



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA

MITOS Y CREENCIAS SOBRE LACTANCIA EN MADRES ADOLESCENTES

AUTORES:

Br. Acosta, Estela
Br. Faraldo, Eugenio
Br. Meneses, Patricia
Br. Moreira, Sandra
Br. Romero, Daniela
Br. Urioste, Jesefina

TUTOR:

Lic. Enf. Crosa, Silvia

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

Montevideo, 1999

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento va dirigido fundamentalmente al pequeño gran mundo familiar de cada uno de los integrantes de este equipo investigador, por habernos alentado y apoyado desde el inicio de este proyecto.

Ellos con su amor, paciencia y tolerancia supieron renunciar al tiempo compartido en familia posibilitando la concreción de este trabajo.

INDICE

Introducción.	Página 3.
Marco Teórico.	" 4.
Aspectos Generales de la Adolescencia.	" 4.
Concepto de Adolescencia.	" 4.
Embarazo en la Adolescencia.	" 5.
"¿Porqué el Embarazo en la Adolescencia es de Alto Riesgo?"	" 5.
Aspectos Sociales que Influyen en el Embarazo Adolescente.	" 6.
Aspectos Generales sobre Lactancia.	" 6.
Factores dependientes de la Madre.	" 6.
Anatomía y Fisiología de la Mama.	" 6.
Estímulos para la producción de Leche e Inhibición.	" 8.
Aspectos Biopsicosociales de la Lactancia.	" 8.
Factores dependientes del Medio.	" 9.
Beneficios para los Bebes Amamantados.	" 9.
Beneficios para la Madre que Amamanta.	" 9.
Mitos y Creencia, Concepto.	" 10.
Selección y Justificación del Tema.	" 15.
Enunciado del Problema.	" 16.
Objetivo General.	" 16.
Objetivos Específicos.	" 16.
Diseño Metodológico.	" 17.
Tipo de Estudio.	" 17.
Universo y Muestra.	" 17.
Definición de Variable.	" 18.
Recolección de Datos.	" 20.
Plan de Análisis.	" 20.
Recursos Humanos, Materiales y Financieros.	" 20.
Cronograma.	" 21.
Experiencia Piloto.	" 22.
Tabulación de Datos.	" 23.
Caracterización de la Madre.	" 23.
Caracterización de la Lactancia.	" 26.
Información Recibida.	" 27.
Apoyo Psicoemocional.	" 28.
Mitos y Creencias.	" 29.
Análisis de Datos.	" 45.
Conclusiones.	" 48.
Sugerencias.	" 50.
Bibliografía.	" 51.

ANEXOS.

Anexo Nro. 1. Antecedentes en el Uruguay.	Página 53.
Anexo Nro. 2. Situación Actual y Tendencias de la Lactancia Materna en el Uruguay (1916-1997).	" 54.
Situación de la Lactancia Materna, un Visión del Siglo XX.	" 54.
Anexo Nro. 3. Promoción y Apoyo de la Lactancia en Adolescentes en el Barrio Casabó, Octubre de 1995.	" 57.
Anexo Nro. 4. Seguimiento Interdisciplinario del Binomio Hijo-Madre Adolescente, Policlínica Jardines del Hipódromo. Año 1996.	" 59.
Anexo Nro. 5. Waba - Alianza Mundial para la Lactancia Materna. Semana Mundial de la Lactancia Materna del 1ro. al 7 de Agosto.	" 60.
Anexo Nro. 6. Cumbre Mundial a favor de la Infancia.	
Comité Organizador Interagencial para las Américas.	" 62.
Salud Materno Infantil.	" 62.
Salud del Niño.	" 63.
Salud del Adolescente.	" 63.
Anexo Nro. 7. Implementación de la Estrategia de Promoción de la Salud en la O.P.S.	" 65.
Programa de Promoción de la Salud O.P.S./O.M.S. - Mayo 1992.	" 65.
Anexo Nro. 8. Diagnóstico de Situación de la Lactancia Materna y Alimentación Infantil en el Uruguay. Año 1998.	" 66.
Anexo Nro. 9. Mitos y Creencias.	
Según las autoras Marta Maldonado y Mirta Videla en su libro "Quiero Amamantar a mi Bebé".	" 67.
Creencias y Costumbres sobre Lactancia Materna.	" 75.
Anexo Nro.10.Organización del Cuestionario.	" 78.
Cuestionario.	" 79.
Anexo Nro.11.Plan de Trabajo.	" 82.
Anexo Nro.12.Diagnóstico de Situación del Barrio Casabó.	" 84.
Anexo Nro.13.Diagnóstico de Situación de la Policlínica del Barrio Casabó.	" 87.

INTRODUCCION

De acuerdo a investigaciones en América Latina, el embarazo en la adolescencia ha ido en aumento en las últimas décadas, superando en varios países el treinta por ciento del total de embarazos, constituyendo un verdadero problema de la Salud Pública dado que es una situación vivida en un ser que está en búsqueda de su identidad. A esto se agrega el gran deterioro que a sufrido la frecuencia y duración de la lactancia exclusiva tanto en América Latina como en el Uruguay, conceptos basados en estudios epidemiológicos (ver anexos nros. 1 y 2).

El objetivo principal es conocer la situación de la lactancia materna en madres adolescentes que se asisten en la Policlínica del Barrio Casabó, con la intención de profundizar en mitos y creencias que influyen en su calidad de vida y la de su hijo.

La investigación se llevará a cabo en un período comprendido entre marzo y setiembre de mil novecientos noventa y nueve; a través de un diseño descriptivo, realizando entrevistas semi-abiertas a la población de madres adolescentes con hijos menores de un año al treinta y uno de julio de mil novecientos noventa y nueve, que se atienden en la mencionada policlínica, seleccionadas a través de las historias clínicas.

MARCO TEORICO

ASPECTOS GENERALES DE LA ADOLESCENCIA

Concepto de Adolescencia

Adolescencia, es la edad comprendida entre el final de la niñez y comienzo de la pubertad hasta el completo desarrollo del cuerpo.

Pubertad, es la época de la vida en que empieza a manifestarse la aptitud para la reproducción.

La transformación del niño en adulto, desde la aparición de los primeros caracteres sexuales secundarios hasta el cierre de los cartílagos de crecimiento, se acompaña de importantes cambios emocionales, intelectuales, espirituales y sociales.

Se acepta que la adolescencia se extiende entre los doce y los diecinueve años. Sin límites precisos la adolescencia se superpone, en parte, con el fin de la edad escolar (que va de seis y doce años) el de la tercera infancia (seis y catorce años) y con la llamada edad prepupal (diez y catorce años).

Junto a la evolución física, el adolescente experimenta cambios psico-sociales, se modifica su estructura de pensamiento y se le imponen nuevas labores de desarrollo. Se espera que alcance una actitud aceptable ante la autoridad, defina su "rol" sexual, resuelva el conflicto entre impulsos y restricciones, inicie la emancipación de su familia, asuma interés por los otros, elija una vocación, adopte valores y metas propios y encuentre su identidad. El logro de tantas expectativas no ocurre de un día para el otro, implica la transición hacia un nuevo grupo de pertenencia.

Esta serie de cambios por los cuales transitan los adolescentes conducen a la existencia de conflictos y gran ambivalencia afectiva frente a los cuales se suman los sentimientos ambivalentes propios del embarazo, a los cuales los recursos internos y los soportes sociales no siempre resultan eficaces.

Sus tumultuosos cambios físicos lo enfrentan cada día a la difícil tarea de reconocerse y aceptarse y a la de armonizar sus impulsos con lo que la sociedad acepta y valora.

La intensidad de los impulsos, la dificultad de aceptar restricciones y el interés por nuevas experiencias exponen al riesgo de diversas formas de abuso (por ejemplo: alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, violencia, etc.) y al ejercicio precoz de la sexualidad: infecciones venéreas y embarazos no deseados.

Embarazo en la Adolescencia

Es un hecho ampliamente conocido en el campo de la salud materna, que la fecundidad presenta mayores riesgos asociados, tanto para la madre como para el hijo, cuando se ejerce en las edades extremas del período reproductivo de la mujer.

Los riesgos médicos asociados al embarazo en las madres adolescentes determinan una morbi-mortalidad más elevada que la observada en la población adulta, siendo su máxima incidencia en el grupo comprendido entre los trece y quince años.

El mayor riesgo comparativo observado en las pacientes no parece deberse tanto a las especiales condiciones fisiológicas, sino más bien a las variables socio-culturales y a las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione. El embarazo en este grupo etario se presenta habitualmente como un evento no programado, lo cual determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición, que la lleva a un control prenatal tardío o insuficiente.

En otros casos el embarazo es deseado, buscando por ejemplo, un lugar en la sociedad. A veces tiene lugar en circunstancias adversas, destacándose las carencias nutricionales y el bajo peso.

El embarazo es más complicado cuanto más cerca de la menarquía está, recién después de tres años de edad ginecológica, la joven alcanza su madurez reproductiva. Por esta razón los embarazos que se inician en los primeros tres años post menarquía adquieren mayor prioridad por los mayores riesgos maternos y perinatales que conllevan, son considerados de alto riesgo.

El pronóstico mejor para este grupo etario se asocia a varios factores: el apoyo familiar, la educación completa y el acceso a mejores condiciones en el campo laboral.

¿Por qué el Embarazo en la Adolescente es de Alto Riesgo?

Desde el punto de vista endocrinológico, el eje hipotálamo-hipófiso-ovárico es inmaduro durante los tres primeros años siguientes a la menarca, por lo cual las menstruaciones pueden ser irregulares a esta edad. El útero es de dimensiones menores a las que adquiere en la adultez, el esqueleto no terminó de adquirir su tamaño definitivo, destacándose la pelvis que no tiene una adecuada inclinación y sus diámetros están en el límite de la normalidad. Todos estos elementos, muchas veces llevan a causar dificultades e inadecuaciones feto-maternas, que justifican la denominación de embarazo de alto riesgo.

La adolescente embarazada necesita un abordaje integral, donde se tome en cuenta el entorno psicológico y social, su núcleo familiar y la comunidad en la cual vive.

Necesita un seguimiento de su embarazo con un mayor número de controles, con un asesoramiento precoz y mantenido y con una actitud de confianza por parte del equipo tratante que le permita cumplir todos los lineamientos establecidos.

Intentando dar solución a estas necesidades es que se realizan trabajos de promoción y apoyo a la lactancia en madres adolescentes en las Policlínicas de los Barrios Casabó y Jardines del Hipódromo (ver anexos nros. 3 y 4).

Aspectos Sociales que Influyen en el Embarazo Adolescente

El embarazo adolescente no es un fenómeno nuevo. Sin embargo el desafío es dar respuesta a los problemas de salud que genera un embarazo en edades precoces, brindando información y educación a los jóvenes.

La concepción sobre el embarazo adolescente pone de manifiesto algunos soportes ideológicos como mitos y prejuicios que se transmiten a través de las generaciones, que determinan a los jóvenes en sus manifestaciones psicosociales.

Paralelamente, los mandatos culturales marcan las conductas de los sexos, además de los socioeconómicos, lo educacional y lo familiar como soportes ideológicos, configuran una compleja trama de relaciones que nos hace pensar en el embarazo adolescente como un emergente, como un síntoma, como la somatización de todos estos aspectos.

Esta interpretación trasciende más allá de la pareja, involucrando en este fenómeno del embarazo adolescente a la familia misma, a las Instituciones Educativas y a la Sociedad en su conjunto.

ASPECTOS GENERALES SOBRE LACTANCIA

La lactancia materna es el proceso por el cual el recién nacido recibe la leche materna a pecho directo, único alimento adecuado para su crecimiento y desarrollo bio-psico-social hasta aproximadamente los seis meses de vida.

Lamentablemente, y pese a todos los beneficios que conlleva, el amamantamiento es una práctica que se ha ido perdiendo. Para recuperarla, Gobiernos y Organizaciones han firmado convenios y declaraciones a favor de la lactancia.

Así es que surge la "Semana Mundial de la Lactancia Materna", en la cual del primero al siete de agosto de cada año y bajo distintas consignas se reafirman la importancia y las ventajas de la lactancia materna para los niños, las madres y la sociedad (ver anexos nros. 5, 6 y 7).

La frecuencia y la duración de la lactancia materna en nuestro país está lejos de ser satisfactoria, por lo que se creó en mil novecientos setenta y ocho el Programa Nacional de Promoción a la Lactancia Materna (PROPLACMA) dependiente del Departamento de Alimentación y Nutrición del Ministerio de Salud Pública (ver anexo nro. 8)

Existen factores dependientes de la madre, del recién nacido y del medio que condicionan el éxito o el fracaso de la lactancia.

Factores Dependientes de la Madre

a. Anatomía y Fisiología de la Mama

Las mamas son glándulas altamente especializadas que se sitúan en la pared anterior del tórax, totalmente recubiertas de piel tersa y suave.

Los pezones miden de seis milímetros a un centímetro y medio de longitud, sobresalen en el centro de las mamas, constituidos por un tejido sensitivo eréctil, que se endurecen durante el embarazo, la menstruación, la lactancia materna y la estimulación sexual.

En su superficie contienen de quince a veinte orificios para los conductos galactóforos por los que emana la leche durante la lactancia.

Los pezones están rodeados por la areola mamaria, zona pigmentada de diez a veinte milímetros de diámetro, pequeñas glándulas sebáceas que confieren a su superficie una apariencia irregular y segregan una grasa que lubrica y protege el pezón durante la lactancia. Durante ésta, la areola se oscurece, recuperando su color natural después del parto o al finalizar la lactancia.

Dentro de cada mama existen de quince a veinte lóbulos separados por tejido de sostén. Cada uno de éstos contiene un conducto principal al que llegan otros conductos menores. El extremo proximal de los conductos está recubierto por un alvéolo, que a su vez están rodeados por un tipo de células que ayudan en la transformación en leche de las sustancias contenidas en la sangre materna.

Cuando se produce la leche materna, ésta fluye a través del sistema de conductos de la mama y se almacena en un reservorio situado abajo de la areola. Cada uno de los conductos principales de la mama tiene su propio orificio en la superficie del pezón, por donde fluye la leche.

1. Clasificación de la Leche Materna

Durante el establecimiento de la Lactancia se producen tres tipos de leche:

Calostro: líquido de color amarillento y aspecto cremoso que contiene vitaminas, proteínas y minerales. Contiene también grandes cantidades de inmunoglobulinas que brindan la primera inmunidad al neonato. La producción de calostro comienza al finalizar el embarazo y puede durar varios días después del parto.

Leche Transicional: su secreción comienza en los dos o tres primeros días después del parto y se produce hasta por lo menos dos semanas después del nacimiento. Tiene elevada concentración de grasa, lactosa, vitaminas hidrosolubles y más calorías que el calostro.

Leche Materna: luego de las etapas mencionadas anteriormente, se comienza a producir la leche materna definitiva que contiene todos los nutrientes anteriores y un porcentaje más elevado de agua.

2. Comparación entre Leche Humana y Leche de Vaca

(por 100 ml)	Leche Humana	Leche de Vaca
Calorías	67%	66%
Grasa (gramos)	4,5	3,7
Proteínas (gramos)	1,1	3,3
Glúcidos (gramos)	6,8	4,8

El alto contenido proteico que contiene la leche de vaca es un factor de riesgo para determinadas enfermedades así como se ha encontrado que el alto contenido en sodio es un factor de riesgo para la futura hipertensión.

También existen diferencias en la calidad y el tipo de proteínas, la que poseen la leche humana son las que el recién nacido es capaz de metabolizar.

b. Estímulos para la Producción de Leche e Inhibición

Durante el embarazo se producen cantidades crecientes de estrógenos que estimulan la proliferación y el desarrollo de los conductos mamarios, mientras que las concentraciones elevadas de progesterona fomentan el desarrollo de lobulillos y alvéolos como preparación para la lactancia.

El parto da como resultado disminución rápida de las concentraciones de estrógenos y progesterona con incremento concomitante de la secreción de prolactina por la hipófisis anterior. Esta hormona fomenta la producción de leche para estimular las células alveolares de la mama. Cuando el neonato succiona el pezón de la madre, se libera oxitocina desde la hipófisis anterior. Esta hormona incrementa la contractilidad de las células mioepiteliales que revisten las paredes de los conductos mamarios y se produce el flujo de leche. Este reflejo puede ser estimulado por succión, la presencia o el llanto del lactante o incluso por pensamientos maternos sobre su hijo.

A la inversa, la falta de confianza de la madre en sí misma, su temor a la alimentación a pecho, la vergüenza, el dolor a la succión, pueden impedir que se expulse leche hacia el sistema de conductos.

La producción de leche disminuye al inhibirse repentinamente el reflejo de secreción y también cuando el vaciamiento de las mamas no es frecuente ni completo, ya que al aumentar la presión dentro de los alvéolos se suprime la secreción. Una vez establecida la lactancia, disminuye la producción de prolactina, la oxitocina y la succión siguen siendo los mecanismos facilitadores de la producción de leche.

c. Aspectos Biopsicosociales de la Lactancia

Desde el punto de vista emocional, es fundamental que la lactancia sea vista en sus aspectos positivos, conociendo los múltiples beneficios para el lactante, la madre, la familia y la sociedad.

Esta experiencia puede proporcionarle a la madre seguridad y confianza o por el contrario, que la misma resulte frustrante y depresiva. Los mitos, creencias y desinformación al respecto actúan como factores negativos de la lactancia.

La lactancia requiere un tiempo de adaptación gradual madre-hijo, si la madre está preparada y tiene el deseo de amamantar a su hijo se inclinará a calmarse, a buscar la técnica correcta de amamantarlo o buscar ayuda profesional si así lo requiere.

Durante esta experiencia inolvidable, el padre no debe ser excluido, sino que debe ser partícipe, brindándole apoyo a la madre y conociendo los beneficios de la lactancia materna.

Factores Dependientes del Medio

Las creencias, valores, ideas, hábitos y costumbres que predominan en la sociedad, condicionan la predisposición o no de dar de mamar a los hijos.

En nuestro país, existen actualmente una tasa muy alta de niños que no son amamantados en su primer semestre de vida y el destete se relaciona frecuentemente con condiciones socio-económicas junto con la mayor posibilidad de adquirir suplementos en hospitales y farmacias sin previos requisitos.

Beneficios para los Bebés Amamantados

La leche materna exclusiva satisface todas las necesidades nutricionales del bebé durante los primeros seis meses de vida y sigue significando un importante aporte para la salud nutricional y emocional hasta los dos años de vida.

Los bebés amamantados tienen mayor inmunidad y gozan de mejor estado de salud porque disminuye la morbi-mortalidad por enfermedades como diarrea y neumopatías.

Beneficios para la Madre que Amamanta

La lactancia estimula el autoestima de la mujer, puesto que la hace sentir capaz de brindar el cuidado que su hijo requiere.

Fortalece la relación del vínculo entre la madre y el hijo.

La mujer que amamanta tiene menor posibilidad de contraer cáncer de mama y ovario.

La lactancia contribuye a retrasar un nuevo embarazo aunque para asegurar la protección total conviene usar otro método anticonceptivo complementario, como lo es el uso del preservativo.

MITOS Y CREENCIAS

Conceptos

Mito: Fábula, ficción.

Creencia: Fe, conformidad con hechos supuestos verdaderos, religión.

Marta T. Maldonado y Mirta Videla en su libro "Quiero Amamantar a mi Bebé" detallan una serie de mitos y creencias de los cuales tomaremos para nuestra investigación, los siguientes (ver anexo nro. 9).

"Ser una buena madre es tener mucha leche"

La imagen ideal que la gente y la propaganda transmiten todo el tiempo es la de una mujer embarazada siempre tranquila y contenta preocupándose por la ropa de su bebé, que sonríe siempre lo cual sugiere una armonía presente todo el tiempo en el hogar. Estas imágenes nos reflejan la realidad cotidiana en la cual coexisten momentos de ternura y alegría con otros de paciencia, irritación y cansancio, creer en la posibilidad de vivir lo ideal es exponerse a sentimientos y frustración a no poder lograrlo.

Una de las fantasías que originan más conflictos en las madres de hoy, es cuando se comparan con las madres de antaño, que tenían mucha energía disponible para la lactancia y tiempo físico para la crianza; comparando esa fantasía de paz y tranquilidad con la vida agitada de hoy, creando así sentimientos de culpa "por no ser madres totales", lo que a menudo se refleja en una disminución en la producción de la leche en una lactancia más corta.

La lactancia es una función nervioso-hormonal-emocional por lo tanto requiere un montaje importante de energía disponible.

Para la mujer de hoy ser una "madre total" implica más cosas de tener mucha leche: Vivir en armonía con la pareja, compartir la educación y la crianza de los hijos, trabajar, estudiar y gozar. Ser buena madre es, ser la madre que uno puede ser de acuerdo a su vida y a su historia personal. La leche en el pecho es sólo un acontecimiento en la vida de la mujer y una de las oportunidades pero no la única de acercarse a su bebé. El ideal de madre lechera está asociado a la imagen de la madre buena como una fuente inagotable, siempre lista a ser renunciada, imagen ésta más cerca de santos y dioses que de un ser humano.

"Si yo no quiero...¿Igual debo darle de mamar?"

Se confunde la posibilidad de ser una buena madre con el deseo de amamantar. Las madres que por determinados motivos, no quieren amamantar tienden a sentirse culpables y censuradas como malas madres, por ejemplo por miedo a la pérdida de la belleza de los senos. En estos casos el acceso a la información correcta puede contribuir a un cambio de decisión. Otro problema es que a veces los pediatras que desean estimular la lactancia se sienten heridos en su narcisismo tomándose muchas veces agresivos con las madres e identificando así la culpa.

Nosotros creemos en la importancia de promover la lactancia, sin tratar de imponerla. Solamente cuando una mujer quiere dar de mamar a su bebé podrá hacerlo con alegría y placer. Si no es así lo mejor es desarrollar otras maneras personales de ser una buena madre en la medida de sus posibilidades.

"¿Debo ponerle horarios de mamadas al bebé?"

Toda relación humana implica, en sus comienzos un tiempo mínimo necesario de mutuo conocimiento.

Ignorar esta etapa previa, queriendo imponer o forzar pautas que los adultos consideramos como "lógicas", impide la expresión personal del niño y atenta contra la posibilidad de un desarrollo normal.

Muchos profesionales aún aconsejan a las madres el dar de comer cada cuatro horas y no alimentarlos de noche. Nosotros nos postulamos a favor de la libre demanda en los primeros tiempos de la lactancia en base a conocimientos de las propias posibilidades del bebé de autorregularse si se les permiten expresar sus necesidades.

Algunas madres manifiestan frente a esta situación, ya que dicen "sentirse atadas o esclavas" de las demandas del lactante y temer que nunca más podrán disponer de su tiempo con libertad. Esta es una verdad relativa, ya que si bien es cierto que ella debe permanecer en su casa o no salir por más de una hora y media, este proceso es de corta duración y redituará positivamente en relación a la salud del pequeño y su posterior evolución psico-biológica.

Mi leche esta "aguada". ¿No tengo leche?

Muchas madres se angustian al ver que no producen leche los primeros días, creyendo que el colostro es insuficiente para alimentar a su bebé. Pero la naturaleza no se equivocó cuando hizo que la madre comience a producir leche recién después del tercer al cuarto día del alumbramiento: en efecto, durante esos días son muy pocos los requerimientos de líquidos, proteínas y calorías de un bebé.

Es frecuente que muchas madres después del alumbramiento evidencien un fuerte sentimiento de vacío corporal, por que ya no tienen al bebé en el útero.

Es posible que ésta sensación se extienda hacia el pecho suponiendo entonces que el tener leche es equivalente a tener los pechos constantemente llenos de la misma, como si los senos fueran sólo un recipiente. Creemos conveniente recordar que para la producción láctea es necesaria la succión del bebé como un estímulo al sistema nervioso, quien va a regular la producción de las hormonas, prolactina y oxitocina, que a su vez actúan sobre la glándula mamaria. Es decir que cada mamada es un proceso. La leche no está automáticamente acumulada a disposición del bebé, sino que éste inicia mediante la succión todo el proceso de producción láctea.

El bebé no quiere mamar, ¿Mi leche será “mala”?

Se suele tratar de responsabilizar a la leche de todo lo que se siente. Por razones triviales las mujeres se sienten malas madres sobre todo cuando no pueden ser las madres perfectas que imaginaron. En realidad, se es lo que se puede y no lo que se exige por ser.

Un niño puede no querer mamar por muchos motivos: porque es de hábitos tranquilos, y en ese horario prefiere descansar, o por que percibe que la madre está angustiada, por que tiene grietas en el pezón y le duele al amamantar o porque pasó un día en el que sufrió mucho calor, o porque está excitado porque ese día hubieron muchas visitas en la casa. Lo importante es comprender que todo eso es normal, y forma parte de esa unión tan estrecha entre madre e hijo donde ambos perciben lo que al otro le sucede aunque no puedan entenderlo.

Hemos observado que las fantasías de leche mala suelen ser más frecuentes cuando se están viviendo situaciones de serios conflictos familiares a los que el bebé suele responder con cólicos y resistencia a la conexión con el pecho de la madre. La angustia de la madre es inevitablemente percibida por el niño, reaccionando de la única manera que puede hacerlo, con alteraciones en su ritmo o necesidad de alimentación, alteraciones en el sueño o trastornos digestivos.

¿Porqué todas las mujeres me dan consejos?

Cuando comenzamos algo nuevo es inevitable un cierto grado de inseguridad y dudas que nos dejan vulnerables y susceptibles a opiniones y consejos de los demás, especialmente para la mujer que amamanta o tiene poca experiencia con bebés.

Los consejos suelen producir incertidumbre, confusión y pérdida de contacto con sus propios sentidos, sensibilidad e intuición.

Hay quienes verdaderamente quieren ayudar, pero hay mujeres que nos subestiman y critican todo el tiempo. Estas personas pueden ser: las enfermeras, la suegra, la madre, una tía, o una amiga que ya tiene hijos.

También sucede que las madres y las suegras enfrentan la llegada del nieto con alegría y dolor. Es fácil reconocer la alegría, pero el dolor se conecta con que al ser abuelas se dan cuenta de su edad y de la pérdida de su propia capacidad de procrear.

Esto produce angustia y cada persona se defiende como puede, una de las formas es negar la realidad de ser abuelas, haciendo como si de nuevo les naciera un hijo, no un nieto.

Por eso tratan de imponer sus ideas, repetir sus experiencias, descalificar a la madre como si quisieran que ésta ocupe un lugar secundario frente al bebé. Es importante entender esta situación para ponerle los límites necesarios.

La mayoría de las mujeres que ya tuvieron hijos creen saber todo acerca de la crianza, sienten demasiados deseos de transmitir todo a la "madre recién nacida"; esta actitud significa en realidad un descrédito a la capacidad de aprendizaje de la nueva madre.

Tengo miedo de comer algo o tomar algún medicamento que pueda dañar a mi hijo

La dieta de una madre que amamanta debe ser obviamente lo más saludable posible. Sin embargo, no está demostrado que una dieta rica en proteínas pueda aumentar o mejorar la calidad de la producción láctea. Es decir debe ser una dieta normal, sana, lo más equilibrada posible.

Los únicos alimentos que estarían contraindicados serán aquellos que pasando a la leche, cambien substancialmente el sabor de la misma: repollo, coliflor, ajo, chocolate.

En cuanto al hábito de fumar se aconseja no pasar de un máximo de seis cigarrillos diarios mientras amamante. Este sería el tope hasta el cual no se producirán los efectos indeseables: excitación, taquicardia, vasoconstricción en el niño y disminución de la producción láctea en la mamá.

Esta postura tiene en cuenta que una suspensión brusca podría inducir una situación de ansiedad, quizás más perjudicial para la lactancia que el tabaco mismo.

Me di un gran susto seguro se me cortara la leche

La lactancia es un proceso neuro-hormonal, en el cual los factores emocionales juegan un rol importante por su repercusión a nivel de los centros nerviosos que estimulan el funcionamiento de la glándula mamaria.

Ante cualquier dificultad que surge en la lactancia, se adoptan dos caminos extremos: se culpan a sí mismas o depositan toda la responsabilidad en un factor externo.

El reflejo de liberación de la leche está sujeto a modificaciones debidas a los efectos de la tensión, del cansancio de la preocupación o de la irritación.

Cuando cualquier proceso humano, más si tiene una importancia como la que reviste la lactancia, es interrumpido o modificado, no puede aceptarse la monocausalidad, sino que debe interpretarse como una compleja interrelación de factores biológicos, psicológicos y sociales.

¿Mientras amamanto no corro el riesgo de quedar embarazada?

Luego del parto una mujer tarda de treinta a cuarenta y cinco días en reiniciar su ciclo ovulatorio. No es recomendable asimilar el concepto de lactancia como un anticonceptivo o en todo caso, sería un anticonceptivo con demasiado margen de error.

Lo que sucede generalmente, es que no hay menstruación y por lo tanto, la pareja no tiene ningún indicio de la fecha de ovulación, pero el uso de alguna medida anticonceptiva adicional por tanto, resulta de fundamental importancia tratar ese tema con el obstetra.

SELECCION Y JUSTIFICACION DEL TEMA

Obtenida la información acerca de la situación de América Latina y en nuestro País con respecto a estudios desarrollados sobre lactancia materna y su situación actual, consideramos relevante el tema sobre "mitos y creencias", muy poco desarrollado en la bibliografía, y que influye negativamente en el éxito de la lactancia.

La importancia del tema es aún mayor teniendo en cuenta que nuestro objeto de estudio son madres adolescentes que atraviesan un período crítico en su vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera el embarazo en la adolescencia como un grave problema de salud pública dado que es una situación vivida en un ser que todavía está en búsqueda de su identidad, de su lugar en el mundo adulto, sumándose a esto una serie de ansiedades, interrogantes y sentimientos ambivalentes generados por el proceso de gestación.

Consideramos de nuestra responsabilidad como enfermeros la educación en salud y a través del proceso enseñanza-aprendizaje la desmitificación para lograr una adecuada alimentación al niño a través de la lactancia materna exclusiva durante por lo menos el primer semestre de vida e idealmente hasta el año.

Como todo estudio descriptivo, los resultados obtenidos podrán dar base al planteo de hipótesis que conduzcan a futuras investigaciones.

Esperamos que nuestra investigación constituya un nuevo aporte para la policlínica del barrio Casabó, la cual tiene en marcha un programa de promoción y apoyo para madres adolescentes, en el abordaje de diferentes enfoques socio-culturales que influyen en la lactancia materna y que no han sido estudiados aún en dicho centro.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los mitos y creencias sobre lactancia en madres adolescentes con edades comprendidas entre los doce y diecinueve años, que se asisten en la Policlínica del barrio Casabó con hijos menores de un año al treinta y uno de julio de mil novecientos noventa y nueve?

Objetivo General

Conocer la situación de la lactancia materna en madres adolescentes con hijos menores de un año al treinta y uno de julio de mil novecientos noventa y nueve que tienen como referencia de control la Policlínica del barrio Casabó, con la intención de profundizar en mitos y creencias que influyen en su calidad de vida y la de su hijo.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar a la población en estudio, madres adolescentes con hijos menores de un año al treinta y uno de julio de mil novecientos noventa y nueve en la Policlínica del barrio Casabó en relación a:
Edad de la Madre.
Apoyo Familiar.
Ocupación.
Nivel de Instrucción.
2. Conocer la duración de la lactancia exclusiva en madres adolescentes.
3. Conocer la fuente de información obtenida por las madres sobre la lactancia materna.
4. Identificar los mitos y creencias que condicionan el amamantamiento durante los primeros seis meses de vida.
5. Conocer la influencia de la ocupación de la madre sobre el período de amamantamiento.
6. Conocer la influencia de mitos y creencias en relación al nivel de instrucción, edad, fuente de información y apoyo familiar durante la lactancia materna.
7. Conocer la influencia de mitos y creencias en relación a la duración de la lactancia materna en el grupo estudiado.

DISEÑO METODOLOGICO

a. Tipo de Estudio

Consideramos que nuestra investigación es de tipo descriptivo, ya que se basa en la observación y registro objetivo de los hechos en relación a los mitos y creencias en la población estudiada. Según el período y frecuencia del estudio es de tipo transversal, pues se realiza un corte en el tiempo analizando las variables en forma simultánea en determinado momento.

Para realizar este trabajo se recurren a diversas fuentes de información:

1. Fuentes Primarias:

Encuestas a una población determinada.

2. Fuentes Secundarias:

Entrevistas con profesionales de la salud.

Informes sobre investigaciones hechas sobre el tema.

b. Universo y Muestra

El universo lo constituyen todas las madres adolescentes que se atienden o se atendieron en la Policlínica del barrio Casabó en los últimos dos años.

La muestra está compuesta por el cien por ciento de las madres con edades comprendidas entre doce y diecinueve años (inclusive), con hijos menores de un año al treinta y uno de julio de mil novecientos noventa y nueve, que se asisten en la policlínica del barrio Casabó.

Este servicio de salud fue seleccionado, luego de indagar en varias instituciones, por brindar un mayor número de integrantes que conforman la muestra, siendo por lo tanto representativa en cuanto reúne las características principales de la población en relación a las variables estudiadas.

c. Definición de Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala
Edad de la Madre.	Período de vida desde el nacimiento hasta el momento actual.	Madres entre doce y diecinueve años inclusive.	•De 12 a 15 años. •De 16 a 19 años.
Nivel de Instrucción.	Grado de conocimiento adquirido a través de la educación formal.	Ultimo año aprobado en la educación formal.	•Primaria completa o incompleta. •Secundaria completa. •U.T.U. completa.
Ocupación.	Acción que desempeña en forma habitual, sea o no remunerada.	Actividad que desarrolla la madre en el momento actual.	•Estudia. •Trabaja. •Estudia y trabaja. •Ama de casa.
Leche Materna Exclusiva.	Pecho directo exclusivo que ha recibido el lactante.	Leche materna que el lactante ha recibido en las últimas veinticuatro horas como alimento exclusivo.	Edad hasta la que fue amamantado. (Menos de tres meses; entre tres y seis meses más de seis meses).
Información.	Enterarse de uno o varios hechos específicos.	Información recibida sobre amamantamiento.	•Equipo de Salud. •Medios de Comunicación. •Familiares u otras personas. •No recibió información.
Apoyo Familiar.	Contención, sostén y protección de la familia.	Manifiesta que con quienes vive la apoyan y estimulan a amamantar.	•Si. •No. •No sabe, no contesta.
Creencias que influyen sobre la Lactancia Materna.	Confiar en la certeza de afirmaciones populares sin bases científicas.	Hechos supuestos sin fundamentos científicos que condicionan el amamantamiento.	1. Tener abundante leche es sinónimo de buena madre: •Si. •No. •No sabe, no contesta.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala
			2. Hay leches maternas que alimentan y otras no. •Si. •No. •No sabe, no contesta. 3. Mientras amamanta no quedará embarazada. •Si. •No. •No sabe, no contesta. 4. Se puede cortar la leche en algún momento. •Si. •No. •No sabe, no contesta. •Porque. 5. Existen alimentos que favorecen la lactancia. •Si. •No. •No sabe, no contesta. •¿Cuáles?

RECOLECCION DE DATOS

- En primera instancia que se extraen datos de las Historias Clínicas de Madres Adolescentes entre doce y diecinueve años que asisten a la Policlínica Casabó con hijos menores de un año al treinta y uno de julio de mil novecientos noventa y nueve.
- El instrumento utilizado será la entrevista semi-estructurada con un cuestionario (ver anexo nro. 10) con preguntas semi-abiertas, el que será realizado al cien por ciento de la muestra seleccionada (setenta madres adolescentes).
- El mismo se llevará a cabo en las instalaciones de la Policlínica o en sus domicilios si fuera necesario.
- Las entrevistas serán efectuadas por seis estudiantes del Instituto Nacional de Enfermería, divididos en tres grupos debidamente identificados y con vestimenta acorde a la Institución.
- Previamente a la entrevista se le explicará a las madres cual es el fin de esta investigación, se solicitará su consentimiento de colaborar con la misma y que su identidad se mantendrá en el anonimato.

PLAN DE ANALISIS

Los datos obtenidos sobre las variables se analizarán en forma de tablas siguiendo el mismo orden del cuestionario. Dichos datos se representarán en gráficos de barra .

Se confeccionará un instrumento para facilitar la tabulación de los datos.

RECURSOS HUMANOS

Seis estudiantes del Instituto Nacional de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS

Material	Costo
Cuadernos, hojas, lapiceras, lápices y gomas.	\$ 300,00
Tinta de Impresión.	\$ 450,00
Minutos Internet.	\$ 350,00
Fotocopias y Encuadernación.	\$ 900,00
Disquetes.	\$ 25,00
Transporte.	\$ 760,00
Total	\$ 2785,00

CRONOGRAMA

AÑO 1999.											
Actividades	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agost.	Set.	Oct.	Nov.
Búsqueda de Información y Antecedentes.											
Definición del Tema.											
Elaboración del Protocolo de Investigación.											
Aprobación del Protocolo.											
Ejecución.											
Análisis de los Datos Obtenidos.											
Redacción del Informe Final.											
Presentación y Defensa del Trabajo.											
Devolución al Servicio.											
Tutorías.											

EXPERIENCIA PILOTO

La experiencia piloto consiste en aplicar el cuestionario a siete madres de la muestra, para verificar que las preguntas resulten comprensibles para las adolescentes, que las opciones contempladas como respuestas sean las adecuadas y que permitan verificar las tablas de tal forma que los datos sean entendibles.

TABULACION DE DATOS

1. CARACTERIZACION DE LA MADRE

TABLA Nro. 1.1

Caracterización de las madres adolescentes que se asisten en la Policlínica Casabó, encuestadas durante el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve con respecto a la edad.

Edad en Años.	Número de Madres.	
	Frecuencia Absoluta (F.A.)	Frecuencia Relativa (F.R.)
12 a 15.	3	6%
16 a 19.	44	94%
Total.	47	100%

Fuente de Datos: Datos obtenidos a través de un cuestionario realizado en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve a madres adolescentes entre doce y diecinueve años que asisten a sus hijos menores de un año (al treinta y uno de julio) en la Policlínica del Barrio Casabó.

GRAFICO Nro. 1.1

Representación gráfica de la caracterización de las madres adolescentes que se asisten en la Policlínica Casabó, encuestadas durante el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve con respecto a la edad.

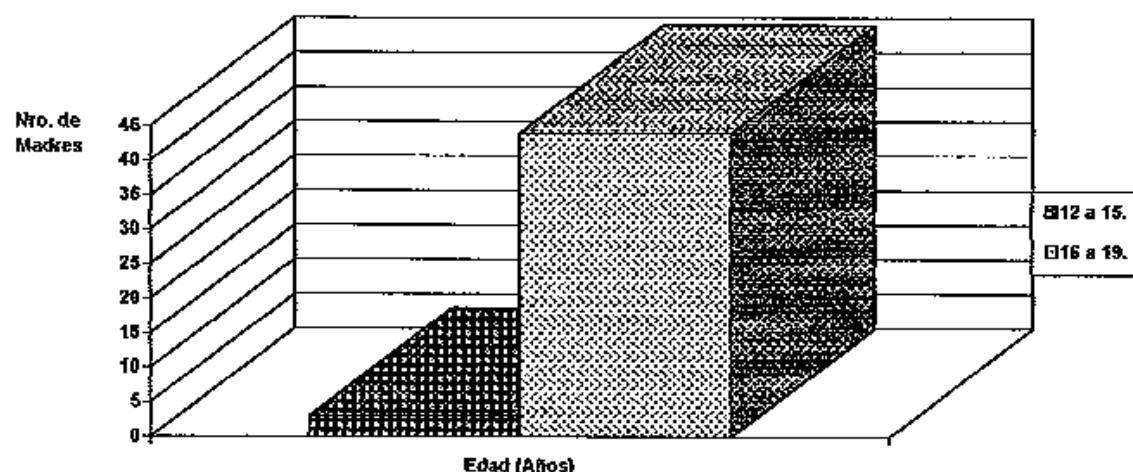


Gráfico 1.1 corresponde a la Tabla 1.1.

TABLA Nro. 1.2

Caracterización de las madres adolescentes que se asisten en la Policlínica Casabó, encuestadas durante el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve según nivel de instrucción.

Nivel de Instrucción.	Número de Madres.	
	Frecuencia Absoluta (F.A.)	Frecuencia Relativa (F.R.)
Primaria Incompleta.	9	19%
Primaria Completa.	36	77%
Secundaria Completa.	2	4%
U.T.U. Completa.	0	0%
Total.	47	100%

Fuente de Datos: Datos obtenidos a través de un cuestionario realizado en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve a madres adolescentes entre doce y diecinueve años que asisten a sus hijos mayores de un año (al treinta y uno de julio) en la Policlínica del Barrio Casabó.

GRAFICO Nro. 1.2

Representación gráfica de la caracterización de las madres adolescentes que se asisten en la Policlínica Casabó, encuestadas durante el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve según nivel de instrucción.

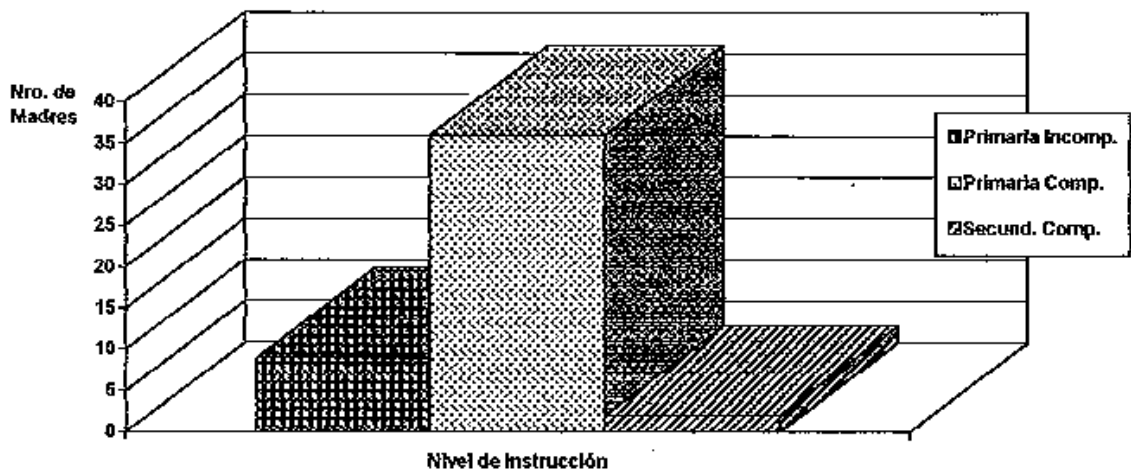


Gráfico 1.2 corresponde a la Tabla 1.2.

TABLA Nro. 1.3

Caracterización de las madres adolescentes que se asisten en la Policlínica Casabó, encuestadas durante el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve según su ocupación.

Ocupación.	Número de Madres.	
	Frecuencia Absoluta (F.A.)	Frecuencia Relativa (F.R.)
Estudia.	0	0%
Trabaja.	2	4%
Estudia y Trabaja.	0	0%
Ama de Casa.	45	96%
Total.	47	100%

Fuente de Datos: Datos obtenidos a través de un cuestionario realizado en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve a madres adolescentes entre doce y dieinueve años que asisten a sus hijos menores de un año (el treinta y uno de julio) en la Policlínica del Barrio Casabó.

GRAFICO Nro. 1.3

Representación gráfica de la caracterización de las madres adolescentes que se asisten en la Policlínica Casabó, encuestadas durante el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve según ocupación.

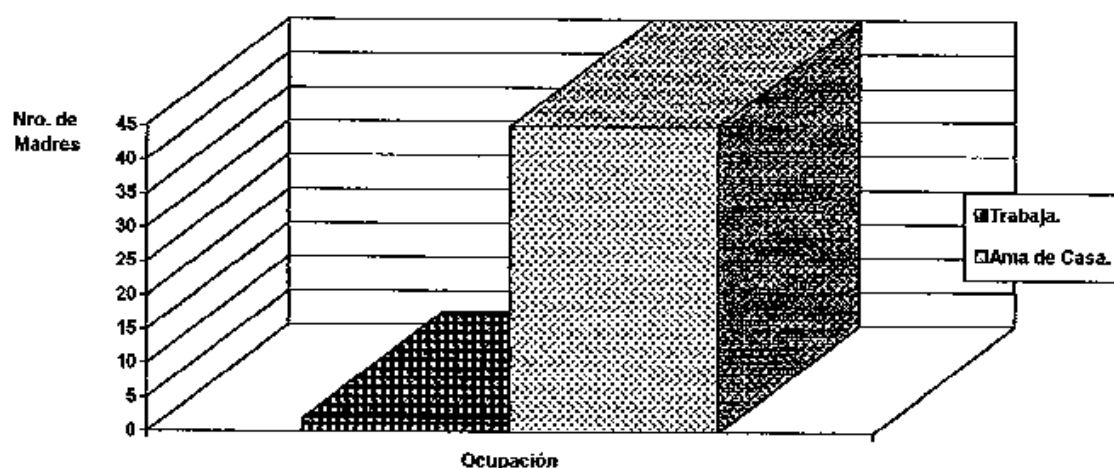


Gráfico 1.3 corresponde a la Tabla 1.3.

2. CARACTERIZACION DE LA LACTANCIA

TABLA Nro. 2.1

Descripción de la lactancia materna exclusiva según la edad en meses de los niños, hijos de madres adolescentes encuestadas en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve que se asisten en la Policlínica Casabó.

Edad en Meses.	Número de niños amamantados en forma exclusiva a pecho directo.	
	Frecuencia Absoluta (F.A.)	Frecuencia Relativa (F.R.)
Menos de 3.	19	40%
De 3 a 6.	19	40%
Más de 6.	9	20%
Total.	47	100%

Fuente de Datos: Datos obtenidos a través de un cuestionario realizado en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve a madres adolescentes entre doce y diecinueve años que asisten a sus hijos menores de un año (el treinta y uno de julio) en la Policlínica del Barrio Casabó.

GRAFICO Nro. 2.1

Representación gráfica de la descripción de la lactancia materna exclusiva según la edad en meses de los niños, hijos de madres adolescentes encuestadas en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve que se asisten en la Policlínica Casabó.

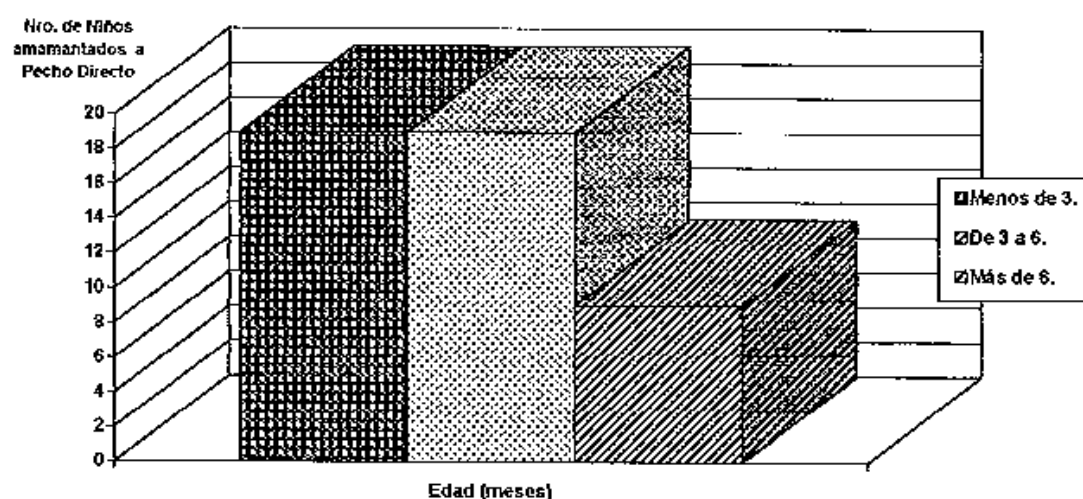


Gráfico 2.1 corresponde a la Tabla 2.1.

3. INFORMACION RECIBIDA

TABLA Nro. 3.1

Descripción de la fuente de información recibida sobre lactancia materna en madres adolescentes que se asisten en la Policlínica Casabó, encuestadas en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve.

Fuente de Información.	Número de Madres.	
	Frecuencia Absoluta (F.A.)	Frecuencia Relativa (F.R.)
Equipo de Salud.	39	82%
Medios de Comunicación.	0	0%
Familiares u otras personas.	4	9%
No recibió información	4	9%
Total.	47	100%

Fuente de Datos: Datos obtenidos a través de un cuestionario realizado en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve a madres adolescentes entre doce y diecinueve años que asisten a sus hijos menores de un año (al treinta y uno de julio) en la Policlínica del Barrio Casabó.

GRAFICO Nro. 3.1

Representación gráfica de la descripción de la fuente de información recibida sobre lactancia materna en madres adolescentes que se asisten en la Policlínica Casabó, encuestadas en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve.

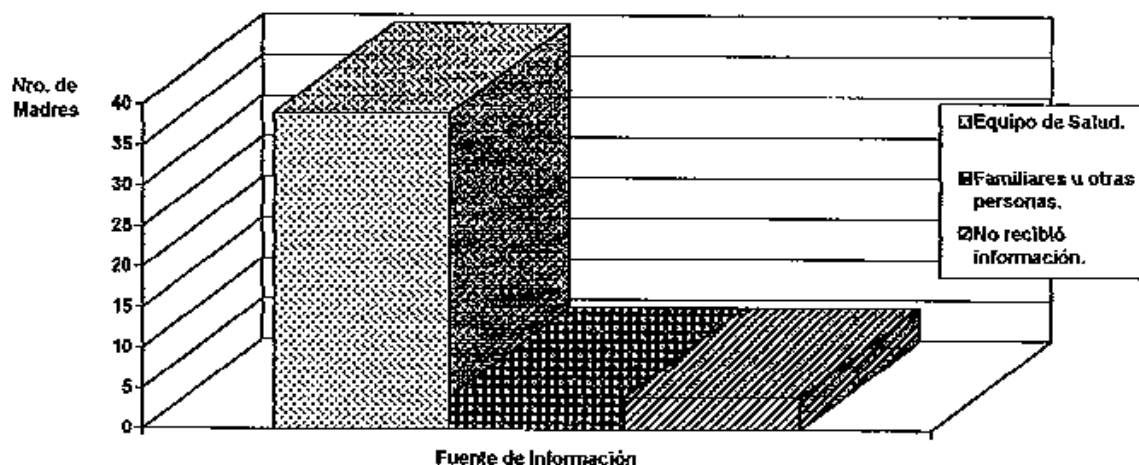


Gráfico 3.1 corresponde a la Tabla 3.1.

4. APOYO PSICOEMOCIONAL

TABLA Nro. 4.1

Caracterización de las madres adolescentes que se asisten en la Policlínica Casabó, encuestadas en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve en relación al apoyo familiar manifestado para amamantar a su hijo.

Madres que manifiestan haber recibido apoyo familiar.	Número de Madres.	
	Frecuencia Absoluta (F.A.)	Frecuencia Relativa (F.R.)
Si.	43	91%
No.	3	6%
No sabe, no contesta.	1	3%
Total.	47	100%

Fuente de Datos: Datos obtenidos a través de un cuestionario realizado en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve a madres adolescentes entre doce y diecinueve años que asisten a sus hijos mayores de un año (al treinta y uno de julio) en la Policlínica del Barrio Casabó.

GRAFICO Nro. 4.1

Representación gráfica de la caracterización de las madres adolescentes que se asisten en la Policlínica Casabó, encuestadas en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve en relación al apoyo familiar manifestado para amamantar a su hijo.

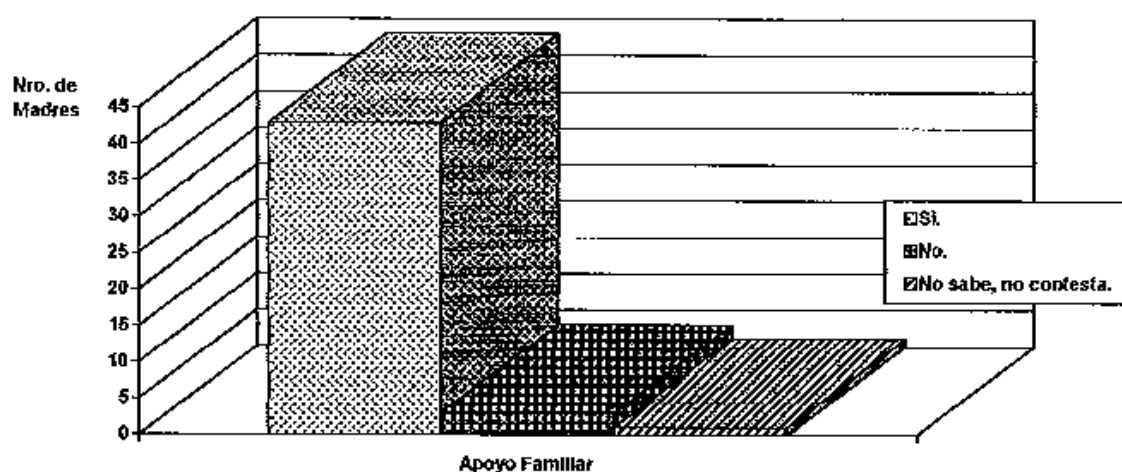


Gráfico 4.1 corresponde a la Tabla 4.1.

5. MITOS Y CREENCIAS

TABLA Nro. 5.1

Caracterización de las madres adolescentes que se asisten en la Policlínica Casabó, encuestadas en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve, en relación a la creencia que tener mucha leche es sinónimo de ser una buena madre.

Abundante leche como sinónimo de ser buena madre.	Número de Madres.	
	Frecuencia Absoluta (F.A.)	Frecuencia Relativa (F.R.)
Si.	20	43%
No.	25	53%
No sabe, no contesta.	2	4%
Total.	47	100%

Fuente de Datos: Datos obtenidos a través de un cuestionario realizado en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve a madres adolescentes entre doce y diecinueve años que asisten a sus hijos menores de un año (al treinta y uno de julio) en la Policlínica del Barrio Casabó.

GRAFICO Nro. 5.1

Representación gráfica de la caracterización de las madres adolescentes que se asisten en la Policlínica Casabó, encuestadas en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve, en relación a la creencia que tener mucha leche es sinónimo de ser una buena madre.

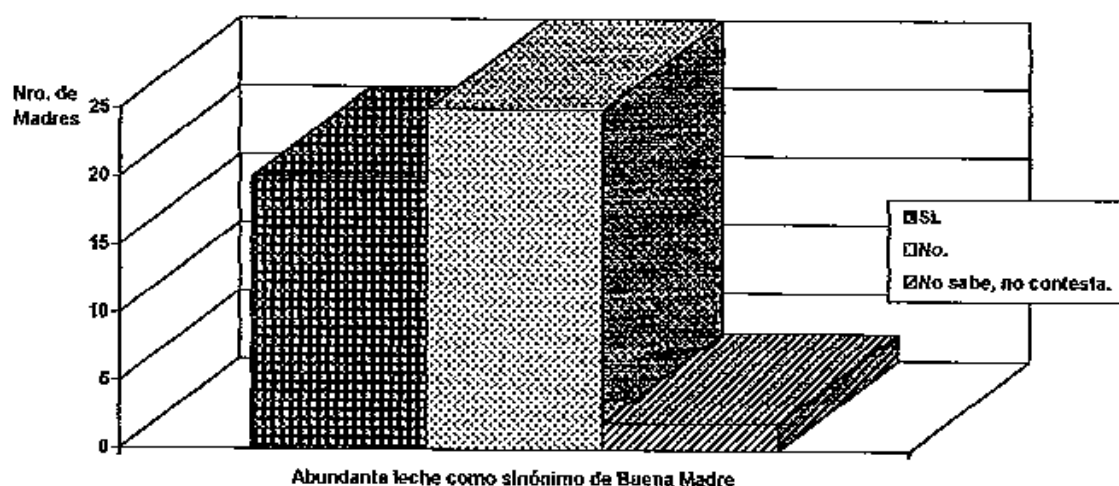


Gráfico 5.1 corresponde a la Tabla 5.1.

TABLA Nro. 5.2

Descripción de las madres adolescentes que manifiestan que la leche materna alimenta, asistidas en la Policlínica Casabó encuestadas en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve.

Madres que manifiestan que la leche materna alimenta.	Número de Madres.	
	Frecuencia Absoluta (F.A.)	Frecuencia Relativa (F.R.)
Si.	23	49%
No.	22	47%
No sabe, no contesta.	2	4%
Total.	47	100%

Fuente de Datos: Datos obtenidos a través de un cuestionario realizado en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve a madres adolescentes entre doce y diecinueve años que asisten a sus hijos menores de un año (al treinta y uno de julio) en la Policlínica del Barrio Casabó.

GRAFICO Nro. 5.2

Representación gráfica de la descripción de las madres adolescentes que manifiestan que la leche materna alimenta, asistidas en la Policlínica Casabó encuestadas en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve.

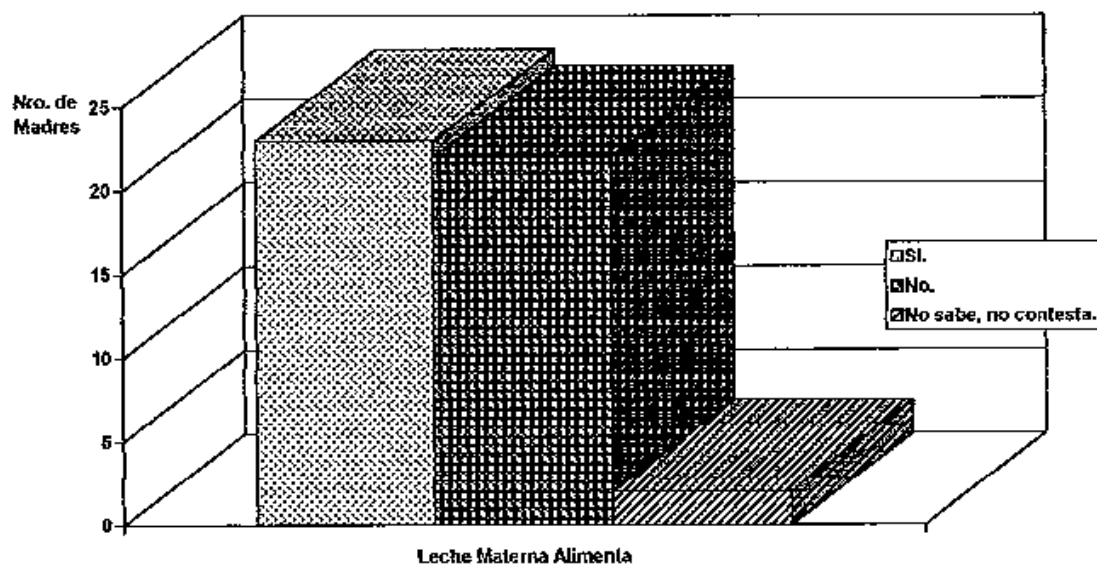


Gráfico 5.2 corresponde a la Tabla 5.2.

TABLA Nro. 5.3

Caracterización de las madres adolescentes que se asisten en la Policlínica Casabó, encuestadas en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve, con respecto al concepto de lactancia como método anticonceptivo.

Mientras amamanta no quedará embarazada.	Número de Madres.	
	Frecuencia Absoluta (F.A.)	Frecuencia Relativa (F.R.)
Si.	7	15%
No.	36	77%
No sabe, no contesta.	4	8%
Total.	47	100%

Fuente de Datos: Datos obtenidos a través de un cuestionario realizado en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve a madres adolescentes entre doce y diecinueve años que asisten a sus hijos menores de un año (al treinta y uno de julio) en la Policlínica del Barrio Casabó.

GRAFICO Nro. 5.3

Representación gráfica de la caracterización de las madres adolescentes que se asisten en la Policlínica Casabó, encuestadas en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve, con respecto al concepto de lactancia como método anticonceptivo.

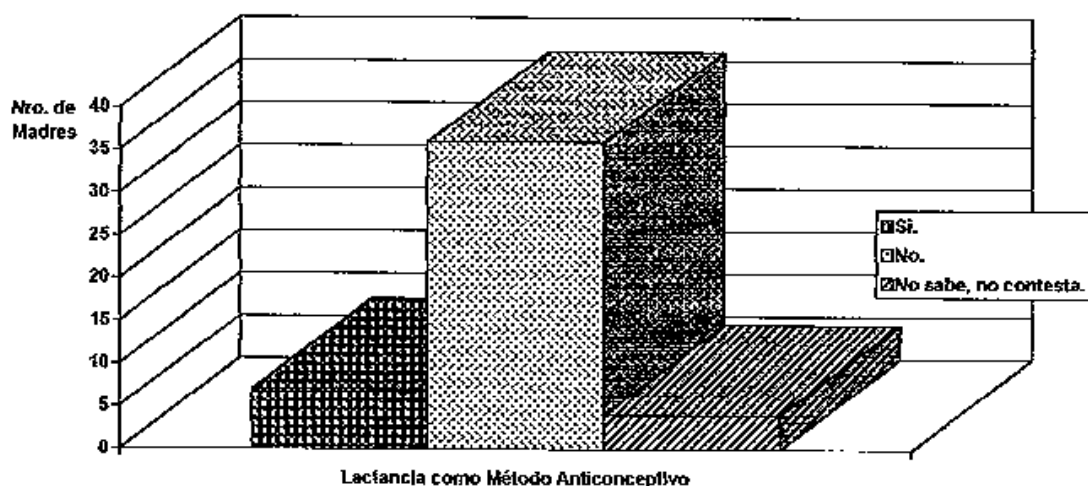


Gráfico 5.3 corresponde a la Tabla 5.3.

TABLA Nro. 5.4

Descripción de lo manifestado por las madres adolescentes encuestadas en la Policlínica Casabó, en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve, con respecto a los factores que pueden influir en la retirada de la leche.

Existencia factores que influyen en la retirada de la leche.	Número de Madres.	
	Frecuencia Absoluta (F.A.)	Frecuencia Relativa (F.R.)
Si.	23	49%
No.	17	36%
No sabe, no contesta.	7	15%
Total.	47	100%

Fuente de Datos: Datos obtenidos a través de un cuestionario realizado en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve a madres adolescentes entre doce y diecinueve años que asistan a sus hijos menores de un año (al treinta y uno de julio) en la Policlínica del Barrio Casabó.

GRAFICO Nro. 5.4

Representación gráfica de la descripción de lo manifestado por las madres adolescentes encuestadas en la Policlínica Casabó, en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve, con respecto a los factores que pueden influir en la retirada de la leche.

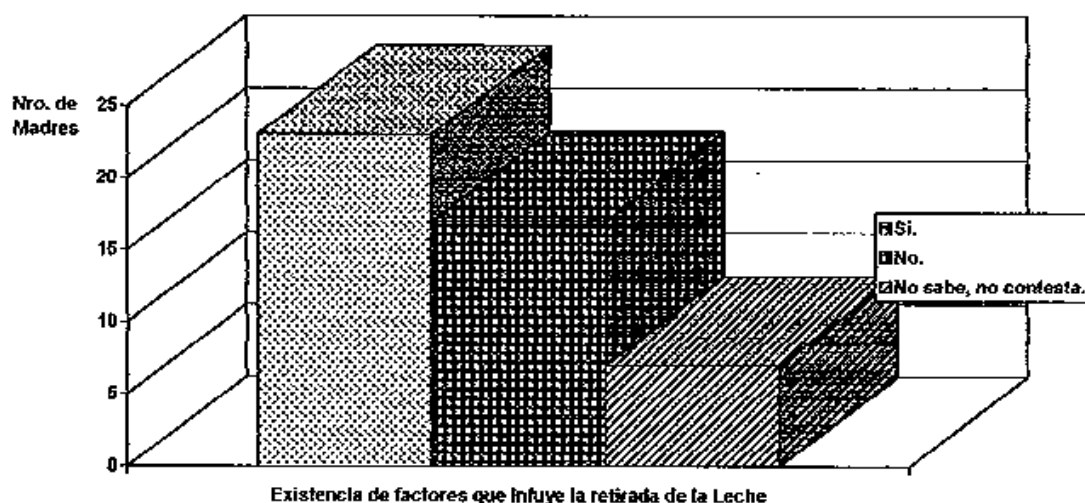


Gráfico 5.4 corresponde a la Tabla 5.4.

TABLA Nro. 5.5

Caracterización de las madres adolescentes encuestadas en la Policlínica Casabó durante el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve en relación a la creencia acerca de los alimentos que favorecen la lactancia.

Existencia de alimentos que favorecen la Lactancia.	Número de Madres	
	Frecuencia Absoluta (F.A.)	Frecuencia Relativa (F.R.)
Si.	37	79%
No.	9	19%
No sabe, no contesta.	1	2%
Total.	47	100%

Fuente de Datos: Datos obtenidos a través de un cuestionario realizado en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve a madres adolescentes entre doce y diecinueve años que asisten a sus hijos mayores de un año (el treinta y uno de julio) en la Policlínica del Barrio Casabó.

GRAFICO Nro. 5.5

Representación gráfica de la caracterización de las madres adolescentes encuestadas en la Policlínica Casabó durante el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve en relación a la creencia acerca de los alimentos que favorecen la lactancia.

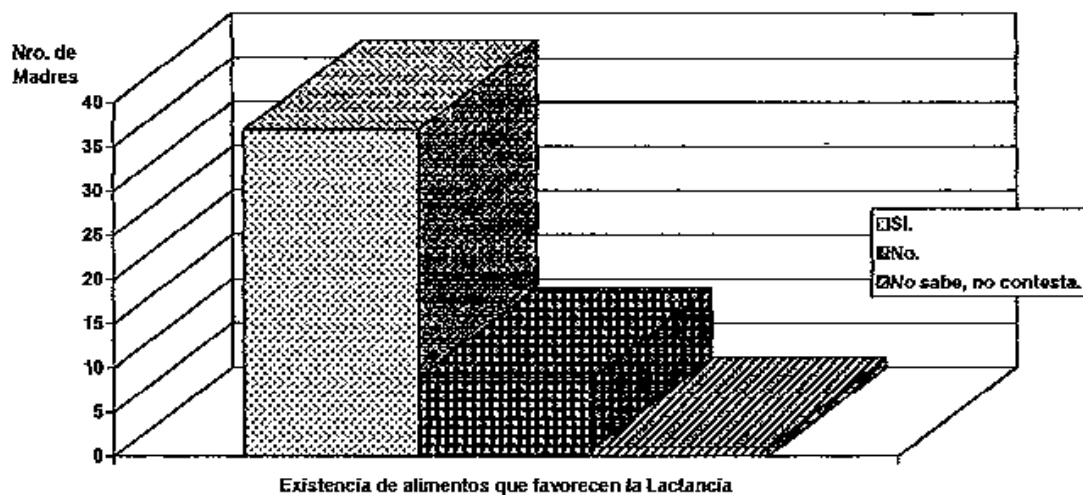


Gráfico 5.5 corresponde a la Tabla 5.5.

TABLA Nro. 6.1

Caracterización de la población estudiada (madres adolescentes) encuestadas en la Policlínica Casabó durante el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve con respecto al período de lactancia materna exclusiva en relación a la ocupación de la madre.

Período de Lactancia Materna Exclusiva (meses)	Ocupación de las Madres (Nro.).									
	Estudia		Trabaja		Est./Trab.		Ama de Casa		Total	
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.
Menos de 3.	0	0%	0	0%	0	0%	19	40%	19	40%
De 3 a 6.	0	0%	1	2,5%	0	0%	18	38%	19	40,5%
Más de 6.	0	0%	1	2,5%	0	0%	8	17%	9	19,5%
Total.	0	0%	2	5%	0	0%	45	95%	47	100%

Fuente de Datos: Datos obtenidos a través de un cuestionario realizado en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve a madres adolescentes entre doce y diecinueve años que asisten a sus hijos menores de un año (al treinta y uno de julio) en la Policlínica del Barrio Casabó.

GRAFICO Nro. 6.1

Representación gráfica de la caracterización de la población estudiada (madres adolescentes) encuestadas en la Policlínica Casabó durante el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve con respecto al período de lactancia materna exclusiva en relación a la ocupación de la madre.

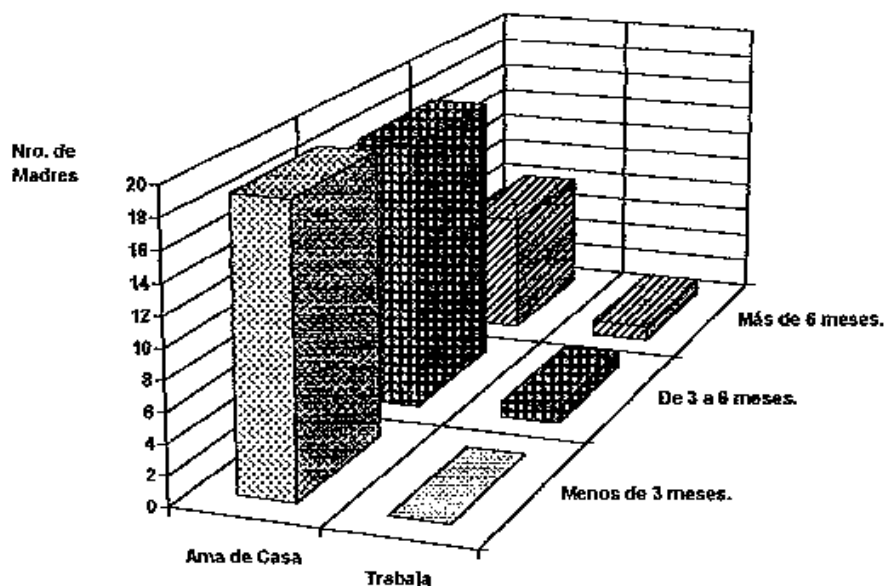


Gráfico 6.1 corresponde a la Tabla 6.1.

TABLA Nro. 6.2

Descripción del apoyo familiar recibido durante el amamantamiento manifestado por las madres adolescentes encuestadas en la Policlínica Casabó en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve con respecto a la edad de las madres.

Edad (Años).	Madres que manifiestan que en su grupo familiar la apoyaron a amamantar.							
	Si.		No.		No sabe, no contesta.		Total	
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.
12 a 15.	2	4%	1	2%	0	0%	3	6%
16 a 19.	41	88%	2	4%	1	2%	44	94%
Total.	43	92%	3	6%	1	2%	47	100%

Fuente de Datos: Datos obtenidos a través de un cuestionario realizado en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve a madres adolescentes entre doce y diecinueve años que asisten a sus hijos menores de un año (a treinta y uno de julio) en la Policlínica del Barrio Casabó.

GRAFICO Nro. 6.2

Representación gráfica de la descripción del apoyo familiar recibido durante amamantamiento manifestado por las madres adolescentes encuestadas en la Policlínica Casabó durante en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve con respecto a la edad de las madres.

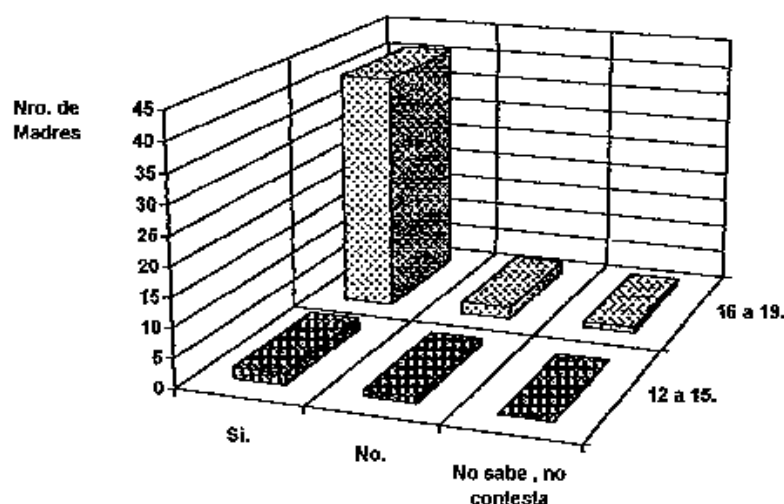


Grafico 6.2 corresponde a la Tabla 6.2.

TABLA Nro. 6.3

Descripción de la información recibida y la manifestación de las madres adolescentes encuestadas en la Policlínica Casabó durante el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve con respecto a leches que alimentan y otras no.

Fuentes de Información.	Madres que manifiestan sobre leches que alimentan y otras no.							
	Si.		No.		No sabe, no contesta.		Total	
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.
Equipo de Salud.	18	39%	21	45%	0	0%	39	84%
Medios de Comunicación.	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Familiares u otras personas.	2	4%	2	4%	0	0%	4	8%
No recibió información.	3	6%	1	2%	0	0%	4	8%
Total.	23	49%	24	51%	0	0%	47	100%

Fuente de Datos: Datos obtenidos a través de un cuestionario realizado en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve a madres adolescentes entre doce y diecinueve años que asisten a sus hijos menores de un año (al treinta y uno de julio) en la Policlínica del Barrio Casabó.

GRAFICO Nro. 6.3

Representación gráfica de la información recibida y la manifestación de las madres adolescentes encuestadas en la Policlínica Casabó durante el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve con respecto a leches que alimentan y otras no.

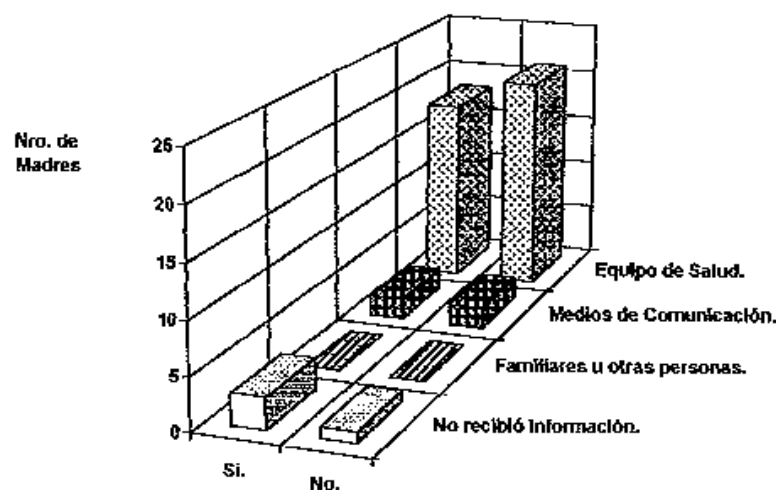


Gráfico 6.3 corresponde a la Tabla 6.3.

TABLA Nro. 6.4

Descripción de la información recibida y la manifestación de las madres adolescentes encuestadas en la Policlínica Casabó durante el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve con respecto a la creencia de la lactancia como método anticonceptivo.

Fuentes de Información.	Lactancia como Método Anticonceptivo.							
	Si.		No.		No sabe, no contesta.		Total	
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.
Equipo de Salud.	5	11%	30	64%	4	9%	39	84%
Medios de Comunicación.	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Familiares u otras personas.	1	2%	3	6%	0	0%	4	8%
No recibió información.	1	2%	3	6%	0	0%	4	8%
Total.	7	15%	36	76%	4	9%	47	100%

Fuente de Datos: Datos obtenidos a través de un cuestionario realizado en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve a madres adolescentes entre doce y diecinueve años que asisten a sus hijos mayores de un año (al treinta y uno de julio) en la Policlínica del Barrio Casabó.

GRAFICO Nro. 6.4

Representación gráfica de la información recibida y la manifestación de las madres adolescentes encuestadas en la Policlínica Casabó durante el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve con respecto a la creencia de la lactancia como método anticonceptivo.

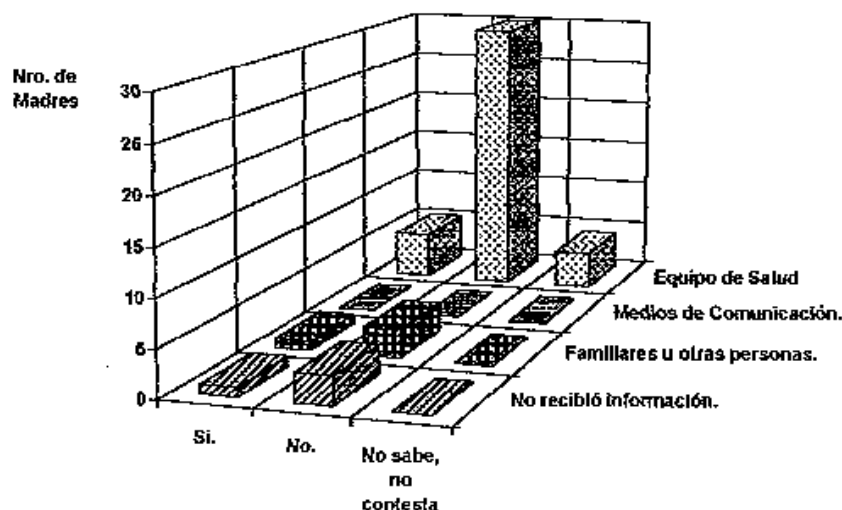


Gráfico 6.4 corresponde a la Tabla 6.4.

TABLA Nro. 6.5

Descripción de la información recibida en relación al concepto de la imagen de la madre ideal como fuente inagotable de leche en madres adolescentes encuestadas en la Policlínica Casabó durante el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve.

Fuentes de Información.	Amamantar es sinónimo de ser buena madre.							
	Sí.		No.		No sabe, no contesta.		Total	
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.
Equipo de Salud.	15	32%	23	49%	1	2%	39	84%
Medios de Comunicación.	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Familiares u otras personas.	3	6%	0	0%	1	2%	4	8%
No recibió información.	2	4%	2	4%	0	0%	4	8%
Total.	20	42%	25	53%	2	4%	47	100%

Fuente de Datos: Datos obtenidos a través de un cuestionario realizado en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve a madres adolescentes entre doce y diecinueve años que asisten a sus hijos menores de un año (el treinta y uno de julio) en la Policlínica del Barrio Casabó.

GRAFICO Nro. 6.5

Representación gráfica de la información recibida en relación al concepto de la imagen de la madre ideal como fuente inagotable de leche en madres adolescentes encuestadas en la Policlínica Casabó durante el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve.

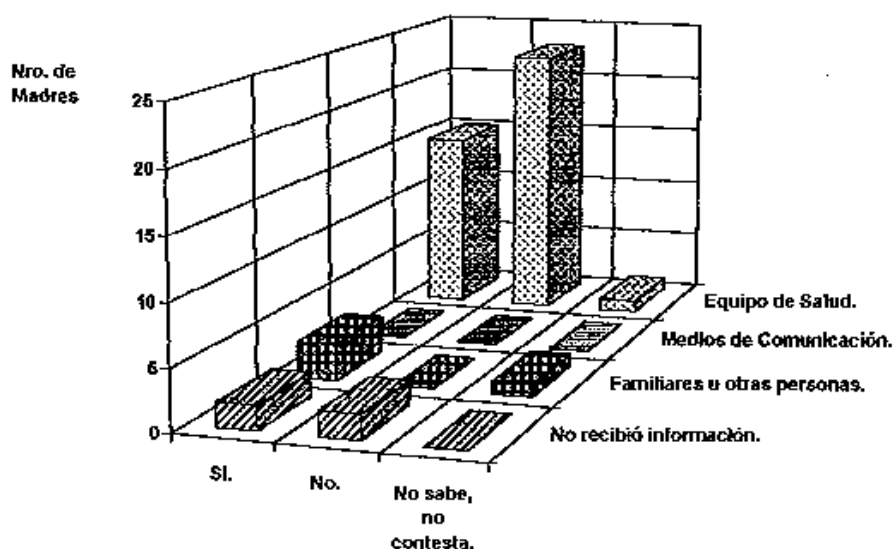


Gráfico 6.5 corresponde a la Tabla 6.5.

TABLA Nro. 6.6

Descripción de la información recibida en relación a los alimentos que favorecen la Lactancia en madres adolescentes encuestadas en la Policlínica Casabó durante el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve.

Fuentes de Información.	Existencia de alimentos que favorecen la Lactancia							
	Sí.		No.		No sabe, no contesta.		Total	
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.
Equipo de Salud.	30	64%	9	20%	0	0%	39	84%
Medios de Comunicación.	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Familiares u otras personas.	3	6%	0	0%	1	2%	4	8%
No recibió información.	4	8%	0	0%	0	0%	4	8%
Total.	37	78%	9	20%	1	2%	47	100%

Fuente de Datos: Datos obtenidos a través de un cuestionario realizado en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve a madres adolescentes entre doce y diecinueve años que asisten a sus hijos menores de un año (al treinta y uno de julio) en la Policlínica del Barrio Casabó.

GRAFICO Nro. 6.6

Representación gráfica de la información recibida en relación a los alimentos que favorecen la Lactancia en madres adolescentes encuestadas en la Policlínica Casabó durante el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve.

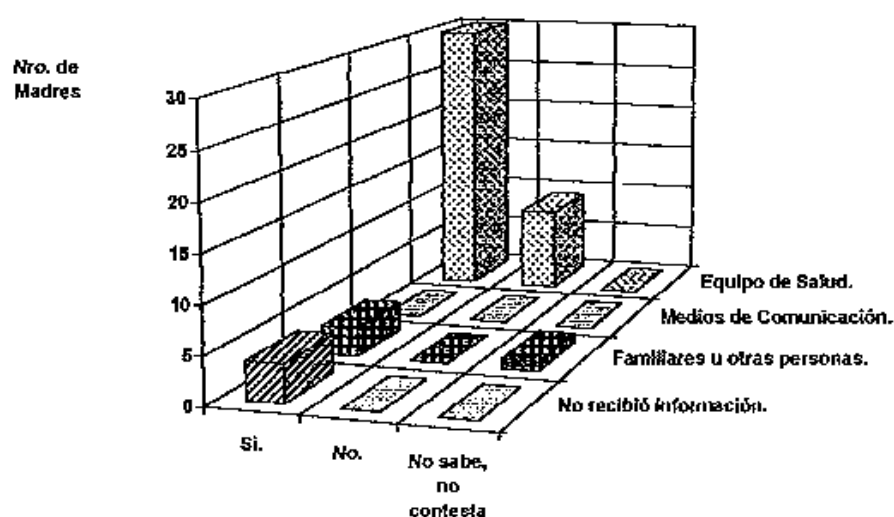


Gráfico 6.6 corresponde a la Tabla 6.6.

TABLA Nro. 6.7

Descripción de la información recibida en relación a los alimentos que favorecen la Lactancia según lo manifestado por las madres adolescentes encuestadas en la Policlínica Casabó durante el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve.

Madres Adolescentes.	Alimentos que favorecen la Lactancia según lo manifestado por las Madres Adolescentes							
	Líquidos		Frutas y Verduras		Combinación de líquidos, frutas, verduras y otros.		Total	
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.
Número.	23	60%	3	8%	12	32%	38	100%
Total.	23	60%	3	8%	12	32%	38	100%

Fuente de Datos: Datos obtenidos a través de un cuestionario realizado en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve a madres adolescentes entre doce y diecinueve años que asistían a sus hijos menores de un año (al treinta y uno de julio) en la Policlínica del Barrio Casabó.

GRAFICO Nro. 6.7

Representación gráfica de la información recibida en relación a los alimentos que favorecen la Lactancia según lo manifestado por las madres adolescentes encuestadas en la Policlínica Casabó durante el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve.

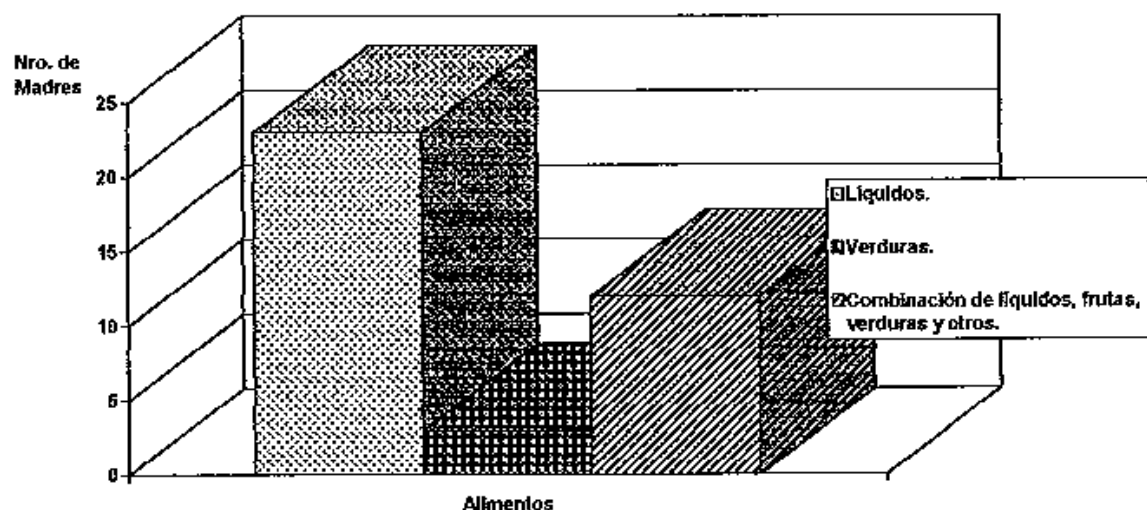


Gráfico 6.7 corresponde a la Tabla 6.7.

TABLA Nro. 6.8

Descripción de la información recibida acerca de la inhibición en la producción de leche "irse o cortarse la leche ante ciertos estímulos" en madres adolescentes encuestadas en la Policlínica Casabó durante el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve.

Fuentes de Información.	Número de Madres que opinan que la leche puede "irse ante ciertos estímulos".							
	Sí.		No.		No sabe, no contesta.		Total	
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.
Equipo de Salud.	19	40%	16	35%	4	9%	39	84%
Medios de Comunicación.	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Familiares u otras personas.	1	2%	0	0%	3	6%	4	8%
No recibió información.	3	6%	1	2%	0	0%	4	8%
Total.	23	48%	17	37%	7	15%	47	100%

Fuente de Datos: Datos obtenidos a través de un cuestionario realizado en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve a madres adolescentes entre doce y diecinueve años que asisten a sus hijos menores de un año (el treinta y uno de julio) en la Policlínica del Barrio Casabó.

GRAFICO Nro. 6.8

Representación gráfica de la información recibida acerca de la inhibición en la producción de leche "irse o cortarse la leche ante ciertos estímulos" en madres adolescentes encuestadas en la Policlínica Casabó durante el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve.

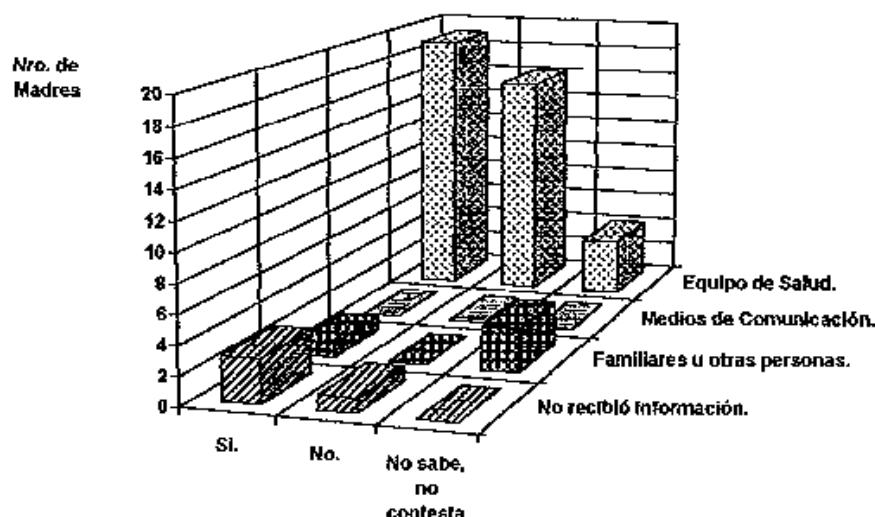


Grafico 6.8 corresponde a la Tabla 6.8.

TABLA Nro. 6.9

Descripción de la información recibida en relación a los motivos por los cuales se puede “retirar la leche materna” según lo manifestado por las madres adolescentes encuestadas en la Policlínica Casabó durante el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve.

Motivos por los cuales se puede retirar la leche.	Número de Madres	
	F.A.	F.R.
Secar la leche al sol (trapos, dejar caer la leche al sol).	3	13%
Problemas emocionales (tristeza, nervios, susto).	4	17%
Dejar de amamantar.	5	22%
Pezones con grietas.	2	9%
No sabe, no contesta.	3	13%
Otros.	6	26%
Total.	23	100%

Fuente de Datos: Datos obtenidos a través de un cuestionario realizado en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve a madres adolescentes entre doce y diecinueve años que asisten a sus hijos menores de un año (al treinta y uno de julio) en la Policlínica del Barrio Casabó.

GRAFICO Nro. 6.9

Representación gráfica de la información recibida en relación a los alimentos que favorecen la lactancia según lo manifestado por las madres adolescentes encuestadas en la Policlínica Casabó durante el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve.

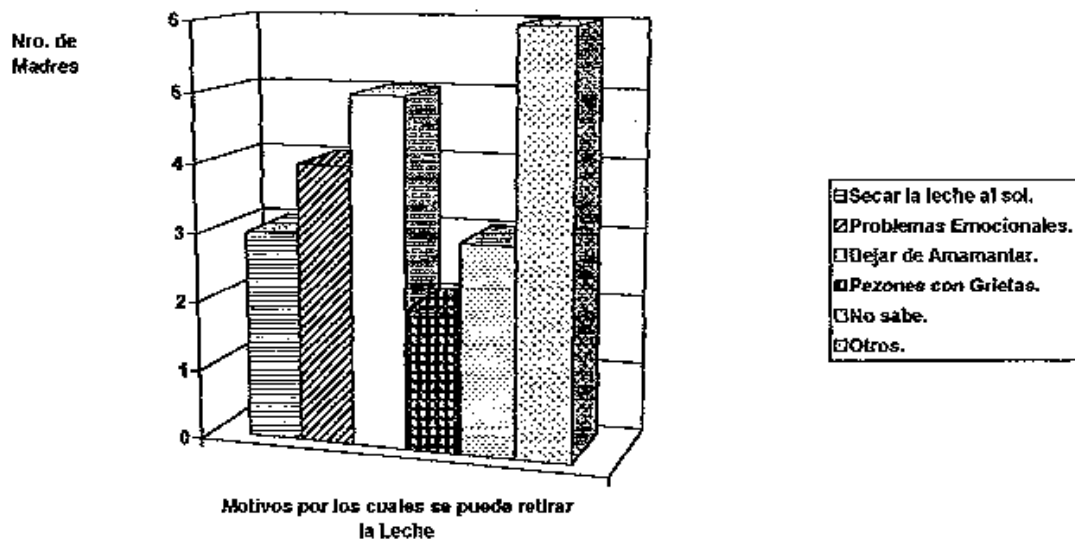


Gráfico 6.9 corresponde a la Tabla 6.9.

TABLA Nro. 6.10

Descripción del nivel de instrucción en madres adolescentes encuestadas en la Policlínica Casabó durante el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve con respecto a la lactancia como método de anticoncepción.

Nivel de Instrucción.	Lactancia como Método de Anticoncepción.							
	Si.		No.		No sabe, no contesta.		Total	
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.
Primaria Completa.	2	4%	7	15%	0	0%	9	19%
Primaria Incompleta.	5	11%	27	57%	4	9%	36	77%
Secundaria Completa.	0	0%	2	4%	0	0%	2	4%
U.T.U. Completa.	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total.	7	15%	36	76%	4	9%	47	100%

Fuente de Datos: Datos obtenidos a través de un cuestionario realizado en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve a madres adolescentes entre doce y diecinueve años que asisten a sus hijos menores de un año (al treinta y uno de julio) en la Policlínica del Barrio Casabó.

GRAFICO Nro. 6.10

Representación gráfica del nivel de instrucción en madres adolescentes encuestadas en la Policlínica Casabó durante el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve con respecto a la lactancia como método de anticoncepción.

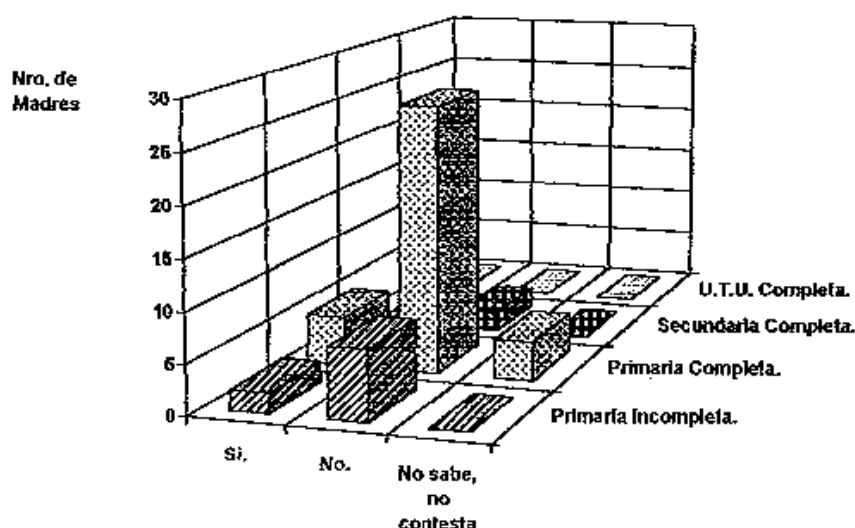


Gráfico 6.10 corresponde a la Tabla 6.10.

TABLA Nro. 6.11

Descripción de la edad de la madre e imagen de la madre ideal concebida en relación al amamantamiento manifestado por las madres adolescentes encuestadas en la Policlínica Casabó durante el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve.

Edad de la Madre (años).	Amamantar, sinónimo de ser buena Madre.							
	Si.		No.		No sabe, no contesta.		Total	
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.
12 a 15.	3	6%	0	0%	0	0	3	6%
16 a 19.	17	36%	25	54%	2	4%	44	94%
Total.	20	42%	25	54%	2	4%	47	100%

Fuente de Datos: Datos obtenidos a través de un cuestionario realizado en el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve a madres adolescentes entre doce y diecinueve años que asisten a sus hijos menores de un año (al treinta y uno de julio) en la Policlínica del Barrio Casabó.

GRAFICO Nro. 6.11

Representación gráfica descripción de la edad de la madre e imagen de la madre ideal concebida en relación al amamantamiento manifestado por las madres adolescentes encuestadas en la Policlínica Casabó durante el mes de setiembre de mil novecientos noventa y nueve.

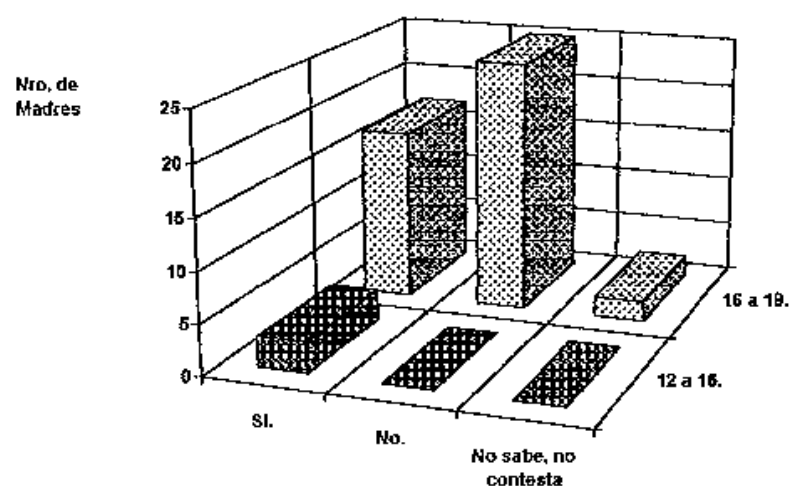


Gráfico 6.11 corresponde a la Tabla 6.11.

ANALISIS DE LOS DATOS

De la muestra seleccionada (N=60), a través de las historias clínicas, de madres adolescentes comprendidas entre los doce y los diecinueve años inclusive, con hijos menores de un año al treinta y uno de julio de mil novecientos noventa y nueve y que se asisten en la Policlínica Casabó, no se logró entrevistar al 100 % de las mismas.

Nuestra muestra se reduce a cuarenta y siete madres debido a que ocho de ellas (13%) cambiaron de domicilio, no asistiéndose actualmente en la Policlínica; cuatro (7%) no se encontraron en sus domicilios y una (2%) no se ubicó la dirección.

La caracterización de dichas madres con respecto a la edad en frecuencias absolutas y porcentajes fue la siguiente: el mayor porcentaje correspondió a madres adolescentes entre dieciséis y diecinueve años con un 94% (F.A.=44) y un 6% (F.A.=3) entre doce y quince años de edad.

Otro de los ámbitos estudiados fue el nivel de instrucción, los resultados obtenidos fueron los siguientes: 77% (F.A.=36) de las madres adolescentes poseen primaria completa; un 19% (F.A.=9) primaria incompleta y un 4% (F.A.=2) secundaria completa. Llama la atención el alto porcentaje de madres adolescentes con primaria incompleta.

Continuando con la caracterización de las madres adolescentes con respecto a la ocupación un 96% (F.A.=45) son amas de casa y un 4% (F.A.=2) trabajan. Este es un factor importante a tener en cuenta ya que el período de la adolescencia puede ir acompañado por la incorporación al medio laboral y a su vez puede ser un agente negativo con respecto a la disponibilidad de tiempo para la lactancia materna exclusiva.

En relación a la lactancia materna exclusiva, según la edad en meses de los niños la encuesta arrojó los siguientes resultados: un 40% (F.A.=19) de las madres adolescentes amamantó menos de tres meses, un 40% (F.A.=19) entre tres y seis meses de edad y un 20% (F.A.=9) más de seis meses.

El 91% (F.A.=43) de la muestra manifestó haber recibido información sobre lactancia materna, de las cuales la fuente principal proviene del Equipo de Salud en un 82% (F.A.=39) y un 9% (F.A.=4) lo recibieron de familiares u otras personas, mientras que el 9% restante (F.A.=4) no recibieron ningún tipo de información.

Con respecto al apoyo familiar, un 91% (F.A.=43) de las madres adolescentes manifestaron haberlo recibido para amamantar a sus hijos, un 6% (F.A.=3) no recibieron estímulo familiar y el 3% restante (F.A.=1) no contestó.

Al analizar la tabla Nro. 5.1 se llegó al siguiente relevamiento de datos sobre mitos y creencias que condicionan el amamantamiento: el 43% (F.A.=20) manifestó que "tener abundante leche es sinónimo de ser buena madre", el 53% (F.A.=25) no comparten ésta creencia y el 4% (F.A.=2) no contestó.

La tabla 5.2 nos muestra que un 49% (F.A.=23) de la muestra manifestaron que la leche materna alimenta; el 47% (F.A.=22) afirma que no y un 4% (F.A.=2) no sabe o no contesta.

Indagando sobre el concepto de lactancia como método anticonceptivo el 15% (F.A.=7) afirmó que mientras amamanta no quedará embarazada, un 77% (F.A.=36) no lo considera un método anticonceptivo eficaz, y un 8% (F.A.=4) no sabe o no contesta.

Un 49% (F.A.=23) de las madres afirman que existen factores que pueden influir en la retirada de la leche, un 36% (F.A.=17) manifestaron que no existen dichos factores, y un 15% (F.A.=7) no sabe, no contesta. En cuanto a los motivos mencionados por las madres adolescentes que influyen en la retirada de la leche, se obtuvieron los siguientes resultados: un 22% (F.A.=5) afirmaron que la leche se puede retirar al dejar de amamantar; un 17% (F.A.=4) lo atribuyen a problemas emocionales (tristeza, nervios, susto), un 13% (F.A.=3) relatan que exponer "trapos al sol mojados en leche materna" influyen en la retirada de la leche; y un 9% (F.A.=2) lo atribuyen a los pezones agrietados.

En cuanto a la creencia del aumento de la producción de leche materna dada por algún alimento en especial, encontramos que en un 79% (F.A.=37) afirmó esta creencia, un 19% (F.A.=9) lo negó, y el resto no contesta o no sabe.

A continuación se detalla el estudio analítico de las asociaciones entre las diversas variables.

En primer lugar se relacionó trabajo y el período de amamantamiento exclusivo, observándose que del total de amas de casa 95% (F.A.=45), un 40% (F.A.=19) amamantó menos de tres meses, un 38% (F.A.=18) dio de mamar a su hijo entre los tres y seis meses de vida, y sólo un 17% (F.A.=8) sobrepasó los seis meses. En cuanto a las madres que trabajan un total de 5% (F.A.=2) amamantaron mayor tiempo.

Analizando la edad de las madres y el apoyo familiar manifestado con respecto al amamantamiento cabe destacar que dentro del grupo etario de dieciséis a diecinueve años un 88% (F.A.=41) fueron estimuladas a realizar ésta práctica, mientras que un 4% (F.A.=2) manifestaron no tener apoyo. De las adolescentes de doce a quince años un 4% (F.A.=2) contó con el apoyo familiar y un 2% (F.A.=1) no lo tuvo.

Relacionando la fuente de información y la creencia sobre leches maternas que alimentan y otras no obtuvimos los siguientes datos: del 84% (F.A.=39) que recibieron información del Equipo de Salud, un 45% (F.A.=21) lo niega y un 39% (F.A.=18) lo afirma. El 8% (F.A.=4) que recibió información de familiares u otras personas se manifestó en forma equitativa.

De las madres que recibieron información del Equipo de Salud 84% (F.A.=39), el 64% (F.A.=30) consideran que mientras amamantan pueden quedar embarazadas, mientras que el 11% (F.A.=5) piensa que no necesita otro método anticonceptivo durante la lactancia.

Del 8% (F.A.=4) de madres adolescentes que fueron informadas por familiares, un 6% (F.A.=3) niega la lactancia como anticoncepción y un 2% (F.A.=1) lo afirma.

El 8% restante (F.A.=4) fueron madres que no recibieron ningún tipo de información: un 6% (F.A.=3) no creen que la lactancia sea un buen método anticonceptivo, y un 2% (F.A.=1) afirma que sí.

Del 8% (F.A.=4) de madres adolescentes que fueron informadas por familiares, un 6% (F.A.=3) niega la lactancia como anticoncepción y un 2% (F.A.=1) lo afirma.

El 8% restante (F.A.=4) fueron madres que no recibieron ningún tipo de información: un 6% (F.A.=3) no creen que la lactancia sea un buen método anticonceptivo, y un 2% (F.A.=1) afirma que sí.

De las adolescentes que recibieron información del Equipo de Salud, 49% (F.A.=23) niegan el concepto de "amamantar como sinónimo de ser buena madre", mientras que el 32% (F.A.=15) relacionan la imagen de madre ideal con el hecho de amamantar.

El 6% (F.A.=3) que recibió información por parte de familiares u otras personas manifestaron que amamantar es sinónimo de ser buena madre. De un 8% (F.A.=4) de la muestra que no recibieron información contestaron equitativamente entre las opciones si y no.

De un total de 84% (F.A.=39) de madres que recibieron información del Equipo de Salud se observa que un 64% (F.A.=30) consideran que existen alimentos que favorecen la producción de leche; de las cuales un 60% (F.A.=23) mencionaron líquidos, destacándose entre ellos leche y mate; el 20% restante (F.A.=9) piensa que no existe ningún alimento que estimule la lactancia.

Un 8% (F.A.=4) que no recibió ningún tipo de información y un 6% (F.A.=3) que recibió información de familiares afirman ésta creencia.

Con respecto a los factores que influyen en la inhibición de la producción de leche materna y la información que recibieron del Equipo de Salud las madres de nuestra muestra, podemos destacar la escasa diferencia que existe en las que afirman 40% (F.A.=19) y las que niegan 35% (F.A.=16) la existencia de dichos estímulos.

Analizando el nivel de instrucción en relación a la creencia de la lactancia como método anticonceptivo podemos decir que el 61% (F.A.=29) amerita tener estudios completos escolares y/o liceales quienes niegan la misma, y un 11% (F.A.=5) la afirman.

Cuando analizamos nuestra población etaria (94% en edades comprendidas entre dieciseis y diecinueve años) y el mito "amamantar como sinónimo de ser buena madre", nos encontramos que un 54% (F.A.=25) niegan éste concepto y el 36% (F.A.=17) lo afirma.

Dentro del grupo comprendido entre doce y quince años en un total de 6% (F.A.=3) relacionan la imagen de madre ideal con la practica del amamantamiento.

CONCLUSIONES

La duración de la lactancia materna determina en gran medida la magnitud de los efectos beneficiosos que ésta práctica ejerce sobre el desarrollo integral del niño.

En la búsqueda de mitos y creencias sobre lactancia en madres adolescentes los objetivos apuntaron a la identificación de los mismos, a la caracterización de nuestra muestra y su asociación con la duración de la lactancia exclusiva.

Si consideramos que nuestra muestra está comprendida en un mayor porcentaje por adolescentes entre dieciséis y diecinueve años (94%), subgrupo de menor riesgo, podríamos pensar en que tienen mayores expectativas con relación a sus hijos y por lo tanto mayor disponibilidad para el amamantamiento.

Cabe destacar que en nuestra investigación las madres en un 40% amamantaron menos de tres meses en forma exclusiva a sus hijos.

La duración de la lactancia exclusiva tampoco está en relación con la condición laboral, pues el 95% de las adolescentes no trabajan fuera de su hogar. Por lo tanto en nuestra investigación no podemos atribuir la ocupación de la madre como factor influyente en el período de la lactancia.

Llama la atención que las dos madres que trabajan amamantaron por mayor período de tiempo a sus hijos (más de seis meses).

Nuestros resultados revelan que un elevado número de madres (F.A.=36) ha completado el ciclo primario de educación, no existiendo ningún caso de analfabetismo, lo que nos lleva a pensar que pueden lograr un mayor acceso a información escrita a través de cartiles y folletos proporcionados por la Policlínica. Nadie expresó haber recibido información de los medios masivos de comunicación (televisión, radio, etc.), podríamos deducir que éste medio no es una buena fuente de información para ésta población, o que es insuficiente ya que se realiza una semana al año: durante la Semana Mundial de la Lactancia Materna.

Otro dato importante manifestado por las madres es el haber contado con apoyo de su núcleo familiar para llevar a cabo la práctica de la lactancia (91%); sin embargo las adolescentes de menor edad relataron sentirse menos estimuladas.

De los datos obtenidos concluimos que existen mitos y creencias en la población estudiada que podrían estar influyendo desfavorablemente dado el alto porcentaje del corto período de lactancia exclusiva.

Para poder llegar a profundizar éste tema se realizó un estudio de las asociaciones entre las diversas variables: en primer lugar se relaciona la fuente de información con la creencia de que existen leches que alimentan y otras que no, y la lactancia como método anticonceptivo.

Concluimos que en el 84% que había recibido información del Equipo de Salud, no hay diferencias significativas sobre el mito de las leches maternas que alimentan y otra no. Si tomamos el total de la muestra, sin tener en cuenta si recibió o no información el valor es equitativo tanto para la opción si o no, esto demuestra el arraigo de éste mito independientemente de la fuente de información.

En cambio con respecto a la creencia de la lactancia como método anticonceptivo se observa una diferencia bien delimitada, ya que un 77% no considera ésta práctica como un método anticonceptivo eficaz.

Esta creencia también fue relacionada con el nivel de instrucción, de la cual se desprende que con mayor nivel de instrucción, mayor porcentaje de madres consideran que la lactancia no debe ser usada como método anticonceptivo. Es importante agregar que en varias ocasiones nos encontramos con adolescentes que manifestaron haber adquirido este conocimiento a través de su propia experiencia o de alguna persona allegada.

El mito de "tener abundante leche como sinónimo de ser buena madre" se mantiene en el 43% de las adolescentes de nuestra muestra (incluyendo las tres madres más jóvenes de la misma). Debemos hacer hincapié que tres de las cuatro madres que recibieron información de familiares sobre lactancia lo consideran como cierto; esto nos daría la pauta de la gran influencia que ejercen generaciones anteriores. Este concepto se reafirma cuando hacemos la asociación entre la información recibida por las madres a través del Equipo de Salud (84%) y este mito: un alto porcentaje (32%) lo afirman.

Aquí cabe la pregunta si los datos obtenidos se deben a que la información dada por los profesionales de la Salud no incluye desmitificar creencias populares o que en el afán de que las madres comprendan la importancia de la lactancia transformen esta práctica en una imposición.

Consideramos que si bien es importante estimular la lactancia no es necesario llegar a la imposición de la misma pues podría ser perjudicial para los fines que se persiguen.

En cuanto a la creencia de factores que influyen en la inhibición de la producción de la leche materna, casi la mitad de la muestra (48%) lo afirmó, mencionando entre otros "dejar de amamantar" o "estados emocionales". Nadie reconoció la multicausalidad de este evento; y no encontramos diferencias significativas con el hecho de haber recibido información del Equipo de Salud.

Nos asombró la aparición de respuestas que creímos estarían ya desterradas como creencias, por ejemplo: "tirar leche materna al sol" o "secar trapitos humedecidos con leche materna al sol".

Por último más de la mitad de las madres consideran que existen alimentos que incrementan la producción de leche, de las cuales el 60% mencionaron los líquidos (leche, mate, agua de avena); no existiendo influencia en cuanto a la fuente de información recibida.

A pesar de no haber logrado entrevistar al total de la muestra por motivos ajenos al grupo investigador, podemos concluir que alcanzamos nuestros objetivos y que aún hoy, en los umbrales del año 2000 hay mitos y creencias influyentes sobre la lactancia materna adolescente, a pesar de los esfuerzos realizados por los profesionales de la Salud.

SUGERENCIAS

Al comenzar con esta investigación nos encontramos con que existía poca información acerca de mitos y creencias sobre lactancia, y menos aún sobre los que influyen en la lactancia en madres adolescentes. Es por esta razón que en el transcurso del trabajo nos surgieron muchas interrogantes, que debido a la disponibilidad de tiempo y a nuestra condición de estudiantes, no logramos dar respuesta a la totalidad de las mismas.

Aspectos tales como: causa del destete, incorporación de alimentación complementaria al niño, sexo y lactancia en la adolescencia, influencia del embarazo no deseado en el período de lactancia y la madre que se siente obligada a amamantar; habrían sido interesantes indagar en nuestra muestra para tener un conocimiento más completo de la situación actual de la lactancia experimentada por madres adolescentes en una policlínica barrial.

Esperamos que nuestro trabajo sirva como estímulo para futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFIA

- ABERASTURY, Arminda. *El Mundo del Adolescente*, Revista Urug. Psic. Tomo III (Nro.1).
- BARILI, Alfredo - VILLASUSO, Ramón. *Diccionario Enciclopédico de la Lengua Castellana*, 2da. Edición Barcelona, Codex 1969, Pág. 337 y 859.
- BIELAWSKI, J.; DIAZ ROSELLO, J.L.; BAUZA, C. *Estudio Epidemiológico sobre prácticas de Lactancia Materna. Aspectos Regionales*, Archivo de Pediatría del Uruguay Nro. 55 Jul./Set. 1984 Pág. 95-103, Nro. 53 Año 1999 Pág. 33-46.
- BLAINSTEIN, Nora; CHELALA, César; DIAZ, Adrián; SOLIS, José. *Salud Materno Infantil. Metas para 1995 e Indicadores para el Seguimiento*, O.P.S. Washington D.C., Set. 1990.
- BOVE, M.I.; CERRUTI, F.; SEVERI, M.C. *Situación Actual y Tendencias de la Lactancia Materna*. Montevideo, Arca 1916-1997.
- BOVE, M.I.; CERRUTI, F.; SEVERI, M.C. *Aspectos Culturales del Amamantamiento en el Uruguay*. Datos usados en una encuesta de opinión pública. Montevideo, Arca 1998.
- DA LUZ, Silvia; CANETTI, Alicia; NAVARRETTE, Cecilia; LAMSTEIN, Ionid; MILA, Juan; NEVES, Nélida; CAMPOREALE, Nelly. *Seguimiento Interdisciplinario del Binomio Madre-Adolescente*. Archivo de Pediatría del Uruguay, Nro. 67, Marzo de 1996.
- DE CANALES, Francisca; PINEDA Elia. *Metodología de la Investigación*, 2da. Edición. O.P.S. 1994.
- ELDREDGE, Niles; TATTERSALL, Ian. *Los Mitos de la Evolución Humana*. México, 1986, Pág. 9-15.
- ESTEFANEL, Cristina; DERQUIN, Marina; ROCHE, Ilse; RIVA, Juan; CAGLIARDINI, Florencia. *Encuesta sobre Lactancia Materna*. Archivo de Pediatría del Uruguay, Nro. 66, Año 1995, pág. 13-17.
- GARVARINO M. y H. *Adolescencia*. Revista Uruguaya de Psicología, Tomo IV, Nro. 3, pág. 23-59.
- GENTILE, Irma; SARVE, Eduardo. *Adolescencia Salud Integral y Embarazo Precóz*. DOC. Nro. 3, M.S.P., UNICEF, Uruguay 1994.
- ILLA, Marta. *Diagnóstico de la Situación de la Lactancia Materna y Alimentación Infantil en el Uruguay*. M.S.P. Atención Primaria de la Salud. Doc. Nro. 26, UNICEF Uruguay 1995.
- KLEIN, Melany, sobre la identificación en Klein, M. y otros. *Nuevas Direcciones en Psicoanálisis*. Buenos Aires 1965.
- KNOBEL, M. *Psicología de la Adolescencia*. La Plata. Revista de la Universidad Nacional de la Plata. Enero/Dic. 1962.
- LANGER, Mary. *Maternidad y Sexo*. Barcelona 1985.
- MALDONADO, Marta; VIDELA, Mirta. *Quiero dar de mamar a mi Bebé*. Buenos Aires.
- MICHELINI, M.L.; RODRIGUEZ, S.; BOLASCO, L.. *Lactancia Materna Encuesta en una Policlínica Barrial*. Archivo de Pediatría del Uruguay. Nro. 65, pág. 27-31. Agosto 1994.
- O.M.S / O.P.S. *Implementación de la Estrategia de Promoción de la Salud en la Organización Panamericana de la Salud*. Washington D.C. Mayo 1992.

- O.M.S. / UNICEF. *Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural*. La Función Especial de los Servicios de Maternidad. O.M.S, Ginebra 1989.
- PARDELL, M.; SENTIS, J. *Manual de Bioestadística*. 2da. Edición. Madrid.
- RISSOTTO, L.; DIAZ ROSELLO, J.L.; BALLEJO, G. *Estudio Epidemiológico sobre Prácticas de Lactancia Materna*. Archivo de Pediatría del Uruguay, Nro. 51. pág. 89-90. Año 1980.
- VASALLO, L.; CALONGE, M.; BLANCO, A.; FERREIRA, V. *Promoción, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna en la Policlínica Barrial*. Archivos de Pediatría del Uruguay, Nro. 68, pág. 17-26. Año 1997.

FOLLETOS

- *Mujer, Trabajo - Lactancia Materna. ¡Hay ventajas para todos!*, Tema de la Semana Mundial de la Lactancia Materna, WABA. Año 1993.
- *Lactancia Materna. El mejor comienzo para la Vida*. Tema de la Semana Mundial de la Lactancia Materna, WABA. Año 1994.
- *Amamantar un Acto Ecológico*. Tema de la Semana Mundial de la Lactancia Materna, WABA. Año 1997.
- Material de Internet.

ANEXO Nro. 1

Antecedentes en Uruguay

Estudio Epidemiológico sobre Prácticas de la Lactancia Materna Julio - Setiembre de 1984

Se estudiaron las prácticas de lactancia materna en población de bajo nivel socioeconómico atendida en capitales departamentales por los centros de salud; en Montevideo se procesaron adicionalmente de los consultorios pediátricos externos (Instituto Nacional del Menor).

Los centros de salud correspondieron a las capitales de los departamentos de: Artigas, Salto, Paysandú, Río Negro, Rivera, Tacuarembó, Durazno, Cerro Largo, San José y Montevideo.

El número total de binomios madre-hijo fue de mil quinientos setenta y ocho. Se realizó el agrupamiento por regiones geográficas elegidas arbitrariamente según su proximidad con el centro, norte y este del país (A), el litoral (B) y con la capital (C).

Conclusiones: las características epidemiológicas de la lactancia materna en Uruguay, permiten señalar claras diferencias regionales: el departamento de Montevideo se diferencia del interior del país en que la lactancia materna exclusiva es más breve, el destete total es precoz, el inicio de la alimentación con semisólidos se produce más precozmente, las madres fueron ellas mismas amamantadas en su niñez durante menos tiempo.

Los departamentos del centro, norte y este difieren de los departamentos del sur en todas las características de la lactancia estudiadas.

ANEXO Nro. 2

Situación Actual y Tendencias de la Lactancia Materna en Uruguay (1916-1997). Octubre de 1998

La lactancia materna es un tema de valor universal vigente en todas las épocas, "es el primer gesto amoroso que podemos ofrecerle a un niño que inicia el camino de la vida, porque junto con la leche, la madre le está entregando su amor, sus caricias, sus miradas, su tiempo, a un ser humano que es por naturaleza totalmente vulnerable y dependiente".

La lactancia materna disminuyó en todo el mundo a medida que la alimentación artificial se hizo mas accesible. La urbanización, los avances tecnológicos y los cambios en las dinámicas de las familias han influido en esta tendencia. Se fomentó la impresión de que los alimentos preparados eran superiores porque podían ser medidos y calculados para satisfacer exactamente las necesidades.

En los años veinte la emancipación de la mujer tuvo como símbolos el pelo corto, la falda corta, los anticonceptivos, los cigarrillos y el biberón.

En 1929 el Dr. Morquio decía: "frecuentemente las madres dejan de lactar cediendo a consejos médicos, por causas no bien analizadas o por interpretaciones equivocadas": "iniciada la alimentación mixta es común observar la supresión del pecho más o menos rápidamente"; "las causas de falta de leche son determinadas casi siempre por la emoción, la falta de experiencia, la ignorancia, los malos consejos y por tanto susceptibles a corregirse". Las molestias, la sensación de cansancio, de mareos, de dolores de espalda, responden a estados emotivos, que obligan a consultar a la madre con insistencia por su bien y el del niño. "Es importante aconsejar a la madre para que tenga confianza en sí misma". "No hay nada que influya más sobre la secreción láctea, que los estados emotivos".

Los países han hecho grandes esfuerzos para recuperar las prácticas del amamantamiento. Países desarrollados destacan aspectos tales como la relación madre-hijo, la prevención de problemas alérgicos, obesidad del lactante y el cáncer mamario. Países en vías de desarrollo hacen énfasis en la prevención de la desnutrición, de la gastroenteritis aguda y de la mortalidad durante el primer año de vida. "Esto que parece una tarea de nutrición es en realidad una tarea de formación de seres humanos íntegros" (Biólogo Humberto Maturana).

Situación de la Lactancia Materna, una visión del Siglo XX

1916 - Estudio sobre prevalencia y duración de la lactancia en la clase obrera, se aconseja que las fábricas y talleres tuvieran salas cunas.

1976 - 77 - El CIAP y MSP realizaron un estudio epidemiológico sobre prácticas de lactancia materna en madres de mediano y bajo nivel socioeconómico, encontrándose una disminución en la práctica del amamantamiento.

En 1916 el promedio de duración de la lactancia materna natural exclusiva era de ciento cincuenta y dos días.

En 1949 - 50 de ciento veinte y seis días.

En 1976 - 77 de cincuenta y dos días.

1992 - se destacó la menor prevalencia de la lactancia exclusiva en el país.

1996 - 1997 luego de instaurados la Comisión Nacional de Lactancia Materna, el Programa Nacional de Promoción de la Lactancia Materna, se realizó un nuevo encuentro que muestra una mejora en los indicadores: lactancia predominante exclusiva, mamadera con leche de vaca o fórmulas.

Duración de la Lactancia Materna

La duración determina en gran medida la magnitud de los efectos beneficiosos sobre el desarrollo integral del niño. La edad promedio del destete es de tres meses y medio. No existen diferencias significativas entre Montevideo y el interior, servicios públicos y privados.

En Montevideo la duración de la lactancia más prolongada se observa en niños asistidos en el sector privado tres con siete meses y tres con dos meses en el público. La menor duración de la lactancia se ve en los servicios públicos de la capital.

La iniciativa "Hospital amigo del niño" tuvo un impacto positivo aumentando la vida media del destete.

Destete según Edad Materna

En la última encuesta no se encontraron diferencias notorias en la edad del destete de niños de madres adolescentes y no adolescentes (tres con tres meses y tres con siete meses). Se mantiene una mayor duración de la lactancia en el sector privado.

Lactancia Exclusiva, Predominante y Completa

Normas Nacionales de la Lactancia Materna: "todas las mujeres podrán ejercer el derecho de amamantar a sus hijos y todos los lactantes podrán ser exclusivamente alimentados a pecho desde su nacimiento hasta el año de edad, recibiendo al mismo tiempo alimentos complementarios apropiados y en cantidades suficientes".

Lactancia Exclusiva

	S. Público	S. Privado
Menores de 4 meses: 40,5%	34,4%	46,8%
Menores de 6 meses: 31,4%	26,8%	36,6%

La tasa de lactancia exclusiva no muestra diferencias según edad de la madre.

La frecuencia de la lactancia exclusiva, predominante y completa disminuyó mes a mes siendo casi nulo al cumplir los siete meses.

El agua, té de hierbas son incorporados más precozmente en los niños del interior del país y en los asistidos por el servicio público.

Consumo de Leche de Vaca y/o Fórmulas

1er. mes - 77,2% son amamantados.

- 22,8% han incorporado leche de vaca y/o fórmulas.

- De éstos - 18,2% continúan con la lactancia materna.

- 4,1% consumen leche de vaca y/o fórmulas en forma exclusiva.

4to. mes - 38% son amamantados.

- 62% han incorporado leche de vaca y/o fórmulas.

- De éstos - 24,7% continúan con la lactancia materna.

- 35,2% consumen leche de vaca y/o fórmulas en forma exclusiva.

6to. mes - 30,3% son amamantados.

- 69,7 han incorporado leche de vaca y/o fórmulas.

- De éstos - 23,3% continúan con la lactancia materna.

- 46,4% consumen leche de vaca y/o fórmulas en forma exclusiva.

Existe mayor tendencia al consumo de leche de vaca y/o fórmulas industriales en Montevideo. En los primeros seis meses no hay diferencias entre los niños asistidos en servicios públicos y privados. Luego hay tendencia a una mayor duración de la lactancia materna en el sector público, donde al alcanzar los once meses, casi el doble de los niños permanecen con lactancia sin incorporar otros lácteos.

Las fórmulas se consumen en mayor proporción en Montevideo que en el Interior, y en los servicios privados. Los servicios públicos consumen más leche de vaca como suplemento.

ANEXO Nro. 3

Promoción y Apoyo de la Lactancia en Adolescentes en el Barrio Casabó Octubre de 1995

Trabajo realizado en la Policlínica del Barrio Casabó sobre promoción y apoyo de la lactancia materna en embarazadas adolescentes. Experiencia coordinada por un equipo multidisciplinario (pediatra, ginecólogo, odontólogo, psicólogo, nutricionista y enfermeros).

El número de participantes desde su creación es de veintisiete mujeres, a partir de noviembre de mil novecientos noventa y cuatro a junio de mil novecientos noventa y cinco se convocó a embarazadas menores de veinte años concurrentes al control obstétrico.

Se agruparon de la siguiente manera:

- el 26% menores de diecisiete años.
- el 48% comenzaron sus relaciones sexuales antes de los quince años.
- el 78% habían recibido información sexual.
- el 56% alguna vez utilizó métodos anticonceptivos.
- el 96% no estudia.
- el 92% no trabaja.
- el 37% no vive en pareja.
- el 70% es la primera gesta.
- del 30% que tuvieron gestas anteriores, el cincuenta y seis por ciento amamantó menos de tres meses.

Han nacido dieciocho niños de las embarazadas adolescentes que participaron, el cien por ciento recibió pecho directo durante los dos primeros meses, el ochenta y tres por ciento hasta los cinco meses.

En una encuesta sobre lactancia materna; se detectó que en la población de madres adolescentes el destete se producía muy precozmente, esto motivó la creación de grupos de apoyo cuyo objetivo específico fue la estimulación de la lactancia materna en éste grupo que realizaban el control obstétrico en dicha policlínica.

En la práctica grupal nos encontramos con un grupo de adolescentes cuyas preocupaciones fundamentales giraban en torno a temas tales como:

- El temor y la angustia frente al trabajo de parto
- Temor a no poder tolerar el dolor
- Miedo a la soledad o al maltrato institucional en el momento límite de gran fragilidad.

Inicialmente se había abordado el grupo contemplando lo que "debían saber o manejar" para procurar cambios de conducta en favor de mejorar y prolongar la lactancia materna, con lo cual debieron modificar los objetivos iniciales y la conformación del grupo coordinador.

El objetivo general fue brindar apoyo e información prenatal a las embarazadas adolescentes concurrentes a una Policlínica del Barrio Casabó, para mejorar su calidad de vida y la de su hijo, favoreciendo su vínculo.

A partir de este relevamiento, en mil novecientos noventa y siete, se continuó trabajando, planteándose un nuevo objetivo:

Mejorar los índices de lactancia materna en la población de menores de dos años asistentes a consulta pediátrica como forma de mejorar la nutrición, la salud infantil y la calidad de vida del niño y su familia.

Los resultados que se observaron fue en cien por ciento de lactancia exclusiva en menores de cinco meses, del grupo de madres adolescentes, y un cincuenta por ciento de lactancia materna exclusiva en el resto de la población investigada.

ANEXO Nro. 4

Seguimiento Interdisciplinario del Binomio Hijo-Madre Adolescente Policlínica de Jardines del Hipódromo 1996.

En 1989 el Ministerio de Salud Pública crea un subprograma de Atención Integral a la Adolescente Embarazada que se lleva a cabo en la Policlínica de Jardines del Hipódromo; dirigido a brindar un espacio de atención multidisciplinaria a la joven embarazada, disminuir las tasas de morbilidad materna-fetal y reducir la tasa de embarazos precoces en el área de salud de dicha policlínica. Esto lleva al surgimiento de un nuevo espacio de atención integral al binomio hijo-madre adolescente.

El objetivo general de este subprograma es contribuir a la disminución de la morbilidad infantil en el área de salud de Jardines del Hipódromo, sobre un grupo poblacional de alto riesgo.

Dentro de los objetivos específicos:

1. Realizar el control del crecimiento y desarrollo de hijos de madres adolescentes.
2. Fomentar la lactancia materna.
3. Promover un adecuado vínculo madre-hijo-familia.

No existen trabajos nacionales que evalúen el impacto de este tipo de intervenciones y/o la evolución de los binomios hijo-madre adolescente.

Las conclusiones a las que se llegó con esta investigación fueron:

1. Que en condiciones de pobreza tanto los hijos de madres adolescentes como de adultas crecen en percentiles inferiores a la población estándar, aunque la incorporación de los binomios a un programa de atención integral puede contribuir a disminuir el efecto de la deprivación socioeconómica.
2. La talla de hijos de madres adolescentes se encuentra en percentiles menores al de hijos de mujeres adultas, particularmente después del tercer mes de vida;
3. Es conveniente poner énfasis en la atención del niño entre los seis y los nueve meses de vida especialmente si la madre es adolescente, ya que se detectó en el segundo semestre de vida un descenso en el peso del niño que podría relacionarse con el destete y con el aumento de los requerimientos de una alimentación que no puede ser satisfecha.

ANEXO Nro. 5

WABA - World Alliance for Breastfeeding Action Alianza Mundial para la Lactancia Materna

Entre 1990 y 1992 los Gobiernos y las Naciones Unidas firmaron varios convenios y declaraciones:

Declaración de Inocenti: sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia materna firmado por treinta Estados y muchas Organizaciones Mundiales Internacionales. Dice que para una lactancia materna óptima ... "todas las mujeres deberán poder amamantar exclusivamente a sus hijos y todos los lactantes deberán ser alimentados exclusivamente a pecho desde el nacimiento hasta los cuatro a seis meses de edad".

Posteriormente los niños deberán seguir siendo amamantados, recibiendo al mismo tiempo alimentos apropiados y en cantidades suficientes hasta los dos años o más.

- La convención sobre los Derechos del Niño (Setiembre 1990).
- Declaración de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia (Setiembre 1990).
- Declaración Mundial sobre Nutrición y el Plan de Acción para la Nutrición (Diciembre 1992).

Estos reafirman la importancia y las ventajas de la lactancia materna para los niños, las madres y para la sociedad en general

En 1992 la Alianza Mundial pro Lactancia Materna (WABA) lanzó la primera Semana Mundial de la Lactancia Materna con el tema Iniciativa "Hospitales Amigos de los Niños". El resultado de esa campaña fue que setenta países han reconocido la importancia de la lactancia materna y muchos ya han transformado sus hospitales en "Amigos de los Niños".

Semana Mundial de la Lactancia Materna: del 1ro. al 7 de Agosto

Ofrece una oportunidad para que los pueblos de todo el mundo se unan en la celebración y acción en respaldo de la lactancia natural. Las actividades realizadas llaman la atención sobre la necesidad de mejorar las prácticas y políticas de maternidades para salvaguardar y respaldar la lactancia materna.

En el año 1993 el tema de la semana mundial fue "Mujer, trabajo y lactancia materna". La iniciativa buscaba formas en las cuales la mujer que trabaja en la casa o fuera de ella pudiera recibir el respaldo necesario para alcanzar un óptimo amamantamiento. Que las mujeres trabajen en sitios donde cuentan con tiempo, espacio y respaldo suficientes para tener la posibilidad de amamantar.

En 1994 el tema de la Semana Mundial de la Lactancia Materna fue el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna.

Se centró en formas de proteger la lactancia natural mediante la eliminación de publicidad y otras prácticas comerciales de productos perjudiciales para la alimentación infantil.

Constituye un conjunto de normas para la industria, los trabajadores de la salud y los gobiernos para reglamentar su comercialización. Comprende todas las actividades promocionales, desde el etiquetado hasta el punto de venta, las relaciones con los trabajadores de la salud y sus asociaciones.

Abarca sucedáneos de la leche materna, no solamente fórmulas infantiles sino también otros productos lácteos, cereales, té, jugos, biberones, tetinas. El código internacional para sustitutos comerciales de leche materna, que fue rubricado por fabricantes de leche para bebés, no permite a las compañías dar muestras gratuitas a madres o trabajadores de salud, excepto para la investigación profesional.

En 1997 la Alianza Mundial para la Lactancia Materna (WABA) seleccionó el tema "Amamantar un acto ecológico", con el fin de resaltar beneficios vitales de la lactancia materna y reconocerla como el sistema de alimentación más ecológico; a la vez evidenciar los efectos nocivos que posee la alimentación con biberón para el medio ambiente. A sí mismo hace un llamado a la cooperación de los grupos ambientales para garantizar que los Gobiernos y comunidades del mundo apoyen las prácticas ecológicas saludables, entre ellas la lactancia materna.

- El procesamiento de las leches maternizadas desperdicia energía.
- Las leches artificiales procesadas pueden estar contaminadas.
- La leche materna no requiere empaque.
- El preparar biberones genera mayor desperdicio.

En 1998 las Metas en la Semana Mundial de la Lactancia Materna fueron:

- El conocimiento del público del aumento en el valor económico de la lactancia materna y el costo elevado de la alimentación con biberón.
- Proporcionar datos concretos sobre las ventajas económicas de la lactancia materna para la promoción de la causa pública.
- La ayuda de los gobiernos para apreciar el valor económico total de la lactancia materna.
- Reconocer la necesidad de incluir apoyo a los programas de promoción de lactancia materna en el presupuesto de salud nacional.

ANEXO Nro. 6

Cumbre Mundial en Favor de la Infancia Comité Coordinador Interagencial para las Américas

La Salud Materno -Infantil

Metas para 1995 e indicadores para el seguimiento.

La Cumbre Mundial en favor de la Infancia, realizada en Nueva York el treinta de setiembre de mil novecientos noventa, marcó un hito crucial en los esfuerzos por mejorar la salud y las condiciones de vida de los niños del mundo.

A la reunión asistieron los dirigentes de más de ciento cincuenta países (incluidos setenta y un Presidentes y Jefes de Estado), se sentaron las bases y se definieron metas que deberán cumplirse antes del año dos mil para lograr que los niños tengan un futuro mejor.

La solución a los problemas de la infancia no se puede lograr sin tener en cuenta sus determinantes; ya no se pueden dar respuestas que dejen de lado el contexto mas amplio en que los niños viven. Fue así que en la cumbre se establecieron metas relativas a la salud, la nutrición y la educación de la infancia, y también metas relacionadas con las mujeres, especialmente las niñas, adolescentes y madres.

Dentro de este marco en el año mil novecientos noventa y uno, representantes de distintos organismos internacionales de actuación en las Américas:

- OPS (Organización Panamericana de la Salud).
- FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas).
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia).
- AID (Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América).
- BID (Banco Interamericano del Desarrollo).
- CCI (Comité Coordinador, Interagencial), formado por todos los organismos anteriormente citados, formalizaron el compromiso de trabajar integralmente en la región y en los países, a los que se agregaron luego, el Banco Mundial y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO).

La presentación de esta propuesta se inicia con un breve análisis de las condiciones de salud materno infantil en América Latina y el Caribe. A principios de los años noventa en estas regiones se observaba un agravamiento de los niveles de pobreza e indigencia, un aumento de la tasa de desocupación y una distribución menos equitativa de la riqueza, manteniéndose o aumentándose en un cinco por ciento la población más rica y disminuyendo un setenta y cinco por ciento la más pobre. Esto afectó a la población materno infantil incluidos niños, adolescentes y mujeres en edad fértil, quienes representan más del setenta por ciento de la población entre los sectores de mayores y menores recursos.

Salud del Niño

Más de siete millones de niños menores de cinco años están afectados por algún grado de desnutrición.

Se puede afirmar que en América Latina y el Caribe la desnutrición es producto de un proceso crónico de sub-alimentación, al que generalmente se asocian factores ambientales y hereditarios.

La lactancia materna es una de las medidas de mayor eficacia y bajo costo para proteger el crecimiento y desarrollo sano y armónico de los niños. Ella brinda el alimento ideal para el recién nacido, así como un incomparable beneficio biológico y afectivo a la madre y al niño.

Pese a que las investigaciones confirman los beneficios insustituibles de la lactancia materna (ejemplo: protección contra enfermedades diarreicas) no es una práctica extendida en toda la región. Los datos existentes revelan grandes diferencias entre los países. Así el porcentaje de niños alimentados exclusivamente con leche materna desde el parto hasta los cuatro meses es de cuarenta y cuatro por ciento en México, y cinco por ciento en Brasil; si bien la prevalencia inicial generalmente es alta, la duración de la lactancia es de tres a catorce meses, con una declinación rápida a partir del tercer mes. A esto se agregan prácticas deficientes de alimentación en la mayoría de los países de la región, que contribuyen a que antes del segundo semestre de vida se inicie la tendencia hacia la desnutrición debido a la introducción inadecuada de otros alimentos.

Salud del Adolescente

Se estima que en mil novecientos noventa y tres el número de adolescentes (entre diez y diecinueve años) en América Latina y el Caribe ascendía a unos cien millones, equivalente al veinte por ciento de la población total. Cerca de tres millones de adolescentes llevan a término un embarazo, se ignora el número de abortos. Este es uno de los problemas más importantes, no sólo por su magnitud sino también por sus consecuencias sociales, psicológicas y biológicas, que a menudo se potencian por el bajo nivel socioeconómico de la adolescente embarazada.

Para los padres adolescentes, entre las consecuencias de un embarazo no deseado, se encuentran el aborto ilegal, el aumento de la mortalidad materna, la deserción escolar, el desempleo y un mayor riesgo de divorcio y de trastornos emocionales.

Para el hijo de madre adolescente existe mayor riesgo de muerte, bajo peso al nacer, retardo del crecimiento y desarrollo, y maltrato físico.

Dentro del grupo de las metas establecidas por lograr a mediano plazo en mil novecientos noventa y cinco se destacan entre otras, referentes a la nutrición:

1. Terminar con la distribución gratuita de sucedáneos de la leche materna en todos los servicios y hospitales de maternidad
2. Que al menos el cincuenta por ciento de los hospitales que atienden a mil o más partos por año tengan el status de "hospitales amigos de los niños".
3. Lograr que todas las mujeres amamanten a sus hijos durante cuatro o seis meses y continúen la lactancia con adición de alimentos complementarios hasta bien entrando el segundo año.

Se define como lactancia exclusiva: cuando el niño ha recibido leche materna exclusivamente en las últimas veinte y cuatro horas (incluye a los que han recibido gotas o jarabes de vitaminas, minerales u otras medicinas).

Lactancia predominante: cuando el niño ha recibido leche materna como alimento predominante en las últimas veinte y cuatro horas (incluye a los que han recibido además de gotas o jarabes, agua, jugos de fruta, suero de rehidratación oral y té de hierbas).

Lactancia natural continua: cuando el niño entre los doce y quince meses de edad ha recibido leche materna en las últimas veinte y cuatro horas.

Alimentación complementaria oportuna: cuando el lactante de seis a nueve meses ha recibido alimentos complementarios además de leche materna.

ANEXO Nro. 7

Implementación de la Estrategia de Promoción de la Salud en la OPS

Programa de Promoción de la Salud - OPS - OMS. Mayo 1992.

En Asamblea Mundial de la Salud de mil novecientos ochenta y nueve se concluyó que la salud de adolescentes y jóvenes debe considerarse un elemento básico del desarrollo socioeconómico de los países. El grupo de diez a veinticuatro años, ha quedado al margen de los servicios de salud, del bienestar social y del desarrollo.

El desempleo es resultado de la crisis económica de América Latina, que afecta directamente a los jóvenes y especialmente los de estratos socioeconómicos más bajos y a las mujeres.

En la mayoría de los países de América Latina, el cincuenta por ciento termina la escuela primaria y el treinta por ciento finaliza la secundaria. Entre un cinco y un siete por ciento de los jóvenes llega a la universidad, donde hay más varones que mujeres.

Las causas de morbilidad de los adolescentes son: accidentes y actos de violencia, enfermedades vinculadas con el proceso de reproducción y la conducta sexual, y trastornos psicosociales (uso y abuso de drogas, alcohol y tabaco, conducta antisocial) y ciertos trastornos de la nutrición.

Los servicios de salud del adolescente suelen ser fragmentarios y no existe un enfoque que integre a la familia y a la comunidad. No facilitan el autocuidado de los jóvenes sanos. El personal de salud no está capacitado para satisfacer sus necesidades en cuanto a sexualidad y anticonceptivos.

El Programa de Salud Materno Infantil de la Organización Panamericana de la Salud está llevando un proyecto financiado por la Fundación Kellogg, para entre otras cosas, proporcionar orientación en materia de salud general del adolescente de la región.

ANEXO Nro. 8

Diagnóstico de Situación de la Lactancia Materna y Alimentación Infantil en el Uruguay 1998

La lactancia materna cubre las necesidades primordiales del recién nacido y del lactante: amor, nutrición adecuada, estimulación y protección de enfermedades.

La frecuencia y la duración de la lactancia materna en nuestro país está lejos de ser satisfactoria; situación influida por factores culturales, sociales, económicos y la no promoción adecuada por parte del equipo de salud.

El Uruguay cuenta desde mil novecientos setenta y ocho con un Programa Nacional de Promoción de la Lactancia Materna (PROPLACMA), dependiente del Departamento de Alimentación y Nutrición del Ministerio de Salud Pública. En el cual se destacan tres etapas importantes en su desarrollo:

Primera Etapa, 1978-1984, donde se realizó el primer diagnóstico de situación normatizado, adecuación de los servicios asistenciales (prenatales, perinatales, control del lactante), capacitación del personal del servicio y expansión de la educación a la población, que se llevó a cabo en una campaña nacional de promoción de la lactancia materna.

Segunda etapa, 1985- 1989, se realizaron talleres regionales y departamentales.

Tercera etapa en 1990, en cooperación de UNICEF se realizaron actividades de promoción del programa "Hospitales amigos del niño", este proyecto abarca actividades específicas en apoyo a la lactancia materna, en la atención del lactante en forma predominante, así como la evaluación de las prácticas hospitalarias de promoción de la lactancia materna durante el parto y el puerperio.

ANEXO Nro. 9

MITOS Y CREENCIAS

“¿Seré igual a mi madre en la lactancia?”

Durante el embarazo no sólo un bebé se está gestando, sino también la mujer y el hombre van formándose como padres, en esta búsqueda en general antes de desarrollar un modelo propio la tendencia es a reproducir por igual o por el contrario antiguos modelos conocidos (madre-padre). Los modelos de partos y lactancia no son hereditarios, incluso suelen variar de un hijo a otro en una misma mujer.

Es frecuente también que sea el marido que se pregunte si su mujer será como su madre o será diferente.

“¿Si le doy de mamar se deforman mis pechos?”

Muchas mujeres creen que la lactancia es una pérdida definitiva de la belleza de sus pechos, muchas de ellas estiman por demás su propio cuerpo y tienen dificultades en conectarse con el placer nutricional de la maternidad. También suele suceder lo contrario es decir que para algunas madres solamente durante el embarazo y la lactancia su cuerpo es bello, éste a veces es también valorado por su pareja. Desde el punto de vista médico, cambian ante procesos fisiológicos normales, recuperando luego sus formas originales la eventual flacidez de sus pechos de determinadas mujeres dependen de la constitución del tejido muscular de los pechos. Si hay tendencia a la flacidez, esta ocurrirá con o sin lactancia, con o sin embarazo.

Lo ideal será que todas las mujeres podrían tener acceso a una preparación integral para la maternidad y a una recuperación corporal.

“¿Debo preparar mis senos para tener leche?”

La mujer debe preparar todo su cuerpo para la lactancia que va mucho más allá que sus senos. En muchos casos en que sin preparación la mujer logra amamantar bien y por otro lado mujeres que han tenido una preparación adecuada no logran tener leche suficiente.

"¿Le doy de mamar de noche también?"

Un recién nacido no sabe diferenciar el día de la noche. Se trata de una noción que incorporará más adelante (cuatro a seis semanas de vida). Por ahora come y duerme todo el día, hasta que la madurez le ayude a destinar la noche al sueño y el día a la actividad y a la alimentación. Los padres verán que pronto él "estimará" el tiempo entre la última cambiada de la noche luego del baño y la de la madrugada. Además de bañarlo siempre al comenzar la noche y no cambiarle los pañales en la mamada de la madrugada es conveniente que use ropa de textura distinta durante la noche, como así también que duerman en la penumbra y en su cuna, a diferencia del día que usará para el descanso el cochecito que también le sirve para pasear.

"¿La mamadera es enemiga de mi pecho?"

Tanto la mamadera como el chupete suelen ser colocados en forma opuesta o antagónica con el pecho de la madre. Para nosotros resulta bien claro que el pecho materno es una posibilidad de alimentación del niño, pero no un sinónimo de la palabra madre. Da de mamar quien puede con todas sus potencialidades en juego, pero no es una obligación ni tampoco nos parece un requisito para tener hijos sanos y felices.

Amamantar a un bebé es un contacto piel a piel en un vínculo de amor. Esta relación de amor podrá también establecerse si la madre alimenta a su hijo con mamadera. Los recién nacidos alimentados a pecho no son los únicos queridos, amados y elegidos. Ellos tienen simplemente la posibilidad de serlo sin pasar por este intermediario: el biberón.

Cuando es necesario intercalar algún biberón la fantasía de muchas madres es que a partir de ese momento el bebé comenzará a rechazar el pecho. Sin embargo, esto depende del motivo por el cual se halla agregado el biberón y de la edad del bebé: es muy distinto como vive ésta situación un recién nacido de dos días de vida que un niño de dos meses. Este último, ya tiene a su altura la experiencia de haber sentido el pecho como una fuente de afecto y placer. Y con la aparición de la tetina del biberón, no va a renunciar por ello a la vivencia ya conocida y querida del pecho.

"Dicen que cuando los niños maman no usan chupete ..."

Este es un prejuicio difundido entre las madres, que hasta creen que se trata de un enfrentamiento entre el pecho y este objeto auxiliar de la lactancia.

Aún antes de nacer un niño ya chupetea su pulgar. Los niños poseen mayor sensibilización en todas aquellas zonas del cuerpo que están implicadas en el afecto. Primero es la boca, luego la piel, más tarde sus esfínteres y musculatura, y finalmente los genitales.

A veces él necesita simplemente descargar un montante de energía, que se llama “energía de vida”, por medio de la succión, y entonces pone sus manos en la boca o simplemente chupetea sus propios labios; si él ha comido lo suficiente, significa que necesita descargar tensión simplemente.

La madre puede fácilmente confundir esto con hambre o deseos de mamar más; entonces se genera un círculo vicioso donde el bebé come más de lo necesario, sin haber terminado de satisfacer su real necesidad de succionar. Esto puede traer como consecuencia bebés obesos o vomitadores, pero también ansiosos, puesto que no han satisfecho lo que demandaban.

El chupete es un auxiliar de la lactancia, pero debe administrarse su uso de forma que no se convierta en un “tapa boca” por el abuso que se hace de él cuando los padres, al no entender las demandas de su hijo, usan el chupete para no angustiarse con su llanto.

“Tengo miedo de tener grietas del pezón”

La preparación de la piel del pezón si bien es muy útil, no siempre es suficiente ni necesaria. La aparición de grietas en el pezón está relacionada con varios factores: por una parte la consistencia y espesor propios de la piel de esa zona, por otro lado la frecuencia y el tiempo con que es prendido al pecho el recién nacido. También depende del uso previo que la mujer ha hecho de su pecho como zona erógena, permitiéndole mayor sensibilidad de éste, con mejores posibilidades de disfrutar de su futura lactancia.

Es importante que el bebé no “use el pecho como chupete”. Muchas veces la madre no sabe descodificar el llanto de su hijo, se angustia ante esta situación y como única solución pone el niño al pecho.

Esta madre que ofrece el pecho con una frecuencia y un tiempo mayor se expone por simple efecto mecánico a tener mas posibilidades de padecer grietas de pezón.

Hay veces que los pezones simplemente duelen sin que se hayan agrietado.

“¿Debo usar el saca leche?”

El saca leche o pezonera suele ser recomendado para evacuar los pechos cuando por distintas razones el bebé no succiona con la suficiente intensidad, sobre todo en los primeros días de la “bajada” de la leche (es decir entre el cuarto y séptimo día).

El saca leche tiene un doble objetivo: por una parte se evita la acumulación del resto de leche dentro del pecho que puede originar una mastitis; por otra parte el pecho bien vacío es el mejor estímulo para que la glándula produzca “leche nueva”, luego del intervalo habitual de tres a cuatro horas.

En los casos de mujeres con excesiva producción de leche la utilización del saca leche es como una mamada adicional generando de ésta forma la acumulación láctea que se está tratando de evitar.

“¿Si el bebé llora, es porque tiene hambre o porque le duele algo?”

Un bebé puede comunicarse con sus padres solamente a través del llanto y de movimientos corporales. Los padres suelen angustiarse con el llanto del bebé, porque lo ven con el criterio adulto, para el cual el llanto significa dolor o tristeza.

Sin embargo, mediante el llanto, el niño está tratando de comunicarnos sus requerimientos, que pueden ser de muy distinto tipo: hambre, sed, necesidad de contacto y afecto, necesidad de movimiento, de succión, frío o calor excesivos, dolor (por cólicos, por sus oídos), ansiedad.

Moverlo y acariciarlo no es una posibilidad sino una real necesidad tan importante como la leche y la higiene de su cuerpo. Además ahora tiene deseos de succionar sin que eso signifique que tenga hambre, por eso se lleva las manos a la boca, succiona solo o se prende al pecho de su madre aunque esté satisfecho.

Necesita sólo succionar y para eso está el chupete.

Un mito muy difundido es: “el bebé llora porque está sucio y quiere que lo cambien”. Existen muchos niños que lloran si no los higienizan inmediatamente después de haber movilizad los intestinos y que, luego de lavarlos y cambiarles los pañales se calman. Sin embargo esos niños lloran porque fueron acostumbrados, mediante un reflejo condicionado a ser inmediatamente higienizados luego de defecar. Pero la materia fecal para un bebé tiene un significado totalmente distinto que para el criterio adulto, en vez de un desecho sucio que se elimina, para el niño representa una parte integrante de su propio cuerpo, y cuando es inmediatamente separada de él, siente que le están sacando una parte de él mismo.

Si la piel, la orina y las deposiciones son normales, un niño puede estar 12 horas sin ser cambiado (por la noche) sin que se produzca la dermatitis del pañal.

Cuando los padres están demasiado pendientes de las deposiciones de su bebé, es muy probable que éste termine presentando constipación.

“Mi leche le esta causando cólicos”

Los dolores cólicos de un recién nacido son quizás la primera somatización que puede presentar. Cuando un bebé succiona siempre ingiere, al mismo tiempo que la leche, un poco de aire. Si la mamada está rodeada de mucha ansiedad y el bebé succiona demasiado ávidamente, ésta ingestión de aire será mucho mayor. Parte de este aire ingerido será expulsado nuevamente mediante el eructo, pero otra parte pasará a los intestinos del bebé. Estos presentan un movimiento constante, en forma de ondas, que mantienen generalmente un ritmo y una intensidad parejas. Sin embargo, cuando éstas ondas encuentran a lo largo de su recorrido un obstáculo (en éste caso, un acumulo de gases provenientes del aire que el niño a tragado o de la fermentación de la leche), comienza bruscamente a ser más intensas, provocando el llamado dolor cólico.

Un bebé puede cargarse de ansiedad porque su propia madre está demasiado insegura o nerviosa, porque pasa de brazo en brazo por todos los integrantes de la familia, porque ese día hubo demasiadas visitas, mucho ruido y poca oportunidad de descanso.

Por otra parte, los principales canales de descarga serían: un adecuado contacto corporal con sus padres, haber satisfecho en forma completa sus necesidades de succión, haber disfrutado de la relajación de un buen baño, o haberse cansado lo suficiente mediante la múltiple estimulación sensorial que le brinda un paseo.

"¿Para que darle si tengo que empezar a trabajar dentro de un mes?"

Si bien es cierto que no siempre la lactancia y trabajo se contraponen, la mujer quiere amamantar y sin embargo desea o necesita volver a trabajar en seguida, enfrenta dificultades por no recibir todo el apoyo necesario.

Con un trabajo de horario integral, es muy difícil lograr amamantar en ese esquema, pero con un trabajo de horarios parcial es posible, si la madre así lo desea, seguir dando solamente leche materna al bebé sin bajar el nivel de producción de la leche, como en general ocurre cuando disminuye el número de mamadas por días, al iniciarse el destete con la introducción de alimentos distintos.

Al empezar a introducir nuevos tipos de alimentos, conviene hacer eso en un horario en que la madre este en la casa, para que sea ella quien presente ese nuevo aspecto del mundo a su hijo y que pueda hacerlo de modo razonablemente calmo y placentero, no ansioso o apresurado.

Trabajar y amamantar puede ser más fácil en la mujer que realiza actividades sin relación de dependencia, que puede organizar su horario de trabajo según le conviene.

"Mi hijo mas grande quiere probar la leche"

El nacimiento de un hermanito provoca cambios muy importantes en el hijo más grande. Este intenta lograr lo mismo que el bebé, ser como él, suele llorar más, volver a usar el chupete o el biberón, solicita más la atención de los padres.

En esas situaciones, comúnmente, surge el deseo de "probar" la leche y ser amamantado como un bebé. La madre suele sentirse compungida con semejante situación: si el más grande no fue amamantado a pecho, ella puede incluso sentirse culpable, como si tuviera una deuda con el hijo.

Esta situación confunde mucho a las madres en una mezcla de vergüenza y culpa.

"¿El sexo y la lactancia son contrapuestos?"

Aún en la llamada época de "liberación sexual", predomina en mucha gente la noción del sexo como algo impuro, cuyo goce a menudo provoca culpa. A esa noción se contraponen la imagen idealizada de la maternidad, como algo puro, sublime y santificado. Eso por supuesto, es la base del conflicto entre sexo y lactancia, que aparecen como contrapuestos para tantos hombres y mujeres.

El hombre, a veces, se siente culpable con el juego erótico con los pechos de la mujer que amamanta, como si tuviera robando alimento a su hijo. Incluso teme que al contacto de su boca o de su mano en el pecho de la mujer, pueda producir una infección en el mismo que pueda ser transmitida al bebé, reflejando la sensación de pureza vinculada al sexo.

Muchas mujeres se sumergen en la maternidad y la lactancia olvidándose de su pareja. El cuerpo del puerperio es sentido por la mujer como feo: dejó de tener su cuerpo de embarazada y aún no logró recuperar completamente su silueta anterior, por lo que suele sentir vergüenza e inseguridad.

Alrededor de cuarenta a sesenta días después del parto, comienza también la preocupación acerca de la anticoncepción y el miedo a un nuevo embarazo. Consideramos que cada pareja tiene su propio espacio y tiempo para su encuentro sexual y por eso creemos cuestionable el indicar normas fijas para este tema.

"No entiendo porque cuando amamanto aveces tengo ganas de llorar"

Luego del parto a las madres le falta sueño, le sobran kilos, la leche ha bajado, está contenta y confundida. Hay momentos en que se siente cansada, sin fuerzas, sin energía, por todo el cambio de la rutina del hogar, del nuevo ritmo de sueño, de la tensión de la responsabilidad de cuidar a un bebé; en esos momentos dar de mamar puede acentuar la sensación de desamparo; deseando tener alguien que la cuide, que la proteja y le ofrezca apoyo. Nosotros proponemos a todas las mujeres en la etapa de post-parto que traten de recibir, que demanden en lo posible toda la atención, afecto y cuidados que las personas queridas puedan brindarle.

"Puedo darle de mamar en público"

Es necesario establecer que las posibilidades del acceso al placer no depende de variables como el nivel cultural o socioeconómico, sino que son inertes a la madurez y la salud mental de cada mujer.

Un hecho curioso es que todas las personas y sobre todo las mujeres, suponen que ellas si pueden observar la lactancia de otras, aunque ellas mismas se hayan sentido o se sientan incómodas si fueren observadas en ese momento.

"Al mes la leche de todas las madres disminuye ¿quiere decir que se acaba?"

Entre los treinta y cuarenta días después del parto se produce en la mayoría de las madres una disminución transitoria de la cantidad de leche que producen.

Ellas notan que el pecho pierde la turgencia que tenía hasta ese momento y que el bebé llora más frecuentemente porque no logra extraer la cantidad necesaria de leche.

Esto las alarma y suponen que la leche “se ha cortado” apresurándose en demandar complemento de leche al pediatra. Es aproximadamente en este momento del puerperio, cuando coinciden fenómenos de orden biológico, psicológico y social.

La disminución de las hormonas que estimulan la lactancia, la energía que demanda el retorno al trabajo y la reanudación de la vida sexual, ponen a la mujer en una situación de conflicto que incide en la producción de la leche. Ella debe aprender a redistribuir la energía contando con la que es necesaria para continuar con la lactancia de su bebé

“¿Si el bebé es pequeño, debo darle mas seguido de mamar?”

Debe diferenciarse entre prematuro (nacido antes de término) y recién nacido bajo peso (nacido a término con un peso menor de 2.500 gr.). Ambos serán pequeños pero tendrán requerimientos diferentes; el recién nacido de bajo peso necesitará todo el alimento posible y en quince días aumenta lo que el otro bebé aumenta en un mes. El bebé prematuro, por tener su estómago más pequeño necesita raciones menores a intervalos más cortos.

En ambos casos la mujer se siente culpable como si hubiera fallado en su tarea de seguir ofreciendo al hijo la oportunidad de culminar su desarrollo en su vientre o de alcanzar peso suficiente. Esto puede llevar a una sobrealimentación del niño, intentando compensar esos sentimientos.

El niño prematuro, alimentado y estimulado adecuadamente, a los dos meses alcanza un ritmo de desarrollo físico normal.

“¿Que hacer cuando vomita?”

Se debe diferenciar entre vómito y regurgitación. El primero va precedido de arcadas y luego con esfuerzo se lanza un chorro de leche. En cambio la regurgitación es un chorro fino de leche, al que no debe darse importancia. El vómito puede tener varias causas pero si no se acompaña de fiebre o diarrea y el progreso del peso es normal, no hay que alarmarse.

Algunas preguntas que hacen los padres son:

- mi bebé vomita mucha cantidad cada vez que eructa luego de comer
- cada vez que tiene hipo vomita un poco
- me parece que vomita porque no le gusta la leche, ¿cambio de leche?
- mi bebé cuando vomita le doy el jarabe que le indicó el doctor
- mi bebé vomita siempre que come apurado
- es muy comilón y cuando más come más tendencia a vomitar posee.
- mi niño vomita y tiene fiebre y decaimiento, también tiene diarrea.

Sólo el último comentario merece una atención médica inmediata.

“¿Cómo y cuando se hace el destete?”

El destete es en realidad un proceso de dos, que significa una pérdida para el niño que no sigue mamando y para la madre que deja de amamantarlo.

Es una verdadera ruptura del vínculo tan estrecho que une a madre e hijo. Como cualquier modificación de un vínculo afectivo intenso, puede ser acompañado de sufrimiento que se manifestará por diferentes síntomas, como reacción frente a la ruptura de la simbiosis frente al crecimiento del hijo, que son desde la depresión hasta la irritación.

Muchas madres viven la lactancia como compensación ante la historia previa de un embarazo no deseado, un parto traumático o una cesárea; en estos casos el destete cobra un especial significado frente al cual el pediatra debe estar atento, pues esa madre intentará prolongar la lactancia mucho más allá de lo que el niño necesita realmente.

Una mamá que no acepte el crecimiento de su hijo seguirá un camino especial ante el destete, continuando su alimentación mediante ciertos sustitutos: biberón, vasito con pico, bombilla, que permitan a su niño seguir succionando para alimentarse.

El destete significa para el niño además de la pérdida de lo conocido y habitual (el pecho) una apertura a un mundo nuevo y lleno de diferentes oportunidades (nuevos alimentos).

El destete debe ser efectuado de la forma más paulatina posible. Es fundamental que no coincida con otros cambios importantes.

“Debo amamantar a mi próximo hijo por que al primero también amamante”

Muchas madres, “por una cuestión de justicia” se exigen dar lo mismo a todos los hijos y piensan que deben dar de mamar al próximo hijo porque al primero también se le dio. Esto terminó por estereotipar los modos de crianza de los hijos, sin respetar sus individualidades. El vínculo con cada hijo es singular, ocurre en diferentes momentos de la vida de la mujer y del hombre, con diferentes motivaciones de búsqueda.

“Se lleva todo a la boca ¿será que extraña el pecho?”

En el período de coordinación ojos-manos-boca, la boca es aún un área importante; llevarse todo a la boca, más que extrañar el pecho, representa un modelo de exploración del objeto: como es su gusto, su forma, su consistencia, su textura.

Cuando la madre no cuenta con esta información y se siente culpable por no haber amamantado a su hijo, durante el tiempo que consideraría mínimo, puede interpretar el interés de su bebé por la boca como una señal de privación.

Por otro lado, la madre que tiene dificultad en destetarse de su bebé, aunque el ya esté listo para dejar el pecho, suele interpretar la misma conducta con extrañezas y sigue ofreciéndole el pecho, aún después que el bebé ya no esté más interesado, por haber sobrepasado esa etapa de su desarrollo.

CREENCIAS Y COSTUMBRES SOBRE LACTANCIA MATERNA

- a. Se da gran importancia al período inmediato después del parto, para el éxito o fracaso de la lactancia materna. Una madre que acaba de tener su hijo, **debe seguir las siguientes indicaciones, para tener abundante leche.**

Tomar mate.

Estar muy abrigada, ojalá transpire.

Debe tomar caldo de gallina.

Debe evitar el sobre parto, bañarse, mojarse los pies.

Tomar leche de avena.

- b. **El acto de amamantar recibe diferentes nombres:**

Dar pecho.

Dar de mamar.

Dar tetita.

Dar pechuga o poner la pechuga.

- c. **Las mamas reciben diferentes nombres, algunos clásicos y otros peyorativos o burlescos, está asociado con el nivel cultural.**

Mamas.

Pechos.

Senos.

Tetas.

Pechugas.

Altarcito de la virgen.

Cantaritos.

Central de leche.

Hamacas.

Límones.

Lechería.

Manzanas.

Papas.

d. Lactagogos, aumentan la producción de leche o la recuperan.

Tomar leche de burra.
Tomar leche de yegua.
Malta con harina de trigo tostado.
Malta con leche condensada.
Mate de leche.
Echar algunas gotas de leche a un río.
Agua de palos de higuera.
Palos de higuera con avena.
Infusión de totora.
Infusión de alfilerillo.
Romero, comer hojas frescas en ayunas.
Comer lima en ayuno.
Infusión de hinojo.
Anís del monte, hervir las hojas y los tallos y tomar el agua.

e. Retiro de la leche, para cortar la secreción láctea, voluntaria o involuntariamente.

Pasar susto, un miedo súbito.
Pasar un sufrimiento grande.
Arrojar leche al agua estancada.
Arrojar leche al suelo y dejar que la seque el sol.
Dejar caer la leche al fuego “quemada la leche, no vuelve”.
Tirar leche directamente de las mamas a una pared.
Colocar en las mamas compresas de almidón.
No poner llaves en el pecho, pues se seca la leche.
Hacer una cruz con cenizas y leche, colocar en una pared al sol, a medida que se seca en la pared, se seca la leche de la madre.
Echar leche en una toalla y poner a secar al sol.
Perejil molido con grasa de cerdo sin sal, poner en la espalda como cataplasma.

f. Destete.

Colocar en el pezón:
Ruda.
Tomate.
Aji.
Ajo.
Pimienta.

g. Propiedades Medicinales de la Leche.

Cura la conjuntivitis del niño.
La primera leche se usa para limpiar y peinar al niño.
Le forma el estómago a los niños débiles.

h. Otras Creencias.

Los hijos de la mujer de que da de mamar a otros niños pasan a ser “hermanos de leche de estos”.

Un niño que mama mucho será soberbio y fanfarrón.

Los niños que maman hasta grande se ponen rabiosos.

Existen dos Santas Abogadas y Patronas de la leche. Santa Agueda protege de las mastitis y otras enfermedades a los pechos, en la iconografía de la Santa se representa con los pechos cortados, puestos en una bandeja, en actitud de ofrecerlos al Señor como sacrificio, después de su matrimonio. Santa Victoria, patronas de las mujeres lactantes, para la buena crianza de los niños y para que preserve de enfermedades a los pechos.

Una nodriza que se embaraza, produce leche con mal sabor que le hace mal al niño, pues le da diarrea y vómitos.

Anexo Nro. 10

Organización del Cuestionario

a. El título del cuestionario es:

“Mitos y Creencias en Madres Adolescentes”.

b. Instrucciones:

- el cuestionario será completado por los investigadores.
- sólo se marcará una opción por pregunta.
- las preguntas abiertas serán completadas en forma fiel a lo que responde la encuestada y en letra de imprenta.

c. Identificación del Cuestionario:

- numerar los cuestionarios.
- identificación del número de carpeta familiar, que nos evite repetir el cuestionario a una misma madre.

d. Areas:

Las preguntas serán organizadas siguiendo un orden lógico, agrupando las que se refieren a un mismo tema y continuando secuencialmente con preguntas referentes a las variables específicas del problema en estudio: mitos y creencias.

e. Identificación del Investigador:

Nombre de la persona que realiza el cuestionario.

f. Preguntas del Formulario:

Las preguntas serán abiertas y estructuradas (dicotómicas y de respuesta múltiple).

MITOS Y CREENCIAS EN MADRES ADOLESCENTES

Policlínica Barrio Casabó

Fecha: ____ / ____ / ____

Lugar de la Entrevista: _____

Número de Carpeta: _____

Número de Cuestionario: _____

Entrevistador: _____

Somos Estudiantes de Enfermería que estamos realizando una encuesta, en la cual no necesitamos saber su nombre, sino su experiencia personal como madre sobre lactancia. Su colaboración será de gran aporte para nuestro trabajo.

A. CARACTERIZACION DE LA MADRE

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene Usted?

--	--

2. ¿Cuál es el último año que aprobó en el sistema de educación?

Primaria	☐	Completa.	☐	Incompleta.
Secundaria	☐	Completa.		
U.T.U.	☐	Completa.		

3. Ocupación:

☐	Estudia.
☐	Trabaja.
☐	Estudia y trabaja.
☐	Ama de casa.

B. CARACTERIZACION DE LA LECHE MATERNA

4. ¿Hasta que edad Usted, alimentó a su hijo/a con leche materna exclusiva?

- ☐ Menos de 3 meses.
☐ Entre 3 y 6 meses.
☐ Más de 6 meses.

C. INFORMACION RECIBIDA

5. ¿De quién recibió mayor información sobre lactancia?

- ☐ Equipo de Salud.
☐ Medios de Comunicación.
☐ Familiares u otras personas.
☐ No recibió información.

D. APOYO PSICOEMOCIONAL

6. La familia o con quienes Usted vive ¿la apoyaron o la apoyan a amamantar a su bebé?

- ☐ Si.
☐ No.
☐ No sabe, no contesta.

E. MITOS Y CREENCIAS

7. Considera Usted que tener abundante leche es sinónimo de ser buena madre.

- ☐ Si.
☐ No.
☐ No sabe, no contesta.

8. ¿Cree Usted que hay leches maternas que alimentan y otras no?

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| ☐ | Si. |
| ☐ | No. |
| ☐ | No sabe, no contesta. |

9. ¿Piensa Usted que mientras amamanta no quedará embarazada?

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| ☐ | Si. |
| ☐ | No. |
| ☐ | No sabe, no contesta. |

10. ¿Usted cree que se puede cortar la leche o irse la leche en algún momento?

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| ☐ | Si |
| ☐ | No |
| ☐ | No sabe, no contesta. |

Porque:

.....

.....

11. ¿Cree Usted que existen alimentos que favorecen la lactancia?

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| ☐ | Si |
| ☐ | No |
| ☐ | No sabe, no contesta. |

Cuales:

.....

.....

ANEXO Nro. 11

Plan de Trabajo

1. Personal (integrantes del grupo investigador).

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	HORAS/ SEMANAS	RESULTADOS
Entrevista			
Hosp. Clínicas			
Dr. Díaz Rosello	Sandra - Josefina	3 horas.	Se obtuvo material.
Dra. Alicia Canetti	Daniela - Sandra	3 horas.	Se obtuvo material.
<u>Biblioteca Escuela de</u> <u>Nutrición (Piso 13)</u>	Estela	2 horas.	Se obtuvo material.
<u>Hosp. Pereira Rossell</u> <u>Pol. Embarazada -</u> <u>Adolescente</u> <u>Sala 4 Maternidad</u>	Sandra - Josefina	1 hora.	Se obtuvo material.
Dra. Conselo	Daniela - Estela	Sin éxito.	No se encontraba.
<u>Biblioteca Archivos de</u> <u>Pediatría del Uruguay</u>	Daniela - Josefina - Sandra Estela	2 horas.	Se obtuvo material.
M.S.P.			
Nut. Cecilia Muxi	Daniela	5 horas.	Se obtuvo material.
Nut. Florencia Cerrutti	Daniela	3 horas.	Se obtuvo material.
<u>Biblioteca</u>	Eugenio - Sandra - Daniela	1 hora.	Se obtuvo material.
INDE			
<u>Biblioteca</u>	Sandra - Daniela - Josefina Estela - Patricia - Eugenio	30 minutos.	No hay material.
<u>Biblioteca Nacional</u>	Sandra - Daniela	1 hora	No hay material.
<u>Inst. Nacional Estadística</u> <u>y Censos</u>	Josefina	1 ½ horas.	No hay datos.
<u>Asociación Española</u> <u>Supervisora Maternidad</u> <u>Lic. Ferrari</u>	Josefina	2 horas.	Se obtuvo material.
Internet (Datos)	Josefina - Eugenio	8 horas.	Se obtuvo material.
Instituto Agora	Josefina - Patricia - Sandra Daniela	3 horas	Se obtuvo material.

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	HORAS/ SEMANAS	RESULTADOS
Procesamiento del Material	Todo el Equipo Investigador.	100 horas.	
Confección del Protocolo	Todo el Equipo Investigador.	68 horas.	
Digitado en Computadora	Patricia - Eugenio	120 horas.	
Diagramación e Impresión	Eugenio	40 horas.	
Tutorías (Equipo Docente)	Todo el Equipo Investigador	4 horas.	

ANEXO Nro. 12

Diagnóstico de Situación - Barrio Casabó

El barrio Casabó está ubicado al noroeste de la Fortaleza del Cerro, delimitado al sur por el Río de la Plata, al norte por Camino Burdeos, al este por Camino Cibils y al oeste por la Cañada Tala, conformado por otros barrios como Villa Esperanza, Barrio Ansina, Estrella del Cerro, 4 de Marzo, Barrio Obrero, Nuevo Casabó y Punta de Sayago.

Relieve

Es irregular, se caracteriza por elevaciones y depresiones, con asentamientos rocosos, destacándose un bañado en la región sur-oeste y la represa en donde fluye la Cañada Tala, que recorre los barrios Ansina, Villa Esperanza y Estrella del Cerro.

Clima

El clima es semi-húmedo, ventoso por la proximidad del Río de la Plata.

Vegetación

El suelo se acompaña de escasa vegetación, destacándose árboles frutales del género cítrico y otros. También existen jardines cuidados al frente de las casas.

Viviendas

Son de características heterogéneas, se observan viviendas de construcciones añejas las cuales se mantienen conservadas. El resto de las casas son de construcciones de los últimos años y de las cuales algunas están sin terminar, variando el material utilizado para ello (bloques, ladrillos, chapas, cartones, madera), cuyos predios están bien delimitados por muros, rejas, alambres y redes.

Vialidad

Las calles en su mayoría son pavimentadas sobre todo donde circulan ómnibus, existiendo pasajes vecinales de pedregullo y barro, favoreciendo la formación de desniveles y el estancamiento de agua en ellos. Las veredas y las señales de tránsito son escasas.

Saneamiento

Existe sólo en la calle Etiopía entre Calle 6 y 13, en el resto las aguas son servidas y desembocan en canaletas a los lados y frente de las casas provenientes de pozos negros y cámaras sépticas.

Alumbrado

El alumbrado público es a mercurio y lámparas habiendo como mínimo tres focos por cuadra. Las viviendas cuentan con luz eléctrica (UTE).

Agua Potable

El agua potable es obtenida de red de saneamiento del estado (OSE), pero algunas casas carecen de instalación en su interior. Existen canillas públicas en algunas esquinas con picos de agua.

Transporte

Cuenta con 5 líneas de transporte urbano.

Comunicación

La comunicación telefónica comprende tres teléfonos públicos ubicados en puntos estratégicos.

Seguridad

El barrio está bajo la jurisdicción de la Seccional 24a.

Servicios de Salud

Existe una Policlínica de la Intendencia Municipal de Montevideo, la cual brinda atención aproximadamente a 5.000 familias. Además la zona del Cerro cuenta con un Servicio de Salud Pública (Centro Coordinado del Cerro), donde se presta servicio de emergencia siendo utilizado por la población del Barrio.

Espacios Verdes

Existen tres campos deportivos y dos plazas con juegos para niños.

Comercios

Hay numerosos almacenes, kioscos, verdulerías, peluquerías y en número menor herrerías, mercerías, carnicerías y una farmacia.

Comisiones Barriales y Clubes

Todas las comisiones barriales están abocadas a las actividades de regularización de terrenos y alumbrado público, red de saneamiento y además cada comisión barrial realiza otras actividades como por ejemplo:

Comisión Barrial Estrella del Cerro, actividades: plástica y deberes dirigidos para escolares.

Comisión Barrial Villa Esperanza, actividades: talleres para niños y adolescentes.

Comisión Barrial 4 de Marzo, actividades: biblioteca, grupo de jóvenes.

Comisión Barrial Barrio Ansina.

Club Holanda, Club Las Flores, Club Villa Esperanza, Club Menecuchos y Club San Silvano.

Jardines de Infantes, Escuelas y Liceos

Existen tres jardines de Infantes: Nro. 346 brinda desayuno, almuerzo y merienda alrededor de 250 niños, Guardería Luxemburgo (donde funciona el Centro de Atención Integral de la Familia) y un jardín Preescolar.

Tres escuelas públicas :Nro. 143 (funciona de mañana), Nro. 318 (funciona de tarde) brindando almuerzo alrededor de 550 niños y Nro. 327 (mañana y tarde) brinda desayuno, almuerzo y merienda, alrededor de 310 niños.

Y el Liceo Nro. 50.

Medio Ambiente

Detectamos la presencia de diferentes factores de riesgo para la salud. Ellos se ven reflejados en los basurales y aguas servidas de las cuales se desprende un olor característico, además de animales como perros, caballos, vacunos (vacas) y gallinas que están sueltos en la calle.

ANEXO Nro. 13

Diagnóstico de Situación de la Policlínica Casabó

Inaugurada el 31 de julio de 1987. Se encuentra ubicada en la calle Liberia y continuación Charcas. Dependiente de Intendencia Municipal de Montevideo (IMM), brinda asistencia en el primer nivel de atención, en el horario de la mañana y en la tarde.

Equipo de Salud

Está integrado por profesionales de las especialidades de Medicina General (dos), Pediatría (dos), Odontología (dos), Gineco-Obstetricia (dos), Psicología: de niños (uno) y de adultos (uno), Nutricionista (uno), Licenciada en Enfermería (dos), Vacunadores (dos), Auxiliares de Enfermería (dos), Asistente Dental (uno), Auxiliar de Servicio (uno), Profesor de Manualidades (uno) y Administrativo (uno).

Planta Física

Cuenta con consultorios para cada especialidad y Vacunaciones, un área administrativa, una sala de espera, un salón donde se realizan charlas educativas de promoción y prevención y una enfermería en donde hay material blanco para inyectables y curaciones, baño para el personal, baño para usuarios y una cocina para uso del personal.

Servicios Esenciales

Cuenta con Vacunaciones, Inyectables y Curaciones.

Servicios de Apoyo

Archivo Médico, contando con el siguiente sistema de registros:

Carpeta familiar, donde cada familia tiene su historia por número de registro.

Planilla de registro de procedimientos de enfermería.

Cuaderno de Novedades.

Ficha de Control de Presión Arterial.

Ficha de Control del Embarazo.

Ficha de Control de Niños (Plan Aduana).