturalmente factibles y a precios accesibles.

Para que los consejos o la información sobre nutrición sean útiles, los mensajes tienen que ser:

- simples (“aumente el número de veces que come al día,” y “ningún alimento es tabú”)
- realistas: los consejos sólo se llevarán a la práctica si las mujeres tienen la posibilidad real de ejecutar los consejos que se les den
- específicos en cuanto a la mujer y a su situación particular**²

*¹ Rodríguez García, R.; Schaefer, L.; Yunes, J. “Educación en lactancia para profesionales de la salud”. Washington, O.P.S., 1990

**² (www.aldeac educativa.com)

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

“La lactancia materna tiene innegables beneficios para el niño, para la madre, para la sociedad y la humanidad. Entre estos beneficios se pueden destacar los siguientes:

Beneficios para el niño

Nutrición óptima:

Ningún alimento es mejor que la leche materna en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de sus nutrientes. Cambia su composición y se adapta a los requerimientos del niño. Adaptaciones metabólicas de la madre permiten un máximo aprovechamiento de sus reservas y de los alimentos ingeridos.

La composición de la leche se va adecuando a las necesidades del niño, a medida que éste crece y se desarrolla. Permite una maduración progresiva del sistema digestivo, preparándolo para recibir oportunamente otros alimentos.

Nutrición adecuada para prematuros:

La madre que da a luz un neonato prematuro, produce un tipo de leche adecuada (leche de pretérmino) que es el alimento adecuado hasta que el niño alcanza un desarrollo normal. Solamente en el caso de niños muy prematuros es necesario suplementarla. La leche de pretérmino tiene menor cantidad de lactosa y mayor cantidad de proteínas, IgA y lactoferrina.

Evita la hiperbilirrubinemia:

En el RN, el calostro elimina oportunamente el meconio y evita la hiperbilirrubinemia neonatal.

Protección inmunológica:

La leche materna es indispensable para formar un eficiente sistema inmunitario en el niño y para sentar las bases de una buena salud general para el adulto. El niño amamantado rara vez presenta enfermedades digestivas, respiratorias, otitis y alergias.

El calostro, la leche de transición y la leche madura contienen suficiente IgA que protege al niño mientras él va aumentando su capacidad de producirla.

Fácil digestibilidad:

Por tener la concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa, además de las enzimas que facilitan su digestión, la leche materna es de muy fácil absorción, aprovechándose al máximo todos sus nutrientes, sin producir estreñimiento ni sobrecarga renal.

Crecimiento y desarrollo óptimo:

Los niños alimentados hasta los 6 meses sólo con leche materna tienen un desarrollo y crecimiento normales. Después de esa edad continúan creciendo bien si se inicia la alimentación complementaria manteniéndose la leche materna como único aporte lácteo hasta los 12 meses.

Organización sensorial:

El contacto físico del niño con la madre durante el amamantamiento organiza armónicamente sus patrones sensoriales y gratifica profundamente sus sentidos. Se ha demostrado que los niños amamantados presentan mayor agudeza sensorial (gusto, olfato, tacto, visión, audición) que los alimentados con biberón y fórmula.

Organización biocronológica y del estado de alerta:

Durante al menos 3 meses el niño necesita tener contacto físico regular y constante con su madre para organizar sus propios ritmos basales y su estado de alerta. Disminuye así el riesgo de apneas prolongadas, bradicardia, asfixia por aspiración y síndrome de muerte súbita.

Patrones afectivo-emocionales adecuados:

El niño que es amamantado adecuadamente, satisface sus necesidades básicas de calor, amor y nutrientes para su organismo. El bienestar y agrado que esto le produce, hacen que se sienta querido y protegido, respondiendo con una actitud alegre, segura y satisfecha, características de un patrón afectivo-emocional equilibrado y armónico.

Desarrollo intelectual del niño:

Los niños amamantados son más activos, presentan un mejor desarrollo sicomotor, una mejor capacidad de aprendizaje y menos trastornos de lenguaje que los niños alimentados con mamadera.

Se asocia la lactancia materna con un mayor coeficiente intelectual en el niño.

Desarrollo dentomaxilar y facial:

Del equilibrio funcional de la succión-deglución-respiración en los primeros meses de vida depende en gran medida el buen desarrollo dento-máxilo-facial y la maduración de las futuras funciones bucales: masticación, mímica y fonarticulación del lenguaje.

Beneficios para la madre

Retracción del útero:

Por el estímulo de succión inmediatamente después del parto, la ocitocina producida, además de estar destinada a la eyección de la leche, actúa simultáneamente sobre el útero contrayéndolo para evitar el sangrado y reducirlo a su tamaño previo. La ocitocina sigue actuando sobre el útero mientras la madre amamanta, produciendo también una recuperación a largo plazo.

Recuperación del peso:

Una lactancia adecuada permite que la mayoría de las madres pierdan progresiva y lentamente el excedente de peso que tienen de reserva precisamente para enfrentar la lactancia.

Recuperación de los pechos:

La estimulación y el vaciamiento frecuente de los pechos, evita la congestión de ellos y reduce los depósitos de grasa acumulados para la lactancia, ayudando con ello a mantener la elasticidad y firmeza de sus estructuras.

Prevención de cáncer de mamas y ovarios:

La lactancia cumple un importante rol en la prevención del cáncer de mamas y ovarios, reduciendo el riesgo de estas enfermedades.

Aspecto físico de la mujer:

Las hormonas de la lactancia (prolactina) hacen que la mujer que amamanta tenga un aspecto físico más bello, vital y armónico.

Establecimiento del apego:

El amamantamiento, especialmente si éste se inicia inmediatamente después del parto, produce un reconocimiento mutuo entre madre e hijo, estableciéndose entre ellos un fuerte lazo afectivo o "apego". El apego induce en la madre un profundo sentimiento de ternura, admiración y necesidad de protección para su pequeño hijo.

Satisfacción emocional de la madre:

La intensa unión e interdependencia de la madre con su hijo que amamanta, produce en ella un sentimiento de valoración de sí misma y un equilibrio emocional que promueven su desarrollo integral como mujer.

Beneficios para la familia

Refuerzo de lazos afectivos familiares:

El amamantamiento del niño es una experiencia familiar. El padre, otros hijos o personas integradas a la familia, organizan su interacción en torno a la madre y su hijo, además se refuerzan los lazos afectivos y de solidaridad familiar.

Prevención del maltrato infantil:

No satisfacer oportunamente las necesidades básicas del niño pequeño: afecto, calor y nutrientes para su crecimiento y desarrollo, puede considerarse una forma de maltrato infantil. Una madre que amamanta a su hijo mantiene una interrelación emocionalmente sana y equilibrada y tiene menos riesgo de incurrir en alguna forma de maltrato.

Espaciamiento de los nacimientos:

La lactancia materna exclusiva, y si la madre permanece amenorreica, evita el embarazo en el 98% de los casos durante los primeros 6 meses después del parto. El LAM (método lactancia materna y amenorrea) es un método natural inicial de planificación familiar recomendable para espaciar los nacimientos.

Beneficios para la sociedad

Disminución de la morbimortalidad infantil:

Si todas las madres del mundo amamantaran a sus hijos al menos hasta los 6 meses de edad, se evitaría la muerte de más de un millón de niños anualmente.

Economía de recursos:

La lactancia materna ahorra enormes cantidades de dinero a la familia, a las instituciones, al país y al mundo entero por concepto de costo de:

- leches de vaca o de fórmula
- mamaderas, chupetes y accesorios
- enfermedades y sus tratamientos

- gastos hospitalarios de maternidad y atención de neonatos
- absentismo laboral de la madre que necesita atender al niño enfermo
- producción, almacenamiento, promoción, transporte y evacuación de envases y otros desechos.

Se estima que si todas las madres del mundo alimentaran a sus hijos con leche materna hasta los 6 meses, el ahorro sería de muchos millones de dólares anuales.

Ventajas ecológicas

La leche materna es un recurso natural y renovable, ambientalmente importante y ecológicamente viable.

Desarrolla una función biológica vital en el control de crecimiento de la población al espaciar nacimientos; no desperdicia recursos naturales ni crea contaminación; no implica gastos de fabricación, envases, comercialización, transporte ni almacenamiento; no necesita preparación ni usa fuentes de energía; no requiere de utensilios especiales para prepararla ni suministrarla**.

*UNICEF. "Lactancia materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud". Santiago de Chile, Ministerio de Salud, Comisión Nacional de Lactancia Materna, 1997

DIFICULTADES FRECUENTES EN LA PRÁCTICA DEL AMAMANTAMIENTO

“El personal de salud que trabaja en lactancia debe estar familiarizado con las dificultades que se presentan en el amamantamiento.

Los problemas obedecen en general a causas multifactoriales que afectan a la madre y / o al hijo.

Ansiedad por falta de apoyo:

La madre que carece de apoyo moral, afectivo, económico y social, tiene temor para enfrentar el embarazo, parto y la lactancia. Si además no cuenta con una experiencia familiar favorable de lactancia, la idea de amamantar le provoca dudas e incertidumbre.

Sobrecarga de trabajo:

Si la madre no cuenta con ayuda en la casa para solucionar los problemas domésticos o debe seguir con todo el trabajo habitual mientras está amamantando, tiene una gran sobrecarga física y emocional que no le permite descansar lo suficiente ni disponer del tiempo necesario para amamantar con tranquilidad.

Problemas conyugales:

Si el padre no es comprensivo, no participa ni se compromete en el proceso de crianza, puede hacer exigencias a su mujer que le harán dudar o suspender la lactancia para satisfacerlo.

Depresión materna:

El exceso de trabajo, la falta de apoyo emocional y material, el proceso de adaptación a su nueva realidad física y emocional, la no-comprensión de su mayor labilidad emocional, etc., puede provocar una depresión en la madre, lo que constituye un gran riesgo para la lactancia.

Madre soltera:

La madre soltera necesita un gran apoyo de las personas que la rodean. Por lo general el padre del hijo no asume su responsabilidad como tal y a ella le resulta difícil enfrentar la lactancia y continuar con sus actividades previas.

Se deben investigar todos estos factores de riesgo e incorporar a la familia en la consulta de enfermería para educarla y planificar juntos el apoyo que se puede prestar a la madre para que pueda amamantar adecuadamente a su hijo”*.

*UNICEF. “Lactancia materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud”. Santiago de Chile, Ministerio de Salud, Comisión Nacional de Lactancia Materna, 1997

LA CONGESTIÓN INICIAL DE LAS MAMAS

“Aproximadamente 48 horas después del parto, las mamas se sienten muy llenas e incómodas. Hay sin embargo grandes variaciones individuales. Algunas mujeres no sufren ninguna incomodidad mientras otras presentan ingurgitación y dolor en las mamas, las cuales se tornan pesadas y duras. Pueden tener elevación de la temperatura y hasta escalofríos aislados, no se debe a una infección bacteriana ni debe ser motivo de gran alarma. Sin embargo, si persiste por más de 24 horas podría tratarse de algo más serio.

Estos síntomas se deben en parte a un aumento de la cantidad del líquido sanguíneo y tisular de las mamas, el cual disminuye espontáneamente después de varios días. Se deben también a un exceso de leche porque al principio la producción no se ajusta correctamente a la demanda.

La respuesta más simple a este problema de la congestión es sacar el exceso de leche lo cual alivia inmediatamente el dolor y los otros síntomas. Con esto también podrían drenarse libremente los fluidos tisulares, tal vez por reducirse la presión de las mamas, y resolverse más rápidamente la congestión.

Mucha gente teme que si se saca la leche se va a seguir produciendo más de la necesaria o que la cantidad continuaría aumentando indefinidamente. Estos temores son injustificados porque casi siempre, pasadas una o dos semanas la producción disminuye para ajustarse a la demanda del bebé. Además de que aumentan las necesidades del bebé, mejora su eficiencia para mamar. De todos modos, cuando ha disminuido la congestión del fluido sanguíneo y tisular baja la presión en las mamas y dejan de causar incomodidad. Para entonces puede suspenderse la extracción de leche y permitir que las mamas se ajusten naturalmente a la demanda del bebé. En este período es menor el riesgo de que se forme un absceso en la mama por lo que también hay menos necesidad de sacarse la leche”*.

* Helsing, E; King, F. "Guía para una buena lactancia". México, Ed. Pax México, 1983

INGURGITACIÓN MAMARIA

“En los primeros días después del parto, ocurre una inflamación natural de los senos debida a la gran circulación sanguínea que se ha congestionado en esa zona al comienzo de la producción de leche (congestión y aumento de la vascularización fisiológicos).

Si a esto se suma el vaciamiento infrecuente o insuficiente de las mamas, se produce la ingurgitación mamaria. Esta puede ser primaria o secundaria.

La **ingurgitación primaria** se manifiesta en que ambas mamas están aumentadas de tamaño, duras y sensibles, pero de las cuales se puede extraer leche. Se produce por mamas infrecuentes o insuficientes.

La prevención consiste en usar una buena técnica de amamantamiento y dar de mamar con una frecuencia adecuada (a demanda y con un período de tiempo entre lactadas no mayor a tres horas).

El tratamiento consiste en el vaciamiento efectivo, hecho idealmente por el niño. Si la ingurgitación compromete la areola, el niño por lo general no será capaz de introducirla en su boca. En este caso se debe extraer la leche manualmente o con bomba, hasta ablandar la zona areolar para que el niño pueda mamar efectivamente.

En la **ingurgitación secundaria**, además de la acumulación de leche, se presenta edema del intersticio de la mama, que en casos extremos lleva a obliterar los conductos, impidiendo la salida de leche. Las mamas se encuentran muy duras, dolorosas, calientes y en algunas ocasiones, enrojecidas.

El manejo incluye el uso de analgésicos, calor local (aplicación de compresas tibias) para favorecer el vaciamiento y extracción frecuente, manual o con bomba. Después de la extracción, colocar frío local para disminuir el edema. El cuadro cederá al disminuir éste, permitiendo que la leche fluya nuevamente.

Para vaciar la mama es conveniente estimular previamente la areola y el pezón para desencadenar el reflejo de eyección y luego vaciarla por extracción manual, con bomba o amamantando al niño.

La ingurgitación secundaria en general demora dos o tres días en desaparecer y puede ocasionar daño en el epitelio alveolar”.^{*1}

“La **ingurgitación areolar** ocurre, como se mencionó anteriormente, cuando se congestiona la areola, se borra el pezón y es imposible mamar correctamente. Si el bebé succiona sólo del pezón, resulta muy doloroso porque ésta es la única zona de la mama que presenta terminaciones nerviosas sensibles al dolor. Además, los senos galactóforos no son ordeñados y, por lo tanto, no se vacían.

Se debe enseñar a las madres cómo extraer la leche manualmente. Para ello se colocan el pulgar y el índice en los bordes de la areola, se aprieta hacia el tórax y luego se juntan los dedos. Así se simula la acción rítmica de la mandíbula del lactante, se inicia el flujo de leche y se ablanda el tejido mamario. Al poner al bebé al pecho la madre debe comprimir la areola entre dos dedos para que sea más fácil de tomar.

La **ingurgitación periférica** es la que afecta el cuerpo de la mama; la hinchazón abarca desde la clavícula a la parte inferior de la parrilla costal, y desde la línea medio-axilar hasta el esternón”.^{*2}

*1 Dickason, E.; Silverman, B.; Schult, M. “Enfermería Materno-Infantil”. 2ª edición. Barcelona, Ed. Mosby / Doyma Libros, 1995

*2 Ferráez de Lee, M. “Lactancia materna”; México, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 1998

ANTECEDENTES:

DATOS SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA EDUCACIÓN PRENATAL

“La educación prenatal para las mujeres puede incrementar la lactancia materna si aumenta su confianza y habilidades. Las clases parecen particularmente eficaces. Un pequeño estudio cuasiexperimental (Wiles, 1984) evaluó el efecto de una clase prenatal sobre la lactancia en primíparas que se preparaban para el parto. En el grupo de intervención ($n = 20$), la tasa de lactancia al mes fue significativamente más alta que en el grupo de control ($n = 20$).

Kistin y cols. (1990) estudiaron los efectos de la educación prenatal sobre las tasas de lactancia materna en mujeres negras de bajos ingresos que asistían a una consulta prenatal atendida por matronas. Las madres fueron asignadas al azar a recibir una clase en grupo ($n = 38$) o una entrevista individual ($n = 36$). Un grupo de control ($n = 56$) no recibió ninguna de las dos. La clase consistía en una sesión de 50 a 80 minutos en la que se trataban los siguientes temas: motivos para elegir el tipo de lactancia, mitos frecuentes, fisiología, ventajas para la salud, dudas y problemas frecuentes con la lactancia y la forma de solucionarlos. Las sesiones individuales duraban 15 a 30 minutos, y en ellas se trataban los mismos temas.

La proporción de madres que iniciaron la lactancia fue significativamente mayor en ambos grupos de intervención (45 y 50 %) que en el de control (22 %). Entre las madres que habían pensado dar el biberón, el 38 % de las que asistieron a las sesiones individuales y solo un 8 % de las del grupo control acabaron por dar el pecho ($p < 0,001$). Entre las madres que habían pensado dar el pecho, el 13 % de las que asistieron a las clases en grupo, y sólo una del grupo control, dieron el pecho durante más de 12 semanas ($p < 0,05$). Se realizó un análisis multifactorial, ajustando por edad, intención prenatal de dar el pecho, experiencia previa de lactancia, apoyo percibido para amamantar, educación, paridad y planes de volver al trabajo. La probabilidad de amamantar durante la estancia en el hospital era 4,26 veces mayor para las mujeres que recibían alguna intervención que para el grupo de control ($p < 0,005$), y 5,16 veces mayor para las que asistieron a clases en grupo que para el grupo de control ($p < 0,01$).

Jamieson (1994) y Long (1995), en el Reino Unido, han descrito talleres prenatales sobre lactancia materna, centrados en los conocimientos, habilidades y actitudes (por ejemplo, dar confianza a las madres y enseñarles a colocar al bebé al pecho). La evaluación del proyecto encontró que entre las madres que habían asistido al taller aumentaba en un 20 % la prevalencia de lactancia materna entre las 8 y las 12 semanas (Long, 1995).

En un estudio cuasiexperimental en Santiago de Chile (Pugin y cols., 1996) se evaluó el efecto de un programa hospitalario de promoción de la lactancia con o sin educación prenatal específica. El grupo pre-intervención sirvió como control. El programa incluía varias intervenciones que abarcaban la mayor parte de los Diez Pasos. Un subgrupo recibió también educación prenatal sobre técnicas de lactancia: grupos de 5 a 6 mujeres participaban en sesiones conducidas por una matrona especializada, mientras esperaban para sus últimas 3 a 5 visitas prenatales.

Los temas tratados en cada ocasión eran: cuidados del pecho, ventajas para la madre y para el hijo, técnica de la lactancia, anatomía y fisiología, prevención de problemas, alojamiento conjunto y contacto inmediato. Se hicieron demostraciones prácticas con rota folios, un modelo de pecho y un muñeco de tamaño natural. El subgrupo que había recibido la educación prenatal extra mostró una prevalencia más alta de lactancia materna completa a los 6 meses que el grupo que recibió la educación normal (80 frente a 65 %, $p < 0,0026$). Cuando se analizaron por separado los resultados según la paridad, las diferencias siguieron siendo significativas solo para las primíparas (94 frente a 57 %, $p < 0,005$). Se concluyó que la educación prenatal en grupo sobre lactancia materna es un componente aditivo, significativo e importante del apoyo a la lactancia, especialmente entre mujeres sin experiencia previa con la lactancia. Entre los aspectos de la intervención que pueden haber tenido un papel importante estaban el comentario en grupo de los mitos, dudas y problemas comunes, y el apoyo entre iguales (pares).

Varios estudios han evaluado la atención prenatal por promotoras no profesionales de la comunidad en países en desarrollo (Burkhalter y Marin, 1991; Alvarado y cols., 1996; Davies Adefugbo, 1996; Morrow y cols., 1996) y en los EE.UU. (Long y cols., 1995). En los países y zonas en que las clases prenatales no son habituales, esta alternativa puede resultar más asequible, puesto que se combinaron con la atención continuada postnatal.

La educación debe adaptarse a cada población. Fishman, Evans y Jenks (1988) encontraron que un programa de promoción de la lactancia en California era inadecuado para una audiencia de mujeres indochinas. Las discusiones en grupos focales revelaron la creencia de que la leche artificial es superior a la materna por varios motivos, algunos relativos al equilibrio de los humores en la medicina asiática, y otros a la preocupación por la conservación del peso corporal y la energía de la madre después del parto. Los mensajes del programa, afirmando que la lactancia materna es más sana, ahorra tiempo, facilita la pérdida de peso y ayuda a las madres a sentirse más cerca de sus hijos estaban basados en percepciones norteamericanas, y no motivaban a las mujeres indochinas**.

*O.M.S. "Prueba científica de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural". Ginebra, División de Salud y Desarrollo del Niño, 1998

PROBLEMA

¿Cuál es la incidencia de ingurgitación mamaria, el grado de concurrencia a la clase de lactancia materna y su posible asociación, en las madres que asisten al primer control post-natal en el centro N° 6 de atención Materno Infantil del Banco de Previsión Social?

Fundamentación y justificación

La educación para la salud "es un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación hacia los mismos"*.

El objetivo fundamental de la educación para la salud es la adquisición de conocimientos y actitudes, y la modificación de la conducta individual y colectiva en asuntos relacionados con la salud.

Para desarrollar este proceso adecuadamente el apoyo clínico a la lactancia debe iniciarse durante el embarazo. A fin de contribuir con dicho proceso, los profesionales de la salud deben tener un conocimiento cabal sobre la lactancia para que puedan motivar a las madres a amamantar y a superar los temores o dificultades que se puedan presentar.

El apoyo a la lactancia debe comenzar en el período pre-natal, avanzar con la madre hasta el parto y el puerperio inmediato y continuar con el binomio madre-hijo durante el período post-natal tardío hasta los seis meses.

En la práctica, la educación sobre aspectos de la lactancia debería convertirse en un proceso continuo de intercambio de conocimientos y experiencias entre la madre y el equipo de salud que la asiste.

Durante el embarazo la madre debe prepararse psicológicamente para amamantar a su hijo. Eso la motivará a aprender todo lo referente a la lactancia, a cuidar su estado nutricional, evitar riesgos para el niño que está en gestación y a prepararse adecuadamente para esta función. En este período ella está extraordinariamente receptiva a todo lo que sea en favor de dar a su hijo una mejor atención. Es una circunstancia muy propicia para el fomento y promoción de la lactancia, así como también para la prevención de complicaciones físicas y psicológicas que predisponen negativamente a la madre con respecto al amamantamiento.

Considerando que la aparición de complicaciones en las mamas, tal como ingurgitación, puede ocasionar o propiciar el fracaso de la lactancia materna, es que creímos importante investigar la incidencia de dicha complicación, así como también su posible asociación con la concurrencia a la clase de educación prenatal de lactancia. Dado que la ingurgitación mamaria aparece entre el tercer y octavo día después del parto, es que decidimos abordar a la población cuando concurrió al primer control post-natal, ya que éste se realiza en dicho período de tiempo (de este modo nos aseguramos que las madres presentaron ingurgitación mamaria en el momento de la encuesta o la presentaron recientemente). Del mismo modo, las características con que debió contar la población para ser incluida en el estudio, fueron determinadas con el fin de que cada mujer que la compone no posea experiencia previa de amamantamiento y no sea madre

* Higashida, Berta. "Educación para la salud". México, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 1995

adolescente o añosa, ya que esto pudo condicionar su predisposición ante la educación pre-natal y su comportamiento ante la aparición de complicaciones.

Otra razón por la cual decidimos abordar este tema es la inexistencia de estadísticas y estudios previos sobre el mismo, ya que las investigaciones con las que contábamos sólo hacen referencia a los beneficios de la educación prenatal sobre la lactancia materna en general. Estos trabajos llegan a la conclusión de que la educación prenatal es más útil para las primíparas que para las múltiparas, y puede tener un importante efecto sobre la lactancia, sobre todo si se enseña la técnica de amamantamiento y si se refuerza la confianza de la madre en su capacidad para lactar (por más información sobre estudios previos, ver antecedentes del problema).

La institución propuesta para realizar la investigación fue seleccionada debido a que posee una estructura organizativa en la que se cuenta con clases grupales (seis) estructuradas y programadas de educación pre-natal, gratuitas y en una de dichas clases el contenido se refiere exclusivamente a lactancia materna (ventajas, cuidados de los pezones, anatomía de la mama, técnica de amamantamiento, extracción manual de leche, participación del padre).

Podemos afirmar que el estudio tuvo como finalidad proporcionar a la institución una caracterización de la población objeto de estudio, dejando en ella los datos estadísticos obtenidos; determinar la incidencia de ingurgitación mamaria en la población objeto de estudio y el grado en que dicha población asistió a la clase de lactancia materna. Se buscó identificar si hay asociación entre las mencionadas variables.

Fue nuestro propósito contribuir a elevar la calidad de atención a través de los aportes del conocimiento científico a la prevención y promoción de la salud, contribuyendo a elevar la calidad de la experiencia del amamantamiento por medio de una lactancia materna sin mayores dificultades.

OBJETIVOS

1. Caracterizar la población objeto de estudio.
2. Identificar la presencia o ausencia de ingurgitación mamaria.
3. Determinar en la población la asistencia a la clase prenatal de lactancia.
4. Identificar si existe una probable asociación entre la concurrencia a la clase prenatal de lactancia materna y la presencia de ingurgitación mamaria.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Se realizó un estudio con las siguientes características:

- *Descriptivo*: estuvo dirigido a estudiar la situación de las variables en la población, la presencia o ausencia de determinada característica, la frecuencia con que ocurre un fenómeno; en quiénes, dónde y cuándo se está presentando determinado fenómeno.
- *Retrospectivo*: se indagó sobre hechos ocurridos en el pasado.
- *Transversal*: se estudiaron las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

Universo y muestra

Universo:

Población: Todas las puérperas primigestas, primíparas, que poseían entre 19 y 34 años de edad, que concurren al primer control post-natal en el Centro N° 6 de Atención Materno Infantil del Banco de Previsión Social.

Sujeto del estudio: cada una de dichas mujeres.

Muestra:

Cantidad o porcentaje del universo: Todas las mujeres primigestas, primíparas, que poseían entre 19 y 34 años de edad, que concurren al primer control post-natal en el Centro N° 6 de Atención Materno Infantil del Banco de Previsión Social, en el período comprendido entre el 14 de enero y el 22 de febrero de 2002.

Unidad de observación: Cada una de las mujeres primigestas, primíparas, que poseían entre 19 y 34 años de edad, que concurren al primer control post-natal en el Centro N° 6 de Atención Materno Infantil del Banco de Previsión Social, en el período comprendido entre el 14 de enero y el 22 de febrero de 2002.

Se reclutaron todas las puérperas que cumplieron con los criterios de inclusión antes mencionados, que asistieron a clase prenatal o no y que presentaron o no ingurgitación mamaria

Tipo de muestreo: Se utilizó el tipo de muestreo denominado *por conveniencia*, en el cual se emplearon personas u objetos disponibles como sujetos de estudio.

Proceso de muestreo:

Se obtuvo la autorización correspondiente para reclutar a los sujetos de estudio en el lugar y horario especificados para realizar la investigación.

Se reclutaron a los sujetos bajo el plan que se formuló y se solicitó su colaboración explicitando los fines de la encuesta.

VARIABLES

Definición conceptual

Ingurgitación mamaria: congestión y aumento de la vascularización de las mamas con acumulación de leche.

Signos y síntomas de ingurgitación mamaria: manifestaciones físicas observables, medibles o percibidas por la usuaria en las mamas.

Días de aparición de la ingurgitación mamaria: tiempo transcurrido desde el parto hasta la aparición de los signos y síntomas de ingurgitación mamaria.

Causas de la ingurgitación mamaria (según la usuaria): factor o fenómeno que la usuaria cree que ha sido causante de la ingurgitación mamaria.

Clase de educación prenatal sobre lactancia materna: es parte de un proceso que informa, motiva y ayuda a las mujeres embarazadas y a sus familias a adoptar y mantener prácticas saludables a través del intercambio de información con los proveedores de salud, acerca de la lactancia materna.

Causas de la no asistencia a clase prenatal de lactancia materna: motivos o factores determinantes según refiere la usuaria los cuales no le permitieron asistir a la clase prenatal de lactancia materna.

Información sobre lactancia materna previa a la clase prenatal: conocimiento con el que cuenta la usuaria sobre el tema, previo a la concurrencia a la clase prenatal de lactancia materna.

Fuente de información sobre lactancia materna previa a la clase prenatal: origen de la información sobre lactancia materna en general que recibió la usuaria previo a asistir a la clase prenatal.

Edad: período de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta fecha actual.

Nivel de instrucción: enseñanza formal aprobada hasta la fecha actual.

Situación de pareja: tipo de unión afectiva y/o legal conyugal entre dos personas.

Residencia: distancia en cuadras existente entre el domicilio de la usuaria y el centro de atención de salud.

Situación laboral: actividad remunerada que desempeña la usuaria.

A continuación presentaremos los motivos por los cuales fueron seleccionadas las variables:

- El rango de edad fue determinado de 19 a 34 años con el fin de no poseer dentro de la muestra madres adolescentes ni añosas.

- El *nivel de instrucción* se incluyó dentro de las variables ya que consideramos que es un factor que podría influir en la comprensión de la información por parte de las usuarias, así como también a la hora de adaptar la manera de formular las preguntas contenidas en el instrumento de recolección de datos.
- La *situación de pareja* fue utilizada para la caracterización de la población y se intentó relacionarla con el apoyo con el que cuenta la madre.
- La distancia a la que se encuentra el lugar de residencia de la usuaria del centro de salud fue considerada como un factor importante, si bien no es el único, que podría influir en el grado de asistencia a clase.
- La inserción de la mujer al medio laboral se tomó en consideración dado que puede limitar el tiempo para asistir a la clase así como también podría interferir con la práctica de la lactancia materna.
- Los *signos y síntomas de ingurgitación mamaria* se utilizaron para determinar la presencia o ausencia de la misma.
- La variable *día de aparición de los síntomas* tuvo como objetivo corroborar con la bibliografía los tiempos de presentación de la ingurgitación mamaria.
- Consideramos de relevancia conocer la opinión de las púerperas acerca de los factores causantes de la ingurgitación mamaria para realizar un acercamiento a la percepción de la usuaria sobre éstos. Del mismo modo, se utilizaron los datos obtenidos para realizar una descripción del comportamiento de dicha variable, según la distribución de frecuencia de la *información sobre lactancia materna previa a la clase prenatal* y su fuente, ya que la misma podría afectar la opinión antes mencionada.
- El motivo por el cual se incluyó la variable *información sobre lactancia materna previa a la clase prenatal*, además de determinar si la población posee información y la *fuentes* de la misma, fue describir la influencia, si existiere, sobre las variables objeto de estudio.
- Conocer las causas por las cuales la usuaria no concurrió a la clase prenatal, según refiere la propia usuaria, tuvo como finalidad identificar aquellos factores causantes susceptibles de ser modificados por el equipo de salud y más precisamente por el personal de enfermería.

Operacionalización de las variables

Dimensiones e indicadores

Variables	Indicadores
- Clase prenatal de lactancia materna.	- Concurrió - No concurrió - Causas de no concurrencia
- La variable <i>ingurgitación mamaria</i> se midió a través de la presencia o ausencia de sus signos y síntomas. Se consideró que existe ingurgitación mamaria cuando estuvieron presentes otros signos y síntomas además de la inflamación de los senos y el aumento de la visibilidad de las venas de los mismos.	- Si - No - Signos y síntomas
- Edad	- N° de años
- Situación de pareja	- Casada - Soltera - Unión libre - Otras
- Residencia	- Menos 20 cuadras - Entre 20 y 40 cuadras - Más de 40 cuadras
- Nivel de instrucción	- Primaria completa - Primaria incompleta - Secundaria completa - Secundaria incompleta - Terciario completo - Terciario incompleto - Otros
- Situación laboral	- Trabaja - No trabaja - N° de horas que trabaja
- Información sobre lactancia materna previa a la clase prenatal	- Si - No - Fuente de información
- Fuente de información sobre lactancia materna previa a la clase prenatal	- Familiar - Institucional - Libros o folletos
- Signos y síntomas de ingurgitación mamaria	- Senos inflamados - Venas visibles - Senos endurecidos - Dolor - Calor - Senos enrojecidos - Pezones aplanados por inflamación de la areola
- Día de aparición de la ingurgitación mamaria	- Día 2 a día 8 post-parto

Método de recolección de datos (ver instrumento en anexo N° 1)

Objetivos:

1. Recolectar datos a través de la encuesta.
2. Realizar el registro de los mismos.
3. Facilitar la tarea de recolección, registro, y procesamiento de los datos.
4. Obtener datos útiles a los efectos de la investigación.

Destinatarios:

Mujeres primigestas, primíparas, que poseían entre 19 y 34 años de edad, que concurrieron al primer control post-natal en el Centro N° 6 de Atención Materno Infantil del Banco de Previsión Social, en el periodo comprendido entre el 14 de enero y el 22 de febrero de 2002.

Componentes y tipos de preguntas:

Está compuesto por trece preguntas, de las cuales diez son cerradas (seis poseen múltiple opción y cuatro son dicotómicas) y tres son abiertas.

Procedimientos:

Tiempo:

El tiempo global del estudio fue de 19 semanas, desde el 1° de noviembre de 2001 hasta el 22 de marzo de 2002.

La delimitación y formulación del problema se realizó entre el 1° de noviembre y el 13 de noviembre de 2001; en el mismo periodo se comenzó la revisión bibliográfica y se elaboraron los lineamientos generales de la propuesta de trabajo.

Desde el día 27 de noviembre al 17 de diciembre de 2001, se elaboró el protocolo de investigación.

Se comenzó con la ejecución el día 14 de enero de 2002 (los dos primeros días se realizó una prueba del instrumento y se realizaron modificaciones), finalizando el 22 de febrero del mismo año. El análisis de los datos obtenidos se realizó en el periodo comprendido entre el 25 de febrero y el 8 de marzo de 2002.

Se elaboró el informe final entre el 11 y el 22 de marzo de 2002, siendo este último el día de entrega del presente informe.

Cabe destacar que se cumplieron las actividades según los tiempos planificados.

Ver calendario de actividades en anexos N° I.

Recursos:

Los recursos económicos necesarios para llevar a cabo la investigación fueron aportados por los integrantes del grupo humano a cargo de la misma (ver presupuesto en anexo I)

Se contó con el apoyo de un recurso humano calificado para asesoramiento estadístico, perteneciente a la institución formadora.

Proceso:

El estudio fue llevado a cabo por cuatro estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, los cuales tuvieron las mismas responsabilidades con respecto al trabajo de investigación, y siguieron el plan de recolección de datos y reclusión de la muestra previamente estipulado.

Se formaron dos grupos de dos estudiantes cada uno, los cuales se dividieron la tarea de recolección de datos, a fin de facilitar la misma, teniendo ambos grupos igual carga horaria.

Se seleccionaron a las madres que cumplían con los criterios de inclusión de la muestra, a través de la revisión de los registros de ingreso de la institución, previo a la primera consulta post-natal.

Se recolectaron los datos mediante la utilización del instrumento (cuestionario), en el período comprendido entre el 14 de enero y el 22 de febrero de 2002, de lunes a viernes, de 9 a 13 horas.

Para la aplicación del instrumento, el registro en el mismo fue realizado por las estudiantes para evitar confusiones; se dispuso de 5 minutos por usuaria, en la sala de espera.

El problema enfrentado fue no contar con un espacio físico adecuado para encuestar a las usuarias, ésto se intentó solucionar siendo breves, claras, concisas y estableciendo una relación empática al encuestar a las mujeres.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO

El total de la población estudiada en el Centro N° 6 de Atención Materno Infantil (B.P.S), en el período comprendido entre el 14 de enero y 22 de febrero de 2002 está constituida por 97 unidades de observación.

Las variables objeto de estudio fueron la ingurgitación mamaria y la asistencia a clase prenatal de lactancia materna. Se utilizaron para caracterizar la población las variables: edad, situación de pareja, nivel de instrucción, residencia, ocupación, información sobre lactancia materna previa a la clase prenatal, día de aparición de los síntomas de ingurgitación mamaria, causa de la ingurgitación mamaria, causas de la no-asistencia a clase.

El presente análisis se desarrollará de la siguiente forma:

1. Descripción de la población total
2. Descripción de la población de acuerdo a la variable ingurgitación mamaria
 - a- Población que presentó ingurgitación mamaria
 - b- Población que no presentó ingurgitación mamaria
 - c- Comparación entre ambas poblaciones
3. Descripción de la población de acuerdo a la variable clase prenatal de lactancia materna
 - a- Población que concurrió a clase prenatal de lactancia materna
 - b- Población que no concurrió a clase prenatal de lactancia materna
 - d- Comparación entre ambas poblaciones
4. Análisis bivariado de las variables objeto de estudio

Análisis estadístico descriptivo del total de la población muestral

El 58,76% de la población total presentó edades entre 19 y 24 años, y el 15,46% entre 28 y 30 años, siendo el resto de la población mayor a 30 años (ver tabla y gráfica N° 1 en anexo N° III.1). La media es de 24 años.

La *situación de pareja* que predominó fue unión estable con un 41,24%, seguida de un 38,14% que corresponde a mujeres casadas (ver tabla y gráfica N° 2 en anexo N° III.1).

El 31,96% completó la enseñanza primaria no así un 8,25%, el 54,64% no completó la enseñanza secundaria, sí lo hizo un 8,25%. Un 3,09% cursó estudios terciarios en forma incompleta. El 34,02% presentaba otros estudios (ver tabla y gráfica N° 4 en anexo N° III.1).

La mayoría de la población residía a más de 40 cuadras (77,32%).

Un 83,67% no trabaja fuera del hogar, sí lo hace un 12,37%, de este porcentaje trabajan menos de 6 horas 58,33% y entre 6 y 8 horas el 41,67% (ver tabla y gráfica N° 3 y 5 en anexo N° III.1, respectivamente).

En cuanto a la *información sobre lactancia materna previa a la clase prenatal* el 58,76 % contaban con dicha información. De éstas, el 52,63% la recibió de sus familiares, en un 35,09% la fuente fue una institución y el 21,05% provenía de libros o folletos (ver tabla y gráfica N° 6 en anexo N° III.1).

Análisis estadístico descriptivo de acuerdo a la variable ingurgitación mamaria

Población que presentó Ingurgitación mamaria

Este grupo estuvo constituido por 65 unidades de observación.

La tasa de incidencia de ingurgitación mamaria es de 67%, es decir, de cada tres mujeres dos presentaron.

La media de edades para esta población es de 24 años, siendo el intervalo modal el de 19 a 21 años, con un 35,38%. Un 21,54% posee entre 22 y 24 años y aproximadamente un 30% posee entre 25 y 30 años (ver tabla y gráfica N° 1 en anexo N° III.2).

Con respecto a la *situación de pareja* un 40% están casadas existiendo un 37% de uniones estables (ver tabla y gráfica N° 2 en anexo N° III.2).

Mayoritariamente (77%) la población que presenta ingurgitación mamaria reside a más de cuarenta cuadras del centro de atención materno infantil (ver tabla y gráfica N° 3 en anexo N° III.2).

El 37% de esta población posee primaria completa, el 3,08% no la concluyó; el 49,23% cursó estudios secundarios sin completarlos, poseen estudios secundarios completos un 6,16% y terciarios incompletos 4,61%. Realizó otros estudios el 32,31% de la población (ver tabla y gráfica N° 4 en anexo N° III.2).

Podemos afirmar que una de cada ocho mujeres realiza actividades remuneradas fuera del hogar, de éstas la mitad trabaja menos de 6 horas y el resto entre 6 y 8 horas.

Haciendo referencia a la *información sobre lactancia materna previa a la clase prenatal* observamos que la poseían un 63% de las púerperas. Su fuente de información fue mayoritariamente la familia (ver tabla y gráfica N° 6 en anexo N° III.2).

La aparición de los *signos y síntomas de ingurgitación mamaria* se dió en el 78,46% de los casos entre el segundo y tercer día post-parto, lo cual coincide con lo explicitado por la bibliografía. Las madres consideran que las causas de estos síntomas son en su mayoría exceso en la producción de leche (27,69%) y grietas en los pezones (16,92%), un 20% no sabe o no responde (ver tabla y gráfica N° 8 en anexo N° III.2).

De las madres que consideran que la causa de ingurgitación mamaria es el exceso de leche un 67% posee información sobre lactancia materna previa a la clase prenatal proveniente en un 57% de la familia; las púerperas que consideraron que las grietas en los pezones causaron la ingurgitación poseen información previa a la clase prenatal en un 45,5% de los casos, siendo las fuentes de información más frecuentes, la familia y una institución de salud con igual porcentaje (40%). Con respecto a las mujeres que no saben o no responden, poseen información previa, un 33% y la fuente de ésta, se distribuyó en igual porcentaje (33,33%) entre la familia, instituciones de salud y folletos o libros. Cabe destacar que el grupo de mujeres que no sabe o no responde las causas de la ingurgitación mamaria, se corresponde con el grupo que tiene menos información previa a la clase prenatal. Las mujeres que poseían más información previa refieren como causas, exceso de leche y grietas en los pezones, las cuales coinciden con lo explicitado en la bibliografía y si bien no son las causas directas de la ingurgitación mamaria ambas conllevan al vaciamiento infrecuente o inadecuado de la mama y ésta si lo es. Por lo cual observamos que el grupo tenía mayor información previa a la clase prenatal tuvo una respuesta más certera.

Población que no presentó ingurgitación mamaria

Las mujeres que no presentaron ingurgitación mamaria fueron un total de 32.

La media de edades para esta población es de 24 años, siendo el intervalo que presenta mayor frecuencia de casos el comprendido entre 19 y 21 años, con un 37,05 %. Una cuarta parte de la muestra posee entre 22 y 24 años; entre 25 y 30 años corresponde a un 28% (ver tabla y gráfica N° 1 en anexo N° III.3).

En cuanto a la *situación de pareja* la mitad de las mujeres poseen pareja estable existiendo un 34,37% de mujeres casadas (ver tabla y gráfica N° 2 en anexo N° III.3).

Se destaca que el mayor porcentaje (78%) de las encuestadas reside a más de cuarenta cuadras del centro de atención materno infantil (ver tabla y gráfica N° 3 en anexo N° III.3).

El 22% de esta población posee primaria completa; el 65,63% cursó estudios secundarios sin completarlos, poseen estudios secundarios completos un 12,50%. Realizó otros estudios el 37,50% de la población (ver tabla y gráfica N° 4 en anexo N° III.3).

Podemos afirmar que una de cada siete mujeres realiza actividades remuneradas fuera del hogar, de éstas una tercera parte trabaja menos de 6 horas y el resto entre 6 y 8 horas (ver tabla y gráfica N° 5 en anexo N° III.3).

En referencia a la *información sobre lactancia materna previa a la clase prenatal* observamos que el 50% contaban con la misma (ver tabla y gráfica N° 6 en anexo N° III.3).

Análisis comparativo entre la población que presenta y no presenta ingurgitación mamaria

Comenzando con el presente análisis, diremos que por cada mujer que no presenta ingurgitación mamaria, dos la presentan.

En ambas poblaciones predominan, promedialmente en un 60%, las edades comprendidas entre 19 y 24 años (ver tabla y gráfica comparativa N° 1 en anexo N° III.4).

Con respecto a la distribución de la población según la *situación de pareja* tenemos que en el grupo que presenta ingurgitación mamaria la mayoría son casadas (40%) y en el grupo que no la presenta predomina la unión estable (50%). El porcentaje de madres solteras es menor a una cuarta parte de la población en ambos grupos; si bien este porcentaje no es mayoritario cabe destacarlo puesto que ser madre soltera es un factor que predispone a las dificultades en la práctica del amamantamiento, ya que la madre necesita mayor apoyo y en general el padre de su hijo no asume la responsabilidad como tal (ver tabla y gráfica comparativa N° 2 en anexo N° III.4).

En cuanto al *nivel de instrucción* alcanzado más frecuentemente -secundaria incompleta- coincide en ambos grupos de madres (ver tabla y gráfica comparativa N° 4 en anexo N° III.4). Existió un 3% de mujeres que presentaron ingurgitación mamaria en las que se observó que no completaron la enseñanza primaria, mientras que en las que no presentaron, no aparecen estudios primarios incompletos; si bien el porcentaje no es significativo, este factor es relevante dado que pudo influir en forma desfavorable en la comprensión de la información recibida acerca de la lactancia materna.

Teniendo en cuenta que la inserción temprana de la mujer al trabajo luego del parto predispone a la aparición de dificultades en el amamantamiento, tales como la ingurgitación mamaria, cabe destacar que en nuestro estudio no se observó dicha influencia puesto que el grupo de mujeres que presentó y el que no presentó ingurgitación mamaria trabajan en similar proporción (ver tabla y gráfica comparativa N° 5 en anexo N° III.4).

Por último, podemos afirmar que la mayoría de las puérperas, tanto las que presentaron ingurgitación mamaria como las que no, recibió algún tipo de *información sobre lactancia materna previa a la clase prenatal*, siendo en ambos casos la principal fuente de información, la familia (ver tabla y gráfica comparativa N° 6 en anexo N° III.4). Cabe la aclaración de que el grupo que presentó ingurgitación mamaria correspondía al que en proporción estaba más informado.

Análisis estadístico descriptivo de acuerdo a la variable clase prenatal de lactancia materna

Población que asistió a la clase prenatal de lactancia materna

Este grupo estuvo constituido por 25 unidades de observación.

La tasa de asistencia es de 26%, es decir, de cada cuatro mujeres una concurrió a la clase.

La media de edades para esta población es de 24 años, siendo el intervalo modal el de 22 a 24 años, con un 32%. El 28% posee entre 19 y 21 años y el 40% restante tiene entre 25 y 33 años (ver tabla y gráfica N° 1 en anexo N° III.5).

Con respecto a la *situación de pareja* un 56% están casadas existiendo un 36% de uniones estables (ver tabla y gráfica N° 2 en anexo N° III.5).

En su mayoría (76%) la población reside a más de cuarenta cuadras del centro de atención materno infantil (ver tabla y gráfica N° 3 en anexo N° III.5).

El 24% de las mujeres que asistieron a clase posee primaria completa; el 56% cursó estudios secundarios sin completarlos, poseen estudios secundarios completos un 16% y terciarios incompletos 4%. Realizó otros estudios el 52% de la población (ver tabla y gráfica N° 4 en anexo N° III.5).

Podemos afirmar que una de cada seis mujeres realiza actividades remuneradas fuera del hogar, de éstas trabaja menos de 6 horas el 75% y el resto entre 6 y 8 horas (ver tabla y gráfica N° 5 en anexo N° III.5).

Haciendo referencia a la *información sobre lactancia materna previa a la clase prenatal* observamos que la poseían un 52% de las puérperas. Su fuente de información fue mayoritariamente (61,54%), la familia (ver tabla y gráfica N° 6 en anexo N° III.5).

Población que no asistió a clase prenatal de lactancia materna

Las mujeres que no asistieron a clase fueron un total de 72.

La media de edades para esta población es de 24 años, siendo el intervalo que presenta mayor frecuencia de casos el comprendido entre 19 y 21 años, con un 38,89%. La mitad de la población posee entre 22 y 30 años y el 11,11% restante tiene entre 31 y 34 años (ver tabla y gráfica N° 1 en anexo N° III.6).

En cuanto a la *situación de pareja* el 43% de las mujeres poseen pareja estable existiendo un 31,94% de mujeres casadas y un 25% de madres solteras (ver tabla y gráfica N° 2 en anexo N° III.6).

Se destaca que el mayor porcentaje (78%) de las encuestadas reside a más de cuarenta cuadras del centro de atención materno infantil (ver tabla y gráfica N° 3 en anexo N° III.6).

El 34,72% de esta población cursó primaria en forma completa y no la completó un 2,78%; el 54,17% cursó estudios secundarios sin completarlos, poseen estudios secundarios completos un 5,55%; alcanzaron un nivel de instrucción terciario incompleto el 2,78%. Del total de las madres encuestadas que no concurren a clase realizó otros estudios el 27,78% (ver tabla y gráfica N° 4 en anexo N° III.6).

Podemos afirmar que una de cada nueve mujeres realiza actividades remuneradas fuera del hogar, de éstas la mitad trabaja menos de 6 horas y la otra mitad entre 6 y 8 horas (ver tabla y gráfica N° 5 en anexo N° III.6).

En referencia a la *información sobre lactancia materna previa a la clase prenatal* observamos que el 61% contaban con la misma, siendo la familia la fuente de información en la mitad de los casos (ver tabla y gráfica N° 6 en anexo N° III.6).

Cuando se indagó acerca de la *causa de la no-asistencia a clase prenatal de lactancia materna* las madres manifestaron en un 25% de los casos que la razón fue la "falta de tiempo", seguido de un 20,83% de mujeres que "no podía" y el 11,11% argumentaron "razones económicas". Otras causas que si bien no presentaron porcentajes mayoritarios son relevantes, fueron "falta de interés" (8,33%), coincidencia del horario de la clase con horario de trabajo y mujeres que no poseían información acerca de la existencia de clases prenatales, se dieron en igual porcentaje (6,94%). El resto de los motivos de la no-asistencia se presentan en la tabla y gráfica N° 7 en anexo N° III.6.

Análisis comparativo entre la población que asistió a clase prenatal de lactancia materna y la población que no asistió

Las poblaciones a comparar en este análisis están compuestas de la siguiente forma: 25 unidades de observación concurren a la clase prenatal y 72 no concurren, es decir, una de cada cuatro mujeres concurre a clase prenatal de lactancia materna.

Las edades que predominan en el grupo que concurre a clase oscilan entre 22 y 24 años, mientras que en el grupo que no concurre las edades más frecuentes se distribuyeron entre 19 y 21 años (ver tabla y gráfica comparativa N° 1 en anexo N° III.7).

En cuanto a la *situación de pareja* se observó que en las puérperas que concurren a clase la mayoría están casadas (56%) y en las que no concurren predomina la unión estable (43,06%). Cabe destacar el porcentaje de madres solteras en el grupo que no participó de la clase es mayor que en el grupo que sí lo hizo, alcanzando un 25% de los casos (ver tabla y gráfica comparativa N° 2 en anexo N° III.7). Esto pudo haber influido en el grado de concurrencia de este grupo teniendo en cuenta que este tipo de madre necesita mayor apoyo y que ellas lo manifestaron como un motivo para no asistir.

Con respecto al *nivel de instrucción* alcanzado más frecuentemente -secundaria incompleta- coincide en ambos grupos de madres, correspondiendo a más del 50% en cada uno de ellos (ver tabla y gráfica comparativa N° 4 en anexo N° III.7). Existió un 3% de mujeres que no participaron de la clase, en las que se observó que no completaron la enseñanza primaria, mientras que, en las que sí asistieron, no aparecen estudios primarios incompletos; del mismo modo, apreciamos que existe un porcentaje mayor de secundaria completa y otros estudios en la población que concurrió a la clase. Este hecho nos permite afirmar que un mayor nivel de instrucción podría influir en forma favorable en la búsqueda de información en el ámbito institucional y esto se manifestó a través de la asistencia a clase.

Haciendo referencia a la situación laboral y considerando que el hecho de trabajar podría influir negativamente en la asistencia a la clase prenatal, podemos decir que no se observó dicha influencia, ya que en el grupo de mujeres que concurrió a clase trabaja un mayor porcentaje que en el que no concurrió (ver tabla y gráfica comparativa N° 5 en anexo N° III.7).

Para finalizar, podemos afirmar que la mayoría de las púerperas, tanto las que asistieron como las que no, recibió algún tipo de *información sobre lactancia materna previa a la clase prenatal*, siendo en ambos casos la principal fuente de información, la familia. Cabe aclarar que en el grupo que no concurrió a clase se presentaron más individuos con información previa que en el grupo que sí lo hizo; del mismo modo, otra diferencia significativa se encontró en las instituciones de salud como fuente de información, con un mayor porcentaje en la población que no asistió (ver tabla y gráfica comparativa N° 6 en anexo N° III.7).

Análisis bivariado de las variables objeto de estudio

$\chi^2 = 2,80$

Clase prenatal	Ingurgitación mamaria		Total
	SI	NO	
SI	11	14	25
NO	54	18	72
Total	65	32	

Luego de realizada la tabla tetracórica y el cálculo de χ^2 , dado el resultado del mismo, se puede afirmar que no hay asociación entre las variables ingurgitación mamaria y clase prenatal de lactancia materna, por lo cual no resultó conveniente realizar un análisis bivariado más allá del cálculo anteriormente mencionado.

CONCLUSIONES

Al comenzar el presente estudio nos planteamos como principal tarea describir el comportamiento de la ingurgitación mamaria en la población y determinar en qué medida dicha población asistía a la clase, lo cual se logró a través de la obtención de la tasa de ingurgitación mamaria (67%) y la tasa de asistencia a clase (26%).

Considerando los antecedentes del problema en los que los resultados indicaban asociación entre la educación prenatal y la práctica de la lactancia, supusimos que tal vez esa influencia se podría presentar entre las variables objeto de nuestro estudio, ya que éstas son aspectos que componen la educación prenatal y la práctica del amamantamiento; sin embargo, fue comprobado que en esta población muestral no existe asociación entre la ingurgitación mamaria y la clase prenatal de lactancia materna.

No obstante, observamos que existen influencias entre las variables objeto de estudio y el resto de las variables utilizadas, las cuales presentaremos a continuación:

No se comprobó lo explicitado en el marco teórico, acerca de que ser madre soltera sería un factor predisponente a las dificultades en el amamantamiento, si bien observamos que este tipo de madres concurrió en menor proporción a la clase prenatal de lactancia materna.

Teniendo en cuenta la totalidad de los datos acerca del nivel de instrucción, según las variables objeto de estudio y sus dimensiones, podemos concluir que un mayor nivel de instrucción podría estar interviniendo en una menor incidencia de ingurgitación mamaria, así como también propiciaría la concurrencia a clase.

La mayoría de la población que asistió a clase como de la que no lo hizo, reside a más de cuarenta cuadras del centro de salud, por lo cual este agente no influyó en el grado de concurrencia.

Realizar una actividad remunerada fuera del hogar no fue un aspecto influyente en la aparición de ingurgitación mamaria. Con respecto a la asistencia a clase y considerando que el hecho de trabajar podría limitar dicha asistencia, no se apreció la limitación antes mencionada, puesto que en el grupo que concurrió trabaja un mayor porcentaje de mujeres.

Haciendo referencia a la información sobre lactancia materna previa a la clase prenatal, vemos que la posee una mayor cantidad de madres en el grupo que presentó ingurgitación y en el que no concurrió a clase. No podemos inferir si existe influencia de dicha información sobre la ingurgitación (puesto que se ignora la calidad y contenido de la misma) y se desconoce si el hecho de poseer información previa restringió la asistencia a clase. No obstante creemos que existe algún tipo de influencia, ya que al solicitarle a las usuarias su opinión acerca de las causas de la ingurgitación mamaria, el grupo que tenía mayor información aportó respuestas más certeras.

La clase prenatal de lactancia materna como componente de la educación prenatal tiene como finalidad lograr cambios en las actitudes, aptitudes y comportamientos con respecto a la lactancia (si bien creemos que este no es el único factor determinante); en base a los resultados obtenidos, podemos decir que sólo una minoría de la población está recibiendo este beneficio, ya que la tasa de asistencia a clase es baja. También podemos afirmar, que a pesar de las actividades de promoción y prevención por parte del equipo de salud, se observó una tasa elevada de ingurgitación mamaria.

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

A continuación nos referiremos a la influencia de los resultados obtenidos sobre la población objeto de estudio, así como también plantearemos la posible influencia de los resultados en caso de que éstos hubiesen sido diferentes. Presentaremos los aportes realizados por este estudio al conocimiento científico y al cuerpo de conocimiento de Enfermería Profesional, incluyendo nuestra propia práctica profesional.

Los resultados en relación a la variable situación de pareja aportan una pauta para reforzar la captación de las madres solteras por parte de la institución y, del mismo modo, incentivar el apoyo y la participación de la familia en la asistencia a la clase prenatal. En cuanto a la ingurgitación mamaria, si hubiese existido una mayor incidencia en las madres solteras, se corroboraría lo explicitado por la bibliografía (mayor necesidad de apoyo y mayor propensión a tener dificultades en la práctica de la lactancia). Sugerimos realizar un estudio acerca del tipo de apoyo que recibe esta madre con respecto a la lactancia.

Se debería enfocar el esfuerzo del equipo de salud hacia la motivación para la asistencia a clase y prevención de ingurgitación mamaria en el grupo poblacional con un menor nivel de instrucción. Proponemos investigar la relación entre el nivel de instrucción y el grado de comprensión de la información recibida en clases prenatales por parte de las usuarias, en el mismo centro de atención materno infantil seleccionando una muestra de similares características.

Los resultados que aportó el estudio referentes al desempeño de actividades remuneradas fuera del hogar, fue que este factor no influyó en las variables objeto de estudio, esto no coincide con el marco teórico utilizado; de haber coincidido, se reafirmaría que el hecho de trabajar predispone a las dificultades en el amamantamiento. Aportamos como sugerencia la realización de un estudio descriptivo donde se investigue si las madres que trabajan presentan otro tipo de complicaciones en la práctica de la lactancia. Del mismo modo, proponemos estudiar la intención de amamantar y la práctica del amamantamiento en madres que trabajan y en las que no.

Se desconoce la influencia de la información sobre lactancia materna previa a la clase prenatal en las variables objeto de estudio, puesto que se ignora el contenido y la calidad de la misma, no podemos inferir cómo esto influyó en la población; por tal motivo sugerimos indagar en próximos estudios la calidad de la información mencionada y la presencia de mitos o creencias en una población con similares características. Sin embargo, podemos deducir que dicha influencia existe, ya que a mayor información sobre lactancia materna previa a la clase prenatal, las respuestas acerca de las causas de la ingurgitación mamaria, fueron más certeras.

Refiriéndonos a las causas de no-asistencia, consideramos que el conocimiento de las mismas es un aporte que constituye un instrumento para comenzar a modificar estos factores de acuerdo a los criterios y recursos de la institución. Desde el punto de vista de las actividades que corresponden a Enfermería profesional, dichos factores pueden modificarse a través de la promoción de la salud durante el embarazo y puerperio.

Para finalizar proponemos, como continuación del presente estudio, investigar las causas de la ingurgitación mamaria en mujeres primigestas, primíparas, de 19 a 34 años, en el mismo centro de salud. Del mismo modo sería importante conocer el comportamiento de las variables objeto de estudio de la presente investigación en madres adolescentes, en madres añosas y en aquellas que posean experiencia previa en el amamantamiento. Con respecto a la concurrencia a la clase prenatal, proponemos la creación de un programa que tenga como objetivo la promoción de la salud reproductiva y prevención de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, teniendo como actividades principales las clases de educación prenatal y la Consulta de Enfermería.

Como futuras profesionales, realizar este estudio nos proporcionó la certeza de que la investigación es el camino adecuado para la obtención de nuevo conocimiento y la comprobación del conocimiento empírico.

El presente estudio ha constituido una experiencia que reflejaremos en nuestra práctica cotidiana de la profesión, aplicando la metodología de la investigación científica en la resolución de los problemas de los usuarios, de los servicios y del equipo de salud. Esta inserción de la investigación en las prácticas cotidianas contribuirá a elevar la calidad de atención y el reconocimiento social de la profesión.

BIBLIOGRAFÍA

- Canales, F.; Alvarado, E.; Pineda, E. "Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud", 2ª edición. Washington D.C., Ed. O.P.S.-O.M.S., 1994
- Dickason, E.; Silverman, B.; Schult, M. "Enfermería Materno-Infantil". 2ª edición. Barcelona, Ed. Mosby / Doyma Libros, 1995
- Elston, R.; Jonson, W. "Principios de bioestadística". México, Editorial El Manual Moderno S.A., 1990
- Ferráez de Lee, M. "Lactancia materna"; México, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 1998
- Helsing, E.; King, F. "Guía práctica para una buena lactancia". México, Ed. Pax México, 1983
- Hernández, R. "Metodología de la investigación". México, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 1991
- Higashida, Berta. "Educación para la salud". México, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 1995
- O.M.S. "Prueba científica de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural". Ginebra, División de Salud y Desarrollo del Niño, 1998
- Polit, D.; Hungler, B. "Investigación científica en ciencias de la salud", 6ª edición. México, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 2000
- Reeder, S.; Martín, L.; Koniak, D. "Enfermería Materno-Infantil", 17ª edición. México, Ed. Interamericana Mc Graw-Hill, 1995
- Rodríguez García, R.; Schaefer, L.; Yunes, J. "Educación en lactancia para profesionales de la salud". Washington, O.P.S., 1990
- Sentís, J.; Pardell, H.; Cobo, E. et al. "Manual de bioestadística". Barcelona, Editorial Masson, 1995
- UNICEF. "Lactancia materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud". Santiago de Chile, Ministerio de Salud, Comisión Nacional de Lactancia Materna, 1997
- www.aldeaeducativa.com
- www.arrakis.es
- www.clap.hc.edu.uy
- www.escuela.med.puc.cl
- www.geocitis.com

ANEXOS

ANEXO I

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Montevideo, 9 de Enero de 2002

TUTOR:

Lic. Mercedes Pérez

AUTORES:

Jacqueline Peruchena 97083

Lorena Lacuesta 97189

Sylvana Pérez 97047

Venera Rodríguez 91021

ÍNDICE

Título.....	pág. 1
Introducción	pág. 2
Problema	pág. 3
Fundamentación y justificación	pág. 3
Objetivos	pág. 4
Diseño metodológico:	
Tipo de estudio	pág. 5
Universo y muestra	pág. 5
Variables:	
Definición conceptual	pág. 6
Motivos de selección de las variables.....	pág. 6
Operacionalización de las variables	pág. 8
Dimensiones e indicadores	pág. 8
Nivel de medición	pág. 9
Método de recolección de datos	pág. 9
Procedimientos:	
Tiempo	pág. 9
Recursos	pág. 10
Proceso	pág. 10
Plan de tabulación y análisis	pág. 10
Bibliografía	pág. 11
Anexos	pág. 12
Anexo 1: Guía para la elaboración del proyecto	
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos (cuestionario)	
Anexo 3: Presupuesto	
Anexo 4: Cronograma de actividades	
Anexo 5: Marco Teórico	
- Tendencias de la lactancia materna	
- Áreas de acción para el fomento de la lactancia materna	
- Apoyo para la lactancia	
- Comentarios sobre los 10 pasos	
- Educación para la lactancia materna	
- Beneficios de la lactancia materna	
- Dificultades frecuentes en la práctica del amamantamiento	
- La congestión inicial de las mamas	
- Congestión mamaria	
- Antecedentes: Datos sobre los beneficios de la educación prenatal	
Anexo 6: Planillas para el procesamiento de los datos	

TÍTULO

Estudio descriptivo *de la incidencia de ingurgitación mamaria*, el grado de *asistencia a la clase prenatal de lactancia materna* y la posible asociación entre estas variables, en mujeres que concurren a su primer control postnatal en el Centro Nº 6 de Atención Materno Infantil del Banco de Previsión Social entre el 14 de enero al 22 de febrero de 2002 .

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de investigación ha sido realizado por cuatro estudiantes de Licenciatura en Enfermería, generación 97, con motivo del trabajo final de investigación.

El problema a estudiar será la aparición de ingurgitación mamaria, el grado de asistencia a la clase prenatal de lactancia materna y la posible asociación entre ellas, en mujeres que concurren a su primer control postnatal en el Centro N° 6 de Atención Materno Infantil del Banco de Previsión Social entre el 14 de enero al 22 de febrero de 2002.

Considerando que la aparición de complicaciones en las mamas, tal como ingurgitación mamaria, puede ocasionar o propiciar el fracaso de la lactancia materna, es que creemos importante describir el comportamiento de ambas variables y establecer si existe una presunta asociación entre ellas.

Otra razón por la cual hemos decidido abordar este tema es la inexistencia de estadísticas y estudios previos sobre el mismo, ya que las investigaciones con las que contamos sólo hacen referencia a los beneficios de la educación prenatal sobre la lactancia materna en general. Estos trabajos llegan a la conclusión de que la educación prenatal es más útil para las primíparas que para las multíparas, y puede tener un importante efecto sobre la lactancia, sobre todo si se enseña la técnica de amamantamiento y si se refuerza la confianza de la madre en su capacidad para lactar.

Los objetivos principales de la investigación son:

- Caracterizar a la población objeto de estudio.
- Determinar la incidencia de la ingurgitación mamaria en la población.
- Establecer el grado de asistencia a la clase de lactancia materna.
- Identificar si existe asociación entre la concurrencia a la clase prenatal de lactancia materna y la presencia de ingurgitación mamaria.

Se realizará un estudio *descriptivo*, ya que estará dirigido a estudiar la situación de las variables en la población, la presencia o ausencia de determinada característica, la frecuencia con que ocurre un fenómeno; en quiénes, dónde y cuándo se está presentando determinado fenómeno. Será un estudio *retrospectivo*, puesto que se indagará sobre hechos ocurridos en el pasado, y *transversal*, dado que se estudiarán las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

El universo estará compuesto por todas las puérperas primigestas, primíparas, que posean entre 19 y 34 años de edad, que concurren al primer control post-natal en el Centro N° 6 de Atención Materno Infantil del Banco de Previsión Social.

La muestra estará conformada por todas las mujeres primigestas, primíparas, que posean entre 19 y 34 años de edad, que concurren al primer control post-natal en el Centro N° 6 de Atención Materno Infantil del Banco de Previsión Social, en el período comprendido entre el 14 de enero y el 22 de febrero de 2002. Se utilizará el tipo de muestreo denominado por conveniencia.

El instrumento para la recolección de datos será un cuestionario compuesto por trece preguntas, de las cuales diez son cerradas (seis poseen múltiple opción) y tres son abiertas.

PROBLEMA

¿Cuál es la incidencia de ingurgitación mamaria, el grado de concurrencia a la clase de lactancia materna y su posible asociación, en las madres que asisten al primer control post-natal en el centro N° 6 de atención Materno Infantil del Banco de Previsión Social?

Fundamentación y justificación

La educación para la salud es un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación hacia los mismos.

El objetivo fundamental de la educación para la salud es la adquisición de conocimientos y actitudes, y la modificación de la conducta individual y colectiva en asuntos relacionados con la salud.

Para desarrollar este proceso adecuadamente el apoyo clínico a la lactancia debe iniciarse durante el embarazo. A fin de contribuir con dicho proceso, los profesionales de la salud deben tener un conocimiento cabal sobre la lactancia para que puedan motivar a las madres a amamantar y a superar los temores o dificultades que se puedan presentar.

El apoyo a la lactancia debe comenzar en el período pre-natal, avanzar con la madre hasta el parto y el puerperio inmediato y continuar con el binomio madre-hijo durante el período post-natal tardío hasta los seis meses.

En la práctica, la educación sobre aspectos de la lactancia debería convertirse en un proceso continuo de intercambio de conocimientos y experiencias entre la madre y el equipo de salud que la asiste.

Durante el embarazo la madre debe prepararse psicológicamente para amamantar a su hijo. Esto la motivará a aprender todo lo referente a la lactancia, a cuidar su estado nutricional, evitar riesgos para el niño que está en gestación y a prepararse adecuadamente para esta función. En este período ella está extraordinariamente receptiva a todo lo que sea en favor de dar a su hijo una mejor atención. Es una circunstancia muy propicia para el fomento y promoción de la lactancia, así como también para la prevención de complicaciones físicas y psicológicas que predisponen negativamente a la madre con respecto al amamantamiento.

Considerando que la aparición de complicaciones en las mamas, tal como ingurgitación, puede ocasionar o propiciar el fracaso de la lactancia materna, es que creemos importante investigar la incidencia de dicha complicación, así como también su posible asociación con la concurrencia a la clase de educación prenatal de lactancia. Dado que la ingurgitación mamaria aparece entre el tercer y octavo día después del parto, es que decidimos abordar a la población cuando concurre al primer control post-natal, ya que éste se realiza en dicho período de tiempo (de este modo nos aseguramos que las madres presentan ingurgitación mamaria en el momento de la encuesta o la han presentado recientemente). Del mismo modo, las características con que debe contar la población para ser incluida en el estudio, fueron determinadas con el fin de que cada mujer que la compone no posea experiencia previa de amamantamiento y no sea madre adolescente o añosa, ya que esto puede condicionar su predisposición ante la educación pre-natal y su comportamiento ante la aparición de complicaciones.

Otra razón por la cual hemos decidido abordar este tema es la inexistencia de estadísticas y estudios previos sobre el mismo, ya que las investigaciones con las que contamos solo hacen referencia a los beneficios de la educación prenatal sobre la lactancia materna en general. Estos trabajos llegan a la conclusión de que la educación prenatal es más útil para las primíparas que para las multíparas, y puede tener un importante efecto sobre la lactancia, sobre todo si se enseña la técnica de amamantamiento y si se refuerza la confianza de la madre en su capacidad para lactar (por más información sobre estudios previos, ver antecedentes del problema).

La institución propuesta para realizar la investigación fue seleccionada debido a que posee una estructura organizativa en la que se cuenta con clases grupales (seis) estructuradas y programadas de educación pre-natal, gratuitas y en una de dichas clases el contenido se refiere exclusivamente a lactancia materna (ventajas, cuidados de los pezones, anatomía de la mama, técnica de amamantamiento, extracción manual de leche, participación del padre).

Podemos afirmar que el estudio tiene como finalidad proporcionar a la institución una caracterización de la población objeto de estudio, dejando en ella los datos estadísticos obtenidos; permitirá determinar la incidencia de ingurgitación mamaria en la población objeto de estudio y el grado en que dicha población asiste a la clase de lactancia materna. Se buscará identificar si hay asociación entre las mencionadas variables.

Es nuestro propósito contribuir a elevar la calidad de atención a través de los aportes del conocimiento científico a la prevención y promoción de la salud, contribuyendo a aumentar la calidad de la experiencia del amamantamiento por medio de una lactancia materna sin mayores dificultades.

OBJETIVOS

1. Caracterizar la población objeto de estudio.
2. Identificar la presencia o ausencia de ingurgitación mamaria.
3. Determinar en la población la asistencia a la clase prenatal de lactancia.
4. Identificar si existe una probable asociación entre la concurrencia a la clase prenatal de lactancia materna y la presencia de ingurgitación mamaria.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Se realizará un estudio con las siguientes características:

- **Descriptivo:** estará dirigido a estudiar la situación de las variables en la población, la presencia o ausencia de determinada característica, la frecuencia con que ocurre un fenómeno; en quiénes, dónde y cuándo se está presentando determinado fenómeno.
- **Retrospectivo:** se indagará sobre hechos ocurridos en el pasado.
- **Transversal:** se estudiarán las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

Universo y muestra

Universo:

Población: Todas las púerperas primigestas, primíparas, que posean entre 19 y 34 años de edad, que concurren al primer control post-natal en el Centro N° 6 de Atención Materno Infantil del Banco de Previsión Social.

Sujeto del estudio: cada una de dichas mujeres.

Muestra:

Cantidad o porcentaje del universo: Todas las mujeres primigestas, primíparas, que posean entre 19 y 34 años de edad, que concurren al primer control post-natal en el Centro N° 6 de Atención Materno Infantil del Banco de Previsión Social, en el período comprendido entre el 14 de enero y el 22 de febrero de 2002.

Unidad de observación: Cada una de las mujeres primigestas, primíparas, que posean entre 19 y 34 años de edad, que concurren al primer control post-natal en el Centro N° 6 de Atención Materno Infantil del Banco de Previsión Social.

Se reclutarán todas las púerperas que cumplan con los criterios de inclusión antes mencionados, hayan asistido a clase prenatal o no y hayan presentado o no ingurgitación mamaria

Tipo de muestreo: Se utilizará el tipo de muestreo denominado *por conveniencia*, en el cual se emplean personas u objetos disponibles como sujetos de estudio y no se emplea en forma necesaria individuos conocidos del investigador.

Proceso de muestreo:

Se obtendrá la autorización correspondiente para reclutar a los sujetos de estudio en el lugar y horario especificados para realizar la investigación.

Se reclutará a los sujetos bajo el plan que se formuló y se solicitará su colaboración explicitando los fines de la encuesta.

Se interpretarán los resultados.

VARIABLES

Definición conceptual

Ingurgitación mamaria: congestión y aumento de la vascularización de las mamas con acumulación de leche.

Signos y síntomas de ingurgitación mamaria: manifestaciones físicas observables, medibles o percibidas por la usuaria en las mamas.

Días de aparición de la ingurgitación mamaria: tiempo transcurrido desde el parto hasta la aparición de los signos y síntomas de ingurgitación mamaria.

Causas de la ingurgitación mamaria (según la usuaria): factor o fenómeno que la usuaria cree que ha sido causante de la ingurgitación mamaria.

Clase de educación prenatal sobre lactancia materna: es parte de un proceso que informa, motiva y ayuda a las mujeres embarazadas y a sus familias a adoptar y mantener prácticas saludables a través del intercambio de información con los proveedores de salud, acerca de la lactancia materna.

Causas de la no asistencia a clase prenatal de lactancia materna: motivos o factores determinantes según refiere la usuaria los cuales no le permitieron asistir a la clase prenatal de lactancia materna.

Información sobre lactancia materna previa a la clase prenatal: conocimiento con el que cuenta la usuaria sobre el tema, previo a la concurrencia a la clase prenatal de lactancia materna.

Fuente de información sobre lactancia materna previa a la clase prenatal: origen de la información sobre lactancia materna en general que recibió la usuaria previo a asistir a la clase prenatal.

Edad: período de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta fecha actual.

Nivel de instrucción: enseñanza formal aprobada hasta la fecha actual.

Situación de pareja: tipo de unión afectiva y/o legal conyugal entre dos personas.

Residencia: distancia en cuerdas existente entre el domicilio de la usuaria y el centro de atención de salud.

Situación laboral: actividad remunerada que desempeña la usuaria.

A continuación presentaremos los motivos por los cuales fueron seleccionadas las variables:

- El rango de edad fue determinado de 19 a 34 años con el fin de no poseer dentro de la muestra ni madres adolescentes ni añosas.
- El nivel de instrucción se incluyó dentro de las variables ya que consideramos que es un factor que podría influir en la comprensión de la información por parte de las usuarias, así como también a la hora de adaptar la manera de formular las preguntas contenidas en el instrumento de recolección de datos.

- La situación de pareja será utilizada para la caracterización de la población y además se tendrá en cuenta, si fuera pertinente, para relacionarlo con el apoyo con el que cuenta la madre.
- La distancia a la que se encuentra el lugar de residencia de la usuaria del centro de salud será considerado como un factor importante, si bien no es el único, que podría influir en el grado de asistencia a clase.
- La inserción de la mujer al medio laboral se tomó en consideración dado que puede limitar el tiempo para asistir a las clases así como también podría interferir con la práctica de la lactancia materna.
- Los signos y síntomas de ingurgitación mamaria se utilizarán para determinar la presencia o ausencia de la misma.
- La variable día de aparición de los síntomas tiene como objetivo corroborar con la bibliografía los tiempos de presentación de la ingurgitación mamaria.
- Consideramos de relevancia conocer la opinión de las puérperas acerca de los factores causantes de la ingurgitación mamaria para realizar un acercamiento a la percepción de la usuaria sobre éstos. Del mismo modo, se utilizarán los datos obtenidos para realizar una descripción del comportamiento de dicha variable según la distribución de frecuencia de la información previa y su fuente, ya que la misma podría afectar la opinión antes mencionada.
- El motivo por el cual se incluyó la variable información previa, además de determinar si la población posee información y la fuente de la misma, fue describir la influencia, si existiere, sobre las variables objeto de estudio.
- Conocer las causas por las cuales la usuaria no concurrió a la clase prenatal, según refiere la propia usuaria, tiene como finalidad identificar aquellos factores causantes susceptibles de ser modificados por el equipo de salud y más precisamente por el personal de enfermería

Operacionalización de las variables

Dimensiones e indicadores

Variables	Indicadores
- Clase prenatal de lactancia materna.	- Concurrió - No concurrió - Causas de no concurrencia
- La variable <i>Ingurgitación mamaria</i> se medirá a través de la presencia o ausencia de sus signos y síntomas. Se considerará que existe ingurgitación mamaria cuando estén presentes otros signos y síntomas además de la inflamación de los senos y el aumento de la visibilidad de las venas de los mismos.	- Si - No - Signos y síntomas
- Edad	- N° de años
- Situación de pareja	- Casada - Soltera - Unión libre - Otras
- Residencia	- Menos 20 cuabras - Entre 20 y 40 cuabras - Más de 40 cuabras
- Nivel de instrucción	- Primaria completa - Primaria incompleta - Secundaria completa - Secundaria incompleta - Terciario completo - Terciario incompleto - Otros
- Situación laboral	- Trabaja - No trabaja - N° de horas que trabaja
- Información sobre lactancia materna previa a la clase prenatal	- Si - No - Fuente de información
- Fuente de información sobre lactancia materna previa a la clase prenatal	- Familiar - Institucional - Libros o folletos
- Signos y síntomas de ingurgitación mamaria	- Senos inflamados - Venas visibles - Senos endurecidos - Dolor - Calor - Senos enrojecidos - Pezones aplanados por inflamación de la areola
- Día de aparición de la ingurgitación mamaria	- Día 2 a día 8 post-parto

Nivel de medición

Variables	Nivel de medición
- Clase prenatales de lactancia materna	- Cualitativa nominal
- Ingurgitación mamaria	- Cualitativa nominal
- Edad	- Cuantitativa continua
- Situación de pareja	- Cualitativa nominal
- Residencia	- Cualitativa nominal
- Nivel de instrucción	- Cualitativa ordinal
- Ocupación	- Cualitativa nominal
- Información previa sobre lactancia	- Cualitativa nominal
- Signos y síntomas de ingurgitación mamaria	- Cualitativa nominal
- Día de aparición de la ingurgitación mamaria	- Cuantitativa discreta
- Causas de la no asistencia a clases prenatales de lactancia materna	- Cualitativa nominal
- Causas de la ingurgitación mamaria (según consideración de la usuaria)	- Cualitativa nominal

Método de recolección de datos (ver instrumento en anexos)

Objetivos:

1. Recoleccionar datos a través de la encuesta.
2. Realizar el registro de los mismos.
3. Facilitar la tarea de recolección, registro, y procesamiento de los datos.
4. Obtener datos útiles a los efectos de la investigación.

Destinatarios:

Mujeres primíparas, primíparas, que posean entre 19 y 34 años de edad, que concurren al primer control post-natal en el Centro N° 6 de Atención Materno Infantil del Banco de Previsión Social, en el período comprendido entre el 14 de enero y el 22 de febrero de 2002.

Componentes y tipos de preguntas:

Está compuesto por trece preguntas, de las cuales diez son cerradas (seis poseen múltiple opción) y tres son abiertas.

Procedimientos:

Tiempo:

El tiempo global del estudio es de 19 semanas, desde el 1° de noviembre de 2001 hasta el 22 de marzo de 2002.

La delimitación y formulación del problema se realizó entre el 1° de noviembre y el 13 de noviembre de 2001; en el mismo período se comenzó la revisión bibliográfica y se elaboraron los lineamientos generales de la propuesta de trabajo.

Desde el día 27 de noviembre al 17 de diciembre de 2001, se elaboró el protocolo de investigación.

Se planificó comenzar con la ejecución el día 14 de enero de 2002 (correspondiendo los dos primeros días a una prueba del instrumento), continuando hasta el 22 de febrero del mismo año.

El análisis de los datos obtenidos se realizará en el período comprendido entre el 25 de febrero y el 8 de marzo de 2002.

Se elaborará el informe final entre el 11 de marzo y el 22 de marzo de 2002, siendo este último el día planificado para la entrega de dicho informe.

Ver calendario de actividades en anexos.

Recursos:

Los recursos económicos necesarios para llevar a cabo la investigación serán aportados por los integrantes del grupo humano a cargo de la misma.

Se contará con el apoyo de un recurso humano calificado para asesoramiento estadístico, perteneciente a la institución formadora.

Proceso:

El estudio será llevado a cabo por cuatro estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, los cuales poseerán las mismas responsabilidades con respecto al trabajo de investigación, y seguirán el plan de recolección de datos y reclusión de la muestra previamente estipulado.

Se formarán dos grupos de dos estudiantes cada uno, los cuales se dividirán la tarea de recolección de datos, a fin de facilitar la misma, teniendo ambos grupos igual carga horaria.

Se seleccionarán a las madres que cumplan con los criterios de inclusión de la muestra, a través de la revisión de los registros de ingreso de la institución, previo a la primera consulta post-natal.

Se recolectarán los datos mediante la utilización del instrumento (cuestionario), en el período comprendido entre el 14 de enero y el 22 de febrero de 2002, de lunes a viernes, de 9 a 13 horas.

Para la aplicación del instrumento, el registro en el mismo será realizado por el estudiante para evitar confusiones; se dispondrá de 5 a 10 minutos por usuaria, en espacio físico asignado por la institución.

Plan de tabulación y análisis (Anexos):

Plan de tabulación:

- Tablas de frecuencias (absoluta y relativa porcentual).
- Grafico de barras. Diagrama sectorial.
- Medidas de tendencia central (modo, media).
- Tasas y razón.

Técnicas estadísticas para el análisis

Se realizará un análisis univariado y bivariado a través de tablas tetracóricas
Se calculará el X^2 para establecer presunta asociación entre las variables objeto de estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Canales, F.; Alvarado, E.; Pineda, E. "Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud", 2ª edición. Washington D.C., Ed. O.P.S.-O.M.S., 1994
- Dickason, E.; Silverman, B.; Schult, M. "Enfermería Materno-Infantil". 2ª edición. Barcelona, Ed. Mosby / Doyma Libros, 1995
- Elston, R.; Jonson, W. "Principios de bioestadística". México, Editorial El Manual Moderno S.A, 1990
- Ferráez de Lee, M. "Lactancia materna"; México, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 1998
- Helsing, E.; King, F. "Guía práctica para una buena lactancia". México, Ed. Pax México, 1983
- Hernández, R. "Metodología de la investigación". México, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 1991
- Higashida, Berta. "Educación para la salud". México, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 1995
- O.M.S. "Prueba científica de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural". Ginebra, División de Salud y Desarrollo del Niño, 1998
- Polit, D.; Hungler, B. "Investigación científica en ciencias de la salud", 6ª edición. México, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 2000
- Reeder, S.; Martín, L.; Koniak, D. "Enfermería Materno-Infantil", 17ª edición. México, Ed. Interamericana Mc Graw-Hill, 1995
- Rodríguez García, R.; Schaefer, L.; Yunes, J. "Educación en lactancia para profesionales de la salud". Washington, O.P.S., 1990
- Sentís, J.; Pardell, H.; Cobo, E. et al. "Manual de bioestadística". Barcelona, Editorial Masson, 1995
- UNICEF. "Lactancia materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud". Santiago de Chile, Ministerio de Salud, Comisión Nacional de Lactancia Materna, 1997
- www.aldeaeducativa.com
- www.arakis.es
- www.clap.hc.edu.uy
- www.escuela.med.puc.cl
- www.geocitis.com

ANEXOS

ANEXO 1

GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

COMPONENTES INTRODUCTORIOS:

- Título
 - Tema
 - Tiempo y espacio
 - Población

- Primera página:
 - Investigadores (orden alfabético de apellidos)
 - Organismos o instituciones

- Índice:
 - Secciones principales
 - Subdivisiones relevantes o de interés

COMPONENTES PRINCIPALES:

- Introducción:
 - Problema y justificación
 - Objetivos
 - Hipótesis
 - Tipo de estudio
 - Universo y muestra
 - Tipo de instrumento

- Problema:
 - Variables básicas, unidad de observación, ubicación en tiempo y espacio
 - Justificación y Fundamentación

- Objetivos

- Marco teórico:
 - Antecedentes: síntesis de la revisión de literatura
 - Variables principales y secundarias (definición conceptual)

- Variables:
 - Definición operativa, dimensiones e indicadores
 - Nivel de medición

- Diseño metodológico:
 - Tipo de estudio:
 - Descriptivo, retrospectivo, transversal
 - Período de tiempo
 - Lugar

ANEXO 2

CUESTIONARIO

EDAD:

SITUACIÓN DE PAREJA: CASADA
SOLTERA
UNIÓN ESTABLE
OTRA _____

RESIDENCIA: MENOS DE 20 CUADRAS
ENTRE 20 Y 40 CUADRAS
MÁS DE 40 CUADRAS

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: PRIMARIA: COMPLETA
INCOMPLETA

SECUNDARIA: COMPLETA
INCOMPLETA

TERCIARIO: COMPLETA
INCOMPLETA

OTROS ESTUDIOS: _____

1-a ¿TRABAJA? SI
NO

b- ¿CUÁNTAS HORAS?

MENOS DE 6
ENTRE 6 Y 8
MÁS DE 8

2-a ¿CONCURRIÓ A LA CLASE DE EDUCACIÓN PRENATAL SOBRE LACTANCIA MATERNA?

SI

NO b- ¿POR QUÉ NO? _____

3-a ¿RECIBIÓ INFORMACIÓN PREVIA A LA CLASES PRENATALES SOBRE LACTANCIA MATERNA ?

NO

SI b- ¿DE DONDE O DE QUIEN OBTUVO DICHA INFORMACIÓN ?

4-a SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS, MÁRQUELOS CON UNA CRUZ.

SENOS INFLAMADOS
VENAS VISIBLES EN LOS SENOS
SENOS ENDURECIDOS
DOLOR
CALOR
SENOS ENROJECIDOS
PEZONES APLANADOS POR
INFLAMACIÓN DE LA AREOLA

b-¿ EN QUE DÍA POSPARTO APARECIERON ? MARQUE CON UNA CRUZ

3° 4° 5° 6° 7° 8° OTRO ¿CUÁL?

c- ¿ CUÁL/CUÁLES CONSIDERA QUE FUE/FUERON LA/S CAUSA/S DE DICHA/S COMPLICACIÓN/ES ?

ANEXO 3

PRESUPUESTO

Material de papelería:

Cartucho de tinta negra \$U 330

Cartucho de tinta color \$U 250

Hojas \$U 100

Carpetas \$U 50

Lapiceras \$U 50

Cuadernolas \$U 70

Fotocopias \$U 200

Viáticos:

Boletos urbanos \$U 4.500

Alimentación \$U 9.000

Imprevistos \$U 500

Total: \$U 15.050

ANEXO 4

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	1ª sem. 1º-2 nov.	2ª sem. 5-9 nov.	3ª sem. 12-16 nov.	4ª sem. 19-23 nov.	5ª sem. 26-30 nov.	6ª sem. 3-7 dic.	7ª sem. 10-14 dic.	8ª sem. 17-21 dic.	9ª sem. 7-11 ene.	10ª sem. 14-18 ene.	11ª sem. 21-25 ene.	12ª sem. 28 ene-1º feb.	13ª sem. 4-8 feb.
Definición del tema, Delimitación del problema	**	*****	**										
Revisión bibliográfica	**	*****	**	*****	*****	*****	*****	*****					
Elaboración de los lineamientos generales de la propuesta de trabajo	**	*****	**										
1ª Tutoría *			*										
2ª Tutoría				*									
Creación de una guía para la elaboración del protocolo					***								
Elaboración del protocolo de investigación					***	*****	*****	*					
3ª Tutoría								*					
Entrevista para asesoramiento estadístico *								*					
Corrección del protocolo									*****				
Ejecución										*****	*****	*****	*****

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Semanas	14 ^o sem. 13-15 feb.	15 ^o sem. 18-22 feb.	16 ^o sem. 25feb-1 ^o mar.	17 ^o sem. 4-8 mar.	18 ^o sem. 11-15 mar.	19 ^o sem. 18-22 mar.
Actividades	***	*****				
Ejecución						
Entrevista para asesoramiento estadístico		*				
Tabulación y análisis de los datos			*****	*****		
4 ^o Tutoría				*		
Elaboración del informe final					*****	*****
Corrección del informe final					***	
5 ^o Tutoría						*
Entrega del informe final						*

(*) No llevado a cabo

(*) Representa 1 día

ANEXO 5

MARCO TEÓRICO

VER MARCO TEÓRICO EN INFORME FINAL.

ANEXO 6

11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200

201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300

301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400

401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500

501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600

601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700

701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800

801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841
842
843
844
845
846
847
848
849
850
851
852
853
854
855
856
857
858
859
860
861
862
863
864
865
866
867
868
869
870
871
872
873
874
875
876
877
878
879
880
881
882
883
884
885
886
887
888
889
890
891
892
893
894
895
896
897
898
899
900

901
902
903
904
905
906
907
908
909
910
911
912
913
914
915
916
917
918
919
920
921
922
923
924
925
926
927
928
929
930
931
932
933
934
935
936
937
938
939
940
941
942
943
944
945
946
947
948
949
950
951
952
953
954
955
956
957
958
959
960
961
962
963
964
965
966
967
968
969
970
971
972
973
974
975
976
977
978
979
980
981
982
983
984
985
986
987
988
989
990
991
992
993
994
995
996
997
998
999
1000

MEMORANDUM FOR THE RECORD

DATE: 11/15/54
TO: SAC, NEW YORK
FROM: SAC, PHOENIX
SUBJECT: [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

ANEXO II

CUESTIONARIO

EDAD:

SITUACIÓN DE PAREJA: CASADA
SOLTERA
UNIÓN ESTABLE
OTRA

RESIDENCIA: MENOS DE 20 CUADRAS
ENTRE 20 Y 40 CUADRAS
MÁS DE 40 CUADRAS

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: PRIMARIA: COMPLETA
INCOMPLETA

SECUNDARIA: COMPLETA
INCOMPLETA

TERCIARIO: COMPLETA
INCOMPLETA

OTROS ESTUDIOS: _____

1-a ¿ RECIBIÓ INFORMACIÓN PREVIA A LA CLASE SOBRE LACTANCIA MATERNA ?

NO

SI b- ¿ DE DONDE O DE QUIEN OBTUVO DICHA INFORMACIÓN ?

2-a ¿ CONCURRIÓ A LA CLASE DE EDUCACIÓN PRENATAL SOBRE LACTANCIA MATERNA?

SI

NO

3- a SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS, MÁRQUELOS CON UNA CRUZ.

SENOS INFLAMADOS
VENAS VISIBLES EN LOS SENOS
SENOS ENDURECIDOS
DOLOR
CALOR
SENOS ENROJECIDOS
PEZONES APLANADOS POR
INFLAMACIÓN DE LA AREOLA

b-¿ EN QUE DÍA POSPARTO APARECIERON ? MARQUE CON UNA CRUZ

3º 4º 5º 6º 7º 8º OTRO ¿CUÁL?

c- ¿ CUÁL/CUÁLES CONSIDERA QUE FUE/FUERON LA/S CAUSA/S DE DICHA/S COMPLICACIÓN/ES ?

CUESTIONARIO

EDAD:

SITUACIÓN DE PAREJA: CASADA
SOLTERA
UNIÓN ESTABLE
OTRA _____

RESIDENCIA: MENOS DE 20 CUADRAS
ENTRE 20 Y 40 CUADRAS
MÁS DE 40 CUADRAS

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: PRIMARIA: COMPLETA
INCOMPLETA
SECUNDARIA: COMPLETA
INCOMPLETA
TERCIARIO: COMPLETA
INCOMPLETA
OTROS ESTUDIOS: _____

1-a ¿TRABAJA? SI
NO

b- ¿CUÁNTAS HORAS?
MENOS DE 6
ENTRE 6 Y 8
MÁS DE 8

2-a ¿CONCURRIÓ A LA CLASE DE EDUCACIÓN PRENATAL SOBRE LACTANCIA MATERNA?

SI

NO b- ¿POR QUÉ NO? _____

3-a ¿RECIBIÓ INFORMACIÓN PREVIA A LA CLASES PRENATALES SOBRE LACTANCIA MATERNA ?

NO

SI b- ¿ DE DONDE O DE QUIEN OBTUVO DICHA INFORMACIÓN ?

4-a SI HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS, MÁRQUELOS CON UNA CRUZ.

SENOS INFLAMADOS
VENAS VISIBLES EN LOS SENOS
SENOS ENDURECIDOS
DOLOR
CALOR
SENOS ENROJECIDOS
PEZONES APLANADOS POR
INFLAMACIÓN DE LA AREOLA

b-¿ EN QUE DÍA POSPARTO APARECIERON ? MARQUE CON UNA CRUZ

3º 4º 5º 6º 7º 8º OTRO ¿CUÁL?

c- ¿ CUÁL/CUÁLES CONSIDERA QUE FUE/FUERON LA/S CAUSA/S DE DICHA/S COMPLICACIÓN/ES ?

ANEXO III

ANEXO III.1

**TABLAS DE FRECUENCIAS ABSOLUTA Y RELATIVA PORCENTUAL
PARA LA POBLACIÓN GENERAL**

Tabla N° 1: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD

EDAD (años)	FA	FR %
19-21	35	36,08
22-24	22	22,68
25-27	14	14,43
28-30	15	15,46
31-33	9	9,28
34-36	2	2,06

N = 97

\bar{X} = 24,06

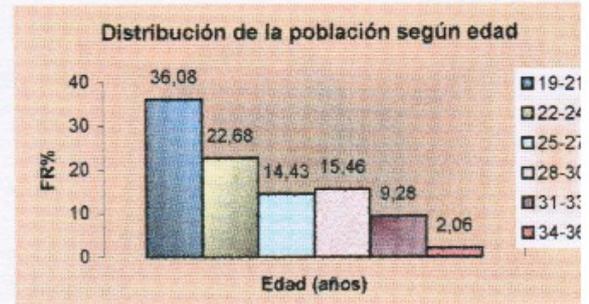


Tabla N° 2: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SITUACIÓN DE PAREJA

SITUACIÓN DE PAREJA	FA	FR %
Casada	37	38,14
Soltera	20	20,62
Unión estable	40	41,24

N = 97

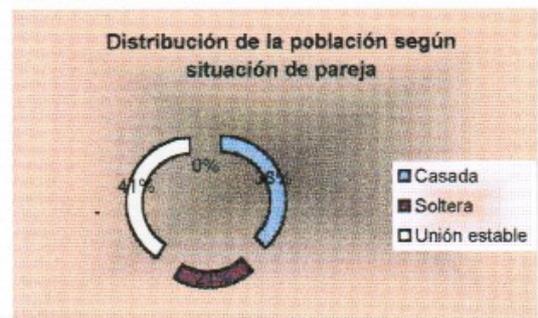


Tabla N° 3: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN RESIDENCIA

RESIDENCIA	FA	FR %
Menos de 20 cuadras	5	5,15
20-40 cuadras	17	17,53
Más de 40 cuadras	75	77,32

N = 97

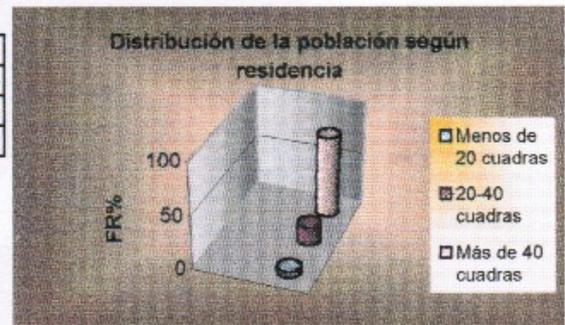


Tabla N° 4: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FA	FR %
Primaria completa	31	31,96
Primaria incompleta	2	2,06
Secundaria completa	8	8,25
Secundaria incompleta	53	54,64
Terciario completo	0	0
Terciario incompleto	3	3,09
Otros estudios	33	34,02

N = 97

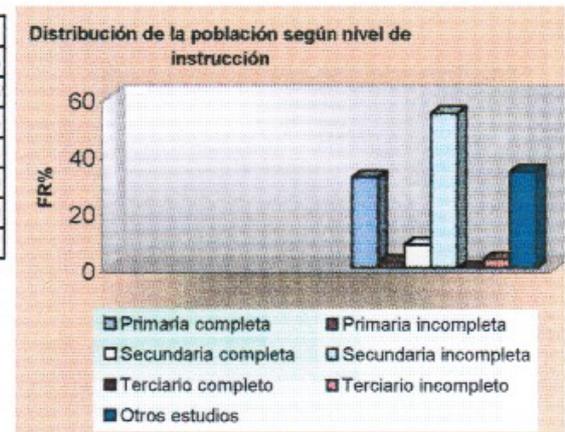


Tabla N° 5: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN OCUPACIÓN

OCUPACIÓN	FA	FR %
Trabaja	85	87,63
No trabaja	12	12,37

N = 97

Trabajan: N=	FA	FR %
Menos de 6 horas	7	58,33
6-8 horas	5	41,67
Más de 8 horas	0	0

N = 12

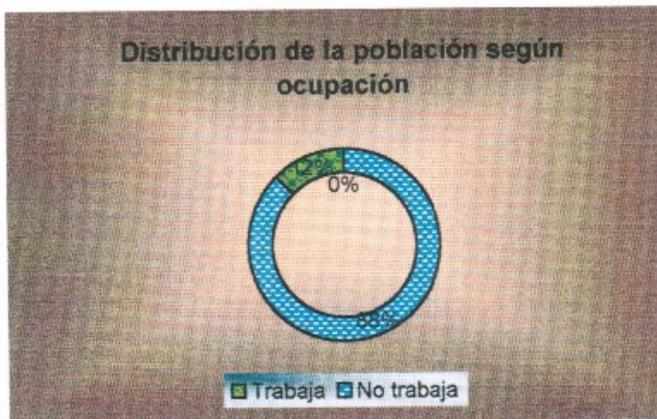


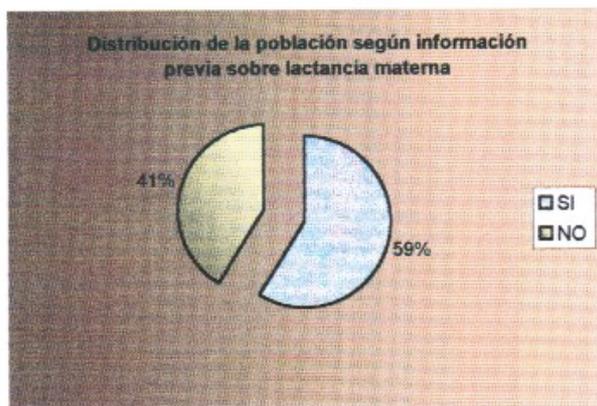
Tabla N° 6: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN INFORMACIÓN PREVIA SOBRE LM

INFORMACIÓN PREVIA	FA	FR %
SI	57	58,76
NO	40	41,24

N = 97

Fuente de la información	FA	FR %
Familia	30	52,63
Folletos, libros	12	21,05
Institución	20	35,09

N = 57



ANEXO III.2

SEGÚN LA PRESENCIA O AUSENCIA DE INGURGITACIÓN MAMARIA

POBLACIÓN QUE PRESENTA INGURGITACIÓN MAMARIA

Tabla N° 1: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE PRESENTA INGURGITACIÓN MAMARIA, SEGÚN EDAD

EDAD (años)	FA	FR %
19-21	23	35,38
22-24	14	21,54
25-27	10	15,38
28-30	10	15,38
31-33	6	9,23
34-36	2	3,08

N = 65

$\bar{X} = 24$



Tabla N° 2: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE PRESENTA INGURGITACIÓN MAMARIA, SEGÚN SITUACIÓN DE PAREJA

SITUACIÓN DE PAREJA	FA	FR %
Casada	26	40,00
Soltera	15	23,08
Unión estable	24	36,92

N = 65

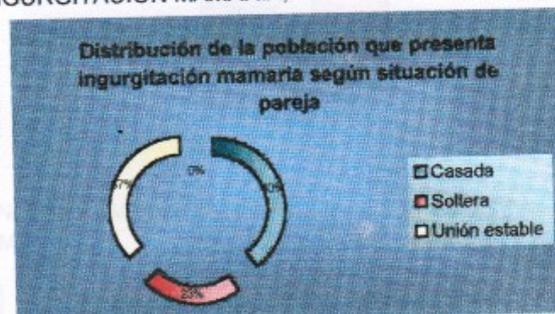


Tabla N° 3: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE PRESENTA INGURGITACIÓN MAMARIA, SEGÚN RESIDENCIA

RESIDENCIA	FA	FR %
Menos de 20 cuadras	1	1,54
20-40 cuadras	14	21,54
Más de 40 cuadras	50	76,92

N = 65

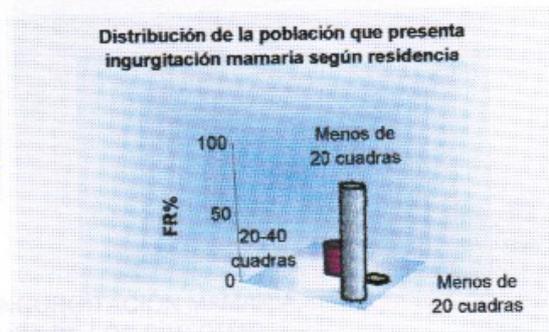


Tabla N° 4: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE PRESENTA INGURGITACIÓN MAMARIA, SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FA	FR %
Primaria completa	24	36,92
Primaria incompleta	2	3,08
Secundaria completa	4	6,16
Secundaria incompleta	32	49,23
Terciario completo	0	0
Terciario incompleto	3	4,61
Otros estudios	21	32,31

N = 65



Tabla N° 5: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE PRESENTA INGURGITACIÓN MAMARIA, SEGÚN OCUPACIÓN

OCUPACIÓN	FA	FR %
No trabaja	57	87,69
Trabaja	8	12,31

N = 65

Trabajan: N=	FA	FR %
Menos de 6 horas	4	50,00
6-8 horas	4	50,00
Más de 8 horas	0	0

N = 8

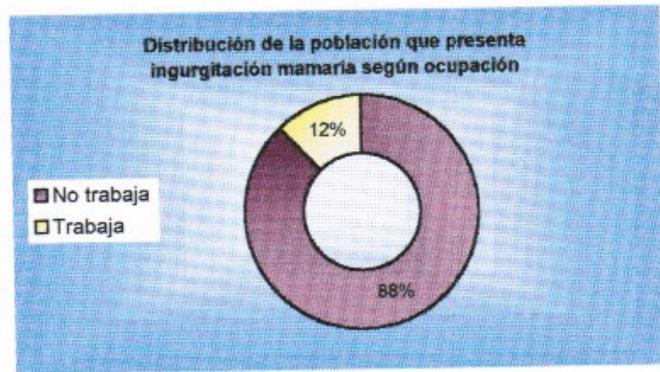


Tabla N° 6: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN INFORMACIÓN PREVIA SOBRE LM

INFORMACIÓN PREVIA	FA	FR %
SI	41	63,08
NO	24	36,92

N = 65

Fuente de la información	FA	FR %
Familia	23	56,10
Folleto, libros	7	17,07
Institución	14	34,15

N = 41



Tabla N° 7: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE PRESENTA INGURGITACIÓN MAMARIA, SEGÚN DÍA DE APARICIÓN DE LOS SÍNTOMAS

DÍA DE APARICIÓN	FA	FR %
1º	1	1,54
2º	23	35,38
3º	28	43,08
4º	3	4,61
5º	3	4,61
6º	1	1,54
7º	2	3,08
8º	2	3,08
Otro	2	3,08

N = 65

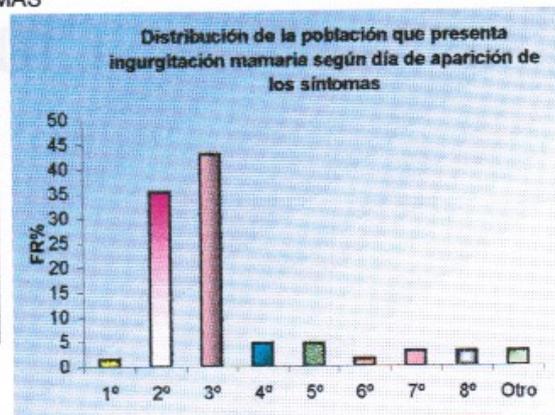
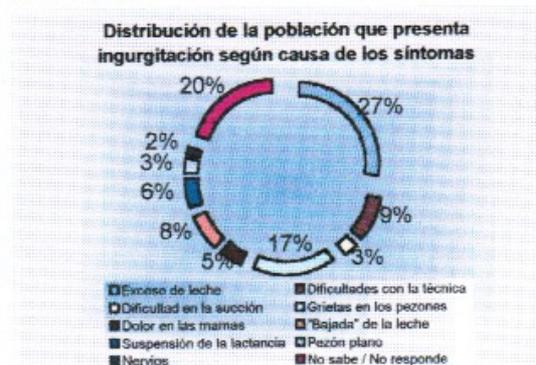


Tabla N° 8: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE PRESENTA INGURGITACIÓN MAMARIA, SEGÚN OPINIÓN DE LA USUARIA ACERCA DE LA CAUSA DE LOS SÍNTOMAS

CAUSA	FA	FR %
Exceso de leche	18	27,69
Dificultades con la técnica	6	9,23
Dificultad en la succión	2	3,08
Grietas en los pezones	11	16,92
Dolor en las mamas	3	4,61
"Bajada" de la leche	5	7,69
Suspensión de la lactancia	4	6,15
Pezón plano	2	3,08
Nervios	1	1,54
No sabe / No responde	13	20,00

N = 65



ANEXO III.3

POBLACIÓN QUE NO PRESENTA INGURGITACIÓN MAMARIA

Tabla N° 1: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE NO PRESENTA INGURGITACIÓN MAMARIA, SEGÚN EDAD

EDAD (años)	FA	FR %
19-21	12	37,50
22-24	8	25,00
25-27	4	12,50
28-30	5	15,62
31-33	3	9,38
34-36	0	0

N = 32

$\bar{X} = 23,99$

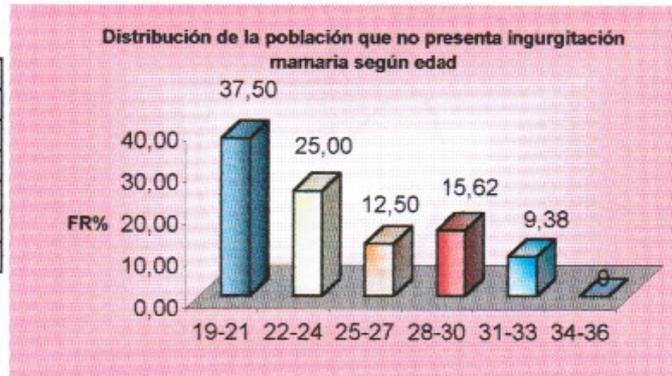


Tabla N° 2: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE NO PRESENTA INGURGITACIÓN MAMARIA, SEGÚN SITUACIÓN DE PAREJA

SITUACIÓN DE PAREJA	FA	FR %
Casada	11	34,37
Soltera	5	15,63
Unión estable	16	50,00

N = 32



Tabla N° 3: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE NO PRESENTA INGURGITACIÓN MAMARIA, SEGÚN RESIDENCIA

RESIDENCIA	FA	FR %
Menos de 20 cuadras	4	12,50
20-40 cuadras	3	9,38
Más de 40 cuadras	25	78,12

N = 32

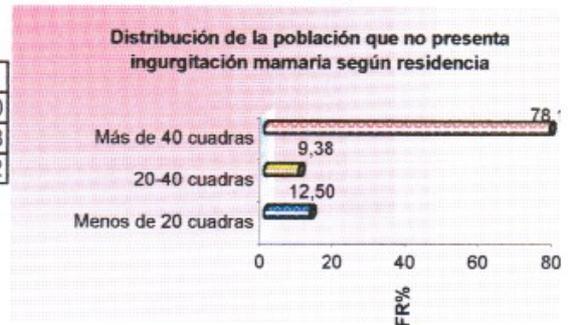


Tabla N° 4: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE NO PRESENTA INGURGITACIÓN MAMARIA, SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FA	FR %
Primaria completa	7	21,87
Primaria incompleta	0	0
Secundaria completa	4	12,50
Secundaria incompleta	21	65,63
Terciario completo	0	0
Terciario incompleto	0	0
Otros estudios	12	37,50

N = 32

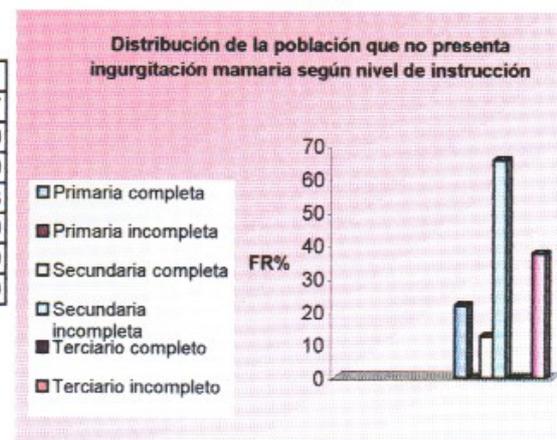


Tabla Nº 5: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE NO PRESENTA INGURGITACIÓN MAMARIA, SEGÚN OCUPACIÓN

OCUPACIÓN	FA	FR %
Trabaja	4	12,50
No trabaja	28	87,50

N = 32

Trabajan: N=	FA	FR %
Menos de 6 horas	3	75,00
6-8 horas	1	25,00
Más de 8 horas	0	0

N = 4

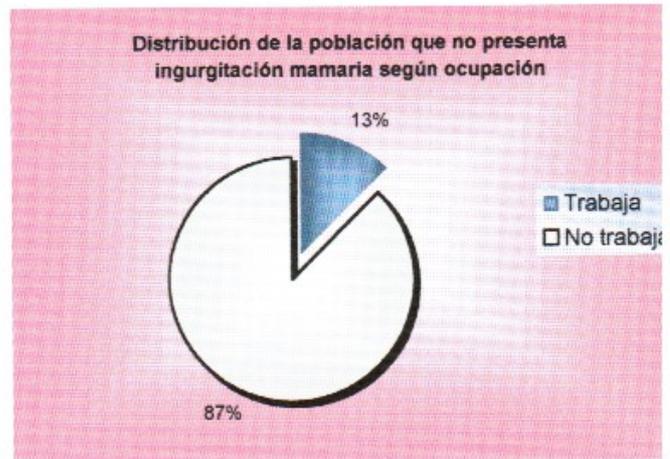


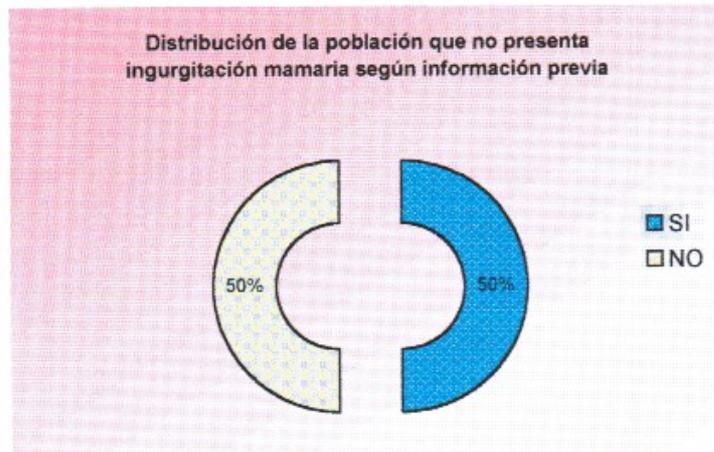
Tabla Nº 6: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE NO PRESENTA INGURGITACIÓN MAMARIA, SEGÚN INFORMACIÓN PREVIA SOBRE LACTANCIA MATERNA

INFORMACIÓN PREVIA	FA	FR %
SI	16	50,00
NO	16	50,00

N = 32

Fuente de la información	FA	FR %
Familia	7	43,75
Folleto, libros	5	31,25
Institución	6	37,50

N = 16

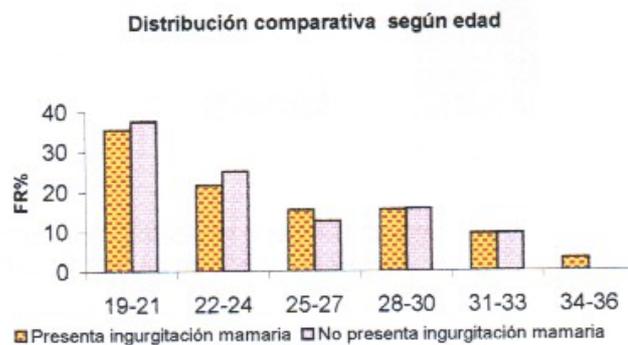


ANEXO III.4

**TABLAS Y GRÁFICOS COMPARATIVOS DE LA DISTRIBUCIÓN
DE LA POBLACIÓN SEGÚN AUSENCIA Y PRESENCIA DE INGURGITACIÓN MAMARIA**

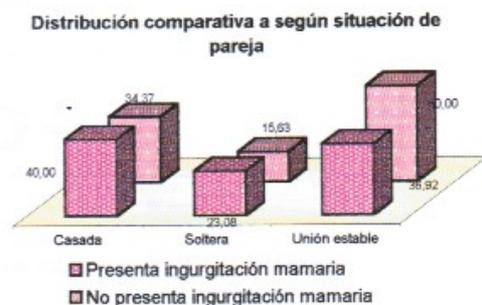
**Tabla Nº 1: DISTRIBUCIÓN COMPARATIVA DE LA POBLACIÓN QUE PRESENTA Y NO PRESENTA
INGURGITACIÓN MAMARIA, SEGÚN EDAD**

Ingurgitación mamaria	SI	NO
EDAD (años)	FR %	FR %
19-21	35,38	37,50
22-24	21,54	25,00
25-27	15,38	12,50
28-30	15,38	15,62
31-33	9,23	9,38
34-36	3,08	0
	N=65	N=32



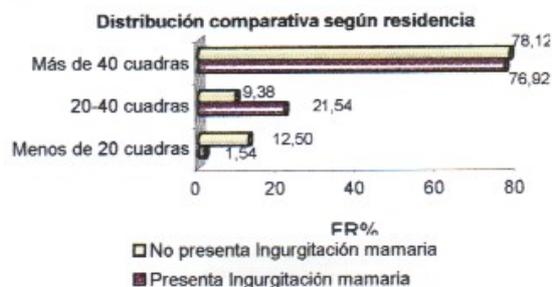
**Tabla Nº 2: DISTRIBUCIÓN COMPARATIVA DE LA POBLACIÓN QUE PRESENTA Y NO PRESENTA
INGURGITACIÓN MAMARIA, SEGÚN SITUACIÓN DE PAREJA**

Ingurgitación mamaria	SI	NO
SITUACIÓN DE PAREJA	FR %	FR %
Casada	40,00	34,37
Soltera	23,08	15,63
Unión estable	36,92	50,00
	N=65	N=32



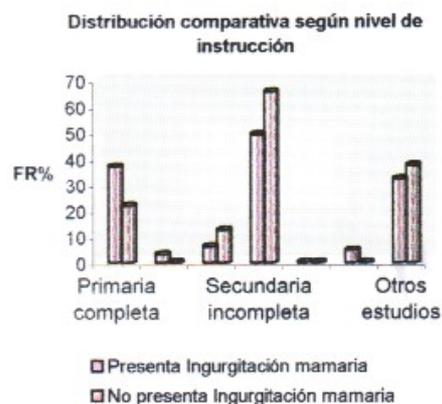
**Tabla Nº 3: DISTRIBUCIÓN COMPARATIVA DE LA POBLACIÓN QUE PRESENTA Y NO PRESENTA
INGURGITACIÓN MAMARIA, SEGÚN RESIDENCIA**

Ingurgitación mamaria	SI	NO
RESIDENCIA	FR %	FR %
Menos de 20 cuadras	1,54	12,50
20-40 cuadras	21,54	9,38
Más de 40 cuadras	76,92	78,12
	N=65	N=32



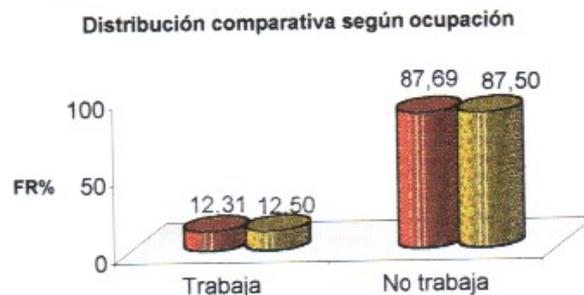
**Tabla Nº 4: DISTRIBUCIÓN COMPARATIVA DE LA POBLACIÓN QUE PRESENTA Y NO PRESENTA
INGURGITACIÓN MAMARIA, SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN**

Ingurgitación mamaria	SI	NO
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FR %	FR %
Primaria completa	36,92	21,87
Primaria incompleta	3,08	0
Secundaria completa	6,16	12,50
Secundaria incompleta	49,23	65,63
Terciario completo	0	0
Terciario incompleto	4,61	0
Otros estudios	32,31	37,50
	N=65	N=32



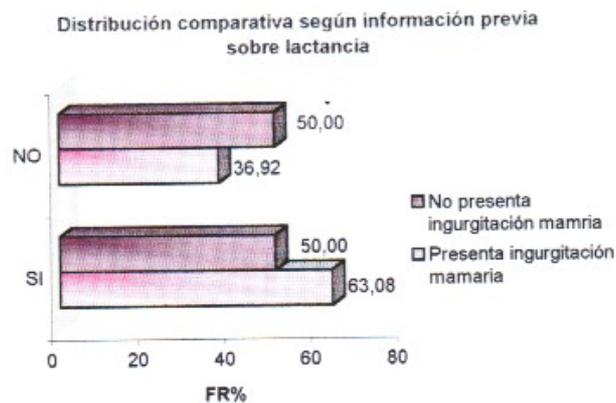
a N° 5: DISTRIBUCIÓN COMPARATIVA DE LA POBLACIÓN QUE PRESENTA Y NO PRESENTA INGURGITACIÓN MAMARIA, SEGÚN OCUPACIÓN

Ingurgitación mamaria	SI	NO
OCUPACIÓN	FR %	FR %
Trabaja	12,31	12,50
No trabaja	87,69	87,50
	N=65	N=32



a N° 6: DISTRIBUCIÓN COMPARATIVA DE LA POBLACIÓN QUE PRESENTA Y NO PRESENTA INGURGITACIÓN MAMARIA, SEGÚN INFORMACIÓN PREVIA SOBRE LACTANCIA

Ingurgitación mamaria	SI	NO
INFORMACIÓN PREVIA	FR %	FR %
SI	63,08	50,00
NO	36,92	50,00
	N=65	N=32



ANEXO III.5

TABLAS DE FRECUENCIAS
SEGÚN CONCURRENCIA O NO CONCURRENCIA A CLASE PRENATAL
DE LACTANCIA MATERNA

POBLACIÓN QUE CONCURRIÓ A CLASE PRENATAL DE LM

Tabla Nº 1: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE CONCURRIÓ A CLASE, SEGÚN EDAD

EDAD (años)	FA	FR %
19-21	7	28,00
22-24	8	32,00
25-27	4	16,00
28-30	3	12,00
31-33	3	12,00
34-36	0	0

N = 25

$\bar{X} = 24,08$

Distribución de la población que concurre a clase según edad

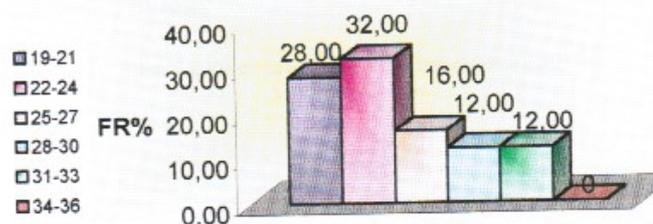


Tabla Nº 2: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE CONCURRIÓ A CLASE, SEGÚN SITUACIÓN DE PAREJA

SITUACIÓN DE PAREJA	FA	FR %
Casada	14	56,00
Soltera	2	8,00
Unión estable	9	36,00

N = 25

Distribución de la población que concurre a clase según situación de pareja

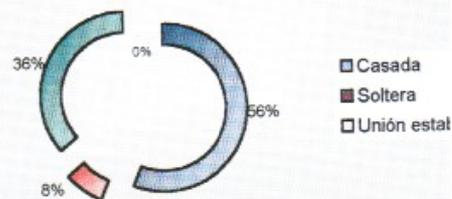
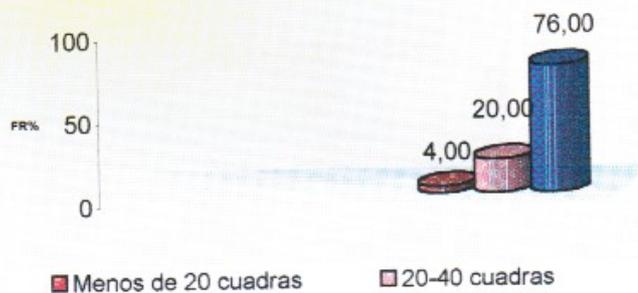


Tabla Nº 3: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE CONCURRIÓ A CLASE, SEGÚN RESIDENCIA

RESIDENCIA	FA	FR %
Menos de 20 cuadras	1	4,00
20-40 cuadras	5	20,00
Más de 40 cuadras	19	76,00

N = 25

Distribución de la población que concurre a clase según residencia

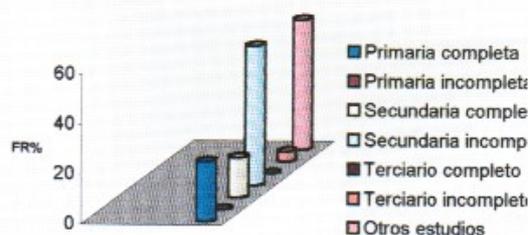


ola Nº 4: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE CONCURRIÓ A CLASE,
SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FA	FR %
Primaria completa	6	24,00
Primaria incompleta	0	0
Secundaria completa	4	16,00
Secundaria incompleta	14	56,00
Terciario completo	0	0
Terciario incompleto	1	4,00
Otros estudios	13	52,00

N = 25

Distribución de la población que concurrió a clase
según nivel de instrucción

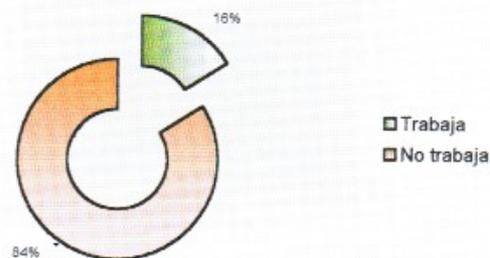


ola Nº 5: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE CONCURRIÓ A CLASE,
SEGÚN OCUPACIÓN

OCUPACIÓN	FA	FR %
Trabaja	4	16,00
No trabaja	21	84,00

N = 25

Distribución de la población que concurrió a clase
según ocupación



Trabajan: N=	FA	FR %
Menos de 6 horas	3	75,00
6-8 horas	1	25,00
Más de 8 horas	0	0

N = 4

ola Nº 6: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE CONCURRIÓ A CLASE,
SEGÚN INFORMACIÓN PREVIA SOBRE LACTANCIA MATERNA

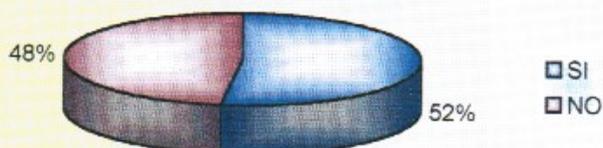
INFORMACIÓN PREVIA	FA	FR %
SI	13	52,00
NO	12	48,00

N = 25

Fuente de la información	FA	FR %
Familia	8	61,54
Folleto, libros	4	30,77
Institución	2	15,38

N = 13

Distribución de la población que concurrió a clase
según información previa sobre LM



ANEXO III.6

POBLACIÓN QUE NO CONCURRIÓ A CLASE PRENATAL DE LM

Tabla N° 1: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE NO CONCURRIÓ A CLASE, SEGÚN EDAD

EDAD (años)	FA	FR %
19-21	28	38,89
22-24	14	19,44
25-27	10	13,89
28-30	12	16,67
31-33	6	8,33
34-36	2	2,78

N = 72

$\bar{X} = 24$

Distribución de la población que no concurrió a clase según edad

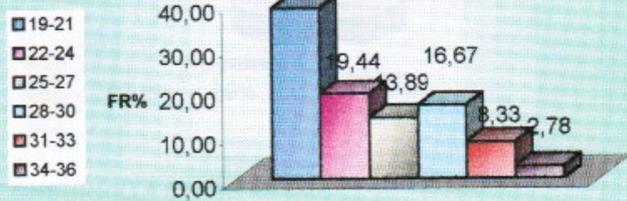


Tabla N° 2: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE NO CONCURRIÓ A CLASE, SEGÚN SITUACIÓN DE PAREJA

SITUACIÓN DE PAREJA	FA	FR %
Casada	23	31,94
Soltera	18	25,00
Unión estable	31	43,06

N = 72

Distribución de la población que no concurrió a clase según situación de pareja

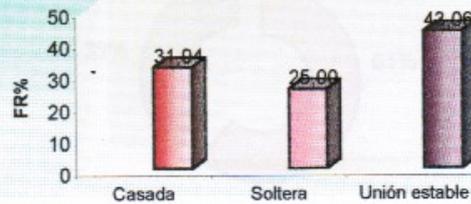


Tabla N° 3: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE NO CONCURRIÓ A CLASE, SEGÚN RESIDENCIA

RESIDENCIA	FA	FR %
Menos de 20 cuadras	4	5,55
20-40 cuadras	12	16,67
Más de 40 cuadras	56	77,78

N = 72

Distribución de la población que no concurrió a clase según residencia



Tabla N° 4: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE NO CONCURRIÓ A CLASE, SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FA	FR %
Primaria completa	25	34,72
Primaria incompleta	2	2,78
Secundaria completa	4	5,55
Secundaria incompleta	39	54,17
Terciario completo	0	0
Terciario incompleto	2	2,78
Otros estudios	20	27,78

N = 72

Distribución de la población que no concurrió a clase según nivel de instrucción

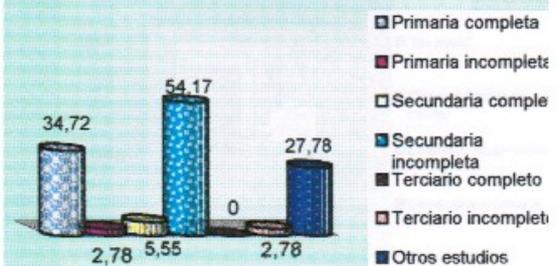


Tabla Nº 5: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE NO CONCURRIÓ A CLASE, SEGÚN OCUPACIÓN

OCUPACIÓN	FA	FR %
Trabaja	8	11,11
No trabaja	64	88,89

N = 72

Trabajan: N=	FA	FR %
Menos de 6 horas	4	50,00
6-8 horas	4	50,00
Más de 8 horas	0	0

N = 8



Tabla Nº 6: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE NO CONCURRIÓ A CLASE, SEGÚN INFORMACIÓN PREVIA SOBRE LACTANCIA MATERNA

INFORMACIÓN PREVIA	FA	FR %
SI	44	61,11
NO	28	38,89

N = 72

Fuente de la información	FA	FR %
Familia	22	50,00
Folletos, libros	8	18,18
Institución	18	40,91

N = 44

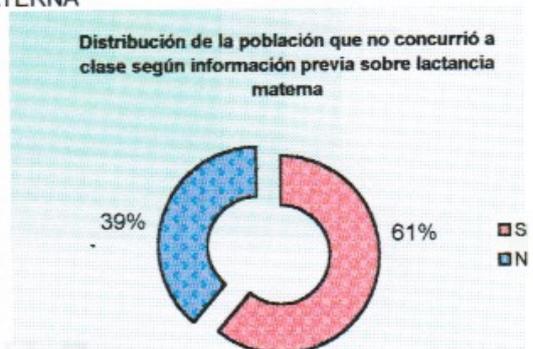
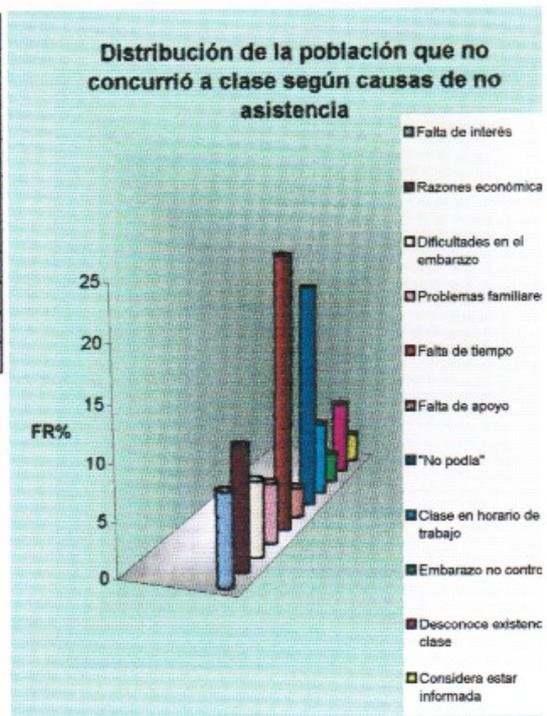


Tabla Nº 7: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE NO CONCURRIÓ A CLASE, SEGÚN CAUSAS DE NO ASISTENCIA A CLASE

CAUSAS	FA	FR %
Falta de interés	6	8,33
Razones económicas	8	11,11
Dificultades en el embarazo	5	6,94
Problemas familiares	4	5,55
Falta de tiempo	18	25,00
Falta de apoyo	2	2,78
"No podía"	15	20,83
Clase en horario de trabajo	5	6,94
Embarazo no controlado	2	2,78
Desconoce existencia de clase	5	6,94
Considera estar informada	2	2,78

N = 72



ANEXO III.7

TABLAS Y GRÁFICOS COMPARATIVOS DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN CONCURRENCIA Y NO CONCURRENCIA A CLASE PRENATAL DE LACTANCIA MATERNA

Tabla N° 1: DISTRIBUCIÓN COMPARATIVA DE LA POBLACIÓN QUE CONCURRIÓ Y NO CONCURRIÓ A CLASE PRENATAL DE LACTANCIA MATERNA SEGÚN EDAD

Concurrió a clase	SI	NO
EDAD (años)	FR %	FR %
19-21	28,00	38,89
22-24	32,00	19,44
25-27	16,00	13,89
28-30	12,00	16,67
31-33	12,00	8,33
34-36	0	2,78
	N=25	N=72

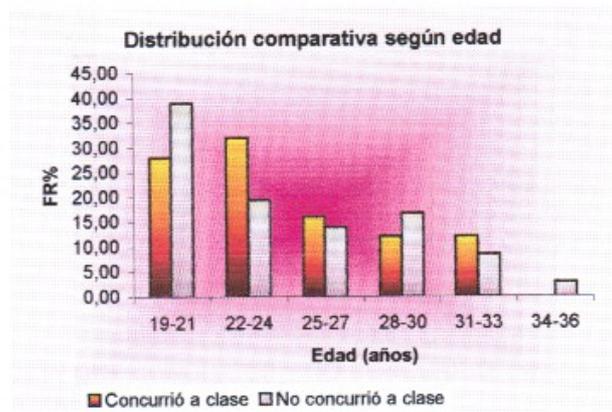


Tabla N° 2: DISTRIBUCIÓN COMPARATIVA DE LA POBLACIÓN QUE CONCURRIÓ Y NO CONCURRIÓ A CLASE PRENATAL DE LACTANCIA MATERNA SEGÚN SITUACIÓN DE PAREJA

Concurrió a clase	SI	NO
SITUACIÓN DE PAREJA	FR %	FR %
Casada	56,00	31,94
Soltera	8,00	25,00
Unión estable	36,00	43,06
	N=25	N=72

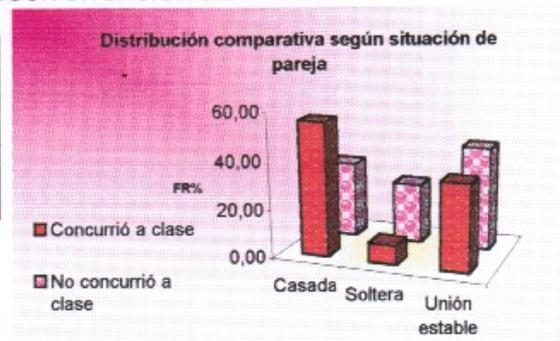


Tabla N° 3: DISTRIBUCIÓN COMPARATIVA DE LA POBLACIÓN QUE CONCURRIÓ Y NO CONCURRIÓ A CLASE PRENATAL DE LACTANCIA MATERNA SEGÚN RESIDENCIA

Concurrió a clase	SI	NO
RESIDENCIA	FR %	FR %
Menos de 20 cuadras	4,00	5,55
20-40 cuadras	20,00	16,67
Más de 40 cuadras	76,00	77,78
	N=25	N=72

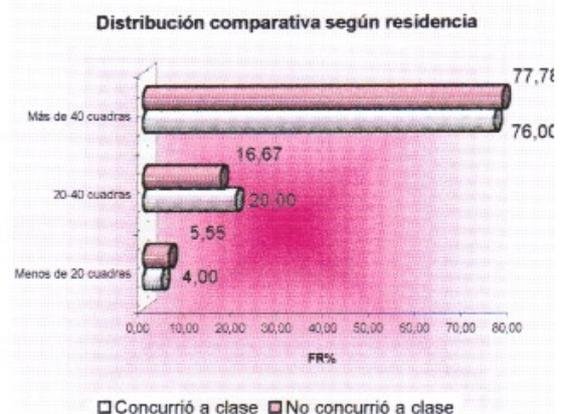


Tabla N° 4: DISTRIBUCIÓN COMPARATIVA DE LA POBLACIÓN QUE CONCURRIÓ Y NO CONCURRIÓ A CLASE PRENATAL DE LACTANCIA MATERNA SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Concurrió a clase	SI	NO
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FR %	FR %
Primaria completa	24,00	34,72
Primaria incompleta	0	2,78
Secundaria completa	16,00	5,55
Secundaria incompleta	56,00	54,17
Terciario completo	0	0
Terciario incompleto	4,00	2,78
Otros estudios	52,00	27,78
	N=25	N=72

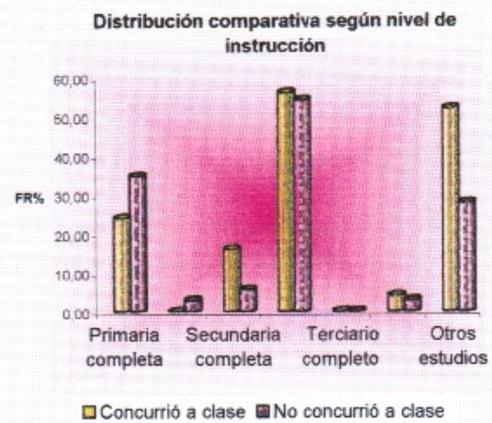


Tabla N° 5: DISTRIBUCIÓN COMPARATIVA DE LA POBLACIÓN QUE CONCURRIÓ Y NO CONCURRIÓ A CLASE PRENATAL DE LACTANCIA MATERNA SEGÚN OCUPACIÓN

Concurrió a clase	SI	NO
OCUPACIÓN	FR %	FR %
Trabaja	16,00	11,11
No trabaja	84,00	88,89
	N=25	N=72

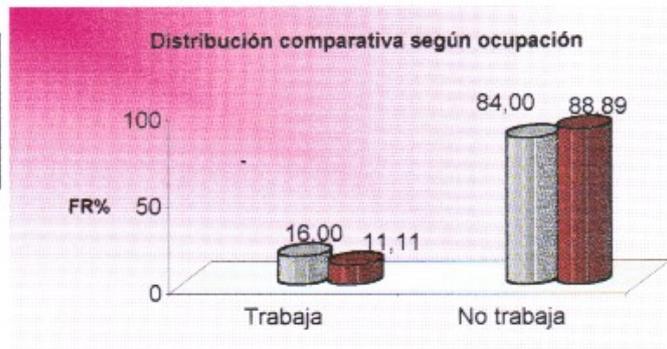
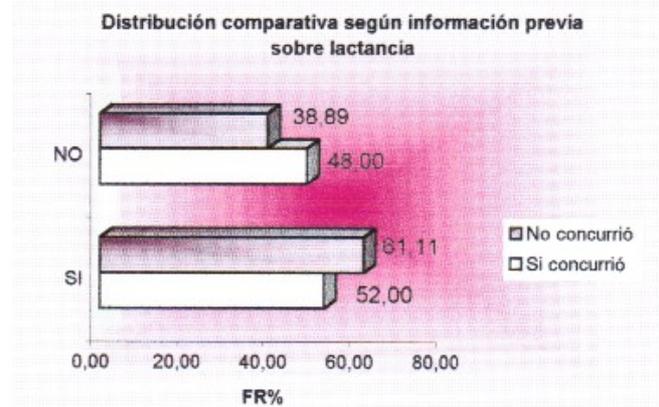


Tabla N° 6: DISTRIBUCIÓN COMPARATIVA DE LA POBLACIÓN QUE CONCURRIÓ Y NO CONCURRIÓ A CLASE PRENATAL DE LACTANCIA MATERNA SEGÚN INFORMACIÓN PREVIA SOBRE LACTANCIA

Concurrió a clase	SI	NO
INFORMACIÓN PREVIA	FR %	FR %
SI	52,00	61,11
NO	48,00	38,89
	N=25	N=72



FE DE ERRATAS

En anexos III.1, III.2, III.3, III.4, III.5, III.6 y III.7, en las tablas y gráficos n° 5, debiera decir “Situación laboral” en lugar de “Ocupación”.

En anexos III.1, III.2, III.3, III.4, III.5, III.6 y III.7, en las tablas y gráficos n° 6, debiera decir “ Información sobre lactancia materna previa a la clase prenatal” en lugar de “Información previa sobre lactancia”.