

**UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES**



Relación entre el destete precoz y los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna de madres de niños y niñas de 2-5 años de edad

Trabajo de graduación presentado por
María Andrea Santos Guzmán
para optar al grado académico de Licenciada en Nutrición

Guatemala
2014

Relación entre el destete precoz y los
conocimientos, actitudes y prácticas sobre
lactancia materna de madres de niños y niñas de
2-5 años de edad

**UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES**



Relación entre el destete precoz y los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna de madres de niños y niñas de 2-5 años de edad

Trabajo de graduación presentado por
María Andrea Santos Guzmán
para optar al grado académico de Licenciada en Nutrición

Guatemala
2014

Vo. Bo.:

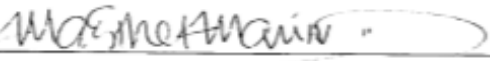
(f) 

(Licenciada María Lourdes Mendoza)

Tribunal examinador:

(f) 

(Licenciada Lucía Castellanos de Rodríguez)

(f) 

Licenciada María Esther Marín

(f) 

Licenciada Karen Ileana Kestler

Fecha de aprobación: Guatemala, diciembre 1 de 2014

PREFACIO

Esta investigación está inspirada en las madres lactantes de Guatemala que optan por la lactancia materna como la mejor alimentación para sus hijos e hijas. Intenta presentar la relación entre los factores sociales de la madre que acude a la consulta externa de la *Clínica del Niño Sano* del *Hospital Roosevelt* con la duración y práctica de la alimentación con leche materna.

A las mujeres entrevistadas que compartieron sus experiencias y al personal de salud que me brindó la ayuda y herramientas necesarias para llevar a cabo el estudio, muchas gracias.

Además, quiero agradecer a mi familia nuclear: Papá, Mamá y Gaby. A los demás miembros de mi familia, amigos y compañeros: Andrea, Wendy, Mónica, Isabel y Rodrigo, gracias por su apoyo.

A mis profesores y mentores: Lucía Castellanos, Karen Kestler, María Esther Marín y Dr. Eizaguirre. En especial, a Lourdes Mendoza, mi asesora de tesis y a Alfredo Bedregal mi asesor de estadística, gracias por apoyarme con el proceso de tesis.

A la *Clínica del Niño Sano*, por apoyarme y permitirme hacer uso de sus instalaciones durante las semanas que administré la entrevista. A la UVG, en especial al Departamento de Nutrición.

CONTENIDO

	Página
PREFACIO	v
LISTA DE CUADROS	vii
LISTA DE GRÁFICAS	vii
RESUMEN	ix

Capítulos

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	OBJETIVOS	2
III.	JUSTIFICACIÓN	3
IV.	MARCO TEÓRICO	4
V.	METODOLOGÍA	27
VI.	RESULTADOS	37
VII.	DISCUSIÓN	50
VIII.	CONCLUSIONES	57
IX.	RECOMENDACIONES	59
X.	BIBLIOGRAFÍA	60
XI.	ANEXOS	63

Índice de cuadros

Cuadro 1 Componentes y valor nutritivo de la leche materna.....	7
Cuadro 2 Características de la leche de madre de prematuro.....	10
Cuadro 3 Variables de estudio.....	27
Cuadro 4 Puntaje de acuerdo al nivel de exigencia	30
Cuadro 5 Puntaje según nivel de conocimiento	30
Cuadro 6 Puntaje según opinión materna.....	31
Cuadro 7 Puntaje atribuido a la actitud materna.....	31
Cuadro 8 Caracterización de las madres según edad y estado civil.....	37
Cuadro 9 Caracterización de las madres según nivel de escolaridad.....	38
Cuadro 10 Caracterización de las madres según ocupación.....	38
Cuadro 11 Caracterización de las madres según paridad y planificación del embarazo.....	38
Cuadro 12 Nivel de conocimiento y actitud hacia la lactancia materna.....	39
Cuadro 13 Prácticas de lactancia materna	39
Cuadro 14 Estadística descriptiva de las variables	43
Cuadro 15 Correlaciones entre variables estudiadas.....	44
Cuadro 16 Correlaciones de conocimientos, actitudes y prácticas con destete.....	44
Cuadro 17 Correlaciones de variables con destete.....	45
Cuadro 18 Relación entre el tipo de actitud de la madre y la duración de lactanciamaterna	45
Cuadro 19 Duración de la lactancia materna relacionada con el nivel de escolaridad de la madre.....	46
Cuadro 20 Nivel de conocimiento sobre lactancia materna relacionado con el nivele de escolaridad de la madre.....	46
Cuadro 21 Paridad de la madre relacionada con la duración de lactancia	47
Cuadro 22 Ocupación de la madre relacionada con la duración de lactancia materna	47
Cuadro 23 Ocupación de la madre relacionada con estado civil	48
Cuadro 24 Planificación del embarazo relacionado con duración de lactancia materna	48

Índice de gráficas

Gráfica 1 Introducción de alimentos distintos a la leche materna durante los primeros 6 meses de vida del hijo/a.....	41
Gráfica 2 Razones por las cuales las madres suspendieron la lactancia materna antes de los dos años de edad de su hijo/a	41
Gráfica 3 Mitos y creencias sobre lactancia materna consideradas verdaderas o falsas	42
Gráfica 4 Fuentes de información sobre lactancia materna	49

RESUMEN

La lactancia materna es un proceso exclusivo que consiste en la alimentación del niño recién nacido con leche materna. Este proceso comprende el período en el que el infante es alimentado con leche de su madre. Es una forma de alimentación que no tiene sustitución, y que además es capaz de promover el desarrollo y el crecimiento óptimo de los niños. La OMS y UNICEF establecieron que la alimentación con leche materna debía ser exclusiva hasta los 6 meses de edad. A partir de éste semestre debía administrarse alimentación complementaria y lactancia hasta los dos años de edad como mínimo.

A través de esta investigación se mostró la relación entre el destete precoz y las características de la madre, así como la relación entre la duración de la lactancia y los conocimientos, actitudes y prácticas de ésta. El trabajo de campo se llevó a cabo en la *Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt* durante el mes de septiembre de 2014.

La población la constituyó una muestra de ciento treinta y seis mujeres con hijos e hijas de dos a cinco años de edad que acuden a la consulta externa de la *Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt*. Para obtener los resultados se diseñó, revisó y analizó un cuestionario de 25 preguntas relacionadas con los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres hacia la lactancia materna, cada una respondía a un objetivo.

Los resultados demostraron que la población se caracterizó por estar constituida principalmente por mujeres mayores de edad, multíparas, casadas o en unión libre, donde la mayoría definió su embarazo como no planificado. La mayor parte completó los estudios de primaria y se dedicaban a labores propias del hogar.

El análisis de las encuestas mostró que un mejor nivel de conocimientos garantiza una mayor duración en el periodo de lactancia materna. Las actitudes y prácticas sobre lactancia materna no poseen una relación estadísticamente significativa con el destete precoz. Asimismo, fue posible determinar que la edad de la madre influye en el número de hijos que esta tiene, indicando que una mayor edad se encuentra relacionada con mayor cantidad de hijos.

Las variables que mostraron relaciones significativas entre sí fueron la escolaridad con número de hijos y con la edad. Una mayor escolaridad implica que el número de hijos es menor y que las madres con mayor edad poseen grados más bajos de escolaridad.

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad la tasa de inicio de lactancia materna (LM), es decir, la cantidad de madres que inician la lactancia materna luego del nacimiento del niño, se encuentra en 55.5% según OMS. A medida que la tasa de inicio disminuye, la incidencia de abandono prematuro de la misma tiende a aumentar. Esta situación se da tanto a nivel internacional como a nivel nacional.

En Guatemala las estadísticas de abandono de la lactancia materna y destete precoz han ido en aumento según las estadísticas del ENSMI 2008-2009. El destete precoz influye directamente en la salud de los niños de 0-24 meses de edad, principalmente en la nutrición e inmunidad a lo largo de su desarrollo. La protección, promoción y apoyo a la lactancia han sido consideradas una prioridad para la salud pública y con base en ello se forman nuevas iniciativas que apoyan a las madres para continuar con la lactancia materna y evitar en la medida de lo posible que acudan a sucedáneos de leche materna.

Esta investigación pretende mostrar las razones principales por las cuales las madres que asisten a consulta externa en *La Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt* dejan de dar lactancia materna antes del periodo recomendado o nunca lo inician. Asimismo se relacionarán las características de la madre y la familia con el destete precoz de los infantes antes de los dos años de edad.

II. OBJETIVOS

A. General

Describir los factores que promueven el abandono prematuro de la lactancia materna a través de los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres lactantes que asisten a consulta externa en la *Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt*.

B. Específicos

1. Relacionar los conocimientos acerca de la lactancia materna que tienen las madres de niños y niñas de 2-5 años de edad que asisten a consulta externa en la *Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt*, con el destete precoz.
2. Relacionar el destete precoz con las actitudes de las madres de niños y niñas de 2-5 años de edad que asisten a consulta externa en la *Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt* hacia la lactancia materna.
3. Relacionar el destete precoz con los factores culturales y sociales de la madre.
4. Relacionar el destete precoz con las prácticas de las madres de niños y niñas de 2-5 años de edad que asisten a consulta externa en la *Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt*.

III. JUSTIFICACIÓN

Guatemala es un país en vías de desarrollo; uno de sus principales problemas es la desnutrición crónica, que la padece 1 de cada 2 niños menores de 5 años de edad. La desnutrición aguda es también considerable, aunque en menor incidencia, es también un problema a nivel nacional. La nutrición de los y las niñas en los primeros años de vida es de vital importancia para su desarrollo motor e intelectual.

La lactancia materna es la alimentación principal en el niño recién nacido y forma parte importante de su vida hasta los 24 meses de edad, es por ello que el abandono precoz de la lactancia materna aumenta el padecimiento de desnutrición y subdesarrollo en los niños que son privados de este derecho. Es importante identificar las causas de este fenómeno para poder abordar el problema correctamente, desde su raíz.

Esta investigación es de mucha importancia, ya que determinará las razones principales y que más inciden en el abandono de la lactancia materna antes del tiempo recomendado. Con esta información es posible fortalecer los programas y grupos de apoyo de la lactancia y establecer metodologías basadas en los resultados para abordar el problema.

IV. MARCO TEÓRICO

A. Alimentación del lactante y niño pequeño

1. Lactancia materna. La lactancia materna se define como el proceso exclusivo que consiste en la alimentación del niño recién nacido con leche materna (Galindo, 2013). Este proceso comprende el período en el que el infante es alimentado con leche de su madre. Es una forma de alimentación que no tiene sustitución, y que además es capaz de promover el desarrollo y crecimiento óptimo de los niños (OMS, 2010).

La OMS y UNICEF recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del recién nacido e indica que la lactancia debe continuar a partir de los seis meses hasta los dos años de edad como mínimo (OMS, 2010).

2. Tipos de Lactancia materna. La lactancia materna se clasifica en diferentes tipos. Puede clasificarse según el tiempo en el que ésta es el único alimento para el lactante y el tiempo en que se complementa con otros alimentos, ya sean líquidos y/o sólidos (Puertas, 2004).

a. Lactancia materna exclusiva. Según los indicadores de la Organización Mundial de la Salud la lactancia materna es exclusiva cuando el infante es alimentado únicamente con la leche de su madre, incluyendo la leche extraída. Ésta es recomendada durante los primeros cinco a seis meses de vida del niño recién nacido (OMS, 2009).

b. Lactancia materna predominante. Este tipo de lactancia se refiere a que la alimentación por el pecho de la madre es el principal alimento para el bebé. Es la leche de la madre que además de líquidos que no poseen fines nutritivos, tales como agua, infusiones, soluciones orales, jugos o jarabes (Galindo, 2013).

c. Lactancia materna completa. Según la *Encuesta de Salud Materno Infantil* (ENSMI) la lactancia completa se define como la circunstancia de alimentar al lactante con leche y agua, que incluye la lactancia materna exclusiva además de la predominante (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2009).

d. Lactancia materna parcial. Conocida también como alimentación complementaria, la lactancia parcial se refiere a la alimentación a base de leche materna además de alimentos sólidos o semisólidos. Esta se imparte cuando la lactancia materna no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales del infante, por lo que otros alimentos son añadidos a la dieta. El período cubre desde los 6 a los 24 meses de edad (Galindo, 2013).

B. Composición y valor nutritivo de la leche materna

La leche materna es un fluido completo que se adapta a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del niño a medida que éste crece y se desarrolla. Contiene macro y micronutrientes además de hormonas y enzimas que en conjunto ofrecen al niño el alimento ideal y completo durante los primeros años de vida (UNICEF, 1995)

1. Macronutrientes

a. agua: la leche materna contiene un porcentaje de agua de 88%. La osmolaridad del fluido es semejante al plasma y permite el niño mantener un equilibrio electrolítico perfecto (Juárez, 2007).

b. proteínas: la leche humana madura posee la concentración más baja de proteína (0,9g/100mL) comparada con otras especies de mamíferos. Esta cantidad es óptima para el adecuado crecimiento del recién nacido. Se compone de caseína (30%) y 70% de proteínas del suero (lactoalbúmina, seroalbúmina, inmunoglobulinas, glicoproteínas, lactoferrina, lisozima, enzimas, moduladores del crecimiento, hormonas y prostaglandinas) (Juárez, 2007)).

Las inmunoglobulinas de la leche materna son diferentes a las del plasma. La IgA es la principal inmunoglobulina de la leche humana. La proporción de inmunoglobulinas en la leche se modifica progresivamente hasta llegar al nivel que se mantiene en la leche madura, alrededor de 14 días de postparto (Juárez, 2007).

c. carbohidratos: el principal carbohidrato de la leche humana es la lactosa, con un contenido de 7g/dL. Esta representa un nutriente específico para los primeros 12 meses de vida, puesto que la enzima lactasa que la metaboliza sólo se encuentra en los mamíferos infantes mientras estos sean alimentados con leche materna (Aguilar, 2010).

El alto contenido de lactosa de la leche humana facilita la absorción de calcio y hierro, además promueve la colonización intestinal con *Lactobacillus bifidus*, flora microbiana fermentativa que mantiene un ambiente ácido en el intestino, inhibiendo el crecimiento de microorganismos patógenos y parásitos (Aguilar, 2010).

Además de la lactosa, en la leche humana se ha logrado identificar más de 50 oligosacáridos, constituyendo el 1,2% de la leche madura. Dichos oligosacáridos incluyen glucosa, galactosa, fructosa y ácido siálico (Aguilar, 2010).

d. grasas: la grasa constituye el componente con mayor variabilidad de la leche humana. Sus concentraciones aumentan desde 2g/100mL en el calostro hasta alrededor de 4-4,5 g/100mL a los 15 días post parto. La variación también ocurre dependiendo de la frecuencia de las mamadas y dentro de una misma. La leche del final de la mamada es de 4-5 veces más concentrada en grasa que la primera (González, 2008).

La composición de ácidos grasos de la leche humana es de 42% de ácidos grasos saturados y 57% de poliinsaturados. Luego del nacimiento, el principal aporte de energía proviene de las grasas. La leche materna proporciona el 50% de las calorías en forma de grasa (González, 2008).

2. Micronutrientes

a. vitaminas: las vitaminas contenidas en la leche materna se encuentran en cantidades ideales para el recién nacido; sin embargo puede variar según la ingesta de la madre (UNICEF, 1995).

Entre las vitaminas liposolubles se encuentra la vitamina A, vitamina K (mayor en el calostro y en la leche de transición), vitamina E y vitamina D (0,15mg/100mL). En las vitaminas hidrosolubles presentes en la leche humana se encuentran la vitamina B12, niacina, ácido fólico y ácido ascórbico (UNICEF, 1995).

b. minerales: la leche materna contiene calcio, hierro, fósforo, magnesio, zinc, potasio y flúor. La concentración no se ve afectada por la dieta materna. Si existe una disminución de calcio, el mecanismo compensatorio restringe la excreción urinaria del mismo. La relación de calcio-fósforo en la leche humana es de 2:1. Asimismo contiene alta biodisponibilidad de hierro.

La cantidad de zinc es pequeña pero suficiente para cubrir los requerimientos del niño sin alterar la absorción de hierro y cobre (UNICEF, 1995).

c. Elementos traza: los elementos traza contenidos en la leche materna son cobre, cobalto, selenio, cromo, manganeso, aluminio, plomo, cadmio y yodo. El niño alimentado al pecho presenta pocos riesgos de deficiencia o exceso de minerales traza (UNICEF, 1995).

3. Hormonas y enzimas

a. Hormonas: la oxitocina, prolactina, esteroides ováricos, adrenales y prostaglandinas se encuentran en la leche humana. Asimismo se encuentran enzimas como la lisozima y otras fines inmunológicos (Juárez, 2007).

b. enzimas: las enzimas cumplen una función primordial en el crecimiento del bebé. Algunas son importantes para el desarrollo neonatal, como las enzimas proteolíticas, peroxidasa, lisozima, y xantino-oxidasa; otras aumentan las enzimas digestivas propias del infanta, como la alfa-amilasa y lipasa estimulada por sales biliares (Juárez, 2007).

El Cuadro 1 expone los componentes y el valor nutritivo de la leche materna. La primera columna indica el nutriente contenido en la leche materna. Las columnas posteriores indican la presencia de dicho nutriente, expresada por cantidad, en el calostro, leche de transición y leche madura por cada 100 cc de leche humana fluida.

Cuadro 1 Componentes y valor nutritivo de la leche materna

Nutriente (por cada 100 cc de leche humana fluida)	Tipo de leche		
	Calostro	Transición	Madura
Energía (Kcal)	58	74	71
Grasa (g)	2.9	3.6	3.8
Lactosa (g)	5.3	6.6	7
Proteína (g)	2.7	1.6	1.2
Lactoalbúmina		0.8	0.30
Vitaminas y minerales			
Calcio (mg)	31	34	33
Fósforo (mg)	14	17	15
Hierro (mg)	0.09	0.04	0.15
Vitamina A(ug)	89	88	53

Continuación Cuadro 1				
Nutriente (por cada 100 cc de leche humana fluida)	Calostro	Transición	Madura	
Carotenoides (ug)	112	38	27	
Vitamina E (mg)	1.28	1.32	0.56	
Ácido ascórbico (mg)	4.4	5.4	4.30	
Ácido fólico (ug)	0.05	0.02	0.18	
Niacina (u)	75	175	172	
Riboflavina (ug)	29.6	33.2	42.6	
Tiamina (ug)	15	16	16	
Vitamina B12 (ug)	0.05	0.04	traza	

Juárez, 2007.

C. Transición de la leche materna según etapas de amamantamiento

La composición de la leche humana sufre una serie de cambios dependiendo de la etapa en la cual se encuentra el lactante. Cada leche tiene características propias que diferencian una etapa de otra, tanto en su composición como en sus características físicas (UNICEF, 1995).

1. Cambios en el periodo post-parto

a. Calostro. El calostro se define como el precursor de la leche materna. Se presenta como un líquido amarillento de alta viscosidad que se produce desde el último trimestre de embarazo y en los primeros 5 días después del parto. La densidad es alta y su volumen es bajo (Llanos, 2004).

Este tipo de leche proporciona menor cantidad de energía que la leche madura, su contenido de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles es menor. El contenido de proteína, vitaminas liposolubles y sodio es más alto que el de la leche madura (Llanos, 2004).

El calostro es rico en inmunoglobulinas, específicamente la IgA y el color amarillo del mismo se debe a la elevada cantidad de carotenos que posee (Juárez, 2007).

b. Leche de transición. El calostro pasa por una transición hacia leche madura entre los tres y catorce días post parto y aumenta gradualmente hasta convertirse en leche madura. La leche de transición se observa de color blanquecino y es secretado desde el quinto o séptimo día hasta el final de la segunda semana. La lactosa, grasa y contenido energético se encuentra en incremento mientras el contenido de inmunoglobulinas disminuye gradualmente (Juárez, 2007).

c. Leche madura. La leche madura es producida a partir de la tercera semana. El color se observa más blanco que las anteriores y la densidad es mayor. Este tipo de leche posee variaciones en sus componentes que dependen de la madre, las horas del día, las mamadas y las etapas de acuerdo a las necesidades del infante. La leche madura tiene la capacidad de regular la temperatura del recién nacido (Juárez, 2007).

2. Cambios según término del recién nacido. La composición de la leche humana varía según sea leche de madre de niño a término o leche de madre de prematuro. Durante las primeras 24 semanas las madres de los prematuros segregan una leche cuya composición se adapta a los requerimientos estimados de nutrientes de sus hijos. Únicamente el contenido de calcio y fósforo resulta inferior (Gómez, 1997).

La leche de madre de prematuro contiene una serie de aminoácidos que son necesarios para el correcto desarrollo del sistema nervioso central del prematuro, el aporte de aminoácidos potencialmente tóxicos que sobrecargan la función renal es menor. Además contiene ácidos grasos de cadena media y larga; posee más colesterol que la leche madura y otras sustancias que facilitan el proceso de digestión (carnitina y lipasas). Asimismo contiene sustancias que son más fáciles de absorber por el intestino inmaduro del prematuro, como los MCT y lactosa humana (Gómez, 1997).

El Cuadro 2 explica las características de la leche materna del bebé prematuro. Expone las peculiaridades de este tipo de leche en cuanto al aporte proteico, de carbohidratos y grasas.

Cuadro 2 Características de la leche de madre de prematuro

Proteínas	Mayor aporte: 2-4 g/kg/día. Mayor cantidad de taurina, leucina, glicina, cistina. Menor cantidad de fenilalanina, metionina y tirosina (potencialmente tóxicos)
Carbohidratos	Aporta lactoferrina, lisozima, IgA Lactosa humana: 100% flora intestinal no patógena, mayor absorción de minerales.
Grasas	Más ácidos grasos de cadena media y larga (omega 3) Más colesterol y fosfolípidos Más MCT Más lipasas (absorción del 90%) Más carnitina (co-factor para oxidación de grasas)

Fuente: Gómez, 1997

D. Beneficios de la lactancia materna

Durante los últimos años, las investigaciones acerca de la alimentación por lactancia materna han seguido acumulado pruebas sobre los beneficios sanitarios de éste tipo de alimentación. La OMS afirma con plena seguridad que la lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta. Además de las ventajas que ofrece para el bebé, también se han hallado bienes para la madre al momento de dar lactancia (OMS, 2013).

1. Beneficios para la madre

a. Salud materna. el inicio de la lactancia materna inmediatamente después del parto estimula la liberación de la oxitocina, hormona que ayuda a contraer el útero, expelle la placenta y reduce el sangrado de posparto. La lactancia materna retrasa el regreso de la fertilidad, reduciendo la exposición a los riesgos de la salud materna asociados a cortos intervalos entre nacimientos. Las madres que amamantan tienden a correr menos riesgo de sufrir cáncer de mama o cáncer ovárico (OPS, 2002).

El estudio de Cordero y Gonzáles realizado en España en el 2010 demostró que existe una correlación significativa entre la edad de diagnóstico del cáncer, el tiempo de lactancia materna y la existencia de antecedentes familiares y personales de cáncer.

Se concluyó que la lactancia materna por períodos de tiempo superiores a seis meses protege a la madre de enfermedades graves, como el cáncer de mama (Cordero y Gonzáles, 2010).

b. Economía. La lactancia materna es el método menos costoso de alimentación al recién nacido. Para muchas familias con recursos económicos limitados, el costo de los sucedáneos de la leche materna los torna inaccesibles. El impacto de la compra de fórmulas en el presupuesto familiar suele ser agobiante, especialmente si el niño presenta una enfermedad oportunista (OPS, 2002).

c. Espaciamiento de los nacimientos. existe un método denominado LAM (método lactancia materna y amenorrea), este método es el anticonceptivo natural más eficaz recomendable para espaciar embarazos. La lactancia materna exclusiva y la amenorrea de la madre evitan el embarazo en el 98% de los casos durante los primeros 6 meses después del parto (UNICEF, 1995).

d. Otros beneficios:

- Hace sentir segura a la madre y con mayor confianza en sí misma si sabe que está proporcionando a su hijo el mejor alimento y cumpliendo correctamente con el rol de la madre.
- Reduce la depresión post-parto.
- Facilita la recuperación física del parto.
- Madre aprende a interpretar rápidamente las necesidades del bebé en cada momento.
- Cuanto más se ponga al niño al pecho, más leche produce la madre.
- Favorece el apego entre madre/hijo (Rojas, 2010).

2. Beneficios para el lactante

a. Desarrollo intelectual y motor. Se ha demostrado que los niños amamantados sobresalen en pruebas de desarrollo intelectual y motor en comparación con los que no son amamantados (OPS, 2002).

La leche materna contribuye al crecimiento y desarrollo cerebral. El contacto físico y único entre madre e hijo proporcionado por la lactancia conlleva un estímulo psicosocial y un vínculo que proporcionan beneficios para su desarrollo (OPS, 2002).

b. Enfermedades crónicas. La asociación entre la alimentación infantil y el número de enfermedades crónicas o no transmisibles como alergias, obesidad,

diabetes, hipertensión, cáncer y enfermedad de Crohn son atribuidas a una lactancia materna inadecuada (OMS, 1998).

Las tasas de diarrea, infecciones de las vías respiratorias, otitis media y otras infecciones, así como las defunciones causadas por estas enfermedades son menores en niños amamantados que en los que no lo son. Durante los primeros seis meses de vida, las tasas son menores entre lactantes amamantados en forma exclusiva que entre los amamantados en forma parcial (Morán, 2009).

Estos beneficios son el resultado de una mayor inmunidad y una menor exposición a los agentes infecciosos, son mayores en los niños pequeños y cuando existen una higiene y/o saneamiento inadecuados (OPS, 2002).

c. Otros beneficios:

- La leche humana es el elemento más nutritivo para un bebé, contiene alto valor nutritivo y proporciona anticuerpos necesarios para que el niño esté protegido de infecciones y enfermedades futuras.
- La anemia por carencia de hierro es rara entre los niños nacidos a término y alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses.
- Favorece el desarrollo cerebral y del sistema nervioso, mejorando la capacidad intelectual y la agudeza visual.
- La succión contribuye a un mejor desarrollo de la estructura bucal, ayudando al crecimiento de dientes sanos.
- El contacto de la piel del bebé con la de su madre le aporte múltiples beneficios, pues el tacto es el sistema sensorial que está más maduro en los primeros meses de vida.
- La lactancia promueve la unión entre madre-hijo que se crea durante el embarazo, contribuyendo al equilibrio emocional y afectivo del niño.
- A través de la piel de la madre el bebé capta el cariño y apoyo, lo cual permite que se desarrolle con confianza y seguridad en sí mismo (Rojas, 2010).

E. Contraindicaciones de la lactancia materna

En determinadas circunstancias, la continuación de la lactancia materna se encuentra contraindicada debido situaciones que arriesgan la salud del bebé, es por ello que se le solicita a la madre que suspenda la LM hasta que su condición mejore, esto con el fin de proteger al lactante de otras complicaciones (Viñas, 2012).

Entre las contraindicaciones de la LM se encuentran:

1. VIH: se considera una contraindicación debido al riesgo de transmisión del sida por lactancia materna (Rojas, 2010).

A pesar de que algunas entidades no recomiendan la lactancia materna si la madre del infante es VIH positivo, la OMS indica que bajo esta circunstancia, la madre debe dar lactancia materna exclusiva al recién nacido por un mínimo de 6 meses, siempre y cuando reciba una terapia o intervención antiretroviral para reducir la probabilidad de la transmisión del virus a través de la leche materna (OMS, 2010).

2. Herpes simple: en recién nacidos de menos de 15 días puede producir una infección potencialmente mortal. Durante el primer mes la presencia de lesiones de herpes en el pezón contraindica la lactancia de ese lado hasta su curación (Viñas, 2007).

3. Galactosemia: enfermedad congénita por déficit de la enzima galactosa-1-fosfatouridil transferasa en el hígado (Rojas, 2010).

4. Utilización de fármacos: madre que toma fármacos contraindicados con la lactancia (Viñas, 2007). Entre ellos anticoagulantes como la Fenindiona, cardiovasculares como la Amiodarona, derivados del Ergot (inhibición de prolactina), como lo es la Ergotamina. Asimismo se encuentran contraindicados fármacos ginecológicos como Bromocriptina, Cavergolina y Lisurida, además de Antineoplásicos, psicofármacos como las anfetaminas, yoduros y por último drogas de abuso social: cocaína, fenciclidina, heroína, LSD, marihuana y alcohol en exceso (Gómez 2007).

5. Madre que consume drogas y/o alcohol.

6. Madre que recibe quimioterapia: a través de la lactancia materna el bebé puede recibir antimetabolitos o isótopos radioactivos (Viñas, 2007).

7. Madre con citomegalovirus con recién nacido prematuro: el recién nacido a término no suele infectarse, aunque se ha comprobado el paso de CMB a través de la lactancia (Viñas, 2007).

F. Epidemiología sobre lactancia materna

Si bien la epidemiología se refiere al estudio de la distribución y los determinantes de estados patológicos, también se aplica al estudio de eventos relacionados con la salud y el control de enfermedades y otros problemas (OMS, 2010).

Es por ello que en este caso, por estar la leche materna estrechamente ligada con la salud del recién nacido, se utiliza el término epidemiología para describir las estadísticas de nutrición y lactancia materna en América Latina y Guatemala.

1. Epidemiología de la lactancia materna en América Latina y el Caribe. Las estadísticas mundiales publicadas por la OPS demuestran que el 48.8% de los lactantes cumplen con la iniciación temprana de la lactancia materna. El 37.9% cumple con lactancia materna exclusiva de 0-6 meses de edad. La duración mediana de la lactancia materna únicamente alcanza los 13.4 meses de vida (OPS, 2013).

2. Epidemiología de la lactancia materna en Guatemala. La *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil* (ENSMI) de 2008-2009 publicó que para las niñas y niños menores de tres meses de edad, el 55.6% estaba recibiendo lactancia materna exclusiva, cifra que disminuye antes de iniciar el séptimo mes de vida. Asimismo, se demostró que el 19.4% de las niñas y niños menores de seis meses de edad recibían sucedáneos de la leche materna y otros líquidos. (ENSMI, 2009).

La ENSMI mostró que el 4.2% de los y las niñas de 0-3 meses de edad no lactaban, el 55.6% se encontraba con lactancia materna exclusiva y el 20.9% con lactancia predominante. En los infantes de 0-5 meses de edad el porcentaje de no lactantes fue de 5.9%, 49.6% con lactancia materna exclusiva y 19.4% con lactancia predominante. La lactancia materna complementaria fue evaluada en niños y niñas de 6-9 meses, con un resultado del 71.3%. La lactancia materna continuada representó el 78.6% para niños y niñas de 12-15 meses de edad y 46.2% para las edades comprendidas entre 20-23 meses (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2009).

En el 2011 la OMS publicó que en Guatemala la lactancia materna exclusiva la recibía el 50% de los niños lactantes, mientras la lactancia materna hasta los 24 meses de edad la recibía únicamente el 46% (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2009).

G. Factores asociados al destete precoz

El destete se define como el momento en el cual la madre suspende la lactancia materna por completo, sustituyéndola por sucedáneos de leche materna, alimentos sólidos o papillas.

El destete precoz se refiere a la separación abrupta y definitiva al bebé de la leche de la madre anticipadamente con respecto a la edad tradicional de destete.

En este caso se tomará el destete precoz como la suspensión de la leche materna antes de los 24 meses de edad.

La OMS y UNICEF establecieron tres directrices para la lactancia óptima, una de las formas más eficientes de garantizar la vida y minimizar la morbi-mortalidad infantil en países en desarrollo:

1. Comenzar a amamantar al recién nacido lo más pronto posible.
2. Amamantar en forma exclusiva hasta que el infante tenga 6 meses de edad.
3. A partir de los 6 meses amamantar con alimentación complementaria hasta los 2 años de edad como mínimo. Si el destete se da antes de los 24 meses de edad, éste se considera precoz. (Strain, 2005)

A medida que pasan los años, las tasas de lactancia materna muestran una tendencia a disminuir, especialmente en países desarrollados. Actualmente una reducida cantidad de mujeres amamanta a sus hijos de forma exclusiva durante los primeros meses posparto y muchas abandonan precozmente la lactancia materna (Carrasco, 2007).

La suspensión abrupta del amamantamiento se debe a varios factores, entre ellos culturales, los que rodean a los conocimientos y mitos sobre lactancia materna, actitudes de las madres frente a este tipo de alimentación, escolaridad, paridad y políticas nacionales que protegen la lactancia.

1. Factores culturales

a. Cultura del biberón. El abandono de la lactancia materna se asocia a diversos factores culturales. Inicia en los países industrializados y posteriormente se adopta por naciones pobres. Esta situación incluye también factores socioeconómicos; los diferentes grupos han adoptado culturas que se han convertido en sinónimo de modernidad y mayor calidad de alimentación para el niño o niña recién nacido/a. (Gómez 2002).

La “cultura del biberón” fue adoptada en su mayoría por las mujeres de estratos sociales altos en los países subdesarrollados. Se considera que este proceso ha sido imitación de las sociedades avanzadas, donde los recursos les permiten la alimentación con sucedáneos sin aparentar ningún riesgo para el infante que no recibe lactancia materna (Carrasco, 2007).

En los niveles socioeconómicos bajos la adquisición de fórmulas infantiles y tetinas repercute de forma significativa en la economía familiar. El estímulo para la

adquisición de dichos productos es recibido a través de los medios de comunicación, demostrando el “prestigio” que representa la imagen de una sociedad sin limitación de recursos (Carrasco, 2007).

Diversos estudios a nivel nacional e internacional han demostrado que la ocupación de la madre y otros estilos de vida que dificultan la lactancia materna son factores asociados directamente al destete precoz. Se ha observado que existe una mayor prevalencia de lactancia materna en madres amas de casa que en madres que estudian o trabajan, pues omiten el proceso de lactancia en lugar de extraer su leche y almacenarla en condiciones adecuadas que no interfieran con la alimentación exclusiva del infante (Strain, 2001).

2. Conocimientos y mitos. En el año 2004, Delgado y Orellana realizaron un estudio acerca de los conocimientos maternos sobre conductas óptimas sobre la lactancia materna en Colombia. Durante la investigación evaluaron los conocimientos acerca de la iniciación de la LM en la primera hora después del parto, alimentación con leche materna a libre demanda (incluyendo las comidas nocturnas), lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad del lactante, complementación de la lactancia materna con alimentos adecuados cuando el niño tiene alrededor de seis meses de edad y continuación de la lactancia materna hasta el segundo año de vida del niño con cese gradual de la misma. Los resultados demostraron que el promedio de los conocimientos maternos de todas las conductas óptimas fue de 73%.

El mayor promedio se obtuvo en la iniciación de la lactancia materna en la primera hora después del parto; la conducta con menor promedio fue la complementación de la lactancia materna con alimentos suplementarios adecuados cuando el niño cumple los 6 meses de edad. Esto indica que en una escala de 0-1, los conocimientos de las madres para esta población fueron aceptables (Delgado, N. José O 2004).

En Guatemala se realizó un estudio que evaluó el conocimiento de 16 aspectos sobre la lactancia materna en madres de niños menores de 2 años. Las categorías evaluadas fueron características de la primera leche, si la madre le proporcionó esa primera leche a su hijo/a, por qué es importante el calostro, cuáles son las ventajas de la lactancia para el niño, la madre y la familia.

Asimismo se evaluó el conocimiento acerca del método MELA (método anticonceptivo basado en la infertilidad natural postparto, en el cual se inhibe la

ovulación por la hormona prolactina) y el tiempo en que la madre debe esperar para iniciar a alimentar al bebé con el pecho y otras características como reconocer cuando el bebé tiene hambre o está saciado, como evitar los pezones lastimados, que hacer en caso de que la madre trabaje, cómo se extrae y almacena la leche materna, conocimientos acerca de la calidad de la leche y la edad correcta para el destete.

La calificación promedio obtenida por las madres en el estudio fue de 63 puntos. A pesar de dicho puntaje se considera aceptable, se encuentra en el límite inferior, indicando que las madres no alcanzaron un conocimiento óptimo acerca de las características y prácticas sobre lactancia materna en sus hijos/as (Juárez 2007).

Los conocimientos sobre lactancia materna pueden verse influenciados por varios aspectos, uno de ellos son los mitos alrededor del tema que pueden formar un criterio equivocado en las madres. En el movimiento "Únete por la niñez" UNICEF publicó los mitos más comunes sobre lactancia materna y la realidad de los mismos. En el documento técnico incluyó mitos sobre las madres, bebés y calidad de la leche; el objetivo final fue aclarar cada uno de los mitos y publicarlo, de esta manera evitar que las madres omitieran el proceso de lactancia (Leon, 1994).

Se establecieron nueve mitos en relación a las madres, entre ellos: las mujeres con pecho pequeño no pueden amamantar, no todas las mujeres producen leche de buena calidad, no todas las mujeres producen leche suficiente para satisfacer al bebé, la madre no puede comer ciertos alimentos durante la lactancia, si la madre está enojada o asustada no debe dar de lactar, si las madres están embarazadas de otro bebé deben dejar de amamantar, la mujer que lacta no puede tener relaciones sexuales porque la leche se daña, si la madre está enferma no debe dar de lactar y si sigue lactando no puede tomar medicación y por último, una vez que se interrumpe la lactancia no se puede volver a amamantar (UNICEF 2010).

En relación a la calidad de la leche, los mitos identificados con mayor frecuencia fueron: el calostro debe ser desechado porque es sucio y antihigiénico, el calostro es amarillo porque ha permanecido mucho tiempo en el pecho y por ello está podrido, y que el bebé no debía succionar hasta que emergiera la leche blanca.

Por último se identificaron los mitos sobre las necesidades del infante, entre ellos: los niños se deben amamantar por más tiempo que las niñas, de lo contrario serán más fértiles en la edad adulta; se debe dejar de amamantar cuando el niño o la niña aprende a caminar, se debe introducir uvas antes de los seis meses para que el niño aprenda a hablar más rápido, los bebés necesitan beber aguas aromáticas

para fortalecer el estómago y por último el biberón es inofensivo e higiénico (UNICEF 2010).

3. Actitudes frente a la lactancia materna. Las actitudes frente a la lactancia materna son percepciones y reacciones que tienden a tener las madres ante el proceso de lactancia materna.

Galindo demostró que para el departamento de Escuintla, la totalidad de las madres tuvieron una actitud positiva frente a la lactancia materna como el mejor y más completo alimento que pueden brindarles a sus hijos. Concluyó que las madres percibían la lactancia materna como una especie de medicina para la prevención de enfermedades del infante, por lo que era justificable darla (Galindo 2013).

En el año 2007 se demostró que en Guatemala, las actitudes sobre lactancia materna fueron negativas, pues las madres indicaban que debido al trabajo, la práctica no era posible de realizar. Otro de los aspectos mencionados fue la baja producción de leche, asociado a una baja frecuencia de amamantamiento del infante además de una mala posición, lo cual resulta en un proceso doloroso que agrieta los pechos (Juárez 2007).

4. Escolaridad de la madre. En un estudio realizado en Escuintla, un tercio de la población estudiada (42.3%) no completó la primaria, por lo que las madres sabían únicamente leer y escribir y solo un cuarto completó sus estudios a nivel primario. Ello demuestra el grado de dificultad que puede darse en la educación que las madres deben recibir en sus controles prenatales y durante el puerperio respecto a las buenas prácticas en lactancia materna y la importancia de una alimentación complementaria, suficiente, adecuada y oportuna (Galindo, 2013).

Se ha demostrado que a mayor nivel escolar de la madre, existe menor porcentaje de abandono de la lactancia materna. Tener un nivel de escolaridad primario representa uno de los factores maternos asociados con mayor frecuencia al abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los 4 meses. Por otra parte, en América Latina, una mayor escolaridad materna es asociada con mayores porcentajes de abandono temprano de la práctica (Carrasco, 2007).

5. Paridad de la madre. Varios estudios han concluido que las mujeres primíparas tienen un mayor riesgo de retraso en el inicio de la producción láctea, problemas en la técnica de la lactancia y pérdida excesiva de peso del recién nacido durante los primeros días. El haber amamantado con éxito a un hijo anterior se asocia con una mayor duración de la lactancia materna.

Las investigaciones han hallado que este factor se debe a que las mujeres sin experiencia anterior poseen menos habilidades para afrontar la lactancia y sus dificultados y menores niveles de autosuficiente percibida (Roig, 2012).

El estudio de Navarro y colaboradores realizado en México en el año 2003 demostró que uno de los factores de riesgo para un abandono prematuro de la lactancia materna era el no haberla practicado con anterioridad (Carrasco, 2007).

H. Metodologías para el análisis de variables asociadas con destete precoz

En el año 2007, el estudio de Carrasco realizó la asociación entre el destete y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la lactancia materna exclusiva en madres de niños/as con 6 meses de vida. Con la información que obtuvo la investigación, se construyó una base de datos que procesó los datos y analizó mediante tablas de frecuencias absolutas, relativas y de contingencia. Los resultados fueron sistematizados y ofrecieron una visión numérica y global del fenómeno que estaba siendo observado y de las relaciones entre las diversas características y variables (Carrasco 2007).

En la investigación de Galindo en 2013 se consolidaron los datos obtenidos, agrupados por categorías de análisis y presentados en forma de tablas y gráficas. Se analizaron las categorías cuyas variables de estudio permitieron dar respuesta a los objetivos planteados. Para las variables categóricas se dio a conocer el total de cada categoría en una tabla de frecuencias y la influencia de los conocimientos, actitudes y prácticas se llevó a cabo por medio de técnica narrativa (Galindo 2013).

En ambos casos se caracterizó primero a la población en base a los datos obtenidos en la entrevista y luego fueron relacionados con las CAPs de las madres. Los dos estudios utilizaron estadística descriptiva y tablas de frecuencia absoluta para mostrar los resultados.

El estudio de Delgado en 2004 sobre conocimientos maternos sobre conductas óptimas de lactancia entrevistó a 104 madres en un centro perteneciente al Sistema de Seguridad Colombiano. Se realizó un cuestionario para determinar el nivel de conocimientos sobre las conductas óptimas de lactancia, las cuales se desarrollaron a partir de los temas básicos de cada conducta. Se establecieron cinco preguntas (de selección múltiple y dicotómicas) que exploraban los conocimientos de las madres. Cada pregunta tuvo un puntaje de 0.2 si ésta era correcta. Asimismo, se

realizó un estudio piloto para observar las dificultades con las preguntas y se solicitó la opinión de médicos pediatras y profesores universitarios. El punto de corte del puntaje en la escala de 0 a 1 para cada conducta estimado como aceptable fue de 0.6 (Delgado 2004).

Las variables que se tomaron en consideración que podrían afectar el grado de conocimientos maternos sobre lactancia fueron la edad, estrato socioeconómico, paridad, estado civil, escolaridad, presencia de la abuela en la familia, empleo y/o estudio materno, información recibida sobre la lactancia por el personal de salud y control prenatal. El análisis de datos se llevó a cabo en el paquete estadístico Stata 6,0. Se emplearon el promedio y desviación estándar para las variables cuantitativas y las proporciones para las cualitativas. Para el análisis global se identificaron grupos homogéneos de mujeres en función al perfil de las variables anteriormente mencionadas. Se utilizó la prueba de tendencia de Wilcoxon para observar si las diferencias entre los grupos definidos según su nivel de conocimiento eran significativas a un nivel de 0.05% (Delgado 2004).

El estudio de León en 1994 relacionó la edad de destete con factores maternos. El análisis estadístico utilizó la prueba de significancia estadística Chi Cuadrado. Inicialmente caracterizó a las madres según los factores analizados, entre ellos: edad, escolaridad, ocupación, ingreso familiar mensual, número de hijos vivos en relación a número y porcentaje de madres entrevistadas y edad del destete (León 1994).

I. Políticas sobre lactancia materna

Las políticas institucionales sobre lactancia materna promueven, protegen y apoyan la lactancia materna como elemento básico del cuidado de la salud, tanto de la madre como la del hijo. El objetivo de dichas políticas es que, mediante una decisión informada y basada en razones médicas que lo fundamenten, todas las madres ejerciten el derecho de amamantar a sus hijos.

La implementación de programas regidos por estas leyes constituye una herramienta eficaz para lograr el objetivo.

En Guatemala se encuentra la Legislación protectora de la Lactancia materna, que comprende la ley de comercialización de los sucedáneos de la lactancia materna y su reglamento (decreto ley número 66-83 y reglamento, acuerdo gubernativo No.841-87) además de la iniciativa Hospitales Amigos de la lactancia materna.

1. Legislación protectora de lactancia materna en Guatemala. La legislación protectora de LM en Guatemala tiene como objetivo establecer las medidas necesarias que protejan y promuevan la lactancia natural, considerando que la maternidad y la niñez son objeto de especial atención por parte del estado y que la lactancia materna es el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo adecuado del lactante. Asimismo considera que Guatemala es miembro permanente de la OMS y que esta ha recomendado la adopción de normas que protejan la LM ante cualquier factor que la impida (Ministerio de Salud Pública, 1983).

a. Ley de comercialización de los sucedáneos de la lactancia materna y su reglamento

Decreto ley número 66-83

Los sucedáneos de leche materna se refieren a todos aquellos alimentos que se promocionan como sustitutos de la leche materna. El alimento complementario es el manufacturado o preparado localmente como complemento de la leche materna o de las preparaciones para lactantes (Ministerio de Salud Pública, 1983).

La ley de comercialización de los sucedáneos de la LM tiene como objetivo establecer medidas necesarias para proteger y promover la lactancia natural, garantizando el uso adecuado de los sucedáneos de la leche y las modalidades de comercio y distribución de productos como:

- Sucédáneos de leche materna y preparaciones para lactantes.
- Productos de origen lácteo (alimentos y bebida) incluidos los alimentos complementarios administrados en biberones que están indicados para sustituir parcial y totalmente la leche materna (Ministerio de Salud Pública, 1983).

La ley incluye en el Artículo 3° información acerca del material informativo. En este se explica que los materiales informativos y educativos, impresos, auditivos o visuales que se encuentran relacionados con la alimentación del lactante y que están destinados a mujeres embarazadas o lactantes deben incluir los siguientes datos (Ministerio de Salud Pública, 1983):

- Ventajas y superioridad de la LM.
- Nutrición materna y preparación para la LM y su mantenimiento.
- Efectos negativos que ejerce la introducción parcial de alimentación con biberón sobre la LM.
- Dificultad de revertir la decisión de omitir la LM.

- Utilización correcta de preparaciones para lactantes cuando esta sea correctamente indicada.

El artículo 4° indica las consideraciones sobre los donativos de sucedáneos de leche materna. Explica que los fabricantes y distribuidores de los productos sustitutos de leche materna únicamente pueden hacer donativos de equipo o materiales a petición de la entidad interesada además de la autorización escrita del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social o de los órganos directivos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). En el artículo 5° se muestra como debe ser la distribución a las madres y al público.

Los fabricantes y distribuidores de los productos no pueden facilitar de ninguna manera a las mujeres embarazadas o a las madres lactantes muestras de los productos incluidos en las disposiciones de la ley ni de artículos o utensilios que puedan fomentar la utilización de sucedáneos (Ministerio de Salud Pública, 1983).

Los demás artículos que contempla la ley hacen referencia a las instalaciones de salud, se especifica que la promoción de preparaciones para lactantes u otros productos se encuentra estrictamente prohibida en sanatorios, hospitales o instituciones privadas.

Asimismo se menciona que el personal de las empresas de comercialización no deben tener ningún contacto con mujeres embarazadas o madres lactantes. El personal de salud debe proveer información acerca de sucedáneos únicamente cuando las familias necesitan utilizarlas, dicha información debe incluir una explicación acerca de los riesgos que esto conlleva (Ministerio de Salud Pública, 1983).

Los fabricantes o distribuidores tienen prohibido ofrecer incentivos (financieros o materiales) al personal de los servicios de salud con el propósito de promover los productos que fabrican. De igual forma las muestras de dichos productos deben distribuirse únicamente cuando sean necesarias para fines profesionales de evaluación o investigación a nivel institucional o de información (Ministerio de Salud Pública, 1983).

En cuanto al etiquetado, en los envases de los productos comprendidos dentro de la ley queda prohibida la impresión o utilización de las expresiones “leche humanizada”, “leche maternizada”, “equivalente a leche materna” o cualquier frase que haga creer que el producto supera la lactancia materna (Ministerio de Salud Pública, 1983).

Por último se hace énfasis en que el incumplimiento de las disposiciones contenidas en la ley tiene carácter de infracciones a la salud y llevará consigo sanciones de conformidad con los procedimientos que determina el Libro III del Código de Salud (Ministerio de Salud Pública, 1983).

Al momento en que la ley no sea cumplida, se sancionará al responsable de la siguiente forma:

- Apercibimiento escrito.
- Multa, la cual se gradúa entre el equivalente de dos a ciento cincuenta salarios mensuales mínimos vigentes por las actividades no agrícolas.
- Cierre temporal del establecimiento por un plazo no menor de cinco días y no mayor de seis meses, con la suspensión de la licencia sanitaria.
- Cancelación del registro sanitario para fines comerciales de productos objeto de control.
- Clausura definitiva del establecimiento.
- Comiso de las materias primas, alimentos, medicamentos, instrumentos, materiales y otros bienes que se relacionan con la infracción cometida.
- Prohibición de ejercer temporalmente alguna actividad u oficio.
- Publicación en los diarios de mayor circulación, a costa del infractor, de la resolución firme en la que conste la sanción impuesta. (Código de Salud, 1997)

Reglamento, Acuerdo Gubernativo No.841-87

Este reglamento desarrolla los procedimientos técnicos para la utilización correcta de los sucedáneos de la leche materna. En éste se norma lo relativo a los procedimientos de comercialización, planificación y ejecución del contenido de material informativo y publicitario que se demanda. El acuerdo gubernativo No.841-87 cuenta con 18 artículos (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1987).

Los artículos indican las pautas y consideraciones que deben tener los fabricantes o comercializadores de sucedáneos de lactancia materna, así como los centros de producción, establecimientos industriales, locales de distribución, expendio y medios de comunicación masiva que se relacionan con leche materna y alimentos infantiles.

Asimismo, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social reconoce la responsabilidad de controlar el uso y consumo adecuado de los sucedáneos de lactancia materna, considerando el material informativo, publicitario, didáctico o

cualquier medio de difusión de la información acerca de la alimentación del lactante (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1987).

En cuanto a los productores y distribuidores, la ley advierte acerca de la transmisión segura de información, que sea verdadera y que no cause confusiones en la madre o en quien adquiera el producto.

Todo material que sea destinado a la promoción de sucedáneos de leche materna debe señalar el riesgo que implica para la salud del niño el uso innecesario, inadecuado e indiscriminado de las preparaciones, además dicho material debe ser revisado y autorizado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por medio de la Dirección General de Servicios de Salud (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1987).

Por último, la ley enfatiza acerca del contacto profesional entre el distribuidor y las madres lactantes. Aclara que no debe existir ningún tipo de contacto directo o profesional que motive a la madre a comprar o utilizar sucedáneos de leche materna y evite que ésta continúe con la lactancia materna natural (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1987).

2. Promoción de lactancia materna en Guatemala. La OMS y UNICEF publicaron en 1989 una declaración acerca de la protección, promoción y apoyo de la lactancia natural, denominada también “Hospital amigo de los niños”. Para la estrategia de promoción, ambas organizaciones establecen diez pasos para una lactancia natural exitosa (Villeda, 2007 y Fuxet, 2003).

El objetivo de esta iniciativa es centrar intervenciones en los servicios de salud y establecer prácticas de maternidad necesarias para llevar a cabo la lactancia materna. Se enfatiza la atención perinatal así como a los hospitales y centros de maternidad, puesto que es necesario que se mejoren las prácticas rutinarias para no obstaculizar la promoción de la lactancia natural en las instituciones de salud (PROSAN, 2006).

La guía de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural establece que: «todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deberán:

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que se ponga en conocimiento de todo el personal de atención a la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.

4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.
7. Facilitar el alojamiento conjunto madre-hijo durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a demanda.
9. No dar a los niños alimentados al pecho, tetinas o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital». (Aguayo P. Serrano, A. *et. Al* 2002)

Asimismo, el Código de Trabajo sigue lineamientos en relación a las madres lactantes. En éste se menciona que se prohíbe a los patronos despedir a las trabajadoras que estuvieren en estado de embarazo o período de lactancia, quienes gozan de inamovilidad (Código de Trabajo, 1995).

Toda trabajadora en época de lactancia puede disponer en el lugar donde trabaja de media hora dos veces al día durante sus labores con el objeto de alimentar a su hijo. La trabajadora en época de lactancia podrá acumular las dos medias horas a que tiene derecho y entrar una hora después del inicio de la jornada o salir una hora antes de que ésta finalice, con el objeto de alimentar a su menor hijo o hija. Dicha hora es remunerada y el incumplimiento da lugar a la sanción correspondiente para el empleador (Código de Trabajo, 1995).

V. METODOLOGÍA

A. Enfoque general

Este es un estudio de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo con un diseño no experimental de tipo transversal en el cual se realizaron entrevistas a mujeres que acuden a la *Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt* a través de una encuesta para conocer sus actitudes, conocimientos y prácticas hacia la lactancia materna.

B. Población de estudio

La población en estudio está constituida por 136 mujeres con hijos e hijas de 2-5 años de edad que acuden a la consulta externa de la *Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt*.

C. Sitio de estudio

El estudio se llevó a cabo en la *Clínica del Niño Sano*, que es un proyecto a cargo de la Fundación Pantaleón. Se ubica en la Calzada Roosevelt zona 11, *Hospital Roosevelt*, Guatemala. El número de beneficiarios por año es de 100,706 pacientes de toda la república e incluye niños de 0-12 años de edad (*Hospital Roosevelt*, 2013).

D. Tipo y tamaño de la muestra

Los datos fueron recolectados en el intervalo de un mes. Considerando que a la consulta a nutrición de la *Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt*, que es donde se llevó a cabo la entrevista, acuden en promedio 144 madres con hijos de 2-5 años de edad cada mes, la muestra será de 136 madres, con un nivel de confianza del 95% y un intervalo de confianza de 1.96.

E. Criterios de inclusión y exclusión

1. Criterios de inclusión

- Mujeres con hijos de 2-5 años de edad.
- Mujeres cuyos hijos tienen seguimiento en la consulta externa de la clínica.
- Madres menores de edad emancipadas.

2. Criterios de exclusión

- Madres menores de edad no emancipadas.
- Madres con hijos menores de 24 meses de vida.

F. Hipótesis

- Ha: el bajo conocimiento sobre lactancia materna, la actitud desfavorable hacia la misma y las prácticas inadecuadas son los determinantes que provocan que la madre destete al niño/a antes de los 2 años de edad.
- Ho: el bajo conocimiento sobre lactancia materna, la actitud desfavorable y las prácticas inadecuadas hacia la misma no son determinantes que provocan que la madre destete al niño/a antes de los dos años de edad.

G. Variables

Cuadro 3 Variables de estudio

Variable	Definición	Clasificación
Edad	Años de vida de la madre	Cuantitativa
Escolaridad	Nivel educacional que cursa o ha cursado la madre en la educación formal.	Cualitativa
Ocupación	Actividad que realiza la madre habitualmente, ya sea remunerada o no.	Cualitativa
Estado civil	Condición particular que caracteriza a la madre en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro o su mismo sexo, en el cual se impone determinados derechos y obligaciones civiles.	Cualitativa
Paridad	Clasificación de las madres de acuerdo al número de partos que ha tenido.	Cuantitativa
Planificación del embarazo	Acto premeditado en conjunto con la pareja de embarazarse.	Cualitativa
Conocimiento	Producto cognitivo propio de la madre, basado en la percepción, información, experiencias pasadas y raciocinio, el cual expresa lo que ella sabe empírica o científicamente sobre LM.	Cualitativa
Niveles de conocimiento	Grado de conocimiento sobre el proceso de LM.	Cuantitativa

Continuación Cuadro 3

Variable	Definición	Clasificación
Creencias maternas	Convicción objetiva o subjetiva de la madre mediada por información y experiencias vividas acerca de una práctica o un fenómeno donde se determina si éste es real o falso. Expresa lo que la madre piensa sobre lo que conoce.	Cualitativa
Actitud materna	Predisposición de la madre para pensar, percibir, sentir y comportarse ante la práctica de lactancia materna adecuada, expresada a través de la opinión.	Cualitativa
Lactancia materna adecuada	Se alimenta al hijo/a únicamente con leche materna de 0-6 meses y continúa con alimentación complementaria hasta los 24 meses de edad.	Cualitativa
Destete	Momento en el cual la madre suspende la LM por completo, sustituyéndola por sucedáneos de leche materna, alimentos sólidos o papillas.	Cuantitativa
Razones de destete precoz	Motivo por el cual la madre suspende la LM, ya sea dependiente a ella o dependiente a su hijo.	Cualitativa
Origen de la información	Fuente a partir de la cual la madre obtuvo información acerca del proceso de lactancia materna, esta puede clasificarse como familia, amigos, pareja, servicios e	Cualitativa

	instituciones de salud y otros.	
--	---------------------------------	--

H. Reclutamiento y enrolamiento

Las madres ingresan a la *Clínica del Niño Sano* desde las 7:00 a.m. Cada una se prepara para la consulta junto con su hijo, se dirigen a recepción, entregan el carné y se les proporciona un número que indica el orden en que deben pasar a la clínica según la especialidad. Mientras las madres esperaban su turno, la coinvestigadora se aproximó a la mujer y la invitó a participar en el estudio. Al inicio se le dio una breve explicación de qué trata y de por qué su participación es importante para el mismo.

Si la madre mostraba interés en participar, se leía el consentimiento informado y otros detalles de su participación. A continuación la participante firmó el consentimiento informado y procedió a realizar la entrevista en una clínica privada. Las visitas a la *Clínica del Niño Sano* del *Hospital Roosevelt* se llevaron a cabo diariamente durante una semana en horario de 7:00 a.m.-1:00 p.m. La encuesta se administró de forma verbal en el caso donde la participante no sabía leer y/o escribir, de lo contrario se llevó a cabo de forma escrita con disponibilidad de la coinvestigadora para resolver dudas.

I. Instrumento de recolección de datos

Se utilizó únicamente un instrumento. Este fue una guía de entrevista que cuenta con 25 preguntas (Anexo 1). El instrumento midió los conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) de las madres hacia la lactancia materna.

La primera sección de la guía incluye preguntas relacionadas a los conocimientos de la madre en relación a la lactancia materna. La segunda sección contiene preguntas acerca de las prácticas de lactancia materna y la última consiste en un cuadro donde se evalúan las actitudes hacia la lactancia materna por parte de las participantes.

La entrevista se basó en una encuesta realizada por Carrasco en 2007 sobre destete precoz de la lactancia materna exclusiva. En este caso se modificó la entrevista para evaluar el destete precoz de la lactancia hasta los dos años de vida. Las respuestas correctas a las preguntas se determinaron en base a las directrices del *Manual de Lactancia Materna* creado por el Ministerio de Salud de Chile en el año 2010.

J. Plan de análisis de datos

Se llevó a cabo una revisión diaria de las encuestas realizadas. La coinvestigadora contó con el apoyo de otra estudiante, para este proceso se estandarizó la forma en que la encuesta debía ser administrada haciendo práctica y revisión de cada una de las preguntas y posibles respuestas.

Se ingresaron en una base de datos construida en Excel. El 10% de las entrevistas fueron re-ingresadas por otra persona para asegurar el control de calidad.

Los datos fueron analizados de acuerdo a determinados criterios que permitieron asignar un valor numérico a la respuesta según se describe a continuación:

El nivel de conocimiento y prácticas fueron evaluados por pregunta mediante el puntaje que la participante obtuvo en cada una según el nivel de exigencia, el cual se clasificó de la siguiente manera:

Cuadro 4 Puntaje de acuerdo al nivel de exigencia

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

El nivel de conocimiento general sobre el proceso de lactancia materna se obtuvo a partir del punteo total logrado por las participantes en las preguntas de conocimiento, el cual se clasificó así:

Cuadro 5 Puntaje según nivel de conocimiento

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

La actitud materna fue evaluada a través de una escala que clasifica la actitud de la madre según el total de puntos obtenidos de una serie de afirmaciones desfavorables hacia la lactancia materna.

Cuadro 6 Puntaje según opinión materna

Opinión materna	Puntaje
NO (favorable)	1
SI (desfavorable)	0

Cuadro 7 Puntaje atribuido a la actitud materna

Actitud materna	Puntaje
Actitud positiva hacia LM	8-10
Actitud media hacia LM	4-7
Actitud negativa hacia LM	0-3

El objetivo de la encuesta fue que a través de la calificación obtenida fuera posible ver si existe relación entre las variables analizadas y el destete precoz. Se establecieron criterios mediante los cuales se analizaron las respuestas; el análisis estadístico fue de tipo descriptivo utilizando el programa de Excel.

La Escala de Nivel de Conocimiento sobre Lactancia materna hasta los dos años de edad se muestra en la sección de Anexos (Anexo 2), en la primera columna se indica el conocimiento y en las siguientes la descripción y la asignación del puntaje que resume las tablas anteriormente mencionadas.

K. Metodología

El estudio se llevó a cabo por etapas, las cuales se mencionan a continuación:

1. Diseño del cuestionario. Diseño de cuestionario en el cual cada pregunta responda a un objetivo. El cuestionario constó de 25 preguntas relacionadas con conocimientos, actitudes y prácticas de las madres hacia la lactancia materna. A cada sección de la entrevista se le asignó un punteo para obtener mediante un valor numérico el nivel de CAPs de la participante.

El cuestionario fue revisado y validado por un panel de cinco profesionales expertos en el tema. A cada uno se le entregó una copia de la entrevista y el experto tuvo dos días para analizarla y dar su opinión sobre la redacción, contenido y formulación de las preguntas. Al finalizar dicha evaluación, se modificó el cuestionario según las sugerencias de los expertos.

2. Prueba piloto. Una vez la guía de la entrevista estuvo terminada, se pasó una prueba piloto a un grupo de madres que asisten a reunión de padres de familia de la Escuela Rural Mixta Manzanillo, Santiago Sacatepéquez, para evaluar si las participantes comprendían las preguntas y respondían a las mismas. El consentimiento informado también se aplicó a estos participantes.

3. Estandarización de encuestadores. La coinvestigadora contó con la ayuda de cuatro estudiantes de Nutrición de la Universidad del Valle de Guatemala. Para poder estandarizar la administración de la entrevista, se leyó en conjunto la guía con las preguntas y se indicó qué hacer ante las posibles respuestas que diera la participante. Además se practicó la forma en que las preguntas deben ser realizadas para que al momento de enrolar a las madres no hubiese ningún tipo de sesgo o confusión.

4. Administración de la entrevista

a. Invitación a las madres para su participación. Inicialmente se invitó a las madres que estaban en la sala de espera de la Clínica del Niño Sano a partir de las 7:00 a.m. a participar en la entrevista. La persona que entrevistó se acercó a la madre y le dió una pequeña introducción y explicación de lo que se llevó a cabo.

b. Enrolamiento. Si la madre mostraba interés en la participación del estudio, se daba una explicación completa acerca del mismo y en qué consistía. Se indicó a la madre la importancia de su participación y se firmó el consentimiento informado para dar lugar al inicio de la entrevista.

c. Realización de entrevista. En el momento en que la madre firmó el consentimiento informado se dio inicio a la entrevista. Para cada una se tuvo un tiempo estipulado de 30 minutos como máximo. El lugar donde se efectuó la encuesta fue la Clínica No.27 de la Consulta Externa (Clínica de Niño Sano), la cual se encontraba retirada de la sala de espera; con una capacidad para dos participantes como máximo.

d. Conclusión de la entrevista. Al finalizar la entrevista la coinvestigadora agradeció el tiempo y la participación de la madre y a cada una se le otorgó un esquema de alimentación que contiene toda la información necesaria sobre alimentación del lactante y niño pequeño (Anexo 4).

5. Procesamiento de la información. La información obtenida en la entrevista se ingresó a través de un formato en el programa Excel. Posteriormente se realizó un análisis estadístico utilizando el programa para análisis estadístico SPSS. A partir de los resultados obtenidos de la estadística se clasificó el nivel de conocimiento de las madres y se evaluaron las actitudes y las prácticas para relacionarlas con las variables identificadas al inicio.

Las respuestas obtenidas fueron analizadas numéricamente según el puntaje atribuido a cada una. Las preguntas sobre conocimiento y prácticas de lactancia materna se evaluaron en los niveles de exigencia A (preguntas con una sola respuesta correcta) y nivel de exigencia B (preguntas con más de una respuesta correcta).

Inicialmente se hizo la caracterización de las madres según edad, estado civil, escolaridad, ocupación, paridad y planificación del embarazo. Posteriormente se llevó a cabo la prueba Kolmogorov-Smirnov de normalidad para determinar qué tipo de estadística debía ser utilizada. Al obtener este dato se procedió a calcular la estadística descriptiva de las variables para luego obtener la estadística inferencial, donde se determinaron las correlaciones entre variables analizadas. Al finalizar se obtuvieron tablas de contingencia para evaluar la relación íntima entre variables de interés.

La actitud hacia la lactancia materna se evaluó por cada pregunta con una escala de 0-10 que clasificaba si la madre estaba de acuerdo o en desacuerdo con algunas afirmaciones relacionadas a la lactancia materna. El puntaje obtenido reveló la actitud general de la madre, clasificándolo en actitud positiva, actitud media y actitud negativa.

El control de calidad del ingreso de datos en la base se realizó de la siguiente manera: la coinvestigadora ingresó el 100% de los datos obtenidos en la entrevista.

Un 10% de encuestas elegidas al azar fue ingresado por otra de las estudiantes que colaboró con la administración de las entrevistas para verificar que el ingreso se hizo de forma adecuada y que no existen diferencias de ingreso en las encuestas doblemente ingresadas.

6. Conclusión del estudio. El producto final de la investigación fue el reporte de los resultados y la discusión de los mismos. Una copia fue entregada la Universidad del Valle de Guatemala y otra se entregó al investigador principal como instrumento para fortalecer los programas pro lactancia materna y educación de la madre lactante.

L. Consideraciones éticas

El estudio se llevó a cabo con la aprobación previa del Comité de Ética de la Universidad del Valle de Guatemala. La investigación incluye una población vulnerable, ya que se contó con la participación de madres menores de edad (en este caso solo fueron incluidas si son consideradas “menores emancipadas”, que están casadas o unidas o que viven en forma independiente de sus padres y no dependen económicamente de ellos) y madres lactantes, por lo que la revisión ética fue exhaustiva.

La guía para la realización de la entrevista fue sometida a revisión y validación previa para evaluar qué preguntas debían incluirse y cuáles debían ser extraídas.

La investigadora principal y la coinvestigadora estuvieron siempre identificadas utilizando el carné que las identifica de acuerdo a la institución a la cual pertenecen. Ambas realizaron el curso de ética “Protecting Human Research Participants” el cual se realizó en línea con certificado de aprobación para la investigación con sujetos humanos.

Las encuestas que fueron proporcionadas a las participantes voluntarias llevaron consigo una hoja de consentimiento informado (Anexo 3), en la cual se describía el estudio y la importancia que tiene la participación de las madres en el mismo. Ellas lo leyeron y firmaron de haber aceptado la participación.

En el caso donde no sabían leer ni escribir, se contó con la firma de un testigo además de la huella digital de la participante. Las respuestas de los cuestionarios fueron confidenciales y se guardaron bajo llave en la oficina de la investigadora principal; una vez terminado el estudio éstas se destruyeron.

No hubo ningún efecto adverso durante la entrevista. Las bases de datos fueron guardadas con una contraseña que únicamente la investigadora principal y coinvestigadora conoce. No se colectó información personal.

La (s) persona (s) que ayudaron (n) a pasar las encuestas también firmaron una hoja de confidencialidad al igual que la persona que realizó el doble ingreso para control de calidad.

La entrevista se llevó a cabo en un lugar privado donde otras personas no escuchaban las respuestas y se le explicó a cada una de las madres que la sesión es completamente confidencial. No existió un beneficio directo para las participantes, por lo que al finalizar se les dió un esquema de alimentación del lactante y el niño pequeño.

La investigación tuvo un riesgo mínimo, ya que únicamente se le hicieron preguntas a la madre acerca de sus prácticas, conocimientos y actitudes; en caso de que las madres se sintieran invadidas o consternadas por alguna pregunta, tenían la opción de dejar de responder y retirarse.

A pesar de que el beneficio no es directo, los resultados de la investigación permitirán que el problema sea abordado de manera correcta, principalmente en los centros de salud y hospitales públicos con el fortalecimiento de programas pro lactancia materna y políticas de atención a la madre lactante.

M. Recursos

1. Recursos humanos

- Estudiante (coinvestigadora)
- Asesor de investigación como investigador principal
- Personas auxiliares para pasar encuestas

2. Recursos materiales

- Gasolina
- Lapiceros
- Fotocopias
- Computadora
- Software (Excel y SPSS)
- Hojas de papel bond

VI. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados del estudio realizado en la Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna de las madres de niños y niñas de 2-5 años de edad que asisten a control en esta institución. Se optó por este lugar debido a la diversidad de población que allí asiste, pues acoge madres de todo el país, tanto residentes de la capital como del interior.

Inicialmente se llevó a cabo una prueba piloto en un grupo de madres asistentes a reuniones mensuales de padres de familia de la Escuela Rural Mixta Manzanillo, Santiago Sacatepéquez. Se evaluó un total de 36 madres y se les guió durante toda la encuesta. A través de esta prueba fue posible determinar qué modificaciones debían realizarse al cuestionario. Las madres comprendieron bien todas las preguntas, a excepción de una. En la número 10, se presentan dos imágenes del posicionamiento del niño al pecho, una correcta y una incorrecta. Las madres no lograban visualizar ninguna diferencia, por lo que se optó por circular ambos dibujos en la parte donde debía ser observado el error.

De la población constituida por 136 mujeres, se logró que todas accedieran a responder la encuesta y a conformar la población de estudio. Debido a que únicamente se tenía una clínica para la realización de la encuesta de manera privada, no se utilizaron más encuestadores, por lo que no fue necesaria su estandarización. La caracterización de la población puede observarse en los Cuadros 8-13.

Cuadro 8 Caracterización de las madres según edad y estado civil

Variable	Categoría	N	(%)
Edad	Menor de edad	4	2.9
	Mayor de edad	132	97.1
Estado civil	Soltera	26	19.1
	Casada	63	46.3
	Unida	45	33.1
	Viuda	2	1.5

En cuanto a la edad, es posible observar que la mayor parte de la población estudiada se compone de madres mayores de edad (97.1%), únicamente 5 de las 136 madres encuestadas fueron menores de edad emancipadas. El estado civil indica que la mayor parte de las mujeres estaba casada o unida con una pareja (76.4%), el resto se distribuyó entre solteras (19.1%) y dos madres viudas.

Cuadro 9 Caracterización de las madres según nivel de escolaridad

Nivel de escolaridad	Categoría	N	(%)
Primaria	Completa	13	9.6
	Incompleta	41	30.1
Básica	Completa	17	12.5
	Incompleta	18	13.2
Diversificado	Completa	1	0.7
	Incompleta	38	27.9
Ninguna		8	5.9

El nivel de escolaridad se evaluó en términos de grados completos, cada variable se dividió en las categorías completa e incompleta. La mayor parte de las madres estudió la primaria incompleta (30.1%). Sin embargo, es posible observar que el 27.9% llegó a diversificado, pero no lo completó.

Cuadro 10 Caracterización de las madres según ocupación

Ocupación	N	(%)
Ama de casa	117	86.0
Trabajadora dependiente	16	11.8
Estudiante	3	2.2

La ocupación de la madre se dividió en tres categorías: ama de casa, trabajadora dependiente y estudiante. La mayoría de las madres encuestadas estaba a cargo de los oficios del hogar (86%), seguido de las madres con trabajo dependiente (11.8%) y por último, un total de 3 madres estudiantes, significando la minoría de la población.

Cuadro 11 Caracterización de las madres según paridad y planificación del embarazo

Variable	Categoría	N	(%)
Paridad	Múltipara	95	69.8
	Primípara	41	30.1
Planificación del embarazo	Planificado	34	25
	No planificado	102	75

Otra de las variables evaluadas fue la paridad de la madre, dividida en primípara y múltipara. Como puede observarse, el 69.8% de las madres había tenido más de un hijo/a, mientras el 30.1% había tenido un único hijo hasta el momento.

La planificación del embarazo fue también una de las variables de caracterización, donde el 25% de las madres planificaron el embarazo y el 75% indicó un embarazo no planificado.

A. Conocimientos y actitudes

Cuadro 12 Nivel de conocimiento y actitud hacia la lactancia materna

Variable	Categoría	N	(%)
Conocimiento	Insuficiente	87	64.0
	Suficiente	43	31.6
	Bueno	6	4.4
	Excelente	0	0.00
Actitud	Positiva	92	67.6
	Media	42	30.9
	Negativa	2	1.5

Luego de evaluar las variables sociales de la madre se procedió a evaluar el nivel de conocimientos y actitudes. En cuanto al conocimiento, el 64% de las madres obtuvo una calificación que las asignó en el nivel de conocimiento insuficiente, seguido por un 31.6% que obtuvo la calificación para asignarse en un nivel de conocimiento suficiente y únicamente 6 madres que calificaron en el nivel de bueno.

Ninguna de las madres encuestadas obtuvo un nivel excelente de conocimiento sobre lactancia materna. Al evaluar la actitud, los resultados demostraron que la mayor parte de las madres tuvo una actitud positiva hacia la lactancia materna (67.6%). El 30.9% calificó hacia una actitud media, estando de acuerdo con algunos de los aspectos desfavorables señalados a la lactancia materna. Únicamente 2 de las 136 madres encuestadas obtuvieron una actitud negativa hacia la LM.

B. Prácticas

Cuadro 13 Prácticas de lactancia materna

Variable	Categoría	N	(%)
Destete	< 2 años	88	64.7
	≥ 2 años	48	35.3
Introducción de alimentos	<6 meses	28	20.6
	6 meses	103	75.7
	> 6 meses	5	3.7
Edad a la que se considera prolongar la lactancia materna	2 años	48	35.2

Continuación Cuadro 13

Variable	Categoría	N	(%)
	< 2 años	88	64.7

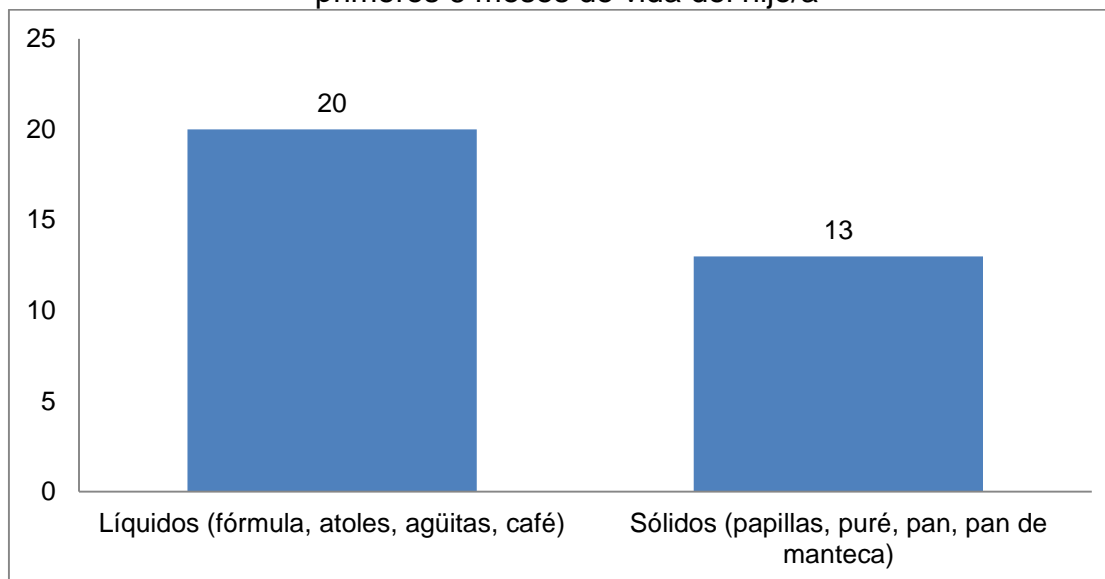
Edad a la que se considera prolongar la lactancia materna			
Lactancia materna exclusiva	Si	103	75.7
	No	33	24.3

En cuanto a las prácticas, se incluyeron los aspectos de destete e introducción de alimentos. El 64.7% de las madres destetó precozmente antes de que su hijo/a cumpliera los dos años de edad. Únicamente el 35.3% destetó a la edad recomendada por la OMS. La introducción de alimentos se evaluó en tres etapas de la vida, menor de 6 meses, 6 meses y mayor de 6 meses. El 75.7% lo representaron madres que introdujeron alimentos distintos a la leche materna a los 6 meses. Únicamente el 5% los introdujo a una edad mayor de 6 meses y el 20.6% en menos.

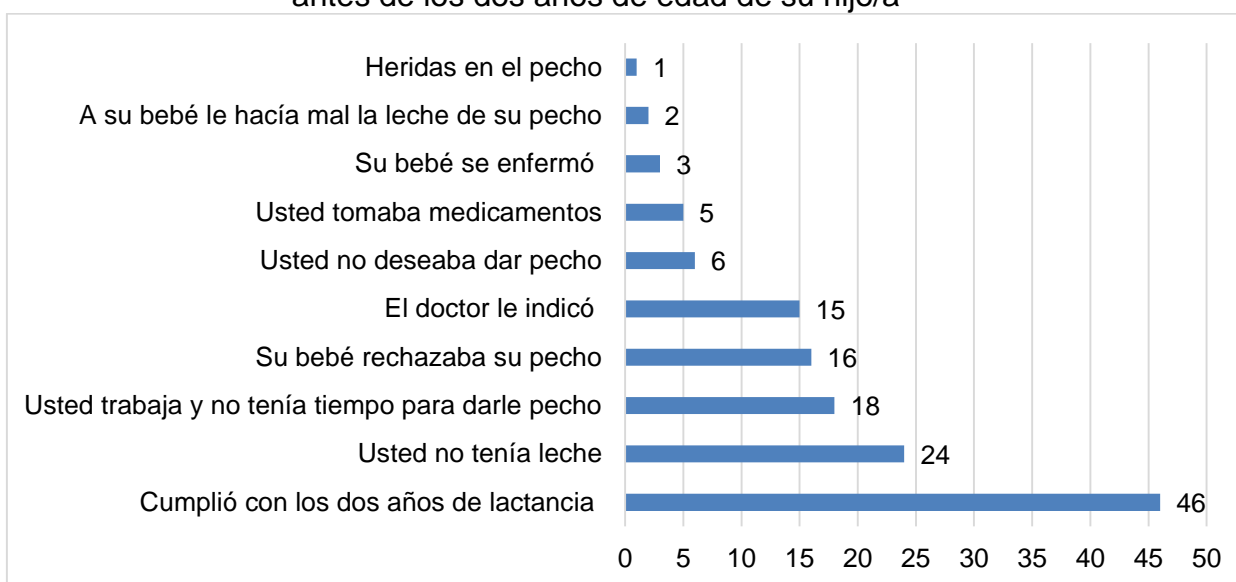
El 64.7% de las madres encuestadas estuvo de acuerdo en que la edad adecuada para prolongar la lactancia materna es menos de dos años de vida. Únicamente el 34.5% indicó que la edad adecuada para extender el periodo de lactancia fueran 2 años. El 75.7% de los hijos/as de las madres encuestadas recibió lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, a diferencia del 24.3% que no lo hizo, pues se le introdujeron otros alimentos antes de cumplir los 6 meses de edad.

La Gráfica 1 muestra los alimentos distintos a la lactancia materna con los que fueron alimentados los niños/as cuyas madres introdujeron alimentación complementaria antes de cumplir los 6 meses de edad. Como se muestra en la figura, el tipo de alimento que se dio con más frecuencia fue líquido, incluyendo fórmula, atoles, agüitas y café. Los alimentos sólidos fueron introducidos por 13 de las 33 madres que no dieron lactancia materna exclusiva, entre ellos papillas, puré y pan.

Gráfica 1 Introducción de alimentos distintos a la leche materna durante los primeros 6 meses de vida del hijo/a

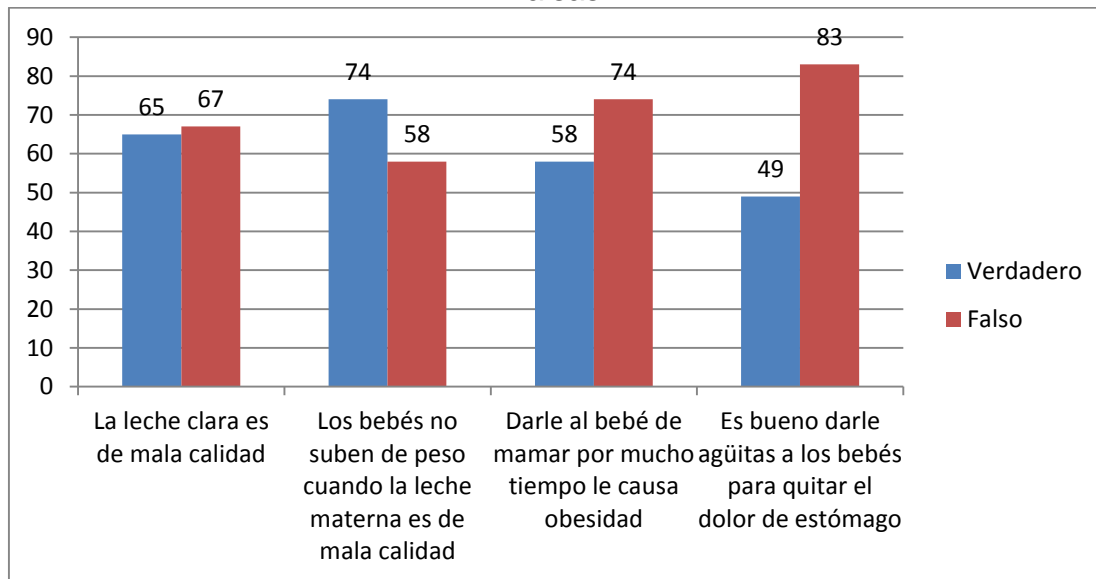


Gráfica 2 Razones por las cuales las madres suspendieron la lactancia materna antes de los dos años de edad de su hijo/a



La Gráfica 2 muestra las razones por las cuales las madres indicaron haber suspendido la lactancia materna antes de los 2 años de edad de su hijo/a. Como puede observarse, únicamente 46 madres cumplieron con los dos años de lactancia. El factor más señalado como motivo de suspensión de la lactancia es que la madre creía no tener suficiente leche, seguido por el trabajo, órdenes del médico y el rechazo del bebé hacia el pecho.

Gráfica 3 Mitos y creencias sobre lactancia materna consideradas verdaderas o falsas



La Gráfica 3 indica las proporciones en las cuales fueron calificadas como verdaderas o falsas creencias negativas hacia la lactancia materna. Como se muestra, 3 de las 4 afirmaciones que fueron contestadas por la totalidad de las participantes son consideradas falsas, sin embargo la creencia de que los bebés no suben de peso debido a que la leche materna es de mala calidad es considerada como verdadera por la mayoría de la población.

C. Análisis de datos

La prueba de normalidad se utilizó para determinar cómo están distribuidas las variables sometidas a estudio. Estadísticamente, en esta prueba es posible utilizar únicamente las variables de intervalo o de razón. Para este caso, las variables sometidas fueron edad de destete del niño/a, edad, escolaridad, nivel de conocimiento, actitud hacia la lactancia materna y la edad de introducción de otros alimentos además de la leche materna.

La prueba Kolmogorov-Smirnov determinó la normalidad en la distribución de las variables anteriormente mencionadas. A través de la significancia de todas las variables, se logró determinar que la distribución no es normal, por lo que el análisis fue no paramétrico (ver anexo 5).

Cuadro 14 Estadística descriptiva de las variables

	Edad	Destete	Conocimiento*	Actitud*	Introducción de otros alimentos
N	136	136	136	136	136
Media	28-29	18	25.57	8	5.63
Moda	21	18	26	9	6
Desviación std.	7.345	6.941	6.930	1.756	1.017
Mínimo	17	0	6	3	0
Máximo	43	36	42	10	8

La estadística descriptiva de las variables muestra la media, moda, desviación estándar, mínimos y máximos de cada variable de razón. La edad de las madres encuestadas se mantuvo en una media de 28-29 años. La edad que se repitió más fue 21 años. El máximo registrado fue de 43 años y el mínimo 17 años. La media de duración de lactancia materna fue 18 meses, con un máximo de 36 meses de lactancia y un caso donde el infante no la recibió. En cuanto al número de hijos, se obtuvo un promedio de 2 a 3 hijos por cada madre. El máximo de hijos registrado fue de 8 y el mínimo de 1.

Los conocimientos, actitudes y prácticas fueron evaluados en la encuesta de acuerdo a distintos parámetros. Los conocimientos fueron evaluados en base a 15 preguntas de 3 puntos cada una con niveles de exigencia A y B, al finalizar la encuesta se clasificó a cada madre en el nivel de conocimiento correspondiente a los rangos previamente elaborados (Anexo 2). La actitud de las madres fue determinada a partir del punteo obtenido en una escala de 0-10, siendo 10 una actitud totalmente positiva y 0 una negativa. Las prácticas se evaluaron en base a la introducción de otros alimentos distintos a la leche materna, lactancia materna exclusiva y edad de destete.

El nivel de conocimientos se mantuvo en una media de 26 puntos, lo cual indica un nivel insuficiente en la mayoría de las madres. El mínimo obtenido fueron 6 puntos y el máximo 42. La actitud materna tuvo una media de 8 puntos, lo cual indica una actitud positiva. El mínimo de puntos obtenidos en actitud fue de 3 y el máximo 10. En cuanto a la edad de introducción de otros alimentos, la media fue de 6 meses, con un mínimo de 0 meses de edad y un máximo de 8.

El coeficiente de correlación utilizado para el estudio es el coeficiente de Spearman. Las correlaciones se hicieron entre la edad de destete y las variables de intervalo, mencionadas anteriormente.

Cuadro 15 Correlaciones entre variables estudiadas

Variables correlacionadas	Coefficiente de correlación	Significancia	N
Edad/número de hijos	0.670	0.000	136
Escolaridad/número de hijos	-0.386	0.000	136
Edad/Escolaridad	-0.208	0.008	136
Escolaridad/conocimientos	0.185	0.015	136
Conocimiento/actitud	0.186	0.015	136

El cuadro 15 muestra las correlaciones entre las variables estudiadas. El signo del coeficiente de correlación indica el tipo de relación que tienen ambas variables. El número de hijos/edad, escolaridad/conocimientos y conocimiento/actitud tienen una relación positiva. Ello explica que a mayor edad mayor número de hijos, a mayor escolaridad se tiene un mayor conocimiento y a mayor conocimiento se tiene una mejor actitud hacia la lactancia materna.

Las correlaciones con signo negativo implican que la relación es inversamente proporcional, es decir, a menor escolaridad, mayor número de hijos y a menor edad mayor escolaridad de las madres. Para que la correlación sea significativa, la significancia debe ser cero o cercana a cero, como puede observarse para todos los casos hay significancia.

Cuadro 16 Correlaciones de conocimientos, actitudes y prácticas con destete

Variables correlacionadas con destete	Coefficiente de correlación	Significancia	N
Conocimientos/destete	0.289	0.000	136
Actitud/destete	0.126	0.071	136
Introducción de otros alimentos/destete	-0.100	0.124	136

En el Cuadro 16 es posible observar el nivel de conocimientos, el tipo de actitud y la práctica relacionados con el destete. La única correlación estadísticamente significativa es nivel de conocimiento/destete. Debido a que dicha correlación es positiva, puede explicarse que a mayor nivel de conocimiento mayor será la edad de destete del niño/a.

En el caso de la actitud y la práctica, no existe una correlación estadísticamente significativa que indique que una mejor actitud y una práctica adecuada prolonguen la edad de amamantamiento.

Cuadro 17 Correlaciones de variables con destete

Variables correlacionadas con destete	Coefficiente de correlación	Significancia	N
Número de hijos/destete	0.126	0.171	136
Edad/destete	0.110	0.101	136
Escolaridad/destete	-0.02	0.492	136

El cuadro 17 explica otras correlaciones hechas que resultaron ser no significativas. Se evaluó el número de hijos, la edad y escolaridad relacionados con la duración de la lactancia materna. En ninguno de los casos se encontró una relación estadísticamente significativa, por lo que no es posible inferir sobre el destete basándose en éstas variables.

Los cuadros 18 al 24 muestran la relación íntima entre algunas variables de interés relacionadas con el tiempo y la duración de la lactancia materna en los hijos/as de las madres encuestadas.

Cuadro 18 Relación entre el tipo de actitud de la madre y la duración de lactancia materna

		Tipo de actitud			Total
		Actitud negativa	Actitud media	Actitud Positiva	
Duración de LM	Menos de dos años	2	29	57	88
	Igual o mayor a 2 años	0	13	35	48
Total		2	42	92	136

En el Cuadro 18 puede observarse que 92 de las madres tienen una actitud positiva hacia la lactancia materna, sin embargo la mayoría destetó antes de los dos años de edad. Las madres con actitud negativa representaron la minoría de la población, de las 2 representantes de esta categoría, ambas destetaron antes de los dos años de edad del hijo/a.

Cuadro 19 Duración de la lactancia materna relacionada con el nivel de escolaridad de la madre

		Nivel de escolaridad						Total	
		Primaria		Básicos		Diversificado			
		Incompleta	Completa	Incompleto	Completo	Incompleto	Completo		
Duración de LM	Menor de dos años	9	23	12	14	1	23	6	88
	Igual o mayor a dos años	4	18	5	4	0	15	2	48
Total		13	41	17	18	1	38	8	136

En el Cuadro 19 puede observarse la duración de la lactancia materna contra el nivel de escolaridad de la madre. Primaria completa y diversificado completo son los niveles de escolaridad más predominantes. En ambos es posible notar que la mayoría de las madres suspendió la lactancia materna antes de los dos años de edad de su hijo/a; sin embargo ambos grupos poseen la mayor cantidad de madres que lactaron hasta los dos años o más.

Cuadro 20 Nivel de conocimiento sobre lactancia materna relacionado con el nivel de escolaridad de la madre

		Nivel de escolaridad						Total	
		Primaria		Básicos		Diversificado			
		Incompleta	Completa	Incompleto	Completo	Incompleto	Completo		
Nivel de conocimiento	Insuficiente	10	27	13	10	1	22	4	87
	Suficiente	2	13	3	8	0	14	3	43
	Bueno	1	1	1	0	0	2	1	6
Total		13	41	17	18	1	38	8	136

El Cuadro 20 relaciona el nivel de escolaridad con el nivel de conocimientos de la madre sobre lactancia. Las madres que cursaron la primaria completa y las madres con diversificado completo representan la muestra mayoritaria. Siendo diversificado completo el único grupo con más de 1 madre con nivel de conocimiento bueno. Sin embargo, tanto la primaria completa como el diversificado completo, poseen la mayor cantidad de madres con nivel de conocimiento insuficiente.

Cuadro 21 Paridad de la madre relacionada con la duración de lactancia materna

		Duración de LM		Total
		Menor de dos años	Igual o mayor a 2 años	
Paridad	Primípara	30	11	41
	Múltipara	58	37	95
Total		88	48	136

El Cuadro 21 explica la relación entre la paridad de la madre y la duración de la lactancia materna. Tanto en las madres primíparas como en las madres múltiparas, la mayoría no cumplieron con los 24 meses de lactancia materna. Donde se observa la mayor cantidad de madres que completaron el tiempo de lactancia recomendado fue en las mujeres múltiparas.

Cuadro 22 Ocupación de la madre relacionada con la duración de lactancia materna

		Duración de LM		Total
		Menor de dos años	Igual o mayor a 2 años	
Ocupación	Ama de casa	77	40	117
	Trabajadora dependiente	9	7	16
	Estudiante	2	1	3
Total		88	48	136

Al relacionar la ocupación de la madre y la duración de la lactancia materna, en el Cuadro 22 es posible observar que las amas de casa representan la mayoría de la población que suspendió la lactancia materna antes de los dos años de edad. Asimismo, este grupo tiene el máximo número de madres que completaron los dos años de lactancia materna.

El Cuadro 23 muestra la relación existente entre el estado civil de la madre y su ocupación. Como puede observarse, la combinación predominante son las amas de casa unidas o casadas. Sin embargo, es posible notar que hay madres solteras y viudas que también son amas de casa. La mayoría de madres estudiantes son solteras, cuatro de las madres que trabajan también lo son.

Cuadro 23 Ocupación de la madre relacionada con estado civil

		Estado civil				Total
		Casada	Unida	Soltera	Viuda	
Ocupación	Ama de casa	53	43	20	1	116
	Trabajadora dependiente	9	2	4	1	16
	Estudiante	1	0	2	0	3
Total		63	45	26	2	136

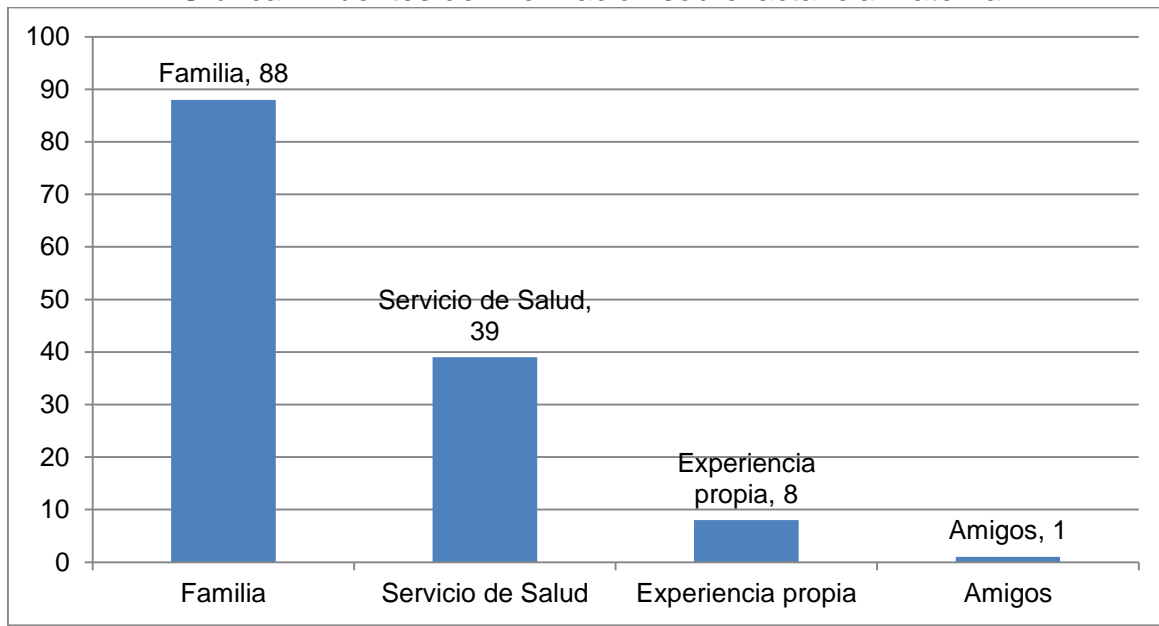
Cuadro 24 Planificación del embarazo relacionado con duración de lactancia materna

		Planificación del embarazo		Total
		Si	No	
Duración de LM	Menor de dos años	19	69	88
	Igual o mayor a dos años	15	33	48
Total		34	102	136

El Cuadro 24 expone la relación entre la duración de la lactancia materna y la planificación del embarazo. La cantidad de madres que planificaron su embarazo es similar en las que destetaron a los dos años o más y las que destetaron a una edad menor, a diferencia de las madres con embarazo no planificado, donde aquellas que dieron lactancia menos de 24 meses duplican la cantidad de madres que si la dieron.

Luego del análisis de correlaciones y tablas de contingencia, se procedió a examinar el último aspecto de la encuesta. Se les solicitó a las madres que colocaran su fuente principal de información sobre lactancia materna, tanto de conocimientos como en técnicas y actitud.

Gráfica 4 Fuentes de información sobre lactancia materna



Como se observa en la Gráfica 4, la principal fuente de información era la familia, donde sobresalía la madre y la suegra. La segunda fuente de información era el servicio de salud, seguido por experiencia propia de la madre sin ningún tipo de ayuda y por último, amigos.

VII. DISCUSIÓN

Evidentemente existe una gama muy amplia de factores que al mismo tiempo actúan, en mayor o menor proporción, en la determinación de la madre a decidir alimentar a su hijo/a con el pecho materno, por lo que en algunas ocasiones puede resultar complicado entender cuál de estas variables se expresa con mayor intensidad en esta conducta (Carrasco 2007).

De acuerdo a la literatura, los conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna juegan un papel determinante en la decisión de la madre de amamantar o no a su hijo/a. Es por ello que esta investigación indaga en estos tres aspectos y su relación con el destete precoz en una población diversa de mujeres provenientes de distintos sectores del país representando a una diversidad de culturas.

El conocimiento se evaluó con base a la calificación obtenida en el cuestionario. A partir de los 29 puntos el nivel de conocimiento era considerado como suficiente, sin embargo la media se mostró con un total de 26 puntos obtenidos, lo cual se traduce a un nivel insuficiente de conocimientos sobre lactancia materna. La actitud también fue evaluada de acuerdo al puntaje obtenido. Estar en desacuerdo con las afirmaciones negativas hacia la lactancia materna garantizaba un punto en este apartado. Para este caso, la mayoría obtuvo 9 puntos, lo cual muestra una actitud positiva hacia la lactancia materna.

Con lo que respecta a las prácticas, se evaluó la correlación entre la edad de destete y la edad de introducción de alimentos distintos a la leche materna. A pesar de que ésta correlación no fue estadísticamente significativa, la mayoría inició la alimentación complementaria a los 6 meses de edad del hijo/a. Con este dato es posible afirmar que las madres conocían, en su mayoría, el periodo de lactancia materna exclusiva, pues más del 75% de los infantes si la recibió. Sin embargo, las madres desconocían la edad recomendada para destetar, pues indicaron que la edad adecuada para prolongar la lactancia materna era menor a dos años.

Las madres que introdujeron alimentos antes de los 6 meses de edad de su hijo/a indicaron qué tipo de alimentos le habían proporcionado al infante. La mayoría inició la alimentación complementaria con líquido y el resto con alimentos sólidos.

La introducción temprana de alimentos distintos a la leche materna puede deberse a muchos factores, entre ellos la ocupación que tenga la madre que en algunas ocasiones le impide amamantar, falta de conocimientos, mitos y creencias sobre los alimentos proporcionados y los supuestos beneficios que éstos le otorgan al bebé.

Para evaluar las creencias que asumían las madres acerca de la lactancia materna, se les solicitó que colocaran como verdaderas o falsas una serie de afirmaciones en contra del proceso de amamantamiento. En los resultados se colocaron las creencias que fueron respondidas por el 100% de las madres encuestadas. De estas creencias, únicamente una fue calificada como verdadera por la mayoría de las madres, esta fue que los bebés no suben de peso si la leche de la madre es de mala calidad. La leche de la madre es subestimada, sin embargo se conoce que no existe ninguna leche de mala calidad, es la técnica de amamantamiento y la falta de conocimientos de la madre que impide que el hijo/a se alimente de manera adecuada.

A pesar de que la creencia de que la leche muy clara es de mala calidad obtuviera más falsos que verdaderos, los resultados se encuentran cercanos, con una diferencia de 2 puntos. Ello implica que casi el 50% de las madres creen que este mito es verdadero, por lo que es indispensable incluir en los programas de educación de lactancia materna aspectos propios de la leche y los distintos tipos que hay. Debe explicarse a las madres que la leche proveniente de su pecho es el mejor alimento para el bebé y que en ninguna ocasión es de mala calidad.

Un aspecto interesante acerca de los mitos y creencias sobre lactancia materna es que, en esta investigación, la mayoría de las madres indicaron como falsa una de las creencias más popularizadas en Guatemala, donde se entiende que las “agüitas” de distintas hierbas calman los cólicos del hijo/a cuando éste los presenta. Este puede ser el resultado de una educación exitosa de los programas de promoción y protección de lactancia materna.

Con el objetivo de comprender el por qué las madres acortaran el periodo de lactancia materna a uno menor que el recomendado, se indagó acerca de las razones que motivan esta decisión. Como razón principal, se tiene que las madres creen no tener leche, esto puede deberse a la falta de conocimiento la colocación del bebé al pecho y la posición de la madre al amamantar, que impide que la succión sea adecuada y por ende no baje la leche.

También es posible el cambio en las mamas del primer al segundo mes haga pensar a las madres que no tienen leche, pues en este periodo el pecho se reduce y la cantidad de leche que gotea es menor. La segunda razón indicada por las madres fue el trabajo.

Debido a la limitada disponibilidad de horario y la falta de flexibilidad por parte de las instituciones laborales, las madres únicamente cumplen con la lactancia materna exclusiva. El que las madres consideraran que su hijo/a rechazaba su pecho o que el doctor les indicaba suspender la lactancia materna fueron dos razones de suspensión con similar proporción. El rechazo del bebé hacia el pecho no existe si la madre tiene conocimiento de cómo lactar adecuadamente.

Las indicaciones de profesionales de la salud son escuchadas y seguidas por las madres, sin embargo en múltiples ocasiones no se consulta a un experto en lactancia sobre las técnicas y período adecuado en el cual la madre debe alimentar a su hijo/a con el pecho. Este aspecto debe considerarse como un motivo para la capacitación de profesionales en lactancia materna, pues la información que proveen puede ser en ocasiones errónea.

Posterior a la caracterización de la población y la descripción de la misma, se realizó la estadística inferencial de las variables. En este segmento se determinó la relación existente entre las variables analizadas, y si ésta era directa o indirectamente proporcional.

Como primer aspecto, sobresale que un mejor nivel de conocimiento favorece la continuidad de la lactancia materna en el tiempo, ya que se observó una correlación significativamente positiva al aumentar el nivel de conocimiento y el periodo de lactancia durante el periodo de tiempo adecuado. Esto demuestra que un mayor nivel de conocimiento garantiza una mayor permanencia en la lactancia materna, aunque ésta relación sea de baja intensidad.

Uno de los aspectos importantes es que en los conocimientos evaluados, la mayoría de las madres calificó el calostro como el alimento que sale del pecho durante los primeros días después del parto. A pesar de que la totalidad de las madres afirmó que el calostro era importante y la mayoría colocó correctamente su definición, no supieron fundamentar su importancia, pues no se observaron conocimientos adecuados. La mayor parte de los comentarios indicaban “es importante porque limpia su estómago”, sin embargo ninguna de las madres relacionó el calostro con la inmunidad del recién nacido.

Las decisiones acerca de la forma de alimentación de el/la hijo/a también se ven influenciadas en gran medida por las creencias, que se transmiten de generación en generación y que están ligadas estrechamente a las costumbres, cultura y actitud que posea el grupo familiar y la comunidad (Maestre 2003).

Contrario a lo que se ha demostrado en estudios similares, la actitud materna hacia la lactancia no determina que esta permanezca por más tiempo. Como se observa en los resultados obtenidos en esta investigación, no hay una relación estadísticamente significativa que apoye la creencia que una mejor actitud hacia la lactancia disminuya la incidencia del destete precoz.

El que en esta población no se haya mostrado una relación directamente proporcional entre una buena actitud y la permanencia de la lactancia en el tiempo puede deberse a factores tradicionales de la cultura. Las madres adoptan una buena actitud hacia la lactancia por los múltiples beneficios que esta brinda, principalmente el económico. Esta actitud se hereda de la madre, abuela o suegra. Sin embargo esta investigación coincide con los resultados obtenidos en Escuintla en el año 2013, que reflejan que aunque se tenga una buena actitud, la práctica no es adecuada en la mayoría de los casos.

Con respecto al número de hijos, a pesar de que en otros estudios se ha comprobado que el haber amamantado con éxito a un hijo anterior esté asociado a una mayor duración de la lactancia materna, en esta investigación no se demostró que ambos aspectos estuvieran relacionados. No se halló evidencia que señalara que las mujeres primíparas tuvieran menos habilidades para afrontar el proceso de lactancia y sus dificultades, como el retraso en el inicio de producción láctea y problemas en aplicar la técnica correcta. El único aspecto mencionado por las madres en relación al número de hijos, es que una de las dificultades para continuar la lactancia fue el haber quedado embarazada nuevamente antes de que el hijo lactante cumpliera los 2 años de edad.

En la actualidad, el cambio en las prácticas para la alimentación de los niños desde su nacimiento, ha llevado a la sociedad a padecer carencias significativas, poniendo en riesgo el desarrollo óptimo de los infantes y de la niñez en general. A pesar de que existe la creencia que mejores prácticas garantizan una mayor duración en el tiempo de lactancia, y que en algunos estudios se ha comprobado, en esta investigación no se detectó una relación significativa entre ambos factores.

El que la mayoría de madres haya cumplido únicamente con el nivel primario de escolaridad puede mostrar un nivel de dificultad evidente en la educación que reciben en sus controles prenatales y durante el puerperio respecto a los conocimientos que guían hacia una práctica adecuada de lactancia materna. Sin embargo, como se menciona anteriormente, las prácticas son aprendidas en casa con la familia, lo cual implica que una escolaridad incompleta no está ligada estrechamente al destete precoz.

Existen otras características maternas que se relacionan significativamente entre sí. Además de la relación estadísticamente significativa y directamente proporcional entre la duración de la lactancia materna y los conocimientos; la edad de la madre y el número de hijos son factores que se encuentran correlacionados significativamente de manera positiva. A mayor edad de la madre, mayor es el número de hijos. Esta relación puede parecer obvia, ya que al incrementarse la edad se incrementa también la posibilidad de una mayor cantidad de embarazos.

La correlación entre la escolaridad y el número de hijos implica que personas más educadas tienen un mayor conocimiento sobre los beneficios de la planificación familiar y demás prácticas de la salud sexual y reproductiva, lo cual impide que se suspenda la lactancia materna de un hijo/a por amamantar a otro cuando finalice el periodo de gestación.

Conexo a la escolaridad, esta mostró una correlación estadísticamente significativa con dos variables. La primera de ellas fue la edad de la madre. Se demostró que a mayor edad de la madre, menor es su escolaridad, esto implica que las mujeres más grandes tendieron a estudiar menos tiempo que las de generaciones más jóvenes. Esta también se relacionó con los conocimientos de manera positiva. A mayor nivel de escolaridad se obtuvo un mayor nivel de conocimiento en las madres.

Los resultados demostraron que a mayor nivel de conocimiento se tenía una mejor actitud hacia la lactancia. Esto se debe a que las madres conocen los beneficios, tanto para ellas como para sus hijos/as de proporcionar lactancia materna como único alimento durante los primeros 6 meses de vida y como alimento principal y complementario hasta los dos años de edad. El conocer sobre estos beneficios permite que las actitudes hacia la lactancia sean positivas y que sea aceptada culturalmente como el mejor alimento para el niño pequeño sin ningún prejuicio o negación para practicarla.

Finalmente, las tablas de contingencia indican una relación íntima entre la duración de la lactancia materna y variables de interés. A pesar de que no se mostró una relación estadísticamente significativa entre la actitud de la madre y la duración de la lactancia materna, puede observarse que ninguna de las madres con actitud negativa extendió la lactancia hasta los 24 meses, esto podría explicar que una actitud positiva no tiene impacto sobre la duración de la lactancia, sin embargo una negativa podría significar un destete precoz.

La relación entre el nivel de escolaridad y la duración de la lactancia materna mostró que primaria completa y diversificado completo son los niveles de escolaridad predominantes. En ambos se observó que la mayoría de las madres suspendió la lactancia materna antes de los dos años de edad de su hijo/a; sin embargo, ambos grupos poseen la mayor cantidad de madres que lactaron hasta los dos años o más.

Comparando el nivel de escolaridad con el nivel de conocimiento sobre lactancia materna, se explica que, para esta investigación, las madres con un nivel diversificado tienden a mostrar un mejor conocimiento en ésta área, no porque hayan recibido capacitaciones en el ámbito de lactancia materna cursando la secundaria, sino porque tienen una mejor comprensión de los temas que madres con un nivel menor de escolaridad.

La duración de la lactancia materna es similar en las mujeres primíparas que en las múltiparas. En ambos grupos, la mayoría dio lactancia materna en un periodo menor a los 2 años de edad de su hijo/a. Donde se observa la mayor cantidad de madres que completaron el tiempo de lactancia recomendado fue en las mujeres múltiparas, sin embargo, por la gran cantidad de mujeres clasificadas en esta categoría, se esperaba que fuese así.

En cuanto a la ocupación de las madres encuestadas, se observó el mismo patrón en las tres categorías. La mayor cantidad de madres en cada una no cumplió con los 2 años de lactancia recomendados. Esto indica que el hecho de que la madre sea ama de casa y no tenga la limitación de un trabajo que le impida amamantar, no garantiza una mayor prolongación de la lactancia.

Al relacionar el estado civil y la ocupación de la madre, es posible deducir que, en esta investigación, la mayoría son madres amas de casa unidas o casadas con su pareja. Sin embargo hay madres solteras que también son amas de casa, casos en los que no se sabe de dónde reciben la ayuda económica para la manutención del hijo/a.

También se presentaron casos de madres solteras trabajadoras y estudiantes, lo cual también puede implicar una razón de abandono a la lactancia materna por ser ellas las únicas que sustentan la economía del hogar y deben regresar a laborar sin completar los 24 meses de lactancia.

La relación entre la planificación del embarazo y la duración de la lactancia indica que, a pesar que no es una relación estadísticamente significativa, la mayor parte de madres que destetaron precozmente no planificaron su embarazo.

En las madres con embarazo planificado es posible observar una cantidad similar en ambos grupos, es decir, en las que si cumplieron con los 24 meses de lactancia y en las que no. Sin embargo, en los casos de embarazo no planificado, las madres que suspendieron la lactancia antes de los 24 meses superan por más del doble a quienes si la dieron, lo cual da un indicio que un niño/a que no fue planificado podría tener mayor probabilidad de ser destetado de forma precoz.

Para comprender de mejor manera los factores mencionados anteriormente, resulta necesario saber de dónde provienen dichos conocimientos y creencias, por lo que fue preciso indagar acerca de las fuentes de información sobre lactancia materna que poseían las mujeres. La principal fuente de información referida por las madres entrevistadas fue la familia, el resto se dividió entre la información obtenida en los servicios de salud, experiencia propia o amigos. Ello implica que las intervenciones en salud y protección y promoción de la lactancia materna deben proporcionar programas que integren tanto a la mujer como a su familia, asimismo, al ser los centros de salud la segunda fuente de mayor información, es necesario capacitar y fortalecer los programas en dichas instituciones.

Cabe mencionar que además del obstáculo que representa la falta de conocimientos, las madres que mencionaron como limitante el trabajo evidencian que los empleadores no cumplen con el código de trabajo que establece los derechos de la mujer lactante.

La suspensión de la lactancia materna antes del tiempo recomendado limita el desarrollo y crecimiento adecuado del niño/a, por lo que es importante promocionarla y protegerla. Lograr que el personal de salud, las mujeres y la comunidad favorezcan el proceso de lactancia garantiza que las mujeres decidan iniciar y mantener la lactancia materna por el tiempo recomendado.

VIII. CONCLUSIONES

1. Al analizar los resultados de esta investigación, es posible concluir que su población se caracterizó por estar constituida principalmente por mujeres mayores de edad, multíparas, casadas o unidas, donde la mayoría definió su embarazo como no planificado, la mayoría completó los estudios de primaria y realizaban labores propias del hogar.
2. Se halló que un mejor nivel de conocimientos garantiza una mayor duración en el periodo de lactancia materna, haciendo posible que ésta se extienda hasta los 2 años de edad del niño/a.
3. En cuanto a las actitudes y las prácticas sobre lactancia materna, se encontró que ambas variables no poseen una relación estadísticamente significativa con el destete precoz. La actitud positiva hacia la lactancia materna y las prácticas adecuadas sobre la misma no tienen un impacto significativo en la duración del periodo de amamantamiento.
4. La mayoría de las madres poseen el conocimiento sobre la exclusividad de la leche materna en los primeros 6 meses de vida, sin embargo desconocen que la edad adecuada para dar lactancia se extiende hasta los 24 meses de edad.
5. La edad de la madre influye en el número de hijos que tiene, indicando que una mayor edad se encuentra relacionada con mayor cantidad de hijos. Asimismo, un mayor nivel de escolaridad eleva el nivel de conocimiento sobre lactancia materna de las madres y un mayor nivel de conocimiento garantiza una mejor actitud hacia la práctica de lactancia.
6. La escolaridad de la madre se encuentra relacionada de manera significativa con el número de hijos, una mayor escolaridad implica que el número de hijos es menor en la mayoría de los casos. De la misma forma, se halló que la escolaridad se encuentra también relacionada con la edad. Una mayor edad de las madres implica una menor escolaridad en comparación con las generaciones más jóvenes.

7. El análisis de los resultados permite identificar que es indispensable tratar temas como la composición y calidad de la leche materna y los beneficios de la misma en los programas de salud pública enfatizados en ésta área.

IX. RECOMENDACIONES

1. Puesto que la familia ocupa el primer lugar en la obtención de información por parte de las madres, es necesario utilizar estrategias de apoyo de la lactancia materna que incluyan a la familia de la mujer y a su comunidad.
2. Es necesario que los miembros del equipo de salud fomenten la lactancia materna y apoyen a las madres y familias en su práctica. Para ello es necesario la actualización de conocimientos en materia de lactancia y que éstos sean transmitidos de acuerdo a las características de la población con el objetivo de evitar confusiones y malas interpretaciones.
3. Para reducir las cifras de abandono de la lactancia materna es necesario educar a la población, enfatizar en los beneficios que la leche materna proporciona tanto al hijo/a como a la madre. El material educativo debe tener contenidos claros y de fácil comprensión, hechos en el idioma de la región y que además permitan a las mujeres comprender la importancia de otorgar el mejor alimento, producto de su naturaleza, durante los primeros 24 meses de vida. Dichos contenidos deben estar enfatizados hacia los conocimientos sobre lactancia materna.
4. Realizar un estudio similar con otro grupo de mujeres, en el ámbito privado, quienes son más propensas a sustituir la lactancia materna con sucedáneos de leche por el hecho de tener la capacidad económica para hacerlo.
5. Garantizar el cumplimiento de la ley que acoge a las madres lactantes y exigir el respeto hacia el derecho de horas de lactancia en el ámbito laboral y sobretodo la protección a la madre lactante y su hijo/a.
6. Incluir en el estudio el rol del padre de familia en la práctica de la lactancia materna y cómo influye en la forma óptima de darla.

X. BIBLIOGRAFÍA

- Aguayo, Josefa *et al.* 2000. <<Lactancia materna >>. *Revista Salud entre todos*. [México]. 1 (85): 1-12.
- Aguilar, M.J. *et al.* 2010. <<Lactancia materna: un método eficaz en la prevención del cáncer de mama>>. *Nutrición Hospitalaria*. [España]. 25 (6): 954-958.
- Araya, Zully. Geovanna Campos. 2012. <<Educación prenatal: factor asociado al éxito de la lactancia materna >>. *Revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. 1 (23): 1-16.
- Baeza, Carmela. *Amamantamiento, destete y sentimientos maternos*. <http://www.amapamu.org/actividades/charlas2006/destete.pdf>. [28/2/2014].
- Carrasco, Karina. Vanessa C. 2007. *Asociación entre el destete y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la lactancia materna exclusiva en madres de niños/as con 6 meses de vida*. Tesis Universidad Austral de Chile. Chile. Escuela de Obstetricia y Puericultura. 68 págs.
- Delgado, Mario; J. Orellana. 2004. <<Conocimientos maternos sobre conductas óptimas de lactancia>>. *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología*. [Colombia]. 55 (1): 9-17.
- Fuxet, Andrés. 2003. *Protección y promoción de la lactancia natural: un reto de la legislación guatemalteca en materia de comercialización de los sucedáneos de la leche materna*. Tesis Universidad Rafael Landívar. Guatemala. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. 90 págs.
- Galindo, Luisa Fernanda. 2013. *Conocimiento, actitudes y prácticas que influyen en el inicio, duración intensidad y tipo de lactancia materna en infantes menores de 24 meses del departamento de Escuintla*. Tesis Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia. 77 págs.
- Gómez, A. 1997. <<Lactancia materna en prematuros>. *Boletín de la sociedad de pediatría del Hospital Universitario de Tarragona*. [Francia]. 37 (161): 1-6.
- González, Iván, *et al.* 2008. <<Lactancia materna exclusiva factores de éxito y/o fracaso>>. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. [Argentina]. 1 (177): 1-5.
- Juárez, Bertha. 2007. *Situación de la lactancia materna en el menor de dos años que asiste a los centros de atención integral (CAI) del área metropolitana de la secretaría de bienestar social de la presidencia*. Tesis Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia. 66 págs.

- Leon, Jorge. 1994. *Edad de destete y su relación con factores maternos*. Tesis Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. 37 págs.
- Llanos, Adolfo. *et al.* 2004. <<Tendencias actuales de la nutrición del recién nacido prematuro>>. *Revista Chilena de Pediatría*. [Chile]. 75 (2): 107-121.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS. 2009. *Informe Preliminar ENSMI 2008-2009*. Guatemala. V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. 68 págs.
- Ministerio de Salud Pública. 1983. *Decreto ley número 66-83*. Guatemala. Ley de comercialización de los sucedáneos de la leche materna y su reglamento. 4 págs.
- Ministerio de Salud Pública. 1987. *Acuerdo Gubernativo No. 841-87*. Guatemala. Ley de comercialización de los sucedáneos de la leche materna y su reglamento. 4 págs.
- Morán, M. *et al.* 2009. <<Prevalencia y duración de la lactancia materna. Influencia sobre el peso y la morbilidad>>. *Nutrición Hospitalaria*. España. 24 (2): 213-217.
- Organización Mundial de la Salud. 1998. *Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural*. Suiza. División de salud y desarrollo del niño. 112 págs.
- Organización Panamericana de la Salud. 2002. *Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia*. Programa de Alimentación y Nutrición. 188 págs.
- Organización Panamericana de la Salud. 2013. *Apoyo a las madres que amamantan: cercano, continuo y oportuno*. Brasil. Semana mundial de la lactancia materna 2013. 4 págs.
- PROSAN. 2006. *Normas para la iniciativa de Servicios de Salud Amigos de la Lactancia materna*. Ministerio de Salud Pública. 16 págs.
- Puertas, Alberto, *et al.* 2004. *Guía práctica para profesionales sobre la lactancia materna*. Asociación Española de Pediatría. España. 57 págs.
- Roig, Antonio. 2012. *El abandono prematuro de la lactancia matern : incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia*. Tesis Universidad de Alicante. 125 págs.
- Rojas, Lady. 2010. <<Lactancia materna beneficios y mitos>>. *Revista Salud, Sexualidad y Sociedad*. [Argentina]. 2(4): 1-4.

- Strain, Heather. 2005. <<Duración óptima de la lactancia materna >>. En *Medicina familiar*. Colombia. 62abr. 1-14.
- Strain, Heather. *Mujer que trabaja: maternidad y lactancia*. <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod05/Mod%205%20Mujer%20que%20trabaja%20y%20leyes%20Chile.pdf>. [28/2/2014].
- UNICEF. 1995. *La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca*. Chile. Comisión de Lactancia MINSAL. 30 págs.
- UNICEF. 2010. *Mitos y realidades de la lactancia materna*. Movimiento únete por la niñez. 9 págs.
- Villeda, Diane. 2007. *Sensibilización y autoevaluación de cinco hospitales del oriente del país sobre "la iniciativa de amigos de la lactancia materna"*. Tesis Universidad Rafael Landívar. Guatemala. Facultad de Ciencias de la Salud. 51 págs.
- Viñas, A. 2007. <<La lactancia materna: técnica, contraindicaciones e interacciones con medicamentos>>. *Pediatría del Centro de Asistencia Primaria Florida Sur*. [Barcelona]. 11 (4): 307-317.
- World Health Organization. 2010. *HIV and infant feeding*. Suiza. UNFPA. 58 págs.

XI. ANEXOS

A. Anexo 1 Guía para entrevista

CUESTIONARIO

A continuación se presentan una serie de preguntas sobre lactancia materna, con las respuestas obtenidas de esta encuesta se obtendrán resultados que relacionarán los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia con el tiempo en que cada madre da de mamar a su bebé y como ello puede implicar una suspensión temprana o adecuada de la misma. Agradezco su valiosa participación ya que su opinión e ideas son muy importantes para el estudio que se está realizando.

Código:	Edad:
Estado Civil:	Último curso que aprobó:
Ocupación:	Número de hijos:

CONOCIMIENTOS

1. ¿Cuánto tiempo debe dar leche materna a su hijo sin necesidad de incluir otros alimentos o líquidos (como atoles, café, agua o jugos)?

1 mes		4 meses	
2 meses		5 meses	
3 meses		6 meses	
		Otro	

2. Para usted, ¿qué es el calostro?

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

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

Sí		No	
----	--	----	--

¿Por qué?

4. ¿Cuántas veces al día debe mamar el/la niño/a recién nacido?

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

5. ¿Hasta qué edad debe amamantarse el bebé?

6 meses	
1 año 6 meses	
2 años	
Cuando el niño ya no quiera	
No sabe	

6. ¿Cuándo se debe comenzar a dar alimentos sólidos (papillas o comidas) a el/la niño/a?

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

7. Para usted como madre, ¿cuál o cuáles de estas afirmaciones considera correcta en relación a la lactancia materna? (Puede marcar una o más alternativas con una X)

Es más barata	
Previene el embarazo	
Ayuda a perder peso acumulado en el embarazo	
Ayuda al útero a volver a su estado normal después del parto	
Previene el cáncer de pecho y ovario	
Crea lazos de amor con el hijo	
No existe ningún beneficio de la lactancia materna para usted	
No sabe	

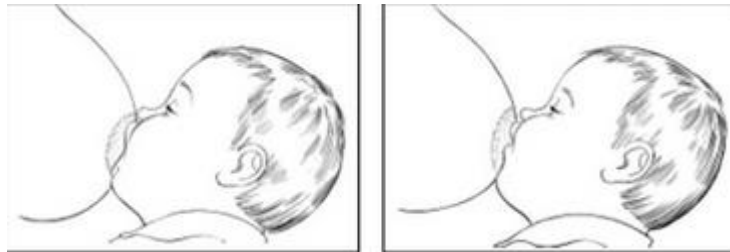
8. ¿Cuál o cuáles de estas afirmaciones considera correcta en relación a la lactancia materna y su hijo/a? (Puede marcar una o más alternativas con una X)

Lo protege de infecciones como diarreas, neumonías o gripes	
Lo ayuda en su desarrollo (moverse, caminar, etc.)	
Crea lazos de amor entre usted y su bebé	
Le da a su bebé la mejor nutrición	
Es más limpia para que su bebé la tome	
No existe ningún beneficio de la lactancia materna	
No sabe	

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

Tomar mucha agua o líquido	<input type="checkbox"/>
Poner al bebé al pecho	<input type="checkbox"/>
Alimentarse bien	<input type="checkbox"/>
No sabe	<input type="checkbox"/>

10. Marque con una X el cuadro con la posición correcta para dar leche de su pecho a su bebé



11. Al tomar leche de su pecho, su bebé debe comenzar por:

El pecho que en la mamada anterior el bebé tomó por último	<input type="checkbox"/>
El pecho que en la mamada anterior el bebé tomó primero	<input type="checkbox"/>
Con cualquiera de los pechos	<input type="checkbox"/>
No sabe	<input type="checkbox"/>

12. Cuando el bebé no está satisfecho con el pecho materno muestra el siguiente comportamiento:

(Puede marcar una o más alternativas)

Llora constantemente y no parece satisfecho	<input type="checkbox"/>
Duerme por un período más corto	<input type="checkbox"/>
No sube de peso	<input type="checkbox"/>
No duerme después de tomar pecho	<input type="checkbox"/>
Orina menos	<input type="checkbox"/>
Tiene menos energía (se mira cansado)	<input type="checkbox"/>
No sabe	<input type="checkbox"/>

13. ¿Qué debe hacer cuando su bebé tiene cólicos? (Puede marcar una o más alternativas)

(Puede marcar una o varias alternativas)

Dar agüitas o atolitos y quitarle el pecho	
Caminar con el bebé cargándolo sobre el brazo	
Ponerle paños de agua tibia en la pancita	
Ir al servicio de salud	
Poner la pancita del bebé contra el cuerpo y hacerle masajes en la espalda para eliminar los gases	
No sabe	

14. Cuando usted tiene dolor y/o heridas en los pezones, ¿qué debe hacer?

(Puede marcar una o más alternativas)

Usar una buena postura y un buen agarre, que el bebé cubra toda la parte marrón del pezón	
Usar jabón, limón, alcohol o agua con bicarbonato	
Después de dar de mamar sacar unas gotas de leche y ponerla sobre la herida	
Mantener seco el pezón entre las tomas	
Dejar de dar pecho hasta que se curen las heridas	
Vaciar completamente los pechos y asegurar que el bebé agarre bien el pezón tomando hasta la areola (toda la parte café del pecho)	
No sabe	

15. Para mantener sus pechos sanos cuando da de mamar es necesario:

(Puede marcar una o más alternativas)

Mantener los pechos sin gran cantidad de leche dentro	
Asegurar que el bebé tome de forma correcta el pezón	
Mantener buena higiene (bañarse todos los días, lavarse las manos, etc.)	
No sabe	

16. Si le duelen los pechos y al tocarlos están llenos de leche, ¿qué se debe hacer?

(Puede marcar una o más alternativas)

Dejar de dar pecho al bebé hasta que no haya dolor	
Dar pecho al bebé más veces para vaciar los pechos	
Poner trapitos de agua caliente en el pecho para vaciarlos	
Realizar masajes en forma de círculos en el pecho	
No sabe	

17. De las siguientes afirmaciones marque con una F las que considera falsas y con una V las que cree que son verdaderas

Al amamantar por mucho tiempo se caen los pechos	
Una leche de un color claro o muy transparente es una leche de mala calidad	
Los bebés tienen toda la leche que necesitan en los primeros 5 minutos de empezar a mamar	
Se debe dejar pasar tiempo entre cada mamada para que se llenen los pechos	
Nunca se debe despertar al bebé si está durmiendo para darle pecho	
Si el bebé no sube de peso es porque la leche de la madre es mala	
Dar de mamar da depresión posparto	
Es bueno darle agüitas o atolitos a los bebés para evitar que les duela el estómago	
Dar mucho de mamar hace que el bebé sea gordo cuando crezca	
Tomar incaparina y líquidos aumenta la cantidad de leche que sale del pecho	
Para tener leche en el pecho se debe tomar leche de vaca	

PRÁCTICAS

18. Marque con una X la edad que tenía su bebé cuando dejó de darle pecho

1 mes		1 año y medio	
6 meses		2 años	
1 año		Otro	

19. ¿Dio otro tipo de leche o alimento a su bebé que no fuera leche materna en los primeros 6 meses de vida?

Sí	
No	

20. ¿Qué otros alimentos le dio a su hijo que no fuera leche materna durante los primeros 6 meses de vida?

Líquidos (atolitos, agüitas, café)	
Sólidos (papillas, puré, pan, pan de manteca)	
Los dos anteriores	
Ninguno de los anteriores	

21. ¿Qué edad tenía su bebé cuando comenzó a darle otros alimentos además de su pecho?

De 15 días a 1 mes	Cuatro meses	
2 meses	Cinco meses	
3 meses	Seis meses	

22. Si usted dejó de darle pecho a su bebé antes de los dos años, marque con una X las razones por las cuales decidió hacerlo (Puede marcar más de una)

Su bebé rechazaba su pecho	
Usted trabaja y no tenía tiempo para darle pecho	
Usted no tenía leche	
Su bebé estuvo hospitalizado	
Usted tenía problemas con sus pezones (heridas o grietas)	
A su bebé le hacía mal la leche de su pecho	
Su bebé se enfermó	
Porque usted no deseaba dar pecho	
Porque usted estaba tomando medicamentos	
Otra razón	

ACTITUDES

23. Marque con una X el cuadro que exprese su opinión frente a las siguientes afirmaciones

Opinión	Sí	No
Visualmente es feo ver a una mujer dando pecho		
Si se da leche de bote no habrá problemas en los pechos y el bebé se nutre de la misma forma que con pecho		
Los niños reciben los mismos nutrientes de la leche de bote que de la leche del pecho		
La alimentación con leche de bote es más limpia		
Dar de mamar deja un olor a leche cortada en la ropa		
Si la mujer tiene los pechos pequeños no puede dar de mamar, por lo que es mejor acostumbrar al bebé a tomar leche de bote		
Dar leche del pecho es una presión, no un deseo como madre		
Si la madre se encuentra cansada puede dar leche de bote para descansar		

Opinión	Sí	No
Dar pecho al bebé es muy cansado		
Dar leche de bote es la única forma en que la familia puede ayudar con el bebé		

24. La información sobre leche materna que tiene se la han dado:
(Puede marcar más de uno)

<input type="checkbox"/>	Familia (especificar quién)
<input type="checkbox"/>	Amigos
<input type="checkbox"/>	Pareja
<input type="checkbox"/>	Servicio de salud
<input type="checkbox"/>	Otros (especificar)

25. ¿Usted planificó su embarazo?

Continuación								
Indicadores de conocimiento	Malo		Bueno					
	Descripción	Punteo	Descripción	Punteo	Descripción	Punteo	Descripción	Punteo
C) El peor alimento que sale del pecho, con menos defensas y nutrientes D) No sabe	No señala la alternativa correcta	0	Señala la alternativa correcta (A)	3	Señala la alternativa correcta (A)	3	Señala la alternativa correcta (A)	3
Conoce la edad hasta la cual debe amamantarse al bebé A) 6 meses B) 1 año 6 meses C) 2 años D) Cuando el niño ya no quiera E) No sabe	No señala la alternativa correcta	0	Señala la alternativa correcta ©	3	Señala la alternativa correcta ©	3	Señala la alternativa correcta ©	3
Identifica periodo de inicio a la introducción de otros alimentos A) 3 meses B) 4 meses	No señala la alternativa correcta	0	Señala la alternativa correcta (D)	3	Señala la alternativa correcta (D)	3	Señala la alternativa correcta (D)	3

Continuación								
Indicadores de conocimiento	Malo		Bueno					
	Descripción	Punteo	Descripción	Punteo	Descripción	Punteo	Descripción	Punteo
C) 5 meses D) 6 meses E) 1 año F) Otro	No señala la alternativa correcta	0	Señala la alternativa correcta (D)	3	Señala la alternativa correcta (D)	3	Señala la alternativa correcta (D)	3
Sabe cuál es la posición correcta para amamantar al bebé A) Primera imagen B) Segunda imagen	No señala la alternativa correcta	0	Señala la alternativa correcta (A)	3	Señala la alternativa correcta (A)	3	Señala la alternativa correcta (A)	3.
Al tomar de su pecho, su bebé debe comenzar por: A) El pecho que en la mamada anterior el bebé tomo por último	No señala la alternativa correcta	0	Señala la alternativa correcta (A)	3	Señala la alternativa correcta (A)	3	Señala la alternativa correcta (A)	3

Continuación								
Indicadores de conocimiento	Malo		Bueno					
	Descripción	Punteo	Descripción	Punteo	Descripción	Punteo	Descripción	Punteo
B) El pecho que en la mamada anterior el bebé tomó primero C) Con cualquiera de los pechos puede iniciarse D) No sabe	No señala la alternativa correcta	0	Señala la alternativa correcta (A)	3	Señala la alternativa correcta (A)	3	Señala la alternativa correcta (A)	3

Nivel de Exigencia "B"								
Indicadores de conocimiento	Nulo		Escaso		Aceptable		Bueno	
	Descripción	Punteo	Descripción	Punteo	Descripción	Punteo	Descripción	Punteo
Conoce la frecuencia de las mamadas cuando el/la niño/a es recién nacido/a A) Cada 3 horas B) Cada vez que el/la niño/a lo pida.	Señala la alternativa C, D o E	0	Señala la alternativa A	1	Señala la alternativa C	2	Señala la alternativa B	3
Continuación								
Indicadores de conocimiento	Nulo		Escaso		Aceptable		Bueno	
	Descripción	Punteo	Descripción	Punteo	Descripción	Punteo	Descripción	Punteo

<p>C) Cada vez que el/la niño/a lo pida, máximo cada 3 horas</p> <p>D) Cada 6 horas</p> <p>No sabe</p>	<p>Señala la alternativa C, D o E</p>	<p>0</p>	<p>Señala la alternativa A</p>	<p>1</p>	<p>Señala la alternativa C</p>	<p>2</p>	<p>Señala la alternativa B</p>	<p>3</p>
<p>Identifica los beneficios de la lactancia materna exclusiva para la madre</p> <p>A) Es más barata</p> <p>B) Previene el embarazo</p> <p>C) Ayuda a perder peso acumulado durante el embarazo</p> <p>D) Ayuda al útero a volver a su estado normal después del parto</p> <p>E) Previene cáncer de pecho y ovario</p>	<p>Señala la alternativa H o G</p>	<p>0</p>	<p>Señala una o dos alternativas, excluyendo la H y G</p>	<p>1</p>	<p>Señala tres, cuatro, cinco o seis alternativas excluyendo la H y G</p>	<p>2</p>	<p>Señala todas las alternativas excluyendo la H y G</p>	<p>3</p>
Continuación								
Indicadores de conocimiento	Nulo		Escaso		Aceptable		Bueno	
	Descripción	Punteo	Descripción	Punteo	Descripción	Punteo	Descripción	Punteo

F) Crea lazos de amor con el hijo G) No existe ningún beneficio de la lactancia materna para usted H) No sabe	Señala la alternativa H o G	0	Señala una o dos alternativas, excluyendo la H y G	1	Señala tres, cuatro, cinco o seis alternativas excluyendo la H y G	2	Señala todas las alternativas excluyendo la H y G	3
Identifica los beneficios de la lactancia materna para el bebé A) Lo protege de infecciones como diarreas, neumonías o gripes B) Lo ayuda en su desarrollo motor C) Crea lazos de amor entre usted y su bebé	Señala la alternativa F o G	0	Señala una o dos alternativas, excluyendo la F y G	1	Señala tres o cuatro alternativas, excluyendo la F y G	2	Señala todas las alternativas excluyendo la F y G	3
Continuación								
Indicadores de conocimiento	Nulo		Escaso		Aceptable		Bueno	
	Descripción	Punteo	Descripción	Punteo	Descripción	Punteo	Descripción	Punteo

<p>D) Le da a su bebé la mejor nutrición</p> <p>E) Es más limpia para que su bebé la tome</p> <p>F) No existe ningún beneficio de la lactancia materna para su bebé</p> <p>G) No sabe</p>	Señala la alternativa F o G	0	Señala una o dos alternativas, excluyendo la F y G	1	Señala tres o cuatro alternativas, excluyendo la F y G	2	Señala todas las alternativas excluyendo la F y G	3
<p>Identifica las acciones para que el pecho produzca más leche</p> <p>A) Tomar mucha agua o líquido</p> <p>B) Poner al bebé al pecho</p> <p>C) Alimentarse bien</p> <p>D) No sabe</p>	Señala la alternativa D	0	Señala una alternativa excluyendo la D	1	Señala dos alternativas excluyendo la D	2	Señala todas las alternativas excluyendo la D	3
Continuación								
Indicadores de conocimiento	Nulo		Escaso		Aceptable		Bueno	
	Descripción	Punteo	Descripción	Punteo	Descripción	Punteo	Descripción	Punteo

<p>Identifica qué hacer si el niño tiene cólicos</p> <p>A) Dar agüitas o atolitos y quitarle el pecho</p> <p>B) Caminar con el bebé cargándolo sobre el brazo</p> <p>C) Ponerle paños de agua tibia en la pancita</p> <p>D) Ir al servicio de salud</p> <p>E) Poner la pancita del bebé contra el cuerpo y hacerle masajes en la espalda para eliminar los gases</p> <p>F) No sabe</p>	Señala las alternativas A, B , C o F	0	Señala alternativas D y/o E más A, B o C	1	Señala alternativas D o E	2	Señala alternativas D y E	3
Continuación								
Indicadores de conocimiento	Nulo		Escaso		Aceptable		Bueno	
	Descripción	Punteo	Descripción	Punteo	Descripción	Punteo	Descripción	Punteo

<p>Identifica qué hacer en caso de dolor y heridas en los pezones</p> <p>A) Usar una buena postura y un buen agarre</p> <p>B) Usar jabón, limón, alcohol o agua con bicarbonato</p> <p>C) Después de dar de mamar sacar unas gotas de leche y ponerla sobre la herida</p> <p>D) Mantener seco el pezón entre tomas</p> <p>E) Dejar de dar pecho hasta que se curen las heridas</p>	Señala las alternativas B, E y/o G	0	Señala una alternativa, excluyendo la B, E y/o G	1	Señala dos o tres alternativas excluyendo la B, E y/o G	2	Señala alternativas A, C, D y F excluyendo B, E y/o G	3
Continuación								
Indicadores de conocimiento	Nulo		Escaso		Aceptable		Bueno	
	Descripción	Punteo	Descripción	Punteo	Descripción	Punteo	Descripción	Punteo

F) Vaciar completamente los pechos y asegurar que el bebé agarre bien el pezón tomando hasta la aerola G) No sabe	Señala las alternativas B, E y/o G	0	Señala una alternativa, excluyendo la B, E y/o G	1	Señala dos o tres alternativas excluyendo la B, E y/o G	2	Señala alternativas A, C, D y F excluyendo B, E y/o G	3
PUNTAJE TOTAL	0-27		28-37		38-44		45	
NIVEL DE CONOCIMIENTO	INSUFICIENTE		SUFICIENTE		BUENO		EXCELENTE	

C. Anexo 3 Consentimiento informado

Consentimiento para el estudio “Relación entre el destete precoz y los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna de madres de niños y niñas de 2-5 años de edad. Guatemala, 2014.

Introducción y propósito

Buenos días (tardes), mi nombre es María Andrea Santos. Yo estudio en la Universidad del Valle de Guatemala la carrera de Licenciatura en Nutrición. Dar de mamar es el proceso mediante el cual el niño se alimenta de la leche materna que produce su madre. Esta es la forma ideal de dar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Hoy en día muchas madres dejan de dar de mamar antes del tiempo recomendado por diferentes razones. El objetivo de este estudio es determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna de las madres y relacionarlo con la suspensión prematura de la misma. Con los resultados espero dar a conocer la relación entre ambos factores y de esta manera ayudar a fortalecer programas educativos y políticas públicas sobre lactancia materna.

Descripción

En el estudio participarán 136 madres con un hijo/a entre 2-5 años. A cada una se le reclutará dentro de la Clínica el Niño Sano para la realización de la entrevista. Inicialmente leerá el consentimiento informado y posteriormente lo firmará si desea participar en el estudio y tendrá la oportunidad de contestar la encuesta.

Procedimientos

La encuesta consta de 25 preguntas de selección múltiple. La madre participante debe marcar la/s respuesta/s que considere correcta/s y al finalizar entregar la encuesta. Esta se llevará a cabo en la clínica No.27 (al lado de la clínica de lactancia materna), retirada de la sala de espera y de las demás personas. La encuesta la contestará de forma individual y los participantes irán a la clínica de dos en dos. Responder esta encuesta le tomará de 15 a 20 minutos. Yo estaré presente en la clínica para resolver dudas que usted tenga sobre las preguntas que contestará. Si usted se encuentra con sus hijos puede llevarlos a la clínica y únicamente usted estará respondiendo en ese momento.

Riesgos y beneficios

La decisión de participar en este estudio es completamente suya. Si decide participar, recibirá un esquema de alimentación para el niño lactante y niño pequeño. Su participación es muy valiosa, así como su opinión, pues esto ayudará a fortalecer los programas en curso sobre lactancia materna. Puede que el estudio incluya riesgos adicionales si usted se llegara a sentir incómoda respondiendo a alguna pregunta; en este caso puede retirarse y suspender su participación sin ningún problema.

Confidencialidad

Los resultados de su encuesta se mantendrán confidenciales. Para proteger su privacidad, los archivos se guardarán bajo llave y únicamente estarán identificados con un código (no llevará su nombre). Solamente el personal del estudio podrá verlos. Su información es privada y no aparecerá cuando los resultados del estudio sean publicados.

Derecho de rehusar o retirarse

Por favor piense cada pregunta y contéstela con honestidad en base a los conocimientos que usted tiene en su experiencia como madre. Si usted tiene preguntas que quiera hacerme, hágalas en cualquier momento. Si usted quiere interrumpir su participación puede hacer y no tiene que contestar cualquier pregunta que no quiera. No hay ningún castigo si usted decide no querer participar en el estudio o retirarse.

Personas para contactar

De surgir preguntas adicionales puede ponerse en contacto con la Licenciada Lourdes Mendoza (3026-6469), la estudiante Ma. Andrea Santos (57232391) o con el presidente del Comité de Ética FCCHH de la Universidad del Valle de Guatemala Dr. Élfego Rolando López (2354-0336/40, ext.346).

Convenio para participar

La explicación anterior del estudio me fue leída por _____ y cualquier cosa que no entendí, o cualquier pregunta que tuve, me fue debidamente respondida. Yo, voluntariamente, decido participar en este estudio.

Firma de la persona que da su consentimiento _____

Nombre de la persona que obtiene consentimiento _____




Firma de la persona que obtiene consentimiento _____

Firma de testigo _____

Huella

Cód.

D. Anexo 4 Esquema de alimentación del niño lactante y pequeño

C ó mo alimentar a niños y niñas menores de 2 años	0 a 6 meses	6 a 8 meses	9 a 11 meses	1 a 2 años	Enfermo o en recuperaci ó n
Lactancia materna	 Dele solo pecho	 Dele pecho y comida	 Dele pecho y comidas	 Dele comidas y pecho	 Menor de 6 meses dele s ó lo pecho  De 6 meses o m á s pecho y comida
Consistencia de los alimentos	 L í quida	 Machacados, suaves y espesos	 Picados o cortados en trocitos	 Picados, cortados o enteros	 Machacados, suaves y espesos
Cantidad de alimentos	 Dele todo lo que la niña/o quiera de los dos pechos en cada mamada	 Dele 2 o 3 cucharadas cada vez	 Dele 3 a 4 cucharadas cada vez	 Dele de 4 a 5 cucharadas cada vez	 Dele de comer m á s veces al d í a
Variedad de alimentos	 Solo leche materna	 Frutas, verduras, yema de huevo y mezcla de tortilla deshecha y frijol con aceite	 Todo lo anterior m á s h í gado de pollo o res, pollo, carne, pescado	 De todo lo que hay en casa y que come la familia	 Dele lo que m á s le gusta para que coma, pero no golosinas ni chucher í as
Frecuencia de los alimentos	 Dele de mamar 10 o 12 veces de d í a y de noche	 Dele 2 a 3 veces al d í a	 Dele 3 o 4 veces al d í a 3 tiempos y 1 refacci ó n	 Dele 4 a 5 veces al d í a 3 tiempos y 2 refacciones	 Dele una comida m á s al d í a durante 2 semanas despu é s de la enfermedad
Modo de dar con amor	 M í rel y acar í cie al darle el pecho	 Dele en la boca	 An í mele mientras come	 D é jele que coma s ó la/o y cu í dela/o	 Dele de comer con paciencia y buen humor

E. Anexo 5. Prueba de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadística	N	Significancia
Destete	0.213	136	0.000
Número de hijos	0.212	136	0.000
Edad	0.114	136	0.000
Escolaridad	0.171	136	0.000
Conocimiento	0.082	136	0.024
Actitud	0.225	136	0.000
Introducción de otros alimentos además de LM	0.435	136	0.000

F. Anexo 6 Cronograma

Actividades	Enero		Febrero		Marzo		Abril		Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre		Diciembre	
	1-15	16-31	1-15	16-28	1-15	16-31	1-15	16-30	1-15	16-31	1-15	16-30	1-15	16-31	1-15	16-30	1-15	16-31
Definición del problema	■	■																
Elaboración de protocolo			■	■	■	■	■											
Evaluación del comité de ética									■									
Validación de formatos									■									
Correcciones de formatos									■									
Recolección de datos											■							
Análisis de datos												■						
Elaboración de informe final												■	■					
Informe final														■				
Entrega de informe a Hospital Roosevelt																■		