



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

# **INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN BRINDADA POR EL EQUIPO DE SALUD A LAS MADRES ADOLESCENTES EN RELACIÓN A LA LACTANCIA MATERNA EN LAS INSTITUCIONES CENTRO MATERNO INFANTIL LUISA TIRAPARE (IMM), Y HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS**

## **AUTORES:**

Br. Camaro, Claudia  
Br. Rivero, Marcela  
Br. Rodríguez, Mara  
Br. Sopeña, Mariela

## **TUTORES:**

Lic. Enf. Crosa, Silvia  
Lic. Enf. Monge, América

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

**Montevideo, 2000**



*El niño coge la luna con la mano.  
La gran luna redonda que alimenta y sosiega.  
El niño bebe de los secretos arroyuelos  
y piensa que esta dulzura baja de las estrellas;  
del mundo anterior al silencio y la luz:  
del lugar del deseo.  
Pero el niño se equivoca:  
Los arroyos descienden del corazón de la madre.  
El mundo es un regazo, un calor que se entrega.  
El silencio es una sonrisa.  
La luz es el resplandor de unos cabellos.  
Come en paz, hijo mío, de este amor derramado.*

### **AGRADECIMIENTOS**

*La realización de este trabajo es el resultado de esfuerzos combinados de horas de trabajo, planificación y discusiones grupales en las cuales la dedicación, el entusiasmo y la colaboración recibida de las usuarias, otros profesionales, miembros del equipo de salud, lo hicieron posibles.*

*Ha sido un reto y una gran experiencia de aprendizaje. A ellos, a nuestra familia y a otros quienes nos acompañaron es nuestro agradecimiento por la paciencia y motivación porque este aporte pueda ser hoy una realidad.*

## CONTENIDO

◆ AGRADECIMIENTOS .....	pág. 1
◆ INDICE DE AUTORAS.....	2
◆ INTRODUCCION.....	4
◆ MARCO TEORICO.....	5
◆ SELECCIÓN Y JUSTIFICACION DEL TEMA.....	12
◆ AREA PROBLEMA Y PROBLEMA.....	13
◆ OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	14
◆ DISEÑO METODOLOGICO.....	15
Tipo de Estudio.....	15
Universo y Muestra.....	15
Variables.....	16
Método de Recolección de Datos.....	19
Resultados.....	20
Análisis.....	29
◆ CONCLUSIONES.....	31
◆ SUGERENCIAS.....	31
◆ BIBLIOGRAFIA.....	32
◆ ANEXOS :	
I	
II	
III	

## INTRODUCCION

*La Lactancia Materna, es un tema que al parecer está ampliamente difundido, a pesar de ello, la realidad observada muestra una clara tendencia a la disminución de esta práctica y a la real importancia de la leche materna.*

*Numerosas investigaciones han demostrado que la relación de cercanía física y afectiva con la madre, es una necesidad imperiosa de la naturaleza humana y esa experiencia inicial, que es al amamantamiento, influye fuertemente en el bienestar inmediato y el desarrollo físico, psicológico y social posterior del niño.*

*Son múltiples los beneficios de la Lactancia Materna, como lo son los aspectos inmunológicos, nutricionales, emocionales e incluso económicos.*

*Es por lo tanto de gran relevancia para el Equipo de Salud revalorar y fomentar prácticas de Lactancia Materna y facilitar así un sano desarrollo psicoemocional a partir de la primera infancia.*

*La motivación de investigar sobre la influencia que ejerce la información brindada por el Equipo de Salud a madres adolescentes, acerca de la Lactancia Materna, nace al constatar que en el medio no se dispone de información reveladora sobre el mismo. Para ello se realizó un estudio del tipo descriptivo de corte transversal, retrospectivo. Nuestro Universo lo conformaron todas las madres adolescentes que llevan a control pediátrico a sus hijos menores de seis (6) meses de edad en tres Instituciones Públicas de la ciudad de Montevideo.*

*Para la recolección de la información se efectuó una encuesta, utilizando como método la entrevista personal estructurada, con el apoyo de un formulario previamente validado.*

*Las variables estudiadas fueron de carácter cuantitativo y cualitativo, habiendo tomado las siguientes: edad de la madre adolescente, edad del niño, amamantamiento e información.*

*De nuestro estudio surgió que la mayoría de las madres entrevistadas recibieron información sobre los beneficios de la Lactancia Materna por un miembro del Equipo de Salud predominante, y que valoraron esa información como buena.*

*Surge además que, a pesar del trabajo y Programa Básico de Promoción de la Lactancia Materna, esta población en un alto porcentaje ya tenía asumida la decisión de iniciar y mantener la Lactancia.-*

## **MARCO TEORICO**

### **Generalidades sobre la adolescencia**

Según la OMS " La adolescencia ocurre en el segundo decenio de la vida, entre los 10 y los 20 años"; es una palabra ambigua porque designa un período de transición entre la niñez y la edad adulta donde se inicia el desarrollo físico, mental, emocional y social.

Adolescer significa crecer, esta evolución se caracteriza desde el punto de vista orgánico por un aumento de estatura, peso, fuerza muscular, la aparición de caracteres sexuales secundarios y maduración de las glándulas sexuales, gracias a las que el organismo humano será capaz de reproducirse.

La transformación siempre va acompañada en el campo psicológico por un enriquecimiento de la afectividad, manifestado por una serie de impulsos instintivos que modifican sensiblemente el conjunto del comportamiento.

Paralelamente a esta transición se lleva a cabo cambios psicosociales que hacen esperar del adolescente una actitud aceptable ante la autoridad con una definición de su rol sexual, la resolución de conflictos, emancipación familiar , interés por otros, así como una elección de su futuro, dependiendo de sus potencialidades y habilidades.

La adolescencia señala igualmente el despertar de una vida social aún más amplia y una reorganización de la relación entre el adolescente y el círculo de personas dentro del cual se encuentra.

Maduración orgánica y aprendizaje se combinan en una personalidad que se acusa; la afirmación de sí mismo, bajo el estilo de una agresividad natural y el deseo de independencia producen conflictos frecuentes con el medio ambiente, los hábitos de vida se reafirman en esta edad, influyen decisivamente en el desarrollo futuro de los jóvenes.

En este universo son cada día más frecuentes los trastornos de índole psicosocial y problemas de conducta, como por ejemplo el ejercicio precoz de la sexualidad de una población sin una adecuada instrucción lo que junto a otras razones lleva a un aumento del número de embarazos precoces (1) y riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual.

Según el censo de 1996, la tasa global de fecundidad para un grupo de adolescentes de 15 a 19 años, aumentó de 62 a 76 por mil con respecto al censo de 1985. (2)

En los últimos años, el porcentaje de partos adolescentes (nacimientos de madres menores de 20 años) sobre el total de nacimientos pasó del 13,2% en 1983-87 al 17,6%. Dicha situación es diferencial para las adolescentes beneficiarias de los servicios públicos y privados de salud: así en 1997 mientras en el Hospital Pereira Rossell representa el 25,7% del total, en el sector privado totaliza un 4% (3), lo que induce a reafirmar que son varias las condicionantes de embarazo adolescente.

### **Generalidades de la madre adolescente**

Desde el punto de vista fisiológico, el eje hipotálamo-hipofisario 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, la pelvis no tiene una adecuada inclinación y sus diámetros están en el límite de la normalidad.

El embarazo adolescente es considerado de alto riesgo, tanto por las condiciones fisiológicas de las gestantes como también por la influencia directa de variables socioeconómicas, culturales, condiciones de cuidado y atención médica.(4)

La adolescente embarazada necesita que se tome en cuenta el entorno psicológico y social, su núcleo familiar y la comunidad en la cual vive; la maternidad implica el quiebre o rompimiento de una etapa y de lo que ella implica (estudio, amigos, distracción, tiempo libre, trabajo) (5).

Atender a un ser que la reclama y necesita, cuando a su vez es ella quien necesita ser sostenida y atendida, puede modificar conductas habituales de apego (6).

Efectos propios del puerperio, como por ejemplo: traumatismos obstétricos, cesáreas, mastitis, infecciones, llevan a prolongar la internación trayendo como consecuencia una mala adecuación de la madre con el hijo, lo que pondría en situación de riesgo el acto de amamantar.

### **Embarazo - Fisiología de la lactancia - Lactancia**

El control precoz y periódico de la mujer embarazada, constituye una de las acciones de mayor impacto sobre la salud del grupo materno infantil. La insuficiencia de los controles prenatales tanto en cantidad como en calidad, aumenta los riesgos; comprometiendo la gestación el parto y al neonato. Este control es una de las acciones sanitarias más importantes en el área de la salud Materno-infantil en el cual uno de sus objetivos específicos es promover la Lactancia Materna (L.M.).

Cuando se inicia el embarazo la glándula mamaria comienza a prepararse para cumplir su función primordial: la secreción de leche.

Durante el embarazo y por factores hormonales, el tamaño de la glándula aumenta, debido al crecimiento del tejido glandular y a la aparición de nuevos conductos.

La leche humana tiene características que le son propias y que hace que sea el alimento más seguro y completo para el recién nacido y el lactante (7), cuando la madre es sana.

La leche materna va modificando su composición en la medida que el niño crece y necesita otros nutrientes y factores de protección, los elementos nutritivos, enzimáticos e inmunológicos que la constituyen aseguran el crecimiento y desarrollo óptimo del lactante.

### **Beneficios de la Lactancia Materna**

La L.M. tiene innegables beneficios para el niño, para la madre, para la familia y la sociedad, destacándose de estos beneficios los siguientes:

- **Para el niño:** el niño que es amamantado adecuadamente, es decir, a demanda y con afecto, satisface sus necesidades básicas de calor, amor y nutrientes para su organismo; esto le produce agrado y hace que se sienta querido y protegido respondiendo con un patrón afectivo-emocional equilibrado y armónico. El niño requiere durante al

menos tres -3- meses el contacto físico regular y constante con su madre que le permitirá organizar sus propios ritmos basales.

- Para la madre: La lactancia favorece en la madre la involución uterina, recuperación del peso, reduce riesgos de cáncer de mama y ovarios, y algo no menos importante es el lazo afectivo o "apego" (8) que se establece entre la madre y el hijo, donde se induce un profundo sentimiento de ternura, admiración y necesidad de protección para el bebé. Esta unión e interdependencia de la madre con su hijo produce en ella un sentimiento de valoración de sí misma y un equilibrio emocional que promueve su desarrollo integral como mujer, siempre y cuando no represente una carga o sobre exigencia para la madre en lo emocional y físico.
- Para la familia: El amamantamiento es una experiencia familiar que permite reforzar los lazos afectivos y de solidaridad; integrar a miembros del grupo familiar en esta experiencia, organiza la interacción en torno a la madre y al hijo. Se favorece la expresividad y comunicabilidad, el respeto por el otro y hacer crecer el grupo en forma sana.
- Para la sociedad: La frecuencia y duración de la L.M. disminuye la morbimortalidad infantil, ahorrando divisas importantes para la familia, las instituciones sanitarias y el país.

### **Factores que inciden negativamente en la lactancia**

Considerando la producción de leche como un hecho fisiológico, que se produce sin excepción en toda mujer luego del nacimiento de su hijo, el mantenimiento de la lactancia natural se ve afectada por diferentes factores generales y específicos como por ejemplo: sociales, culturales, de orden económico, relacionados con la mujer, organización de la familia y por último como factor más relacionado al Equipo de Salud; las prácticas que se han establecido en cuanto a la atención clínica del parto, nacimiento y del recién nacido que interfiere con la lactancia (9).

Dentro de las causas de la declinación de la L.M. derivadas de las prácticas de atención de la salud, se incluyen: la tecnificación de los procesos clínicos (cesáreas), la falta de contacto madre-hijo en las primeras horas posparto que retarda la primera mamada, la implementación de mamaderas como primera experiencia funcional de succión, los horarios rígidos que no cumplen la libre demanda, la falta de preparación del personal, la ausencia del padre en la preparación prenatal y en el momento del parto, así como la no preparación del entorno familiar para fomentar la L. M..

En el caso de madres adolescentes es frecuente que otras personas se hagan cargo de los niños (abuelas), alimentándolos desde muy temprano con fórmulas u otros alimentos, lo que interfiere en la relación de la madre con el niño y el fomento de la lactancia.

### **Recomendaciones y aportes de Organismos Nacionales e Internacionales**

El manejo de la lactancia debe hacerse respetando las condiciones individuales de madre e hijo en cuanto a su salud, a su realidad sociocultural, comenzando en el período prenatal y extendiéndose como mínimo hasta los seis meses de edad del niño no más del año y medio de vida.

Las recomendaciones para el manejo clínico de la L.M. están fundamentadas por Organismos Internacionales de Salud que promueven la lactancia como estrategia para mejorar la calidad de vida de la familia humana, de las que consideramos básicos los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa (OMS-UNICEF). Ver anexo I.

En abril del año 1992, UNICEF pone en marcha la "Iniciativa Hospital Amigo del Niño" (IHAN) destinada a promover una lactancia exitosa durante la estadia hospitalaria y su mantención posterior en los primeros meses de vida.

En nuestro país en 1995, el MSP asume el compromiso incluyendo el tema L.M. como una de sus prioridades, en el denominado Programa Nacional de Promoción de la L.M., en éste se convoca a un grupo de técnicos representantes de los servicios de salud públicos y privados, de la Universidad y de sociedades científicas para conformar la Comisión Nacional de Lactancia Materna.

Para fortalecer y promover desde diferentes perspectivas a la L. M., se realiza capacitación de profesionales de la salud, educación en las técnicas de amamantamiento para las madres, clínicas de apoyo a la lactancia, estudios de legislación, control de la comercialización de sucedáneos y estimula la Iniciativa Hospital Amigo del Niño.

El fomento de la L. M. es coordinado por el MSP - UNICEF, las Instituciones participantes de esta Iniciativa son nueve -9- en la actualidad y pertenecen al sector privado de la salud, mientras que las maternidades públicas intervienen en la promoción de la lactancia sin el beneficio económico.

Nuestro país además de participar en la IHAN celebra la Semana Mundial de la L.M., la cual ha demostrado ser una excelente herramienta para recuperar la cultura del amamantamiento. El Uruguay se inserta dentro de las acciones de promoción de la L.M., que el MSP realiza con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las familias uruguayas. Esta actividad se viene desarrollando entre el 1 y el 7 de agosto de cada año a nivel mundial desde 1992. Quien lo impulsa y lo coordina, es una organización no gubernamental: la WABA (World Alliance for Breastfeeding Action).

Considerando la duración de la L.M. en la madre adolescente (significativamente menor que en las mayores de 20 años), es fundamental que el Equipo de Salud tenga una visión clara de las acciones que va a desarrollar con la madre (10).

En nuestro país la edad promedio de los niños cuando se produce el destete es de tres meses y medio, es similar en Montevideo y en el interior del país, y no se observan grandes diferencias en la edad del destete entre niños asistidos por los Servicios Públicos y por los Privados. En Montevideo, la duración de la lactancia más prolongada se observa en niños que son asistidos en el sector privado (3,7 meses Vs. Públicos 3,2 meses) (11).

### **Rol de los Profesionales de la Salud**

El objetivo fundamental de las acciones del Equipo de Salud, es lograr que la madre asuma la decisión de amamantar a su hijo a través de conocimientos sobre ventajas,

beneficios, técnicas, confianza en cuanto a la habilidad y legislación en nuestro país, así como factores de riesgo de no lactar. Ver Anexo II.

Las ventajas de la L.M. son innumerables, justifica que la educación se considere como una de las tareas educativas más relevante del Equipo de Salud en el nivel primario y en las maternidades. Esto se debe realizar en forma sencilla y práctica, en un proceso continuo de intercambio entre la madre y el Equipo de Salud que los asiste, teniendo en cuenta las condiciones específicas de la primera.

En esta tarea deben estar involucrados todos los que integran el Equipo; conjuntamente se deberán seleccionar los temas (contenidos) de acuerdo al diagnóstico y considerando las problemáticas y necesidades específicas en relación a la L.M.. El profesional de la Salud debe ser claro, explícito y sencillo en su lenguaje teniendo en cuenta el nivel de instrucción, la capacidad intelectual y nivel socioeconómico, al brindar la información al receptor para que éste logre captar su mensaje, ofreciendo la oportunidad de disipar dudas del tema en cuestión.

Todo esto es la clave para una comunicación adecuada, exitosa para ambos es decir, tanto para el que la brinda como para el que la recibe.

En el proceso de comunicación que se establece entre las madres y el Equipo de Salud, es importante destacar que una comunicación inadecuada constituye una verdadera "iatrogenia" potencial no menos importante que la biológica. También está la "iatrogenia de la palabra" o de la "imprecisión verbal" que puede provocar un daño material, moral, espiritual y/o psicosocial.

La capacitación del personal es de gran importancia, pues es lo que respalda el rol como educador, esta capacitación deberá realizarse a nivel multidisciplinario.

Enfermería ejerce un rol clave en la interacción entre el individuo y el sistema de Salud y por lo tanto, está llamado a asumir un papel de liderazgo en la adopción y mantenimiento de prácticas óptimas de L.M. en la comunidad y en el hospital.

En el Equipo de Salud el rol de la Enfermera Profesional permitirá a las madres en el proceso enseñanza-aprendizaje: mejorar sus conocimientos, tener una actitud favorable hacia la L.M. y adquirir nuevas prácticas. Cabe destacar que la Enfermera debe aprovechar al máximo los conocimientos y experiencias de las madres y corregir sutilmente sólo donde hay errores, ayudar a encontrar respuestas a las necesidades y problemas de la madre; lo ideal sería que el Equipo conjuntamente programe y analice los resultados de las actividades grupales; elaborar junto con las madres el plan de trabajo sobre la L.M., incorporar actividades que estimulen el clima afectivo en el grupo de madres.

La Enfermera durante su trabajo en las maternidades de los hospitales, sanatorios, primer nivel de atención está vinculada directamente con la madre en las diferentes etapas que éstas cursan, es allí donde debe intervenir desde el embarazo hasta los seis meses de vida del niño, fomentando la L.M., el vínculo madre-hijo, ofreciendo al nuevo ser un desarrollo y crecimiento beneficioso para su futuro, el de su madre, su familia y sociedad.

Debería ser la Enfermera Profesional la encargada de ese fomento para no sólo disminuir la morbimortalidad infantil del país sino para bien de la humanidad y de ella misma pues del contacto establecido con las madres adolescentes recogerán enseñanzas y vivencias irrepetibles.

## **Selección y Justificación del Problema**

Luego de realizar un análisis bibliográfico y de habernos entrevistado con diferentes profesionales de la Salud, entendidos en el tema (12), se constata que a pesar de que se realizan un conjunto de actividades y programa básico de Promoción de Lactancia aun no se ha logrado revertir el proceso de declinación de la misma y tampoco alcanzar plenamente el objetivo ( L.M. exclusivo hasta los seis meses de vida).

Nuestro propósito es determinar como influye en las madres adolescentes la información brindada por el Equipo de Salud sobre la L.M. en el inicio y mantenimiento de ésta, surgiendo el interés de investigar sobre el tema por no encontrarse en el medio con datos reveladores de la misma.

Creemos que el conocer la opinión de las madres, permitirá reconocer la necesidad de un cambio o no en la implementación del programa de fomento, en la planificación y ejecución por parte del Equipo, teniendo en cuenta el grupo etario al cual nos referimos y los cambios biopsicosociales y culturales que ocurren en este período de la adolescencia.

Por otra parte, consideramos que sería diferente la reacción o disponibilidad de la madre cuando se le brinda una atención personalizada, consistente en escucharla y darle la posibilidad sobre todo de expresar sus temores e inseguridades, y aclarar sus ideas durante un intercambio constante con el Equipo de Salud, máxime si se trata de una madre adolescente.

Con los aportes de esta investigación se estaría contribuyendo en la Promoción de la L.M. y aportando líneas de reflexión en el ámbito profesional.

**Luego de lo expuesto anteriormente enunciaremos:**

### **AREA PROBLEMA**

**LACTANCIA EN MADRES ADOLESCENTES.**

### **PROBLEMA**

**¿CÓMO INFLUYE EN LAS MADRES ADOLESCENTES EL FOMENTO DE LA L.M. BRINDADO POR EL EQUIPO DE SALUD, QUE CONTROLAN A SUS HIJOS MENORES DE SEIS MESES DE EDAD EN EL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL LUISA TIRAPARÉ (IMM), Y HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS, EN LA CIUDAD DE MONTEVIDEO, EN LOS MESES DE NOVIEMBRE – DICIEMBRE DE 1999?**

## **OBJETIVO GENERAL**

- DETERMINAR SI EL FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA BRINDADO POR EL EQUIPO DE SALUD INFLUYÓ EN EL INICIO Y MANTENIMIENTO DE LA MISMA EN MADRES ADOLESCENTE CAPTADAS EN LAS INSTITUCIONES: CENTRO MATERNO INFANTIL LUISA TIRAPARE (IMM), Y HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS, EN LA CIUDAD DE MONTEVIDEO EN LOS MESES DE NOVIEMBRE – DICIEMBRE DE 1999.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 1- Caracterizar las madres adolescentes según la edad.
- 2- Conocer el número de madres adolescentes que recibieron información sobre Lactancia Materna durante el pre-posparto en la población seleccionada.
- 3- Identificar quienes brindaron información sobre Lactancia Materna.
- 4- Clasificar cualitativamente la importancia que tiene para la madre adolescente la información brindada por el Equipo de Salud.
- 5- Conocer la influencia del fomento de la Lactancia Materna en el inicio y mantenimiento de la misma en las madres adolescente.
- 6- Determinar que factores podrían intervenir en el agregado de sucedáneos u otros alimentos antes de los seis meses de vida.

## DISEÑO METODOLOGICO

### Tipo de estudio

- Descriptivo:** Su objeto es describir, observar y documentar las características del problema en estudio.
- De corte transversal:** Permite recolectar datos en un solo punto del tiempo para describir el estado del fenómeno.
- Retrospectivo:** Se indaga sobre hechos ocurridos en el pasado.

### Universo y muestra

- Universo:** Todas las madres adolescentes que llevaron a control pediátrico a sus hijos menores de seis meses de edad en dos instituciones públicas de la ciudad de Montevideo, en los meses de noviembre-diciembre de 1999:
- Centro Materno Infantil de la IMM "Luisa Tiraparé"
  - Hospital Central de las Fuerzas Armadas
- Muestra:** Para llevar a cabo nuestra investigación se seleccionaron a cuarenta madres adolescentes con niños menores de seis meses, que los llevaron a control pediátrico en los meses de noviembre y diciembre de 1999 en dos instituciones Públicas del departamento de Montevideo.
- Tipo de Muestra:** "Por conveniencia-intencional", en el que el investigador decide, según sus objetivos los elementos que investigarán la muestra, considerando aquellos unidades supuestamente "típicas" de la población que desea conocer.
- Se captaron veinte madres por cada institución seleccionada.

### **Variables:**

Las variables utilizadas fueron de carácter cualitativo y cuantitativo, siendo estas, edad de la madre adolescente, edad del niño, amamantamiento, información (ver definición operativa).

- ◆ **Cuantitativo:** Son aquellas variables cuya magnitud puede ser medida en términos numéricos.
- ◆ **Cualitativo:** Son aquellas variables que se refieren a propiedades de los objetos en estudio, no son medibles en términos numéricos.

### **Definición Operativa**

- **edad de la madre :** período de tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la aplicación del instrumento.

Escala      10-15 años  
                 16-20 años

- **edad del niño :** período de tiempo transcurrido en meses desde el nacimiento hasta la aplicación del instrumento.

Escala      0-3 meses  
                 4-6 meses

- **amamantamiento :** acto de mamar. Se entiende por mamar , extraer succionando la leche de los pechos de la madre.

Escala      si amamanta  
                 no amamanta  
                 en forma exclusiva  
                 más mamaderas  
                 más alimentos sólidos

- **información :** madre que recibió información sobre Lactancia Materna.

Escala      recibió información  
no recibió información  
no sabe / no contesta

**Indicadores de la variable información:**

- **informante :**                    individuos que aportaron información sobre el tema a las madres adolescentes.

Escala      equipo de salud  
                 enfermería  
                 nutricionista  
                 médico  
                 amigos / familia  
                 médico / enfermería  
                 partera  
                 no sabe / no contesta

- **tiempo :**                        momento durante el cual se recibió la información sobre Lactancia Materna.

Escala      embarazo  
                 postparto  
                 ambos  
                 no sabe / no contesta

- **Importancia de la información:** valor o utilidad que le atribuye la madre adolescente a la información brindada sobre Lactancia Materna.

Escala      muy importante  
                 importante  
                 interesante  
                 sin relevancia  
                 no sabe / no contesta

- **Influencia del fomento:** poder que ejerció la información brindada sobre Lactancia Materna en la decisión de amamantar.

Escala      si  
                 no  
                 ya estaba decidida  
                 no sabe / no contesta

- **Calidad de la información:** como interpreta la madre adolescente la información brindada.

Escala      buena  
                 regular  
                 mala

## **METODO DE RECOLECCION DE DATOS**

Como método de recolección de datos se utilizó una entrevista personal estructurada, con el apoyo de un formulario (ANEXO N° 3). Este método se seleccionó sobre la base de su flexibilidad y amplitud de alcance, facilidad de aplicación y costo relativamente bajo. El instrumento fue validado previo a su aplicación.

Se realizaron un total de cuarenta entrevistas en dos de las instituciones seleccionadas, y en la tercera no se pudieron aplicar por problemas administrativos en la autorización para el acceso a la misma.

El formulario costó de los siguientes componentes: identificación del formulario, fecha de realización, identificación del responsable, presentación del entrevistador y objetivo de la entrevista, solicitud de aval y cuerpo central donde se formulan las interrogantes referentes a las variables de estudio.

Las limitaciones de este estudio corresponden al tipo de muestra seleccionado (estudio no probabilístico, muestra por conveniencia), al ser aplicado el instrumento por las propias investigadoras, el tipo de entrevista estructurada y el no haber sido probada la confiabilidad del instrumento.

Los resultados obtenidos se tabularon con el apoyo de sistemas computarizados siendo interpretados y analizados por el grupo investigador, para la expresión gráfica de los mismos se utilizaron círculos sectoriales.

## RESULTADOS

Las Instituciones seleccionadas para investigar fueron:

\* Policlínica Pediátrica del Hospital Central de las Fuerzas Armadas (HCFFAA)

\* Centro Materno Infantil Luisa Tiraparé (C.M.I.L.T)

La muestra de este estudio la constituyeron 40 madres adolescentes. representando esta cifra el 100% de la población estudiada, correspondiente a 20 madres adolescentes por cada Institución.

**TABLA N° 1**

Composición según edad de las madres adolescentes encuestadas en las instituciones Centro Materno Infantil Luisa Tiraparé IMM y Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en los meses de noviembre-diciembre de 1999.

GRUPO ETARIO (años)	FA (n°)	FR (%)
10-15	3	7,5
16-20	37	92,5
TOTAL	40	100

Fuente propia.

El 92,5% de las madres adolescentes entrevistadas tienen entre 16-20 años de edad.

**TABLA N° 2**

Distribución de las madres adolescentes según la edad y la institución donde fueron entrevistadas.

Edad (años)	L.T.		HCFFAA	
	FA(n°)	FR(%)	FA(n°)	FR(%)
10 - 15	0	0	3	15
16 - 20	20	100	17	85
TOTAL	20	100	20	100

Fuente propia.

El 100% de las madres entrevistadas en el Centro Materno Infantil Luisa Tiraparé corresponden al grupo etario de 16-20 años, contrariamente al 85% en la Policlínica del HCFFAA.

**TABLA N° 3**

Composición según edad del niño de las madres adolescentes.

GRUPO ETARIO (meses)	FA (n°)	FR (%)
0-3	31	77,5
4-6	9	22,5
TOTAL	40	100

Fuente propia.

El 77,5% de los hijos de dichas madres se ubica en el grupo etario de 0-3 meses de vida.

**TABLA N° 4**

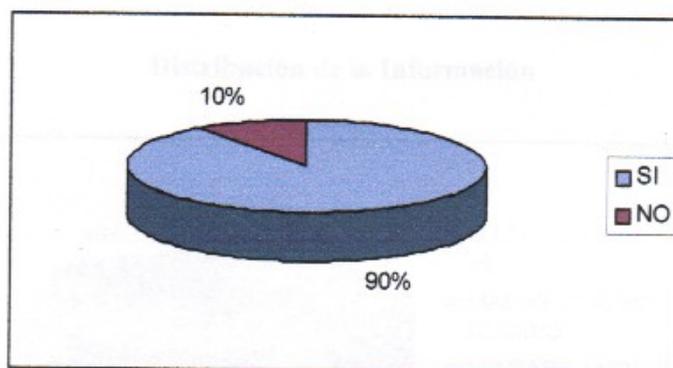
Relevamiento de datos acerca de la Lactancia en madres adolescentes en los primeros seis meses de vida del niño.

AMAMANTAMIENTO	FA (n°)	FR (%)
SI	36	90
NO	4	10
TOTAL	40	100

Fuente propia.

Del 100% de las madres adolescentes entrevistadas el 90% amamanta a sus hijos.

**Distribución del Amamantamiento en Madres Adolescentes.**



**TABLA N° 5**

Edad de la madre adolescente relacionada al acto de amamantar.

Edad (años)	Amamantamiento			
	SI		NO	
	FA (n°)	FR (%)	FA (n°)	FR (%)
10 – 15	3	7,5	0	0
16 – 20	33	82,5	4	10
TOTAL	36	90	4	10

Fuente propia.

Las madres comprendidas dentro del grupo etario de 16-20 años, el 85% afirmó que amamanta.

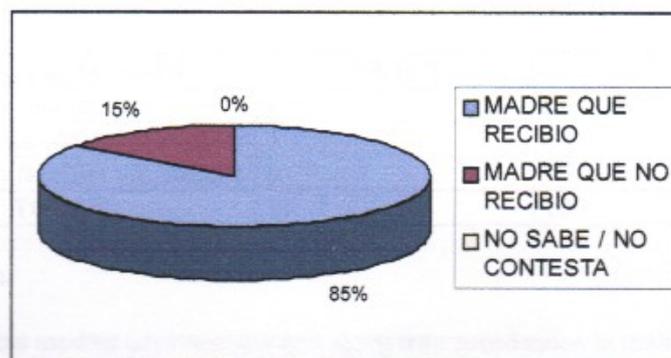
**TABLA N° 6**

Información sobre Lactancia brindado a las madres adolescentes.

INFORMACION	FA (n°)	FR (%)
MADRE QUE RECIBIO	34	85
MADRE QUE NO RECIBIO	6	15
TOTAL	40	100

Fuente propia.

El 85% recibió información, sobre los beneficios de la lactancia materna.

**Distribución de la Información**

**TABLA N° 7**

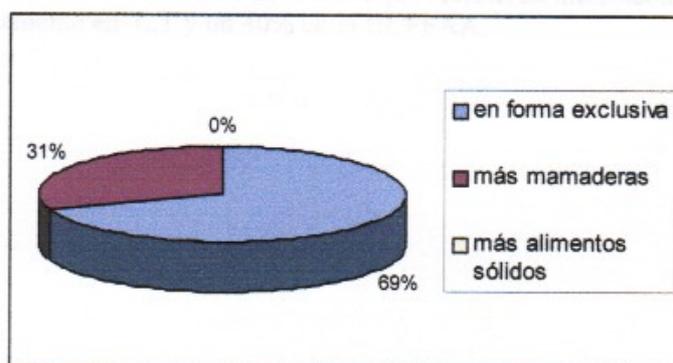
Relevamiento de datos acerca de la Lactancia en forma exclusiva y/o agregados.

Amamantamiento	FA (n°)	FR (%)
en forma exclusiva	25	69,5
más mamaderas	11	30,5
más alimentos sólidos	0	0
TOTAL	36	100

Fuente propia.

El 69,5% amamanta en forma exclusiva, mientras el 30,5% agregan sucedaneos.

**Porcentaje de niños alimentados con leche materna exclusiva y o agregados.**



**TABLA N° 8**

Relevamiento de datos sobre la decisión de incorporar agregados.

Decisión de la madre	FA (n°)	FR (%)
Decisión propia	6	54,5
Recomendación del pediatra	5	45,5
Motivación familiar y/o amigos	0	0
TOTAL	11	100

Fuente propia.

El 54,5% de las madres adolescentes que agregaron sucedaneos la realizaron por decisión propia.

**TABLA N° 9**

Distribución de la información relacionada a la Institución en frecuencia absoluta.

Institución	Información					
	Recibió		No recibió		Total	
	FA (n°)	FR (%)	FA (n°)	FR (%)	FA (n°)	FR (%)
Luisa Tiraparé	18	90	2	10	20	100
HCFFAA	16	80	4	20	20	100
TOTAL	34	85	6	15	40	100

Fuente propia.

Teniendo en cuenta el número de madres que recibieron información el 45% responde afirmativamente en L.T y un 40% en el HCFFAA.

**TABLA N° 10**

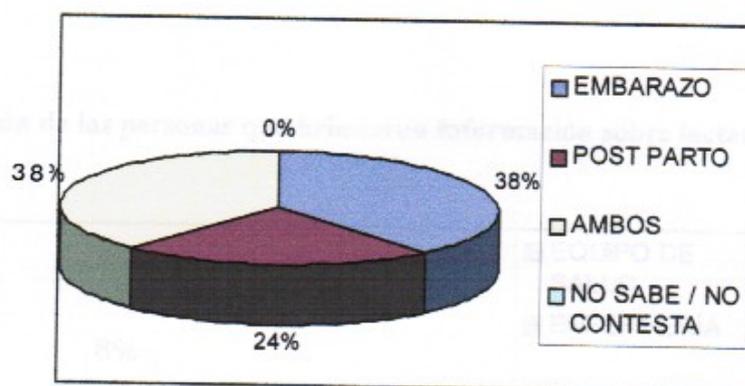
Distribución del tiempo durante el cual recibieron información las madres adolescentes.

TIEMPO EN EL QUE RECIBIO INFORMACION	FA (n°)	FR(%)
EMBARAZO	13	38
POST PARTO	8	24
AMBOS	13	38
TOTAL	34	100

Fuente propia.

Del 100% de las madres adolescentes informadas, el 38% recibió información durante el embarazo, coincidiendo el mismo porcentaje durante el pre y post-parto

**Porcentaje de madres adolescentes que recibieron información**



**TABLA N°11**

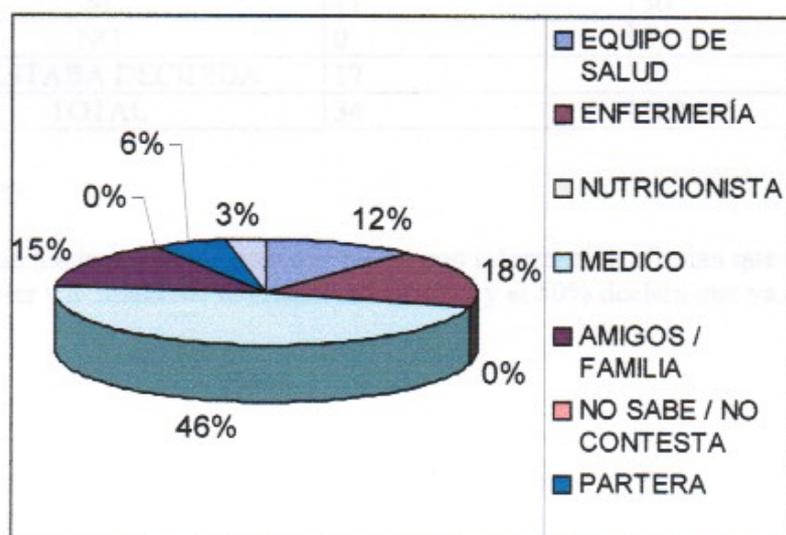
Personas que brindaron información sobre lactancia materna.

IDENTIFICACION DEL INFORMANTE	FA (n°)	FR (%)
EQUIPO DE SALUD	4	11,8
ENFERMERÍA	6	17,6
DIETISTA / NUTRICIONISTA	0	0
MEDICO	16	47
AMIGOS / FAMILIA	5	14,7
PARTERA	2	5,9
MEDICO ENFERMERIA	1	2,9
TOTAL	34	100

Fuente propia.

Las madres recibieron información en un 47% por el médico, un 17,6 por personal de enfermería, en un 14,7 por familiares y amigos, ocupando el Equipo de Salud el 11,8%

**Identificación de las personas que brindaron información sobre lactancia materna.**



**TABLA N° 12**

Opinión de las madres adolescentes encuestadas sobre la importancia de la información recibida.

VALORACION DE LA INFORMACION RECIBIDA	FA (n°)	FR (%)
MUY IMPORTANTE	16	47
IMPORTANTE	15	44
INTERESANTE	3	9
SIN RELEVANCIA	0	0
TOTAL	34	100

Fuente propia.

De todas las madres adolescentes que recibieron información, el 47% la calificaron como muy importante, el 44% lo calificó como importante..

**TABLA N° 13**

Influencia del fomento de Lactancia Materna en la decisión de amamantar en población encuestada.

INFLUENCIA DEL FOMENTO	FA (n°)	FR (%)
SI	17	50
NO	0	0
YA ESTABA DECIDIDA	17	50
TOTAL	34	100

Fuente propia.

El 50% de las madres adolescentes que recibieron información afirman que ésta les ayudó a iniciar y a mantener la Lactancia Materna y el 50% declara que ya estaba decidida.

**TABLA N°14**

Valoración de las madres adolescentes sobre la información brindada por el Equipo de Salud.

<b>CALIDAD DE LA INFORMACION</b>	<b>FA (n°)</b>	<b>FR (%)</b>
BUENA	34	100
REGULAR	0	0
MALA	0	0
TOTAL	34	100

Fuente propia.

Teniendo en cuenta la opinión de las madres adolescentes según la información recibida el 100% la valoró como buena.

## ANÁLISIS DE LOS DATOS

En nuestra investigación se estudiaron cuarenta madres adolescentes que concurren a control pediátrico con sus hijos menores de seis meses, en las dos instituciones públicas ya mencionadas.

El 92.5% de las madres entrevistadas se ubican en el grupo etario de 16 a 20 años (Tabla n°1). Dentro de esta franja estaría los aspectos psico-emocionales maternos y de apego madre-hijo están más consolidados en comparación con la inestabilidad emocional y conflictos que vive la madre adolescente precoz.

El 100% de las madres entrevistadas en el Centro Materno Infantil "Luisa Tiraparé" IMM, están comprendidas entre los 16 a 20 años, mientras que en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas es un 15 % en la franja etárea ubicada entre los 10 y 15 años.

El 77.5% de los niños llevados a control pediátrico están ubicados dentro del grupo etáreo de 0 a 3 meses de edad, considerando que la lactancia es prioridad en la nutrición y salud del lactante, teniendo un importante valor psico-social en los primeros meses de vida, ya que el íntimo contacto entre la madre y el hijo permitirá el desarrollo de l niño y será la fuente de donde emanan luego todos los vínculos.

Al analizar el amamantamiento en el momento en que se realizó el estudio, se aprecia que el 90% de las madres adolescente amamantan a sus hijos (tabla n°4). En esta proporción, 69.5% lo hacen en forma exclusiva, mientras que un 30.5% incorpora sucedáneos (tabla n°7). Si comparamos estos hallazgos con estudios nacionales e internacionales la tendencia coincide en que las madres adolescentes amamantan menos tiempo en forma exclusiva. Por otra parte, 54.5% de las madre entrevistadas que incorporaron sucedáneos, lo hicieron por decisión propia. Y un 45.5% lo hacen por recomendación pediátrica. Estos resultados llamaron al atención del grupo investigador porque conocen del programa de educación que orienta ala madre embarazada para la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses del niño, por las innumerables ventajas que tienen para él, para la madre, para la familia y la sociedad (tabla n° 8).

Denotamos que el 85% de las madres manifestaron que recibieron información sobre los beneficios de la lactancia, reflejando esto el esfuerzo de los integrantes del Equipo de Salud para optimizar el amamantamiento, y que al compararlo con trabajos consultados del medio, el porcentaje hallado en nuestra muestra es similar (tabla n°6).

La proporción de madres adolescentes que recibieron información sobre la L.M. es similar en "Luisa Tiraparé" (90%) y el el Hospital Central de las Fuerzas Armadas (80%) (tabla n°9).

Con respecto al tiempo en el cual las madres recibieron información, se encontró que el porcentaje es el mismo en el período pre-natal y pos-natal (38% respectivamente) (tabla n°10).

En el presente estudio se observó que el 47 % de las madres refieren haber recibido información por personal médico, seguido por personal de enfermería en un 17.6%, y el trabajo en equipo es reconocido sólo por un 1.8%, resultados que deben ser analizados con cautela (tabla n° 11).

Cuando analizamos al opinión de las madres adolescentes sobre al información recibida surge que el 47% la valora como Muy Importante (tabla n°12).

En lo que respecta ala influencia en la decisión de amamantar se observó que un 50% manifestaron que estaban decididas a iniciar y mantener la L.M., en igual porcentaje señalaron que la información decidió en la decisión de amamantar (tabla n°13).

Finalmente encontramos que al interrogar sobre la calidad de la información brindada por integrantes del equipo de salud, el 100% la calificó como buena.

## CONCLUSIONES

Los primeros resultados arrojados por nuestro estudio indican que la mayoría de las madres encuestadas se ubican dentro del grupo etario de 16 a 20 años, grupo que se asemeja en sus características de maternaje con las madres adultas.

Los relevamientos hechos a estas madres han revelado que existe un gran porcentaje de información sobre los beneficios de la L.M.

Por otra lado, se detectó que un elevado porcentaje de la información sobre Lactancia Materna fue proporcionado por personal médico, seguido por personal de enfermería, y en un lugar sin relevancia aparece el equipo de salud, este resultado llevó al grupo de investigación a preguntarse si las madres adolescentes identifican a cada miembro del grupo técnico.

Refiriéndose a la importancia que le atribuye la madre adolescente sobre la información brindada por integrantes del equipo de salud, casi la mitad del total porcentaje de encuestadas la valoró como Muy Importante, mientras que la totalidad la calificó como Buena. Este resultado no satisfizo al grupo investigador, debido a que si bien es elevado el porcentaje de madres que recibieron información en esta investigación, no se profundizó sobre la capacitación que poseían los profesionales, ni el nivel de conocimientos que estos brindaban a las madres adolescentes, así como también se desconocen los tipos de métodos utilizados para proporcionar esa información (folletos, audiovisuales, charlas, demostración, etc.).

En relación a la influencia que el fomento a la L.M. ejerce sobre la decisión de iniciar y mantener el amamantamiento entre las madres encuestadas, se constató que las acciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia, parecen no ser factor determinante entre estas, pues el 50% manifestaron estar decididas a alimentar a su hijos a pecho directo exclusivo, independientemente de haber recibido o no información sobre la L.M. Los resultados indicaron que existe un respuesta positiva de la madre adolescente con respecto a la lactancia, este estudio comprueba que las mismas están motivadas para adoptara el amamantamiento como fuente primaria de alimentación para el niño.

Otra conclusión a destacar del estudio realizado, fue el factor que determinó la incorporación de sucedáneos antes de los seis meses de edad del niño. El grupo investigador tiene pleno conocimiento que el esfuerzo por promover la L.M. exclusiva sigue latente entre los profesionales de la salud, en donde se realizó el estudio. Se observó que un alto porcentaje de las madres encuestadas amamantan a pecho directo exclusivo, y que casi la mitad incorporan sucedáneos por recomendación pediátrica. Cabe destacar que esta conclusión fue emitida basándose en el instrumento aplicado a estas madres, esto no implica que el médico pediatra desconozca el Programa de Promoción de la Lactancia Materna.

## SUGERENCIAS

Luego de haber presentado los resultados sobresalientes de a investigación se plantearan recomendaciones que podrían tenerse en cuenta para profundizar en los conocimientos hallados.

- Dado que el estudio se caracterizó por una población de madres adolescentes propiamente dichas (16 a 20 años), sería importante indagar cual es la disposición de las madres adolescentes precoces en lo que respecta ala decisión de amamantar.
- En otros estudios se podría investigar cual es la motivación de estas madres para adoptar la lactancia materna como fuente primaria de alimentación del niño independientemente de haber recibido información.
- Otra de las áreas donde se debería trabajar será sobre la metodología empleada para fomentar la Lactancia Materna.
- El agregado de sucedáneos por recomendación pediátrica debe ser manejado con cautela porque no se conocen las causas de porqué esta recomendación, siendo este un posible campo a investigar.
- Sería importante conocer si se realizan en nuestro medio instancias específicas de acciones de educación a esta población que se ha tomado como motivo de investigación.

## Bibliografía

- (1) - MSP – UNICEF  
Adolescencia, Salud Integral y Embarazo Precoz Documento N°3. 10/1994
- (2) - CCA. COMON COUNTRY ASSESSEMENTE  
Naciones Unidas Uruguay  
URUGUAY PERFIL DEL PAÍS. 1998
- (3) - - Dra. CONSELO. Embarazo en Adolescencia . Adolescencia y Embarazo Precoz.  
Rev. Atención Primaria en Salud. MSP Doc. 1994.  
- Dra. SANTI, L. Embarazo Adolescentes. Temas de Salud I. MSP - UNICEF 1994
- (4) - CERRUTI, F. - BOVE, J.  
Aspectos culturales del amamantamiento en el Uruguay.  
Datos usados en una encuesta de opinión pública.  
División Promoción Salud Montevideo, ROU 1998 MSP.
- (5) - FREIRE, M . Primeras Jornadas Nacionales de Interacción Temprana  
Montevideo Roca Viva 1993
- (6) - CCA. COMON COUNTRY ASSESSEMENTE  
Uruguay. Perfil del País 1998  
Naciones Unidas Uruguay
- (7) - Dra. SCHELLHORN, C. - VALDEZ, V  
Lactancia Materna  
Contenidos técnicos para Profesionales de la Salud  
MSP - UNICEF  
Chile - 1995
- (8) - Dr. KLAUS, M.  
La relación Madre - Hijo  
Capitulo: Vínculo Madre - Hijo  
Ed. Panamericana Bs. As. 1978
- (9) - Dra. ILLA M. - ARBOLO, S.  
Normas para lograr una Lactancia Materna Satisfactoria y Prolongada.  
Arch. Pediatr. Urug. 66 (1) 41, 1995
- (10) - AGUIRRE, L. - MADDALENO, M. y Cols.  
Fomento y Vigilancia Materna en Hijos de Madres Adolescentes.  
Rev. Chil. Pediatr. 66 (5), 270 - 275, 1995  
  
- Lic. VELAZQUEZ, M. - y Dr. SAENZ, L.  
Lactancia Materna en Madres Adolescentes  
Rev. (3) Díc. (2), 21 - 28, 1987 - Cuba

- Dra. MICHELLINI, M. y Cols.  
Lactancia Materna: Encuesta en una Policlínica Barrial  
Arch. Pediatr. Urug. 65 (2): 27, 1994
  
- (11) -- MSP- ROU  
Situación actual y tendencias de la Lactancia Materna  
División Promoción de Salud  
Uruguay 1916 - 1997
  
- (12) - Dr. DIAZ ROSELLO , J. L. - CLAP  
Nta. CERRUTI, F. Directora Operativa del Programa de Promoción de la  
Lactancia Materna - MSP -  
Nta. MUXI, C. - MSP  
Lic. en Enfermería. Prof. GONZALEZ ORTUYA, P.  
Lic. en Enfermería. LAUREIRO, I. CASMU nº 3. Maternidad.
  
- ◆ POLIT , D. – HUNG, B.  
Investigación Científica  
Ciencias de la Salud  
Editorial Panamericana Mc. Graw Hill.  
Cuarta edición 1994.
  
- ◆ DE CANALES, F. – DE ALVARADO, L.  
Metodología de la Investigación  
Manual para el Desarrollo del Personal de Salud  
Oficina Sanitaria Panamericana Regional de la OMS.  
Primera Edición 1986.
  
- ◆ BIELAWSKY, J. – ROSSELLÓ, J. L.  
En: Cátedra de Pediatría Hospital Pereira Rossel y Centro Latinoamericano de  
Perinatología y Desarrollo Humano.  
Artículos Originales.  
“Estudio Epidemiológico sobre Prácticas de Lactancia Materna”.  
Madres de Mediano y Bajo Nivel Socio-económico Asistentes a Centros de Salud  
(MSP) y Consultorios Pediátricos Externos (Consejo del Niño).  
VIII Aspectos Regionales  
Arch. Pediatr. Urug. 55 (3): 95 julio – setiembre 1984 págs. 95-103
  
- ◆ Dra. SANTI, L -- Pcdiatra Coordinadora  
CONSELO, E – Ginecóloga Coordinadora y cols.  
En: Asistencia Integral n Salud de la adolescente embarazada.  
Uruguay  
Montevideo Uruguay, año 1990.

- ◆ Dra. MICHELLINI, M. – Dra. RODRIGUEZ, S. y cols.  
Artículos Originales  
En: Promoción y Apoyo a la Lactancia en Adolescentes  
Arch. Pediat. Urug. 66 (3): 19, 1995. Págs. 19 -- 25.
  
- ◆ CANETTI, A. – RUDOLF, S.  
Salud Mental en Atención Primaria de la Salud. Evaluación de los Impactos de una Praxis Interdisciplinaria a nivel Poblacional.  
Capítulo 15. Atención Integral de las Embarazadas Adolescentes.  
CANETTI, A. - CANETTI, GARAY, M. - GONZALEZ, P.  
Oficina del Libro AEM 1996.

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

# **10 Pasos para una Lactancia Exitosa**

**DECLARACION CONJUNTA OMS/UNICEF (1989)**

**Todo servicio de maternidad y cuidado de recién nacidos debe:**

- 1. Tener una política de Lactancia Materna escrita que sea periódicamente comunicada al personal.**
- 2. Entrenar a todo el personal para implementar esta política.**
- 3. Informar a toda mujer embarazada sobre los beneficios y manejo de la Lactancia Materna.**
- 4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primer media hora después del parto.**
- 5. Enseñar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aún si se separan de sus bebés.**
- 6. No darle a los recién nacidos ningún alimento ni bebida que no sea leche materna. Hacerlo sólo por indicación médica.**
- 7. Practicar el alojamiento conjunto, dejar que los bebés y sus madres estén juntos las 24 horas del día.**
- 8. Fomentar la Lactancia Materna a libre demanda.**
- 9. No dar tetinas, chupetes u otros objetos artificiales para succión a los bebés que están siendo amamantados.**
- 10. Promover la creación de grupos de apoyo a la Lactancia Materna y referir a las madres a éstos.**

## **ANEXO II**

**Ministerio de Salud Pública  
Dirección General de la Salud  
Dirección Promoción de Salud  
Área Materno Infantil**

**PROYECTO DE NORMAS NACIONALES DE  
LACTANCIA MATERNA**

**Programa de Promoción de la Lactancia Materna  
Comisión Nacional de Lactancia Materna**

## Uruguay, diciembre de 1996

### POLITICA

Todas las mujeres podrán ejercitar el derecho de amamantar a sus hijos y todos los lactantes serán exclusivamente alimentados al pecho desde su nacimiento hasta los 6 meses de edad. Posteriormente, se estimulará a que continúen amamantado al menos hasta el año de edad, recibiendo al mismo tiempo alimentos complementarios apropiados y en cantidades suficientes.

Todas las maternidades deberán cumplir los 10 pasos para el logro de una lactancia exitosa contenidos en la Declaración de OMS y UNICEF de 1989: "Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural":

1. Disponer de una política escrita relativa a la lactancia que sea sistemáticamente comunicada a todo el personal del Equipo de Salud.
2. Entrenar a todo el personal del hospital de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a toda mujer embarazada sobre los beneficios y manejo de la lactancia materna.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia dentro de la primer media hora siguiente al parto.
5. Enseñar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia, incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos ningún alimento ni bebida que no sea leche materna, a no ser que esté médicamente indicado.

7. Practicar el alojamiento conjunto, dejar que los recién nacidos y sus madres estén juntos las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar tetinas, chupetes u otros objetos artificiales para succión a los bebés que están siendo amamantados.
10. Promover la creación de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a la salida del hospital.

La comercialización y publicidad de los sucedáneos de la leche materna deberá realizarse de acuerdo al Código Internacional de Sucédáneos de la Leche Materna de OMS/UNICEF. El mismo se encuentra actualmente incluido como tal en el Reglamento Bromatológico Nacional aprobado por Decreto 315/94 del Poder Ejecutivo y vigente desde el 14 de julio de 1994.

El Código define como sucedáneo de la leche materna a "todo alimento comercializado o presentado como sustituto parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para este fin", incluyendo leches artificiales (con o sin modificación) para lactantes, otros productos de origen lácteo (líquida, en polvo, condensada, evaporada), bebidas y alimentos complementarios administrados con mamadera, cereales o harinas para lactantes y edulcorantes especiales para

mamaderas. El Código se aplica además a chupetes y mamaderas.

- X. Todos los productos debe ser de alta calidad y adecuarse a las condiciones climáticas y de almacenamiento de cada país.

Las disposiciones principales del Código refieren a:

- I. Prohibición de la publicidad al público en general y a las madres de estos productos.
- II. Prohibición de dar muestras gratis a las madres y sus familiares.
- III. Prohibición de la promoción de estos productos en los Servicios de Salud.
- IV. Prohibición del uso de "visitadores" a los Servicios de Salud para asesorar a las madres.
- V. Prohibición de regalos o equipos al personal o instituciones de salud que incluyan nombres comerciales de productos.
- VI. Prohibición de donaciones y ventas subsidiadas de sucedáneos, mamaderas o chupetes a Servicios de Salud.
- VII. Prohibición del uso de imágenes y textos que idealicen la alimentación artificial en las etiquetas de los productos.
- VIII. La información proporcionada a los profesionales de la Salud debe ser científica y objetiva.
- IX. Toda información sobre alimentación artificial del lactante, incluida la presentada en las etiquetas, debe destacar las ventajas de la lactancia materna y del amamantamiento y aclarar que la alimentación artificial debe ser utilizada sólo por indicación del personal de salud, dando a conocer el costo y los riesgos de su uso.

## NORMAS

La promoción de la lactancia materna es responsabilidad de todos y debe comenzar en etapas tempranas de la vida; para ello es necesario la incorporación del tema en la currícula de la educación primaria y secundaria.

### 1. Embarazo

Durante el embarazo deberá prepararse a la madre para amamantar a su hijo. Es un período muy propicio para el fomento y la promoción de la lactancia. Se promoverá la participación activa del padre en las distintas etapas.

- a) Se deberá orientar a la madre embarazada sobre:

- Ventajas de la lactancia materna para el niño, la madre y la familia, destacando los aspectos nutritivos, psicoafectivos, inmunológicos y económicos, así como riesgos de la mamadera y del uso del chupete.

- Producción de leche por la glándula mamaria. Se deberá explicar que toda madre es capaz de producir leche de buena calidad y en cantidad suficiente para el lactante si se sigue el principio de alimentar al bebé a "libre demanda", es decir, cada vez que el bebé o la madre lo requieran.

- Importancia del alojamiento conjunto (convivencia de madre y niño desde el momento del nacimiento) para

permitir la alimentación a libre demanda y garantizar una buena producción de leche.

- Técnicas de amamantamiento. Se deberá orientar a las madres sobre las posiciones correctas: del bebé (cuerpo, cabeza y boca) y de la madre (cuerpo y la mano que toma la mama). (ver Anexo N°1)

- Problemas y dificultades más comunes en el amamantamiento. (Ver Anexo N°2)

- Derechos de la madre y el niño durante el período del embarazo y lactancia. (Ver Anexo N°5)

- Alimentación de la embarazada y madre lactante.

se deberá explicar a la madre que el niño en gestación necesita diariamente el aporte de elementos nutritivos para su desarrollo y que además ella debe acumular grasas de reserva para el período de lactancia. La ingesta energética de la embarazada deberá ajustarse a su estado nutricional y a la intensidad de su actividad física.

- Higiene de la madre. Se informará a la embarazada sobre la importancia de la higiene personal, especialmente del baño diario. Se explicará que los pezones deberán ser lavados solamente con agua. El jabón, las cremas y el alcohol interfieren con la lubricación natural que proporcionan las glándulas de Montgomery.

Se recomendará el uso de un soutien que sostenga las mamas sin comprimir.

- Nacimiento: Se informará a la embarazada que la lactancia siempre es

posible, en cualquier modalidad de parto (vaginal o cesárea).

b) Se dialogará con la madre y siempre que sea posible con la pareja sobre:

- creencias y vivencias respecto al amamantamiento

- decisión para amamantar. Si ésta es negativa se preguntará el motivo y si es factible se intentará revertir la decisión.

- se pondrá énfasis en que la madre podrá amamantar a su hijo.

c) Se realizará como rutina examen de mamas en el primer control de la embarazada.

- Si los pezones son normales no se recomendará ningún tipo de preparación.

- Si se detectan pezones umblicados se tranquilizará a la madre y se le explicará que requerirá apoyo pero que podrá amamantar.

d) Se deberá detectar precozmente a las mujeres con antecedentes y/o factores desfavorables para la lactancia materna a fin de emprender con ellas acciones personalizadas.

Se considerarán factores de riesgo a los efectos de brindar un apoyo especial:

- Mujeres que nunca han amamantado.

- Mujeres que nunca han destetado prematuramente a hijos anteriores

- Mujeres adolescentes.

- Mujeres con rechazo de su hijo o con embarazo no deseado.
- Mujeres que refieren enfermedades, operaciones o problemas previos en las mamas.
- Mujeres con control inadecuado del embarazo.
- Mujeres analfabetas o semianalfabetas.
- Mujeres que trabajan fuera del hogar en condiciones que interfieren con el amamantamiento.
- Mujeres solas.
- Mujeres con hijos fallecidos previos.
- Mujeres alcohólicas.
- Mujeres en situaciones emocionales extremas y psicosis.
- Mujeres con elevado riesgo social.

## 2. Nacimiento

- a) Se facilitará el establecimiento del contacto inmediato madre - hijo, no separándolos salvo patología materna o del recién nacido que haga imprescindible lo contrario.
- b) Después del nacimiento el recién nacido deberá ser secado, envuelto en campos secos y entregado a la madre para propiciar el contacto piel con piel durante al menos media hora, entre madre y recién nacido.
- c) La colocación de nitrato de plata se deberá realizar luego del primer contacto piel con piel para no interferir en el primer contacto visual del niño con su madre y el ambiente.
- d) El Equipo de Salud presente en sala de parto deberá apoyar a la madre para iniciar la lactancia dentro de la primer hora pos - parto.
- e) Cuando sea necesario, obstetra y pediatra deberán acordar el uso de

medicamentos de forma que éstos no interfieran en la lactancia.

- f) En el caso de necesidad de cesárea se promoverá de igual forma la alimentación natural, dentro de la primera hora post - cesárea. Para ello:
  - Se promoverá el uso de anestesia peridural a los efectos de favorecer la lactancia dentro de la primera hora post-cesárea.
  - Para la analgesia se preferirá paracetamol o ibuprofeno.
  - Se evitará el uso de ocitócicos.
  - Se brindará apoyo especial por parte del personal de Salud, teniendo en cuenta que las madres pueden tener una sensación de fracaso por no haber tenido un parto vaginal. Se ayudará a la madre para que adopte la posición más cómoda.

En el caso de anestesia general, se alentará la lactancia cuando la madre esté consciente (aún se está somnolienta) y se instalará el alojamiento conjunto en cuanto la madre esté en condiciones de atender al recién nacido.

## 3. Alojamiento conjunto

- a) Se favorecerá el alojamiento conjunto de madre e hijo las 24 horas del día.
- b) Se adiestrará y supervisará a la madre respecto a técnicas adecuadas de lactancia, observando desde el comienzo y en forma continua el amamantamiento. (Ver Anexo N°1)
- c) Se promoverá la alimentación a libre demanda sin restricciones en cuanto a duración o frecuencia de las mamadas.

Se deberá ayudar a que el bebé mame al menos 8 - 12 veces en 24 horas y

nunca menos de 8 veces en 24 horas, hasta el primer control del niño.

No se deberá fijar una duración determinada de las mamadas. El niño en general se duerme o suelta el pecho cuando está satisfecho.

- d) Se desaconsejará el uso del chupete e intermediarios, informando sobre el efecto negativo que producen al confundir el reflejo de succión del recién nacido.
- e) Se reforzará la confianza de la madre en su capacidad de amamantar.
- f) El personal de Salud deberá estar atento a las creencias o costumbres que la madre tenga sobre lactancia, para reforzar las que sean positivas y corregir las que no sean favorables para el éxito de la lactancia.
- g) No se indicarán mamaderas de agua ni soluciones glucosadas no fórmulas lácteas a no ser que esté médicamente indicado(Ver Anexo N°4)  
En caso de indicación médica de aporte de agua, soluciones glucosadas o fórmulas lácteas, se proporcionaran por cuchara, vaso, cuentagotas, sonda orogástrica o suplementadores.
- h) Los pechos deberán ser revisados frecuentemente, por lo menos cada 8 horas, a fin de detectar precozmente problemas de la lactancia. Se enseñará a las madres la autorevisación para que reporte inmediatamente cuando advierta alguna anomalía.
- i) Se enseñará a las madres la técnica de extracción manual de leche y su conservación, para evitar la congestión mamaria y para aplicar cuando han de separarse de su bebé.

j) Se promoverá la alimentación del niño prematuro y en cuidados especiales con leche materna.

k) Al dar el alta se deberá ofrecer a la madre un sistema que facilite la consulta de urgencia en caso de presentar algún problema que ponga en riesgo la lactancia (líneas telefónicas, grupos de apoyo, atención de profesionales, etc.).

l) Tal como dispone el Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche materna se controlará que no se entreguen leches modificadas (latas de leche para bebés) al momento del alta de la madre y no se distribuyan mamaderas, chupetes, propagandas y muestras de cualquier sustituto de leche materna.

#### 4. Control del lactante

a) Se continuará con la promoción de la lactancia materna para asegurar el mantenimiento de una lactancia exclusiva los 6 primeros meses de vida del niño.

b) A partir de 6º mes se iniciará la alimentación complementaria, continuando con la lactancia al menos hasta el año de vida del niño.

c) Se deberá prevenir y tratar precozmente los problemas de lactancia.

- Se realizará observación de la lactada.

- Se interrogará procurando detectar problemas potenciales sobre la alimentación.

d) Se vigilará el crecimiento y estado nutricional del niño.

- e) Se brindará apoyo y confianza a la madre para que continúe amamantando.
- f) Se informará a la madre en lactancia de los beneficios que le corresponden (programas de complementación alimentaria) y legislación que ampara a la mujer en lactancia que trabaja. (Ver Anexo N°5)
- g) Se diagnosticarán y documentarán las causas de no lactancia o destete precoz para encarar su manejo y tratamiento adecuado frente a futuros embarazos.

**Indicadores de una suficiente producción de leche**  
**(Primeras semanas de postparto)**

- 1.- Deglución audible durante el amamantamiento.
- 2.- Pechos llenos antes de amamantar y más blandos después.
- 3.- Sensación de bajada de la leche en los pechos de la madre (es normal que algunas mujeres no sientan esto).
- 4.- Pañales mojados: 6 o más en el día.
- 5.- Deposiciones: varias veces al día (habitualmente en cada mamada).
- 6.- Niño tranquilo entre mamadas.
- 7.- Promedio de incremento de peso:  
18-30 gr/día  
125-210 gr/semana

## **ANEXOS**

### **Anexo N°1 - TÉCNICA DE LACTANCIA**

La madre debe conocer y saber utilizar dos reflejos que estimulan una buena lactada:

El reflejo de la erección del pezón en la madre. Este reflejo se provoca masajeando con dos dedos el pezón, el que se hará más saliente y fácilmente tomable por el bebé.

El reflejo de búsqueda en el bebé. Este se provoca tocándole un costado de la boca con el dedo o el pezón. Inmediatamente responderá buscando y abriendo la boca. Cuando se estimula este reflejo antes de introducirle el pezón en la boca el bebé mama mejor.

La madre puede amamantar en cualquier posición, siempre que el bebé sea bien sostenido y los cuerpos de ambos estén enfrentados "panza con panza". El cuerpo del niño deberá estar colocado junto al de su madre, con su cabeza y sus hombros frente al seno del que mamará y su boca al mismo nivel del pezón.

Es importante variar las posiciones para el mejor vaciamiento mamario, prevención de tensión láctea y de grietas del pezón.

Para ofrecer el pecho al niño, la madre debe tomar el seno con la mano opuesta, apoyando el dedo pulgar sobre la parte superior de aquél y los cuatro dedos restantes ubicados en forma plana sobre las costillas.

El recién nacido debe introducir todo el pezón y casi toda la aréola en su boca. Para que el acoplamiento boca - pecho sea funcional, se requiere que el niño tome el pecho de frente, sin voltear la cara, que los labios superior e inferior están vertidos alrededor de la aréola y que la lengua se proyecte por delante de la encía inferior, para masajear los senos lactíferos.

Dentro de la boca del niño el pezón y la aréola deben formar un cono que permita llegar con la punta del pezón hasta el límite del paladar duro. Si el niño chupa sólo el pezón no hará una extracción eficiente y provocará dolorosas grietas y fisuras en el pecho de la madre.

Se sugieren mamadas frecuentes (no menos de 8 en 24 horas), hasta que la lactancia esté establecida, alternando el seno con el cual se comienza y empleando ambos pechos cada vez, aunque el recién nacido no siempre toma de ambos en la misma mamada.

Cada binomio madre - hijo tiene su propia dinámica de amamantamiento, de manera que no se pueden dar pautas rígidas en cuanto a la duración de las mamadas. Cuando se ha ajustado la producción de leche a las demandas del niño, éstas pueden ser de 2 a 20 minutos por lado. Las mamadas se irán haciendo más cortas a medida que el niño mama más eficientemente.

Cuando el niño ha satisfecho su apetito generalmente se separa solo del seno. Si se queda dormido se debe introducir el dedo meñique entre el ángulo de la boca del bebé y el pezón para desprenderlo del pecho.

Cuando la madre tiene mellizos podrá amamantar a ambos. Su producción se adaptará a la succión de los bebés. Lo ideal es que mamen en forma simultánea.

El amamantamiento correcto de un recién nacido se reconoce por:

- Sonido de deglución audible
- Actitud del niño satisfecho
- Sueño tranquilo
- Aumento de peso normal
- Al menos seis pañales mojados al día
- Deposiciones amarillas, fluidas y frecuentes
- Pezones y pechos sanos.

## **Anexo N°2 - PROBLEMAS Y DIFICULTADES MÁS COMUNES EN EL AMAMANTAMIENTO**

### **Problemas de la madre**

#### **Dolor al amamantar**

Amamantar no debe producir dolor. El dolor es el síntoma de la mayoría de los problemas del amamantamiento. La causa más frecuente es la mala posición de la boca del niño al mamar. Otra causa es la micosis como se detalla más adelante. Es necesario estar alerta a esta situación ya que el puede inhibir el reflejo eyectolácteo impidiendo un buen vaciamiento mamario, lo que genera disminución de la producción de leche y puede condicionar el rechazo del niño por el pecho materno.

#### **Grietas del pezón**

La causa más frecuente es la mala técnica de amamantamiento. Si la grieta es leve se corrige sólo con el uso de la técnica adecuada, de modo que pezón y aréola queden dentro de la boca del niño. No se deben usar cremas cicatrizantes que sólo mantienen la humedad y retardan la curación. Después de cada mamada, se debe cubrir la aréola y el pezón con leche materna y dejarla secar al aire o exponerlos al sol o calor seco por algunos minutos. Si la grieta es extensa y dolorosa se deben probar distintas posiciones del niño al mamar.

Si aún usando la técnica correcta, la grieta se abre al amamantar, se debe extraer manualmente toda la leche cada 3-4 horas y dárla al niño idealmente con cuchara por un período de 24-48 horas.

Toda madre con grieta debe ser controlada periódicamente hasta resolver el problema, ya que existe riesgo de complicarse con una mastitis.

- niños cuyas madres tienen una enfermedad grave relacionada con la maternidad (por ejemplo, psicosis, eclampsia o estén bajo los efectos de un shock).
- niños con errores congénitos del metabolismo (por ejemplo, galactosemia, fenilcetonuria, enfermedad de orina en "jarabe de arce").
- niños cuyas madres estén tomando alguna medicación contraindicada durante el amamantamiento (por ejemplo, medicamentos citotóxicos, radioactivos, excepto el propiltiouracil).
- recién nacidos de muy bajo peso al nacer o que han nacido pretérmino (<1000 g o <32 semanas de gestación al nacer, debido a sus requerimientos nutricionales particulares y capacidades funcionales).
- hijos de madres HIV positivo.

Cuando el amamantamiento tiene que interrumpirse o postergarse temporariamente, debe ayudarse a las madres a iniciar o mantener la lactación, por ejemplo, mediante la extracción (preferentemente manual) de su propia leche, a fin de poder iniciar o reanudar el amamantamiento en el momento oportuno.

## **Anexo N°5 - LEGISLACION Y DERECHOS DE LA MUJER**

### **•Reducción de la jornada de trabajo7interrupciones para amamantar**

La ley establece un descanso de 13 semanas para las funcionarias públicas y 13 para el sector privado.

La legislación autoriza a la obrera a interrumpir su trabajo para amamantar a su hijo, durante dos períodos de media hora dentro de su jornada diaria y que serán contados como trabajo efectivo.

Las funcionarias públicas madres, en los casos en que ellas mismas amamenten a sus hijos, podrán solicitar se les reduzca a la mitad el horario de trabajo y hasta que el lactante lo requiera, luego de haber hecho uso del descanso puerperal.

### **•Beneficios en dinero**

- Asignación Familiar
- Subsidio por Maternidad

### **•Complemento alimentario**

Toda mujer embarazada, en lactancia y los niños entre 6 meses y 6 años que se controlen en el Sistema Público de Salud, tienen derecho a recibir un complemento alimentario que entrega el Instituto Nacional de Alimentación en Centros de Distribución

localizados en todo el país. El complemento es gratuito, se entrega en forma mensual y para recibirlo se exige la presentación de la cédula de identidad del beneficiario y la constancia de estar al día con los controles fijados por el médico tratante.

### Congestión mamaria

Es la retención de leche producida por el vaciamiento infrecuente o insuficiente de las mamas.

La *congestión mamaria primaria* se manifiesta por un aumento de tamaño de ambas mamas, que se presentan duras y sensibles, pero de las cuales se puede extraer leche. El vaciamiento efectivo, idealmente por el niño, es el tratamiento más adecuado. Si la congestión compromete la aréola debe realizarse extracción de leche, idealmente manual, hasta ablandar la zona para que el niño pueda mamar efectivamente.

En la *congestión mamaria secundaria*, además de la acumulación de leche, se presenta edema del intersticio de la mama. Las mamas se encuentran muy duras, dolorosas, calientes y en ocasiones enrojecidas. El manejo incluye el uso de analgésicos, calor local para favorecer el vaciamiento, extracción frecuente (idealmente manual) y luego frío local para disminuir la congestión.

### Micosis

Es la infección de la zona del pezón y de la aréola producida por *Candida albicans*. Se reconoce al observar que el pezón y la aréola presentan un color rosado en contraste con el color café característico. Generalmente se observa la presencia de muguet en la boca del niño. Puede tratar a madre y niño con antimicóticos locales, aplicados en la boca del niño y en los pezones y aréola después de cada mamada por lo menos durante diez días.

### Mastitis

La mastitis es un proceso infeccioso del intersticio que rodea un lóbulo mamario. Se caracteriza por dolor, congestión y eritema localizado, generalmente unilateral, con frecuencia acompañado de malestar general, fiebre y escalofríos. El tratamiento incluye: reposo en cama por 24-48 horas, analgésicos o antiinflamatorios no esteroideos, líquidos abundantes, vaciamiento frecuente de la mama, sin que esté contraindicado el amamantamiento y antibióticos durante 10 días.

### Reflejo de eyección excesivo

En estos casos cuando el niño mama, la madre presenta una gran descarga de leche que lo atora o si es capaz de tragarla lo hace a una velocidad tal, que le produce distensión gástrica y dolor cólico, lo que le condicionará rechazo al amamantamiento. La madre debe estar muy atenta a retirar al niño de la mama la observar que éste se atora, siendo conveniente amamantar al niño en posición ventral sobre la madre o sentado frente a ella. En estos casos no es raro observar que el niño no presente el progreso ponderal esperado y que lllore con frecuencia por hambre o cólicos. Esto provoca una sobrecarga de lactosa que le produce cólicos y deposiciones frecuentes. Esto se soluciona permitiendo que el niño vacíe totalmente un lado y sólo entonces, si es que lo desea, ofrecerle el otro.

## Problemas del niño

### Disfunción motora oral

Algunos niños - por inmadurez, problemas neurológicos transitorios o permanentes, dolor facial como consecuencia del uso de fórceps o uso de chupetes - pueden presentar un trastorno en la succión. Para diagnosticarlo se debe efectuar la evaluación motora oral del recién nacido.

Si el niño se habitúa el chupete o mamadera empujará con su lengua el pezón fuera de la boca en lugar de comprimirlo contra el paladar. De esta manera sólo la punta del pezón queda en la boca del niño, quien lo muerde sin obtener leche y provocando dolor a la madre. Esto puede corregirlo la madre o el personal de Salud introduciendo el dedo índice con el pulpejo hacia arriba en la boca del niño, ejerciendo presión sobre la lengua y retirando el dedo paulatinamente. Este ejercicio se debe repetir varias veces al día hasta lograr que la lengua del niño envuelva el dedo y sobrepase la encía inferior.

### Inadecuado incremento de peso

La principal causa de un adecuado incremento de peso por insuficiente leche, es un amamantamiento inadecuado, es decir, escasa frecuencia de mamadas, falta de mamadas nocturnas, mala técnica de amamantamiento, incorrecto vaciamiento de las mamas y suplementación innecesaria.

El manejo de estos casos, se debe orientar a corregir la técnica de amamantamiento, aumentar la frecuencia de mamadas e incrementar la producción por medio de la extracción residual después de las mamadas, dándosela al niño.

### Crisis transitoria de la lactancia

Es frecuente que entre los dos y tres meses el niño que antes quedaba satisfecho después de las mamadas y pedía mamar cada tres o cuatro horas, ahora parece estar siempre con hambre, pidiendo mamar cada una o dos horas. Al pesar al niño, éste ha aumentado bien de peso. A esto se le llama "crisis transitoria de la lactancia" y se debe a que el niño ha crecido y su requerimiento de leche ha aumentado. Para aumentar el volumen de leche que recibe, el lactante mama con mayor frecuencia, lo que genera un mayor estímulo a la glándula mamaria y el consecuente aumento de la producción de leche. Este nivel de producción se mantiene aún cuando, después de 5 a 7 días, se vuelva a la frecuencia anterior de mamadas.

### Hiperbilirrubinemia en el niño amamantado

En recién nacidos de término, sanos puede presentarse:

#### - *Ictericia por alimentación insuficiente:*

Se trata de una ictericia fisiológica exagerada por escasa excreción fecal de bilirrubina. La edad de inicio es a los 2 - 4 días de nacido. Se debe a mamadas infrecuentes o inefectivas y la suplementación con agua. La prevención y el manejo de esta hiperbilirrubinemia incluye las mamadas frecuentes, 8 a 12 en 24 horas, día y noche, suprimir la ingestión de

agua y no suspender la lactancia. Si la bilirrubina sobrepasa los 15.5 mg/dl se requiere un completo estudio para esclarecer el diagnóstico diferencial.

- *Ictericia por leche materna:*

Se trata de una forma de hiperbilirrubinemia benigna, infrecuente y prolongada, producida por la presencia de alguna sustancia no identificada en la leche de la madre. La edad de inicio de esta ictericia es el final de la primera semana y puede persistir por uno a tres meses. Se plantea este diagnóstico sólo en un niño sano y con buen incremento de peso. Si el nivel de bilirrubina supera los 20 mg/dl se puede interrumpir el amamantamiento solamente por 24 horas, mientras la madre se extrae leche para mantener la producción y evitar la congestión. Durante este período se puede dar al niño fórmula o la leche de la madre extraída, calentada por 15 minutos a 56° C, ya que al calentarla se inactiva la sustancia causal de la ictericia. Luego de esta interrupción se retoma la lactancia.

### **Anexo N°3 - TECNICA DE EXTRACCION MANUAL DE LECHE**

Es necesario que todas las mujeres que amamantan a sus hijos conozcan esta técnica, ya que será de mucha utilidad para la superación de problemas que puedan poner en riesgo el éxito de la lactancia y especialmente para las madres que tienen que trabajar.

La técnica consiste en:

- Realizar un buen lavado de manos.
- En lo posible extraer en un lugar silencioso y tranquilo. Imaginar que está en un lugar agradable. Tener pensamientos positivos en relación a su niño. La capacidad de relajarse ayudará a obtener un mejor reflejo de eyección de la leche.
- Efectuar un masaje circular seguido de otro desde atrás hacia el pezón.
- Estimular suavemente los pezones estirándolos o rodándolos entre los dedos hasta sentir la bajada de la leche.
- Inclinar-se hacia delante, y sostener el pecho con una mano.
- Extraer la leche hacia un envase limpio de plástico duro o vidrio.
- Colocar el pulgar en el borde superior de la aréola y el dedo índice en el borde inferior de la aréola, de tal forma que logre comprimir los senos lactíferos.
- Presionar con el pulgar y el índice paralelos un poco hacia la pared torácica (aproximadamente 1-2 cm.).
- Presionar la aréola entre índice y pulgar, como para juntar los dos por detrás de la aréola, de tal forma que logre comprimir los senos lactíferos.
- Alternar mamas cuando disminuye el flujo de leche, repetir el masaje y el ciclo varias veces.

- La cantidad de leche que se obtenga en cada extracción puede variar. Esto no es infrecuente, pero con la práctica cada vez sacara más.

**Conservación de la leche**

- Envase para el niño de término, botellas de vidrio o plástico duro limpias (el envase debe lavarse bien con agua caliente y detergente enjuagándolo bien con agua caliente); para el niño pretérmino el envase debe ser estéril.
- Sellar el envase luego de la extracción. De esta forma estará listo para guardarlo en la zona más fría del refrigerador o congelador. (No guardar en la puerta).
- Guardar en cantidades iguales a las que el niño recibe en cada alimentación. Marcar cada envase con el nombre(si el niño está en el hospital), fecha, hora, y cantidad. Si la va a congelar, deje espacio en el envase para un 10% de expansión. Siempre use primero la leche que tiene más tiempo.

<b>MODO</b>	<b>NIÑO DE TERMINO</b>	<b>NIÑO DE PRETERMINO</b>
Temperatura ambiente	8 horas	No se recomienda
Refrigerador	3 días	24 horas
Congelador(Refrigerador 1 puerta)	14 días	No se recomienda
Congelador(Refrigerador 2 puertas)	3 meses	3 meses
Congelado profundo	1 año	1 año

**Para descongelar la leche:**

- Descongelar lentamente dejándola en el refrigerador la noche anterior.
- Agitar la leche en baño maría (el calor excesivo destruye enzimas y proteínas).
- Descongelar la cantidad total ya que la grasa se separa al congelar.
- Nunca usar un microondas para descongelar.
- Después de descongelada usar dentro de 24 horas.

**Anexo N°4 - RAZONES MEDICAS ACEPTABLES PARA LA ALIMENTACION SUPLEMTARIA**

Algunas indicaciones médicas pueden requerir que algunos niños reciban alimentos o líquidos además de leche materna o en lugar de ella.

## **ANEXO III**

## **Componentes del Formulario**

### **Título del formulario**

Formulario de recolección de datos de un estudio descriptivo sobre la opinión de las madres adolescentes acerca de la información brindada por el Equipo de Salud sobre la L. M..

### **Componentes**

- **Identificación del formulario:** para llevar un control del número total de encuestados.
- **Fecha:** para poder verificar el tiempo programado en días hábiles.
- **Responsable :** a modo de documentar la responsabilidad de cada encuestador para la aplicación del instrumento.
- **Identificación de la Historia Clínica :** con el fin de no encuestar a la madre en más de una oportunidad.
- **Presentación del entrevistador y objeto de la encuesta:** como facilitador para que la madre pueda hacer uso de su derecho en cuanto a conocer con quien se esta interrelacionando y el motivo de la interrelación.
- **Solicitud del aval para la realización de la encuesta:** para que la madre tenga la posibilidad de elegir o no ser encuestada.
- **Caracterización de la encuestada según la edad.**
- **Cuerpo central donde se formulan las interrogantes referentes a las variables en estudio según el problema planteado.**
- **Agradecimiento y despedida:** a modo de finalizar la encuesta en forma cálida.

## INSTRUCTIVO PARA EL USO DEL FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DEL ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA DECISION DE AMAMANTAR EN LA MADRE ADOLESCENTE.

### • Criterios generales

Este formulario consta de una hoja y fue diseñado para ser aplicado en las Instituciones: Centro Materno - Infantil Luisa Tiraparé (IMM), y Hospital Central de las Fuerzas Armadas.

Se aplicará a las madres adolescentes que llevan a control pediátrico a sus hijos menores de seis meses, manteniendo la mayor privacidad posible.

Se deben enunciar las interrogantes exactamente como están redactadas incluyendo cada opción, sin introducir conceptos subjetivos.

### • Forma de completar el formulario

Para la identificación de formulario se enumerarán previamente de acuerdo a la cantidad de formularios a emplear.

Se debe completar la fecha utilizando dos unidades para día, mes y año.

Cada responsable debe identificar con su nombre el formulario que aplica.

Para la identificación de la Institución, se debe marcar con una cruz (x) en el casillero que corresponda, donde "LT" significa Luisa Tiraparé y HCFFAA es Hospital Central de las Fuerzas Armadas.

Para no realizar la encuesta, en forma reiterada a las madres se solicitará el número de historia clínica.

Se debe leer la presentación del entrevistador y el objetivo de la entrevista de la forma que esta enunciado.

Al solicitar el aval para la realización del formulario, se marcará la respuesta con una cruz (x) en el casillero que corresponda.

Para la pregunta n°1 y n°2, colocar en el casillero correspondiente a la edad, el número de años y meses cumplidos hasta la fecha respectivamente.

Para la pregunta n°3 marcar con una cruz (x) el ítem que corresponda. En caso de que la opción sea "si", marcar con una cruz (x) el casillero que corresponda; en caso de que la opción sea "no", pasa a la pregunta n°5.

Si la respuesta es "no" en la pregunta n°5 se pasa al agradecimiento.

Para las preguntas restantes marcar con una cruz (x) el casillero que corresponda.

Si en la pregunta n° 7 la respuesta de la madre corresponde al ítem familiares y/o amigos se procederá a agradecer. Cabe aclarar que se considera equipo de salud cuando la madre adolescente responde haber recibido información por dos o más integrantes del grupo técnico.

Al finalizar pregunta n°10, pasar al cierre de la entrevista, leyendo textualmente el agradecimiento.

**FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS DE UN ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA IMPORTANCIA DEL FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA DECISION DE AMAMANTAR EN LA MADRE ADOLESCENTE.**

IDENTIFICACION DEL FORMULARIO   FECHA   RESPONSABLE

INSTITUCION 

J	LT	FRAA

 N° HISTORIA CLINICA

Somos estudiantes de Enfermería, estamos realizando un estudio para conocer como siente la madre la información brindada por el Equipo de Salud sobre la promoción (fomento) de Lactancia Materna; no necesitamos conocer su nombre si no su experiencia personal como madre, si Ud. acepta responder algunas preguntas nos ayudará a realizar nuestro estudio.

(marque con una cruz) SI  NO

1) Edad de la madre (años)

2) Edad del bebe (meses)

3) a) Amamanta a su hijo ? SI  (Si la respuesta es SI pasa a la opción b.)  
NO  (Si la respuesta es NO pasa a la pregunta n°5) |

b) - en forma exclusiva

- más mamaderas

- más alimentos sólidos

4) Cuando decidió agregar otros alimentos fue por:

- decisión propia

- recomendación del pediatra

- motivada por la familia y/o amigos

- no sabe / no contesta

5) Usted recibió información sobre los beneficios de la Lactancia Materna?

SI  NO  No sabe / no contesta

Si la respuesta NO se pasa a agradecimiento.

6) En que momento recibió información :

- durante el embarazo

- luego del parto

- en ambos casos

- no sabe / no contesta

7) Quien le aportó información :

- equipo de salud

- enfermería

- nutricionista

- médico

- familiares / amigos

- partera

- médico / enfermería

- no sabe / no contesta

8) Para Ud. la información brindada sobre Lactancia es :

- muy importante

- importante

- interesante

- carece de importancia

- no contesta

9) Recibir información sobre Lactancia le ayudó a iniciar y mantener la misma?

- si

- no

- ya estaba decidida

- no sabe / no contesta

10) Para usted la información recibida fue:

- buena

- regular

- mala

**Gracias por su colaboración y por la información que nos aportó.**