



UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POST GRADO
FACULTAD DE ENFERMERIA

PROGRAMA DE MAESTRIA EN CIENCIAS, CON ESPECIALIZACION
EN ENFERMERIA MATERNO INFANTIL

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRACTICA
DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN
UN GRUPO DE PRIMIPARAS PANAMEÑAS

POR:

DOLORES ESPINOSA BATISTA
OLGA ROOKE DE SANCHEZ

Tesis presentada como uno de los requisitos
para optar por el grado de Maestro en Ciencias
con Especialización en Enfermería
Materno Infantil

1987

T.M.

JUL 10 1987

PAGINA DE APROBACION

Aprobado por:

Director de Tesis Elba E de Paza.
(Nombre y Título)

Miembro del Jurado Celia Romo Garcia.
(Nombre y Título)

Miembro del Jurado Felipe Juan Jimenez?
(Nombre y Título)

Representante de la Vice Rectoría de Investigación
y Post Grado Alfonso de la Cruz
(Nombre y Título)

Fecha 20 Mayo 1987

Requisito del Autor

725400

INDICES

INDICE GENERAL

	Página
INTRODUCCION	i
CAPITULO I :MARCO CONCEPTUAL	1
A. Descripción del Area Proble- mática.....	2
B. Surgimiento del Estudio	2
C. Justificación del Estudio...	5
D. Formulación del Problema....	13
E. Definición de Términos Ope- racionales.....	14
F. Variables.....	17
G. Propósitos	19
H. Objetivos del Estudio.....	19
1. Objetivos Generales....	19
2. Objetivos Específicos..	20
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	21
A. Contribución de la Lactancia Materna Exclusiva en el De- sarrollo Económico del País	22
1. Sustitución de Importa- ciones (Fórmulas Lácteas)	23
2. Disminución del Ausentis- mo de la Madre Integrada al Sector Productivo.....	36
3. Disminución de la Mor- bimortalidad Materno- Infantil	42
B. Influencias Culturales en la	

Práctica de la Lactancia Ma- terna Exclusiva Hasta los Cuatro Meses Post Partum....	49
C. Factores que Inciden en la Du- ración de la Práctica de la Alimentación Natural Exclusiva Hasta los Cuatro Meses Post- Partum.....	55
1. Factores Relacionados con la Madre.....	55
a) Psicológicos.....	56
b) Fisiológicos.....	58
c) Socieconómicos.....	66
d) Educativo.....	68
e) Edad	68
f) Alimentación Durante la Infancia.....	69
g) Fármacos y Drogas.....	69
h) Religión.....	72
i) Lugar de Residencia...	73
2. Factores Relacionados con el Niño.....	74
a) Fisiológicos.....	74
b) Cantidad de Niños (ge- melos, trillizos).....	78
c) Dificultad para Tomar el Pezón.....	78
d) Alimentación Frecuente	79
3. Factores Relacionados a la Política, Normas y Apoyo del Medio Ambiente.....	79
a) Legislación sobre la Lactancia Materna en Panamá.....	80
b) Alojamiento Conjunto..	81
c) Apoyo de Familiares o Doulas.....	82
d) Apoyo del Equipo de Sa- lud en el Fomento de la Lactancia Materna...	83

	Página
D. Contribución de la Enfermera en el Aumento de la Práctica de la Lactancia Materna Exclusiva Hasta los Cuatro Meses Post Partum.....	84
1. Importancia de la Aplicación de la Teoría de Enfermería (Auto-Cuidado) de Dorothea Orem en la Promoción de la Lactancia Materna Exclusiva Hasta los Cuatro Meses.....	84
2. Aplicación de la Teoría de Enfermería (Auto-Cuidado) de Dorothea Orem, en el Diseño del Modelo del Plan de Cuidado de los Problemas más Comunes Durante la Práctica de la Lactancia Materna Exclusiva Hasta los Cuatro Meses Post Partum.....	87
CAPITULO III:ESTRATEGIA METODOLOGICA.....	126
A. Diseño.....	127
B. Técnica.....	127
C. Instrumentos.....	127
D. Prueba de los Instrumentos.....	130
E. Procedimiento.....	130
F. Muestreo.....	132
G. Técnica de Análisis de Datos....	134
CAPITULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	136
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	206
BIBLIOGRAFIA	213
APENDICES	225

INDICE DE CUADROS

CUADRO	Página
A Fórmulas lácteas maternizadas distribuidas en el mercado panameño según las compañías productoras.....	27
B Fórmulas lácteas importadas para la alimentación infantil según su precio en el mercado panameño.....	29
C Consumo promedio de la leche materna de un niño panameño según la edad.....	32
D Morbilidad y mortalidad registradas en pacientes menores de un año egresados con diagnóstico de diarrea y parasitosis en el Hospital del Niño.....	46
E Drogas contraindicadas, que requieren del cese temporal y que deben evitarse durante la lactancia....	70

No. de Cuadro	Página
<p>1 Tipo de alimentación utilizada por las primíparas durante las primeras veinticuatro horas, hasta la décimo sexta semana post-partum. Marzo-Julio 1986.....</p>	137
<p>2 Momento en que las primíparas decidieron el tipo de alimentación que utilizarían con su bebé al salir del hospita. Marzo-Julio 1986.....</p>	141
<p>3 Tiempo en que las primíparas señalaron a las veinticuatro horas post-partum, que alimentarían con pecho a su bebé, con relación a la duración de la práctica de la lactancia materna exclusiva en el hogar. Marzo-Julio 1986.....</p>	144
<p>4 Atención prenatal recibida por las primíparas, con relación a la duración de la práctica de la lactancia materna exclusiva en el hogar, hasta la décimo sexta semana post-partum. Marzo-Julio 1986.....</p>	146

No. de Cuadro	Página
5 Primíparas que asistieron a control prenatal y que recibieron sugerencias para la alimentación del niño. Marzo-Julio 1986.....	148
6 Personal de salud que participó en la atención de la primípara, durante el control prenatal y la cantidad de ellos que las orientó sobre la lactancia materna. Marzo-Julio 1986.....	152
7 Edad de las primíparas con relación a la duración de la práctica de la lactancia materna exclusiva, hasta la décimo sexta semana post-partum. Marzo-Julio 1986	154
8 Escolaridad de las primíparas con relación a la duración de la práctica de la lactancia materna exclusiva, hasta la décimo sexta semana post-partum. Marzo-Julio 1986.....	157
9 Ingreso familiar mensual de las primíparas con relación a la duración de la práctica	

No. de Cuadro	Página
de la lactancia materna exclusiva en el hogar, hasta la décimo sexta semana post-partum. Marzo-Julio 1986.....	160
10 Ocupación de las primíparas. Marzo - Julio 1986.....	163
11 Método de alimentación utilizado por las primíparas que trabajan dentro del hogar con relación a la duración de la práctica de la lactancia materna exclusiva. Marzo-Julio 1986	165
12 Método de alimentación utilizado por las primíparas que trabajan fuera del hogar con relación a la duración de la práctica de la lactancia materna exclusiva. Marzo-Julio 1986.....	167
13 Composición familiar de las primíparas con relación a la duración de la práctica de la lactancia materna exclusiva en el hogar, hasta la décimo sexta se-	

No. de Cuadro	Página
mana post-partum. Marzo-Julio 1986.....	169
14 Método de alimentación que recibió la primípara durante su infancia y la cantidad de ellas que utilizó la lactancia materna exclusiva hasta la décimo sexta semana post-partum. Marzo-Julio 1986 ...	172
15 Horario de alimentación del bebé con el pecho, que dijeron las primíparas, a las veinticuatro horas post-partum, que emplearían con relación al utilizado hasta la décimo sexta semana post-partum. Marzo - Julio 1986.....	174
16 Frecuencia de la alimentación del bebé con el pecho durante el día, con relación a la duración de la práctica de la lactancia materna exclusiva en el hogar, hasta la décimo sexta semana post-partum. Marzo-Julio 1986.....	177

No. de Cuadro	Página
<p>17 Frecuencia de la alimentación del bebé con el pecho durante la noche, con relación a la duración de la práctica de la lactancia materna exclusiva en el hogar, hasta la décimo sexta semana post-partum. Marzo-Julio 1986.....</p>	179
<p>18 Opinión de las primíparas sobre la forma en que se sentían al darle el pecho al niño. Marzo-Julio 1986.....</p>	181
<p>19 Lugar de preferencia de las primíparas para darle el pecho al bebé, con relación a la duración de la práctica de la lactancia materna exclusiva en el hogar. Marzo - Julio 1986.....</p>	184
<p>20 Dificultades que ha tenido el bebé de las primíparas para alimentarse con el pecho, desde su nacimiento hasta la décimo sexta semana de vida. Marzo - Julio 1986.....</p>	187

INDICE DE GRAFICAS

No. de Gráfica	Página
1 Tipo de alimentación utilizado por las primíparas desde las primeras veinticuatro horas hasta la décimo sexta semana post-partum. Marzo-Julio 1986.....	138
2 Primíparas que asistieron al control prenatal y que recibieron sugerencias para la alimentación del niño. Marzo-Julio 1986.....	149
3 Opinión de las primíparas sobre el tipo de apoyo familiar y de otras personas que recibirían en caso de dar pecho a su niño. Marzo-Julio 1986.....	204

INDICE DE FIGURAS

No. de Figura		Página
1	Pezonera.....	60
2	Extracción Manual de Leche Materna	94
3	Extracción de Leche con Bomba Eléctrica.....	95
4	Tipos de Ordeñadores.....	96
5	Guardapezón.....	107
6	Pezón de Hule.....	107
7	Rompimiento de la Succión.....	110
8	Absorbente de Leche.....	125

AGRADECIMIENTO

A Dios, en nombre de su hijo Jesucristo, que ha sido nuestro amparo y refugio en las dificultades.

A la Profesora Elba de Isaza, por su asesoría, interés y apoyo constante, los cuales facilitaron la culminación de este trabajo.

A todas las personas que de una u otra forma, nos brindaron su colaboración.

DEDICATORIA

Con profundo amor y cariño
a nuestros familiares por el
tiempo que dejamos de dedicarle
durante nuestra superación profesional.

RECONOCIMIENTO

Deseamos manifestar nuestro reconocimiento, a las siguientes personas por su colaboración en la realización de esta investigación:

1. Dra. Luzmila Arosemena de Illueca,
Decana de la Facultad de Enfermería
de la Universidad de Panamá.
2. Dr. Egberto Stanziola,
Director del Departamento Materno Infantil,
Ministerio de Salud. Panamá
3. Dr. Carlos Samayoa,
Asesor del Proyecto de
Lactancia Materna de Panamá
OPS/INCAP
Panamá, Ministerio de Salud
4. Dr. Max Ramírez,
Jefe del Programa Infantil,
Ministerio de Salud, Panamá
5. Dra. Enilsa Espinosa de Cedeño,
Profesora Titular del Departamento de Historia,
Facultad de Humanidades de la
Universidad de Panamá
6. Lic. Santos Martínez,
Divisionario del Programa y Estudios
Presupuestarios de la Dirección de
Presupuesto de la Nación,
Ministerio de Planificación y Política Económica
Panamá
7. Lic. Vladimir Broce,
Programador del Centro de Cómputo
Universidad de Panamá
8. Lic. Carlos Vega,
Economista,
Ministerio de Hacienda y Tesoro
Panamá

9. Lic. Dani Cedeño,
Jefe de la Sección de Población y Vivienda,
Dirección de Estadística y Censo
Contraloría General de la República de Panamá.
10. Lic. Marcela Pérez,
Fonoaudióloga
Hospital del Niño, Panamá
11. Sr. Juan Santamaría,
Programador de Computadora
Ministerio de Salud
Panamá
12. Sr. Roberto Tapia,
Técnico de Comunicación Social y Publicidad.

Al personal Médico, Enfermería y Administrativo de
las Areas hospitalarias donde se realizó este estudio.

INTRODUCCION

Universalmente se han reconocido los innumerables beneficios de la alimentación al pecho en el crecimiento y desarrollo del niño, sin embargo, el impacto de las propagandas y el efecto de las transnacionales han influido en la declinación de la duración de la misma, razón por la cual, organismos internacionales y nacionales se han interesado en implementar estrategias que motiven su resurgimiento.

En la República de Panamá, el Ministerio de Salud ha normado que la lactancia materna exclusiva debe prolongarse hasta los cuatro meses de vida del niño, pero a medida que pasan los años los datos estadísticos revelan que la misma está confrontando algunas limitaciones debido a múltiples factores, los cuales ameritan ser investigados con mayor profundidad.

La Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá, interesada en realizar un esfuerzo conjunto para mantener la Salud Materno-Infantil, aceptó participar con la Escuela de Enfermería de la Universidad del Estado de San Diego y personal de Enfermería de Tijuana en el "Estudio Sobre la Práctica de la Lactancia Materna en Primiparas" como un paso inicial en el desarrollo de un programa educacional, clínico y transculturalmente relevante. En nuestro país esta investigación llevará el título

lo de "Factores que Influyen en la Práctica de la Lactancia Materna Exclusiva, en un Grupo de Primíparas Panameñas", porque en Panamá se ha establecido que la alimentación del niño de 0 a 4 meses de edad es de leche materna solamente.

La recolección de los datos se realizaron con los instrumentos enviados por la Universidad de San Diego, previa revisión y comprobación de su validez para nuestro medio.

Los antecedentes, justificación y algunos temas del contenido se derivan de la problemática panameña, relacionada con la práctica de la lactancia materna.

El propósito de este estudio es determinar los factores que intervienen en la práctica de la lactancia materna exclusiva, hasta los cuatro meses post partum, en un grupo de primíparas panameñas; ya que en Panamá todos los estudios revisados describen en forma conjunta la conducta de la primípara y la multípara durante la alimentación al pecho sin tomar en cuenta que las del primer grupo, por falta de experiencia emotiva y especialmente sensible a los comentarios y actitudes pueden tener problemas y prejuicios que interfieren con su deseo de continuar lactando, esto puede influir en la decisión de alimentar a sus próximos hijos con leche materna exclusi

va hasta la décima sexta semana de nacidos.

El sujeto de la investigación está constituido por primíparas sin riesgo y primíparas con niños sin riesgos, para disminuir la predisposición a la existencia de situaciones, que de un momento a otro, podían impedir el amantamiento. Estas fueron seleccionadas de las Salas de Puerperio Normal de la Maternidad María Cantera de Remón del Hospital Santo Tomás, y del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja del Seguro Social.

El contenido lo hemos clasificado en cuatro capítulos, los cuales facilitan la organización y el desarrollo de los diferentes temas relacionados con la Lactancia Materna.

El Primer Capítulo: Marco Conceptual, se refiere al conjunto que permiten precisar el problema y plantear una estrategia que nos guíe a la solución del mismo, basándose en la teoría y acontecimientos derivados de resultados de los estudios nacionales sobre la alimentación natural.

El Segundo Capítulo: Marco Teórico, consiste en la revisión de las referencias bibliográficas que sustentan los inigualables beneficios de la alimentación del niño con la leche materna exclusiva; algunos factores que influyen en el mismo y el valor de la contribución de la

Enfermera en el aumento de la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los cuatro meses post partum, aplicando la teoría de Enfermería (Auto-Cuidado) de Dorothea Orem.

El Tercer Capítulo: Estrategias Metodológicas, describe el proceso utilizado para la recolección de datos.

El Cuarto Capítulo: Análisis e Interpretación de Datos, explica los resultados de los datos obtenidos en el estudio. Estos se derivan de la comparación de los mismos con los conceptos del marco teórico que permiten hacer inferencias a la luz de la teoría. Posteriormente presentamos las conclusiones y recomendaciones que se deducen del Capítulo antes mencionado.

La Bibliografía incluye libros, tesis inéditas, revistas, folletos, boletines, suplementos y artículos mecanografiados no publicados. En la última parte del trabajo están contemplados los apéndices.

Las limitaciones que se presentaron durante la realización de esta investigación fueron: Información incorrecta de las direcciones proporcionadas por las madres que constituían la muestra, deficiente nomenclatura en algunos corregimientos y el tiempo prolongado en la codificación y procesamiento de los datos estadísticos.

A nuestro juicio, este estudio es de gran utilidad

para la elaboración de programas educativos tendientes a promover la práctica de la lactancia materna exclusiva en nuestro medio, con énfasis en las primigestas.

Además es novedoso, ya que es la primera vez que en nuestro país se identifican en una muestra específica algunos factores que influyen en la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los cuatro meses de edad del niño.

Será de interés, dado que sirve de base para que se realicen otros estudios similares en población de puérperas, no solo del área metropolitana, sino del área rural.

CAPITULO I
MARCO CONCEPTUAL

Descripción del Area Problemática

El campo de nuestro estudio está constituido por las salas de puerperio de la Maternidad María Cantera de Remón del Hospital Santo Tomás y del Servicio de Obstetricia del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social.

La primera institución antes mencionada brinda servicio especialmente de asistencia social y privada a toda la población de mujeres en edad fértil. En esta, se atiende aproximadamente de 800 a 1,000 partos por mes. La sala de puerperio normal (Sala 22) consta con un personal de enfermería integrado por 4 enfermeras, 5 auxiliares y tiene actualmente 56 camas.

El Servicio de Obstetricia del Complejo Hospitalario Metropolitano, brinda servicio a todas las mujeres trabajadoras en edad fértil que estén aseguradas o son beneficiarias de los cónyuges asegurados. Atiende aproximadamente 422 partos por mes. En la Sala de Puerperio del VII Piso laboran 6 enfermeras, 8 auxiliares y tiene 29 camas.

Origen del Estudio

En nuestro medio, al igual que en otros lugares del mundo se reconocen los beneficios de la lactan-

cia materna en la salud de la madre y en el crecimiento y desarrollo del niño, sin embargo, el impacto de las propagandas y el efecto de las transnacionales han influido en la declinación de la duración de la misma, razón por la cual el Departamento Materno Infantil del Ministerio de Salud de Panamá, como una estrategia para promover el resurgimiento del amamantamiento natural, ha normado que a nivel hospitalario se realice el alojamiento conjunto; que la lactancia materna exclusiva, tenga un período de duración de cuatro meses y ha programado una gran cantidad de actividades educativas sobre la lactancia materna con el fin de actualizar el equipo multidisciplinario de salud.

Tomando en consideración que a partir del año 1972, se inició la práctica del alojamiento conjunto en las salas de puerperio de la maternidad María Cantera de Remón del Hospital Santo Tomás y en el año 1979, en el VII° piso de Obstetricia del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social se observa que ha aumentado la incidencia de la alimentación natural en dichos lugares, en contraste con la época en la cual a las madres se les ofrecía leche artificial y agua en biberones como

una alternativa para aquellas que manifestaron dificultades.

El análisis de los resultados de algunos estudios realizados en la región metropolitana sobre la lactancia materna en años posteriores a la práctica del alojamiento conjunto en las salas de puerperio antes mencionadas, los cuales están señalados en la justificación de este estudio, demuestran que, a pesar de que las madres han tenido la oportunidad de participar en el alojamiento conjunto desde el puerperio inmediato, un elevado porcentaje de ellas no amamantaron en forma exclusiva hasta los cuatro primeros meses, tal como lo indica la norma antes mencionada.

Este hecho nos ha motivado a investigar cuáles son los factores que influyen en la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los cuatro meses post partum.

El proceso utilizado para la formulación del problema de investigación estuvo constituido por la observación directa, la revisión bibliográfica y análisis de los estudios sobre lactancia materna realizados en nuestro país.

C. Justificación

La práctica de la lactancia materna en Panamá, ha sido revelada a través de diversos estudios, los cuales señalan la disminución de la prevalencia del hábito de la lactancia materna exclusiva en la población de madres panameñas.

Esta situación ha sido demostrada estadísticamente en los estudios que presentamos a continuación:

En 1978, se realizó un estudio sobre la lactancia materna en las provincias de Bocas del Toro y Colón, cuyos resultados señalan lo siguiente:

El tiempo de amamantamiento muestra una más clara relación con la escolaridad. Más del 80% de las mujeres analfabetas de Colón y más del 90% de las de Bocas del Toro, dan pecho más del 4to. mes. Aún de las que han cursado del cuarto al sexto grado de escolaridad primaria, hay más de un 70% que practica el hábito de la lactancia materna por cuatro meses y más. En las que tienen escolaridad secundaria o universitaria hay las más altas proporciones de las que amamantan menos de tres meses. (1)

Llama la atención que a mayor escolaridad, menor

(1) Ministerio de Salud. Dirección de Docencia e Investigación. Atención Primaria en Salud: La Experiencia Panameña (Panamá: Ministerio de Salud 1978), p. 178.

tiempo en la práctica de lactancia materna, sin embargo, esto puede ser causado por múltiples factores tales como mayor facilidad de empleo, y las influencias socio-culturales del ambiente en el cual se desenvuelve la madre.

En este mismo año Poveda y Rufz:

Encontraron una muestra de 300 niños nacidos en el Hospital Santo Tomás, en un seguimiento de un año, que al ser captados de los 14 a 20 días de edad, sólo un 37% estaban alimentándose con pecho en forma exclusiva. Entre uno y dos meses un 20.5% entre el tercer y cuarto mes sólo un 13.4% se alimentaban con pecho exclusivamente. (2)

Estos datos demuestran que a medida que transcurren los días, disminuye la lactancia materna exclusiva posiblemente debido a la falta o poco conocimiento del manejo y solución de los problemas que se presentan durante la alimentación al pecho.

En 1980, una encuesta de Nutrición demuestra que:

Existe una gran variación en el tiempo de duración de la lactancia natural que

(2) Rodolfo Poveda y Ana de Rufz, cit por Arquímedes Villalobos. "Patrones de Amamantamiento". Lacma I, No.1 (diciembre 1986), p.10

oscilan entre menos de un mes o dos meses de edad. De los 3,332 casos estudiados, el 25% ofrece el pecho de uno a dos años. De éstos, 774 (31%) son del área rural y 93 (9.7%) del área urbana. (3)

De estos resultados, se puede deducir que en el área urbana las madres lactantes están mayormente influenciadas por el ambiente.

En el Estudio Descriptivo de Algunos Factores Determinantes de la Lactancia Natural en el Grupo de 100 Madres en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, realizado en 1981, por la Enfermera Josefa de Maxwell, expresa en uno de sus resultados que "el promedio de lactancia es considerablemente bajo, ya que sólo el 20% estaba dando pecho a los 6 meses". (4)

En este grupo, un número menor de madres practica la lactancia exclusiva exclusiva posiblemente debido a múltiples factores tales como conocimientos erróneos sobre alimentación natural, oportunidades y

-
- (3) INCAP, Memorias Seminario Regional sobre Promoción de la Lactancia Natural en Centroamérica, Panamá y la República Dominicana, realizados en Panamá, (Abril 25-29, 1983), Guatemala (Publicación Científica INCAP L20, 1984), p.1
- (4) Josefa Maxwell, "Estudio Descriptivo de Algunos Factores Determinantes de Suspensión de la Lactancia Natural en un grupo de 100 madres en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo", (Tesis Inédita, Universidad de Panamá, 1981), p.29

condiciones para la mujer que no son totalmente compatibles con el cuidado del niño.

En 1982, un estudio realizado por Gutiérrez Leyton M., auspiciado por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), de diciembre de 1979 a enero de 1980 se encontró "que para Nuevo Veranillo la mediana fue de 2 meses de lactancia exclusiva, para Bethania un mes y el resto de los Centros de Salud estableció durante el período de estudio una mediana de 0 de lactancia exclusiva". (5)

Llama la atención que las madres de los Centros de Salud de Pacora, Chame, Chorrera y Curundú, no hayan brindado lactancia materna exclusiva. Deducimos que es debido a que los problemas socioeconómicos que inducen a la mujer a trabajos fuera del hogar situación que interfiere en la alimentación natural del niño.

La investigación sobre patrones de amamantamiento realizada por el Dr. Arquímedes Villalobos, en

(5) Leyton Gutiérrez. Variables Epidemiológicas del Amamantamiento en Panamá". Revista Centroamericana de Ciencias Sociales, XV, No.23 (1982), p.1.

el Distrito del Barú en 1984, con 268 madres se encontró "que al mes de edad un 63.3% de madres alimentaban a sus hijos con lactancia materna exclusiva, a los dos meses 56.7%, a los 3 meses 46.3% y al cuarto mes sólo 34.4%. La mediana de lactancia exclusiva es de dos meses". (6)

Estos resultados obtenidos se relacionan posiblemente a fallas en la información y preparación de la madre para la lactancia materna exclusiva durante el control prenatal.

En 1984, las Enfermeras Villarreal y Monroy, hicieron un estudio sobre La Aceptación de las Nuevas Normas del Recién Nacido en un Grupo de Madres Egresadas de la Sala de Puerperio del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social, con un grupo de 101 madres de familia con el siguiente resultado:

75.2% de bebés que recibieron pecho durante su estadía en el hospital, al momento de la entrevista sólo el 13.9% continuaban siendo amamantados.

(6) Villalobos op. cit, p.8

El grupo más afectado por el abandono de la lactancia natural fue el conjunto de niños de 4 meses cumplidos que de una proporción inicial de 53.4% se redujo al 10.9%. En el extremo opuesto encontramos que el número de niños alimentados con leche de fórmula aumentó de 9.9 a 29.7%". (7)

Estos resultados se deben, posiblemente a que para algunas madres la alimentación natural es una limitante para la solución de problemas y necesidades socioeconómicas, personales y de la familia.

El análisis de los resultados presentados es motivo de gran preocupación, porque el hecho de que disminuya la prevalencia de la alimentación del pecho, aumenta el riesgo de morbimortalidad infantil en nuestra República.

Esta problemática tiene grandes implicaciones para el equipo multidisciplinario de salud, que tiene la responsabilidad de velar por la salud de la madre y del niño. La Enfermera, como parte de ese

(7) Gabriela de Villarreal y Marixenia de Monroy. "Aceptación de las Nuevas Normas de Alimentación del Recién Nacido en un Grupo de Egresadas de la Sala de Puerperio del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social". (Tesis Inédita, Universidad de Panamá, 1984). p.132

equipo tiene la oportunidad de cumplir con la misma, durante el control prenatal, parto, post partum crecimiento y desarrollo del niño.

Panamá, por su característica de país en vía de desarrollo, con innumerables problemas políticos y socioeconómicos no está en capacidad de tolerar una situación de salud materno-infantil negativa, ya que esto implicaría un retroceso hacia el logro de la meta, Salud para Todos en el Año 2,000.

Lo que hemos presentado con anterioridad pareciera revelar que los esfuerzos humanos y económicos de la promoción de la lactancia materna a nivel nacional han tenido algunas limitaciones hasta el momento para lograr que un mayor porcentaje de madres cumpla con la norma establecida de lactar en forma exclusiva hasta los cuatro meses, tanto en primigestas como multíparas.

La situación antes mencionada promueve el desarrollo de nuevas investigaciones que faciliten la identificación de otras causas que impiden el cumplimiento de la alimentación natural del niño de 0 hasta los cuatro meses de nacido, razón por la cual hemos decidido realizar un estudio sobre la práctica de la lactancia materna exclusiva en un grupo de primíparas

panameñas, ya que según el señalamiento del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (I.N.C.A.P.)

Las primíparas son especialmente susceptibles a la información y momentarios que reciben del personal de salud y muchas veces los consejos y estímulos positivos de una enfermera puede favorecer la decisión de la madre respecto a la lactancia natural y a la decisión de la misma. (8)

El interés de este estudio, radica en que la primípara por su falta de experiencia o conocimientos en el manejo y solución de algunos problemas que surgen durante este período, disminuye la duración en la práctica de la lactancia materna exclusiva, lo que puede repercutir de una manera u otra en la alimentación de los recién nacidos, producto de embarazos posteriores, por lo tanto, es importante la intervención del todo el equipo de salud para mantener la prevalencia de la alimentación al pecho hasta los cuatro meses.

Este estudio es novedoso porque todas las investigaciones realizadas en Panamá, describen en forma

(8) Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. "El Papel del Personal de Enfermería en la Promoción de la Lactancia Materna". Suplemento sobre Nutrición Materno Infantil Lactancia y Destete. Vol. 3 No.5 (Octubre 1985), p.1

conjunta la conducta de la primípara y la múltipara, durante la alimentación al pecho, sin tomar en cuenta que las del primer grupo por su inexperiencia, emotivas, especialmente sensibles a los comentarios y actitudes; pueden tener prejuicios que interfieren con su deseo de continuar lactando; esto puede influir en la decisión de alimentar posteriormente a sus hijos hasta cuatro meses en forma exclusiva.

Consideramos que este estudio servirá para:

1. Ser precursor de una investigación más completa y abarcadora que conduzca hacia la toma de decisiones con respecto a la lactancia materna a nivel nacional.
2. Proponer estrategias de cambio que contribuyan a mejorar la duración de la lactancia materna exclusiva en nuestra área de trabajo.
3. Reforzar los conocimientos sobre promoción de la lactancia materna del personal de enfermería que labora en el Programa Materno Infantil.
4. Desarrollar programas sobre lactancia materna exclusiva a nivel internacional.

D. Formulación del Problema

En Panamá, los datos estadísticos han demostrado

que en estos últimos años, ha disminuído la prevalencia de la práctica de la lactancia materna con el aumento de la utilización de las fórmulas lácteas, a pesar del incremento de las actividades que promueven la duración de la misma en forma exclusiva hasta los cuatro meses post partum.

Llama la atención que aunque existen características diferentes entre primíparas y multíparas que pueden interferir en su decisión de alimentar al pecho; todos los estudios revisados analizan en forma conjunta la conjunta la conducta de ambos grupos.

Reflexionando sobre lo expuesto, planteamos la pregunta central objeto de esta investigación:

¿Cuáles son los factores que influyen actualmente en la duración de la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los cuatro meses post partum en un grupo de primíparas panameñas?

Las respuestas resultantes, contribuirán a mejorar la orientación de las primíparas sobre la lactancia materna exclusiva durante el control prenatal.

E. Definición de Términos Operacionales

1. Ablactación: Incorporar nuevos alimentos al lactante.
2. Alimentación Complementaria: Alimentos sólidos

que se agregan a la dieta del niño posterior a los cuatro meses.

3. Alojamiento Conjunto: Estancia del niño junto a su madre durante la hospitalización.
4. Apoyo del Medio Ambiente: Son todas las influencias psicológicas y sociales que están en el ambiente de la madre y que de una manera u otra inciden en la conducta de la madre.
5. Asiduidad: Constancia en la puntualidad.
6. Bebé: Hijo de primípara independiente de su sexo.
7. Cuajada: Porción de la leche que se coagula separadamente.
8. Desarrollo Económico: Es el proceso mediante el cual la economía de un país o región logra un aumento de la producción como consecuencia de incrementos en la productividad o la incorporación de tecnologías.
9. Destete Precoz: Suspensión de la lactancia materna antes de los cuatro meses.
10. Doula: Cualquier mujer que le proporciona apoyo físico y emocional a la puérpera.
11. Familia Extendida: Es la familia compuesta por los padres, hijos, abuelos, tíos y otros familiares.

12. Familia Nuclear: Es la familia compuesta por los padres y los hijos.
13. Fórmula: Preparación de la leche de vaca administrada en biberón.
14. Fórmula Maternizada: Es aquella en la que sus componentes artificiales asemejan sus valores a la composición de la leche natural.
15. Gastos Variables: Son los que se refieren a materiales, suministros, medicina y equipo.
16. Lactancia Artificial: Es la alimentación del niño con cualquier leche, en cualquier estado que difiera de la leche materna.
17. Lactancia Materna Exclusiva: Alimentación constituida solamente del pecho materno y agua cuando es necesario durante los cuatro primeros meses.
18. Lactancia Natural Materna: Alimentación del niño del pecho de su madre.
19. Medios de Comunicación: Artículos de periódicos, revistas comerciales, posters o carteleras, libros televisión y radio.
20. Otros Métodos de Alimentación: Se refiere a la alimentación del bebé con pecho y fórmula o sólo fórmula.
21. Parientes por Afinidad: Implica a suegros, cuñados.

22. Parientes por Consanguinidad: Se trata de hermanos, primos, tíos, abuelos, mamá, papá.
23. Primípara: Mujer que ha parido por primera vez.
24. Transcultural: Costumbres, tradiciones que van de un país a otro.
25. Redituabilidad: Ganancia que se logra en una transacción económica.

F. Variable Dependiente :

Práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los cuatro meses.

Variables Independientes:

1. Tipo de alimentación del niño.
2. Momento en que la primípara decidió el tipo de alimentación de su bebé.
3. Opinión de la primípara sobre el tiempo en que amamantaría con pecho a su bebé.
4. Asistencia al control pre natal.
5. Sugerencias durante el control pre natal para la alimentación del niño.
6. *orientación que recibe la madre del personal de salud*
Personal de salud que orienta a la primípara sobre la lactancia materna.
7. Edad de la primípara.
8. Escolaridad de la primípara.

9. Ingreso familiar mensual.
10. Ocupación de la primípara.
11. Composición familiar.
12. Método de alimentación que utilizó la madre de la primípara cuando ésta era pequeña.
13. Opinión de la primípara sobre el horario de alimentación al pecho que emplearía con su bebé.
14. Frecuencia de la alimentación del bebé al pecho durante el día.
15. Frecuencia de la alimentación del bebé al pecho durante la noche.
16. Opinión de la primípara sobre la forma en que sentían cuando le dan pecho al niño.
17. Lugar de preferencia de la madre para darle pecho al bebé.
18. Dificultades que ha tenido el bebé de la primípara para alimentarse con el pecho.
19. Causas que motivaron la ablactación en algunas primíparas.
20. Opinión de la primípara sobre las ventajas de la alimentación al pecho durante las primeras veinticuatro horas post partum.
21. Opinión de la primíparas sobre las desventajas de la alimentación al pecho durante las primeras

22. Opinión de la primípara sobre las ventajas de la alimentación al pecho, durante la práctica de la lactancia materna exclusiva al egresar del hospital.
23. Opinión de la madre sobre las desventajas de la alimentación al pecho, durante la práctica de la lactancia materna exclusiva al egresar del hospital.
24. Opinión de la primípara sobre el tipo de apoyo familiar y de otras personas que recibirían en caso de dar pecho.
25. Fuente de la cual la madre obtuvo la información sobre la lactancia materna.

G. Propósito:

Determinar los factores que intervienen en la práctica de la lactancia materna exclusiva, hasta los cuatro meses post partum, en un grupo de primíparas panameñas.

H. Objetivos:

Objetivos Generales

1. Reconocer los factores que influyen en la duración de la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los cuatro meses post partum.
2. Proponer un modelo de plan de atención aplicando

la teoría de enfermería (Auto-Cuidado) de Dorothea Orem.

Objetivos Específicos

1. Resaltar la importancia de los aspectos culturales en la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los cuatro meses post-partum.
2. Indicar algunos factores que inciden en la duración de la práctica de la alimentación natural exclusiva hasta los cuatro meses post-partum.
3. Describir la contribución de la lactancia materna exclusiva en el desarrollo económico del país.
4. Aplicar la teoría de enfermería (Auto-Cuidado) de Dorothea Orem, en el diseño del modelo del plan de atención de los problemas más comunes durante la práctica de la lactancia materna exclusiva.
5. Analizar los factores que intervienen en la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los cuatro meses post-partum en un grupo de primíparas panameñas.

CAPITULO II
MARCO TEORICO

A. Contribución de la Lactancia Materna Exclusiva en el Desarrollo Económico del País.

A través del tiempo se ha demostrado el incalculable valor de la leche materna en beneficio de la salud de la madre y del crecimiento y desarrollo del niño. Sin embargo, la intensiva promoción de las fórmulas lácteas por los diferentes medios de comunicación, en años anteriores, han influido en la declinación de la práctica de la lactancia materna. Esta situación merece una vigilancia permanente, pues de lo contrario podría ocasionar aumento de los gastos económicos en recursos humanos y materiales necesarios para el tratamiento y curación de las enfermedades ocasionadas por el uso indebido de la leche artificial.

Al respecto existe, según Adys Pereira:

Fundamentos en la estrecha relación, puesta en evidencia a través de varios estudios médicos, entre la mortalidad y morbilidad infantil (causada por enfermedades infecciosas, diarréicas y desnutrición) y las prácticas de alimentación artificial, es decir, que se ha encontrado una mayor propensión a las enfermedades infecciosas y diarréicas entre niños alimentados con biberón, que entre niños alimentados al pecho. No significa esto que el niño que consuma la fórmula infantil contraerá directamente las enfermedades; lo que se trata de señalar son los peligros para

la salud infantil causados por la mala utilización de las leches modificadas, especialmente en las áreas pobres. (9)

Esta problemática se acentúa más en las áreas de escasos recursos, en donde las condiciones sociales, hábitos higiénicos culturales ambientales y de salud no contribuyen al manejo de las fórmulas lácteas.

Esta situación ha sido motivo de preocupación de organismos nacionales e internacionales, los cuales se han interesado en implementar estrategias que motiven el resurgimiento de la lactancia natural. La alimentación al pecho sin duda alguna constituye uno de los factores importantes para el desarrollo económico del país, aspecto que abordamos a continuación.

1. Sustitución de Importaciones (Fórmulas Lácteas).

Según Elizabeth Helsing y Felicity Savage "los primeros intentos de lograr un sustituto artificial de la leche humana se hicieron precisamente después de la primera guerra mundial". (10)

(9) Adys Pereira, Alimentación Infantil. (Panamá: Editorial CEASPA, 1980), p. 2.

(10) Elizabeth Helsing y Felicity Savage, Guía Práctica p-ra una Buena Lactancia. (México: Editorial Pax México, 1985), p. 18.

Al finalizar una guerra existe destrucción de tierra y hambre, por lo que tiene que haber un cambio en la economía de subsistencia a la adquisición de un salario, razón por la cual las mujeres en términos generales incluyendo las madres que alimentan al pecho, se han visto obligadas a buscar trabajo lejos de su hogar para contribuir con el sustento de la familia. Al respecto mencionaremos las siguientes citas que fundamentan lo antes expuesto:

Según la Organización Mundial de la Salud:

El abandono o disminución de la lactancia natural, es también una necesidad que impone a la mujer la industrialización, el trabajo fuera del hogar, la desaparición de la estructura familiar tradicional y en definitiva el cambio socio-económico. A medida que cada grupo de población va saliendo de su forma tradicional de vida, esas fuerzas comienzan a actuar sobre las mujeres y a hacer disminuir la prevalencia y duración de la lactancia natural. (11)

Jan Riordan, señala:

Casi todas las japonesa tradicionalmente amamantaron a sus bebés por lo menos 2 años hasta el final de la segunda guerra mundial. Con los rápidos cambios tecnológicos e industriales se convirtió en la norma. Además, las necesidades económicas forzaron a muchas mujeres a trabajar. Aunque las japonesas están

(11) Organización Mundial de la Salud. "Dinámica de la Lactancia Materna". Crónica de la O.M.S., Vol. 37 (enero 1983), p. 7.

volviendo a amamantar en años recientes, muchos niños son destetados al año de edad. (12)

Este cambio creó un mercado potencial para la introducción y venta de sustitutos de la leche materna, el cual ha sido aprovechado por las transnacionales productoras de fórmulas infantiles, los cuales han estado promoviendo a través de los años como superior o igual un producto que es de inferior calidad a la leche natural.

Adys Pereira señala "que la propaganda y promoción de estos productos sustitutos de la leche materna por parte de las compañías han contribuido a que la madre pierda la confianza en su capacidad de amamantar". (13)

Esto, posiblemente ha sido una de las causas de la declinación de la práctica de la lactancia a nivel mundial.

Los comerciantes de las compañías transnacionales en los países desarrollados, preocupados por la disminución de la tasa de natalidad que conlleva una reducción en el consumo de fórmulas lácteas,

(12) Jan Riordan. A Practical Guide to Breast Feeding, (United States of America. The C. V. Mosby Company 1983), p. 299.

(13) Pereira, op. cit. p. 2.

volcaron sus intereses hacia la América Latina constituida por países subdesarrollados y en vías de desarrollo para "sustituir la reeditabilidad a largo plazo de las corporaciones. Literalmente, millones de niños son víctimas inconscientes de esta mentalidad miope, lo que el nutriólogo pediatra Denick B. Jellefe denominó, desnutrición comerciogénica". (14)

Como vemos, estas compañías en el afán de aumentar sus ingresos demuestran un irreal interés por el mantenimiento de la salud infantil, lo que origina en muchas ocasiones la morbilidad del infante.

El capital transnacional agrícola se introduce en América Latina, con las compañías multinacionales que se dedican a la exportación de materias agrícolas y las inclinadas a producir y comercializar alimentos de consumo diario, tales como la leche. Un ejemplo de este tipo de transnacionales es la "Nestlé, que se ubicó en 1921, por primera vez en América Latina, específicamente en Brazil y que constituye actualmente la segunda compañía más grande del mundo. (15)

Panamá cuenta aproximadamente con ocho compañías transnacionales que tienen productos sustitutos de la leche materna en el mercado nacional, los cuales presentamos en el siguiente cuadro.

(14) Michael Bader. "Lactancia al Seno Materno". Cit. por Vicente Navarro. Salud e Imperialismo. (México: Editorial Siglo XXI, 1983), p. 374.

(15) Pereira, op. cit. p. 17.

CUADRO A

FORMULAS LACTEAS MATERNIZADAS DISTRIBUIDAS EN EL
MERCADO PANAMEÑO, SEGUN LAS COMPAÑIAS PRODUCTORAS
AÑO 1986

Compañías	Fórmulas Lácteas
NESTLE	NAN NESTOGENO 1° y 2° Semestre ALPREN AL 110 PELARGON
MEAD JOHNSON	ENFAMIL CON Y SIN HIERRO PROSOBEE
BORDEN	DRYCO BIOLAC
WYITH LABORATORIES	SMA S26
NUTRICIA	ALMIRON VOKRA 12 y 28
MORINAGA MILK INDUSTRY	MORINAGA
SUNTEX CORPORATION	MULL SOY

Fuente: Observación de estos productos en puestos de
venta. Julio de 1986.

ANALISIS DEL CUADRO A

En el cuadro se visualiza que 33.3% de las fórmulas lácteas para la alimentación infantil, en el país son importadas por la Compañía Nestlé; que según Adys Pereira en su libro Alimentación Infantil en Panamá y Vicente Navarro en su obra, Salud e Imperialismo, ésta constituye la segunda compañía productora más grande del mundo de fórmulas lácteas utilizadas para reemplazar la alimentación natural.

Las fórmulas lácteas para la alimentación infantil, distribuidas en Panamá, tienen un costo elevado por efecto del pago por la importación, lo cual consideramos que puede repercutir en la economía familiar.

A continuación, presentamos el cuadro que especifica las fórmulas lácteas importadas según su precio en el mercado panameño.

CUADRO B

FORMULAS LACTEAS IMPORTADAS PARA LA ALIMENTACION INFANTIL
SEGUN SU PRECIO EN EL MERCADO PANAMEÑO-1986

Fórmula Láctea	Precio B/.*	Fórmula Láctea	Precio B/.
NAN	3.04	NESTOGENO 1° y 2° Semestre	2.32
AL 110	4.19	PELARGON	2.93
ENFAMIL EN POLVO	3.71	ENFAMIL LIQUIDO	2.58
PROSOBEE EN POLVO	3.59	PROSOBEE EN LIQUIDO	2.64
S.M.A. EN POLVO	3.73	S.M.A. EN LIQUIDO	3.76
S 26	3.12	SIMILAC EN POLVO	3.18
ISOMIL	3.42	ALMIRON	2.71
VOKRA 12 y 28	2.71	MORINAGA	1.62
NUTRISOYA	3.09		

Fuente: Observación de estos productos en puestos de venta. Julio 1986.

* El precio se refiere a la lata de una libra.

ANALISIS DEL CUADRO B

Llama la atención que el 99% de las fórmulas lacteas utilizadas para reemplazar la alimentación al pecho antes de los 4 meses, tienen un valor mayor de B/. 2.00 y de éstas el 52.3%, tiene un costo mayor de B/. 3.00, lo que representa una fuerte erogación del presupuesto familiar.

El interés desmedido de las compañías transnacionales afecta la economía interna de los países subdesarrollados, ya que la importación del producto significa "cubrir los gastos de producción de la fórmula, su transporte, almacenamiento y propaganda; así como los gastos hogareños para su preparación que incluyen la compra de botellas, biberones, mamones, utensilios de limpieza y combustible". (16).

Esto trae como consecuencia una fuga de divisas que perjudican el desarrollo del país.

El análisis de lo expuesto nos conduce a señalar que en los países subdesarrollados de América Latina, en donde la duración de la práctica de la lactancia materna

(16) Centro de Apoyo de la Lactancia Materna. "Ventajas de la Lactancia Materna". Centro Regional de Documentación sobre Nutrición Materno Infantil, Lactancia y Destete. (8-10 Marzo, Salvador 1984), p. 2

está declinando se ha subestimado el valor de ésta. Al respecto Adys Pereira afirma:

La compra y utilización de las leches modificadas trae consigo en la mayoría de los casos, un desperdicio de un recursos existente en estos países, el cual es la leche materna, y cuya reproducción requiere solamente el costo adicional de calorías para la madre lactante. (17).

Resulta más conveniente para el desarrollo económico del país, mejorar la alimentación de la madre lactante lo cual contribuye al aumento de la producción de la leche materna, considerado el sustituto ideal de las fórmulas lácteas que invertir en la compra de medicamentos y consecución de recursos humanos para el tratamiento de la morbilidad causados por el manejo inadecuado de las fórmulas lácteas.

Los efectos de la sustitución de la fórmula láctea en el desarrollo del país pareciera una idea abstracta, razón por la cual, a continuación le demostramos en forma concreta con el siguiente cuadro.

(17) Pereira, op. cit. p. 103.

CUADRO C

CONSUMO PROMEDIO EN ONZAS DE LECHE MATERNA DE UN NIÑO PANAMEÑO SEGUN LA EDAD
AÑO 1986

Edad/Meses	Tramo de consumo de leche cada 2 horas (En onzas)	Promedio de leche cada 2 horas (En onzas)	Veces al día	Consumo total por mes (en onzas)
0 - 1	$\frac{1}{2}$ - $1\frac{1}{2}$	1	12	360
1 - 2	$1\frac{1}{2}$ - $2\frac{1}{2}$	2	10	600
2 - 3	$2\frac{1}{2}$ - $3\frac{1}{2}$	3	8	720
3 - 4	$3\frac{1}{2}$ - $4\frac{1}{2}$	4	8	960
TOTAL				2,640

Fuente: Análisis de nuestra observación y datos obtenidos en la encuesta sobre manejo de la alimentación de pecho a una muestra de primíparas panameñas.

ANALISIS DEL CUADRO C

Este cuadro demuestra que si una madre proporciona 1 onza de leche de pecho cada 2 horas a un niño de 1 día de nacido; de uno a dos meses le proporciona 2 onzas de leche en polvo 10 veces al día; de dos a tres meses le brinda 3 onzas cada 2 horas, 8 veces al día y de tres a cuatro meses de edad, 4 onzas cada 2 horas, durante 8 veces al día; al totalizar estas relaciones tenemos que, un niño durante este período de lactancia consumirá durante los cuatro primeros meses 2,640 onzas que transformado a kilos da como resultado 74.84 kilos en el período antes señalado. (Ver apéndice No. 1).

Este dato es útil para demostrar en que forma la práctica de la lactancia materna exclusiva influye en el desarrollo económico del país.

Lo expuesto lo explicamos a continuación:

Durante el año 1984 se importó en el país 678,638 kilos netos, tanto de leche en polvo como líquida por un valor de B/.2,801,148. En consecuencia, si establecemos la relación entre la importación y los kilos consumidos por un niño en el período de cuatro meses, tendremos que esta importación se supliría si 9,068 madres de familia, (ver apéndice No. 2), en condiciones normales, ali-

Datos disponibles en Arancel del país de la Contraloría General de la República de Panamá.

mentarían a su niño sólo con la leche de pecho y se lleve a cabo un adecuado programa de lactancia materna que induzca a estas madres a tomar conciencia del significado de lactar al pecho durante los cuatro primeros meses, después del parto.

Si tomamos en consideración que en el año 1984, hubo 55,707 niños nacidos vivos, después de haber restado las defunciones, (ver apéndice No. 3), tendremos que las madres de estos niños contribuirían con 4,169,112 kilos, que a su vez es mayor lo que fue importado en fórmula láctea durante este año. En términos monetarios esto representa B/.17,210,094 que podría tener diferentes alternativas de inversión con su respectivo efecto multiplicador en las actividades que se realicen en el país porque tomando las relaciones antes mencionadas, cada madre que lacta, le ahorra aproximadamente a la nación B/.308.93 (ver apéndice No. 4), en importación de fórmula láctea durante un período de cuatro meses, lo cual es en definitiva una verdadera contribución al desarrollo económico nacional.

No obstante, es preciso resaltar la posibilidad que tiene una madre de producir la cantidad de leche necesaria para la alimentación de su niño. En relación a esto, presentamos dos citas que confirman lo anterior, según Elizabeth Helsing y Felicity Savage King:

La cantidad de leche que una madre produce depende de cuánto mame el bebé. Esto se debe a que la secreción de prolactina a través del reflejo de producción de leche, está sujeto al estímulo del mamar. Si el bebé no mama seguido, el pecho produce poca leche, por lo contrario, si el bebé está fuerte, con vigor y hambre, y mama frecuentemente, produce más prolactina y consecuentemente hay más leche. (18)

Víctor C. Vaughan, James McKay y Waldo Nelson señalan que "una vez que la lactancia se ha establecido bien, las madres son capaces de producir con creces toda la leche que sus niños pueden necesitar". (19)

Para demostrar lo expuesto tomamos en consideración el período de 2 a 3 meses de edad del niño, con su consumo aproximado de 3 onzas cada 2 horas, incluido en el Cuadro C, sobre consumo promedio de leche materna de un niño panameño según edad y la cantidad de 5 onzas de leche extraída de una madre de 2 meses post parto, que amamanta con regularidad, en una toma con una bomba de extracción de leche, vemos que la cantidad que resultó, equivale a un 66.7% más de lo que ingiere aproximadamente

-
- (18) Elizabeth Helsing y Felicity Savage. Guía Práctica para una Buena Lactancia. (México: Editorial Pax México, 1985), p. 47.
- (19) Víctor C. Vaughan, James McKay y Waldo Nelson. Tratado de Pediatría. Tomo I, Séptima Edición. (México: Salvat Mexicano de Ediciones, S.A. de C.V. 1980), p. 168.

el niño de 2 a 3 meses de edad. Luego si el consumo promedio del niño, es de 74.84 kilos en los cuatro meses, la producción total de una madre vendría a ser 124 kilos durante ese periodo, que al multiplicarlo por el precio promedio de B/.4.13, por kilos, resultaría B/. 512.00 por madre lo cual contribuiría enormemente a la sustitución de importaciones de fórmulas lácteas.

2. Disminución del Ausentismo de la Madre Integrada al Sector Productivo.

Diversos autores han señalado que una mayor cantidad de madres han reemplazado la lactancia natural por la artificial para contribuir en la solución de la problemática económica de la familia a través del trabajo laboral. Esto ha traído como consecuencia la disminución de la duración de la lactancia materna exclusivo con el consiguiente aumento de la morbimortalidad infantil por la manipulación inadecuada de los utensilios empleados en la preparación de biberones y por la dilución excesiva de la leche.

Por los motivos antes mencionados, las madres se ven abocadas a ausentarse con frecuencia de su área de trabajo para atender a su hijo enfermo de padecimiento diarréicos, lo cual afecta significativamente la productividad de la empresa en la cual labora.

Según Leonardo Mata:

Cuando el niño tiene diarreas frecuentes, fenómeno corriente en la mayoría de los países pocos desarrollados, su nutrición, su crecimiento y desarrollo se ven mermados. Como esos procesos tienen efectos debilitantes e incapacitantes aislan a los niños del núcleo familiar y disminuyen la asiduidad y rendimiento laboral de los adultos. (20)

El ausentismo constituye un problema laboral en el cual, se hace necesaria la identificación de los múltiples factores que intervienen en él, ya que inciden notablemente en la productividad de la organización de una empresa.

La valorización del concepto de ausentismo nos induce a presentar la siguiente definición "ausentismo es la suma de los periodos en que los empleados de una organización no están en el trabajo". (21)

Como observamos el ausentismo origina repercusiones negativas en el desarrollo económico de un país. Existen pocos estudios con relación al mismo, lo cual nos impide analizar en su justa dimensión dicha problemática relacionada a la productividad.

(20) Leonardo Mata. "¿Es muy Peligrosa la Diarrea?" Salud Mundial. (abril 1986), p. 5-7.

(21) Idalberto Chiavenato. Administración de Recursos Humanos. (México: Editorial McGraw Gill, 1983), p. 168.

Tal como nos dice Idalberto Chiavenato "que las causas y efectos del ausentismo son complejos, faltando aún estudios más completos acerca del análisis de los valores reales, identificación de sus tipos, cantidad, magnitud y repercusiones en la productividad". (22)

En realidad las investigaciones sobre el ausentismo contribuirán a mejorar el desarrollo económico de la empresa, razón por la cual se hace necesario que en nuestro medio se aumente el número de las mismas que redundará en beneficio de la economía nacional.

Actualmente el concepto productividad ha cobrado gran importancia en el desarrollo económico de un país, hecho que ha conducido a la elaboración de diversas definiciones: Productividad "es la relación entre producción e insumo" (23); "es una serie determinada de recursos (insumo), por consiguiente, la cantidad de bienes y servicios que se obtienen de tales servicios" (24); "es la relación entre la producción de recursos y servi-

(22) Ibid p. 168.

(23) Organización Internacional del Trabajo. Introducción al Estudio del Trabajo. (Ginebra: 1981), p. 2.

(24) Organización Internacional del Trabajo: op. cit. p. 6.

cios humanos y no humanos usados en la producción". (25)

Vemos que todas las definiciones antes expuestas coinciden en señalar la producción como interacción entre producción e insumo, lo que determinará la cantidad y por ende la calidad del producto que desea obtener toda empresa.

La importancia de la productividad para nuestro bienestar económico y para la supervivencia de las organizaciones individuales, se demuestra por la amplia discusión de que este tema es objeto en la actualidad. Indicadores de la salud económica nacional, tales como la inflación y el crecimiento económico, se relacionan con el nivel de productividad.

Al respecto se determina que:

El aumento de la productividad permite economizar recursos escasos, puesto que se consumen menos recursos por unidad de producto; contribuye a mitigar la inflación porque contrarresta las alzas de costos de mano de obra, materiales, energía y también fortalecer la posición de un país en el importante mercado internacional. (26)

Dentro del concepto de la normalidad, la mística, la disciplina y la responsabilidad en el trabajo, no se

(25) James Stoner. Administración. (México: Editorial Prentice Hall Hispanoamericana, S.A. 1984), p. 34.

(26) *Ibid*, p. 218.

puede negar que la práctica de la lactancia materna con tribuye al aumento de la productividad, porque disminuye el ausentismo, bajo la hipótesis ya comprobada de que un niño alimentado al pecho materno es menos propenso a adquirir enfermedades infecciosas; para los efectos K.

Feachen y M. Koblinsky señalan que:

El número de casos de morbilidad y mortalidad por diarreas es menor en lactantes que se alimentan de leche materna a causa de uno o más de los siguientes factores: las propiedades inmunológicas y antibacterianas de la leche materna, el factor bifidus, la flora intestinal de los niños que se alimentan exclusivamente de leche materna, se compone sobre todo de bacterias anaerobias gram positivas; los lactantes alimentados con biberón están expuestos a la contaminación de la leche del biberón o del chupete; y los niños que reciben alimentos sólidos, se exponen a la contaminación de éstos. Dichos riesgos se refieren en especial a las bacterias patógenas que se multiplican en la leche y en algunos alimentos. (27)

Es lógico suponer, por lo antes expuesto, que un niño alimentado al seno materno, se enfermará en menor cuantía, lo cual contribuirá a disminuir el ausentismo de la madre, integrada al proceso productivo de un país.

(27) R. Feachen y M. Koblinsky. "Medidas para el Control de las Enfermedades Diarréicas en Niños Menores de Cinco Años. Fomento de la Lactancia Materna". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 99 No. 5 (Noviembre 1985), p. 464.

Lauro Barreto nos dice "que las mujeres faltan más al trabajo que los hombres". (28)

Con respecto a esta aseveración, se carece de información en nuestro medio, motivo por el cual procedemos a exponer este aspecto bajo la siguiente premisa.

En atención a un sondeo en dos instituciones estatales, se llegó a comprobar que cada madre tiene un promedio de cuatro días de ausencia en el mes. De igual manera se unificó, que del grupo que daba alimentación al pecho, la ausencia mensual era de tres días con dos horas laborables por mes, es decir una diferencia de seis horas.

Si tomamos esta información como confiable, tendríamos que para un estrato de mujeres que gana B/.600.00 y menos al mes, el salario promedio resultante, según datos de la Contraloría General de la República de Panamá es de B/.8.13 al día, lo cual multiplicado por los 0.8 días menos de ausentismo, resultaría en un ahorro o incremento en la producción de B/.6.50 por día de un mes. Si a esta cifra le aplicamos cuatro meses de lactancia, el ahorro o incremento en la producción, por cada madre lactante cuyo ausentismo, posiblemente disminuiría, ten-

(28) Lauro Barreto. "Ausentismo". IDORT. 507 (Junio 1978), p. 12.

dríamos un incremento de B/.26.00 en el período aludido.

Es importante recalcar el hecho de que los cálculos anteriores están basados en un salario promedio, por lo que no se considera la productividad o rendimiento de la persona en el trabajo, que en última instancia tiene un efecto multiplicador, relevante en la economía nacional y por ende en el desarrollo nacional.

3. Disminución de la Morbimortalidad Materno Infantil.

A través de los años, diversas investigaciones han demostrado que la práctica de la lactancia exclusiva, constituye un factor importante en la salud de la madre y el niño.

Durante la revisión bibliográfica identificamos ventajas de la leche materna tanto para la madre como para el niño. La madre que lacta tiene tranquilidad y satisfacción emocional, prevención de hemorragia post partum, conservación de la hemoglobina post partum, ahorro económico y de tiempo, espaciamento temporal de embarazos, facilita la movilización, disminuye el riesgo de desarrollar cáncer mamario. Al niño lo protege en diferentes formas contra diversas enfermedades, tales como la diarrea, alergias, eczemas, asma y aquellas por las cuales reciben inmunidad pasiva de la madre. También influye positivamente en el crecimiento y desarrollo del

infante, tal como lo señala el estudio realizado en el Corregimiento de Pedregal, con 120 niños de cero a seis meses de edad, el cual nos reveló que "los lactantes alimentados en forma natural, aumentaron en talla 8.3% y en peso 5.0% más que aquellos que se alimentaron con fórmulas artificiales". (29)

El análisis antes expuesto, nos conduce a determinar que la leche materna no debe ser considerada un alimento para niños pobres sino el alimento ideal para todos los recién nacidos.

Vale la pena señalar, que la morbilidad de la madre y el niño no sólo disminuye el presupuesto familiar y los presupuestos nacionales para la salud, sino que interfieren con la adaptación fisiológica del organismo de la puérpera y el normal crecimiento del infante.

La falta de la alimentación natural, la inadecuada utilización y preparación de la leche artificial, ha ocasionado serios problemas de desnutrición, diarrea e infecciones parasitarias en niños menores de un año. Esto ha causado una profunda preocupación en los gobier-

(29) Dolores Stoute, "Estudio Comparativo sobre la Alimentación en los Primeros Seis Meses de Vida en un grupo de niños que acuden al Centro de Salud de Pedregal en los meses de Agosto-Febrero" (Tesis Inédita, Universidad de Panamá, 1985), p. 109-112.

nos del mundo, ya que disminuye la supervivencia infantil y aumenta los gastos de asistencia curativa.

La Oficina Sanitaria Panamericana señala que:

Desde 1930, aproximadamente y sobre todo a partir de 1955, se ha prestado cada vez, mayor atención a la diferencia entre las tasas de morbilidad y que entre otras causas infecciones de enfermedad o muerte, la diarrea es la más común. (30)

Como observamos, la diarrea es un padecimiento que puede afectar el presupuesto de salud por los gastos de asistencia curativa que conlleva, razón por la cual se hace necesario efectuar un análisis de esta situación en Panamá a manera de ejemplo para que se justifique, la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro meses de vida del niño en la disminución de esta morbilidad.

La obtención de los datos relativos a los gastos de asistencia curativa en niños menores de un año, hospitalizados por diarrea y parasitosis en la República de Panamá, hasta el momento no están cuantificados por año en forma secuencial, razón por la cual, seleccionamos a manera de ejemplo los datos estadísticos del Hospital del Niño.

(30) Feachen y Koblinsky, op. cit., p. 464.

En este sentido los niños menores de un año que padecen de diarrea y parasitosis, representan un gasto diario para la institución antes señalada de B/.55.00 dentro de los cuales se incluyen recursos humanos, materiales farmacológicos, servicios de laboratorio, rayos X y otros. Dicho costo es relativamente alto, si consideramos una morbilidad infantil de 1,519 niños en 1983. En el año 1984, la morbilidad infantil registrada fue de 854 pacientes y bajo el supuesto del mismo costo por paciente, nos resultaría una suma igual a B/.46,970.00 que sin lugar a duda afectó el presupuesto de la Institución.

Considerando que un niño es menos propenso a enfermarse cuando recibe la lactancia materna, podemos resaltar el hecho de que mediante un programa de concientización a las madres representaría ahorros para una institución tan necesaria como lo constituye el Hospital del Niño.

Hablando de morbilidad y mortalidad, tenemos el caso de que éstas han sido fluctuantes en los últimos años, tal como se refleja en el siguiente cuadro.

CUADRO D

MORBILIDAD Y MORTALIDAD REGISTRADAS DE PACIENTES MENORES DE UN AÑO EGRESADOS
 CON DIAGNOSTICO DE DIARREA Y PARASITOSIS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO
 AÑO: 1980-1984

Año	MORBILIDAD			MORTALIDAD		
	GRUPO - EDAD			GRUPO - EDAD		
	Total	0-30 Días	1-11 Meses	Total	0-30 Días	1-11 Meses
1980	1339	134	1205	18	4	14
1981	1599	90	1509	13	2	11
1982	1271	61	1210	14	1	13
1983	1519	115	1404	28	5	23
1984	854	51	803	10	2	8

Fuente: Departamento de Estadística y Archivos Clínicos del Hospital del Niño.

ANALISIS DEL CUADRO D

Este cuadro señala 19.4% de incremento en el año 1981, respecto a 1980 con relación a morbilidad. En 1982 hay una disminución de 5% en relación a 1980 y disminución de 20.5% del año 1981. En 1983, 13.4% más que 1980 y 19.5% más que en 1982. En 1984, 36.2% menos que en 1980 y 43.8% menos con respecto a 1983.

En cuanto a mortalidad para niños de un año registrada en el Hospital del Niño, el cuadro señala también, que está relativamente baja, es decir, que ésta no sobrepasa el 2% en el período analizado y que se extiende desde el año 1980 a 1984. De esta manera tenemos que en 1980, (18 casos de mortalidad), representó el 1.6% del total de la morbilidad infantil. Luego a partir de 1980, la mortalidad representó un promedio, tan solo el 1.2% de la morbilidad.

En el período señalado 1980-1984, la tasa promedio de incremento anual fue negativa en un 6.4% o bien de 1,339 pacientes, nos colocamos en 854 indicándonos con esto que existe intensificación de la labor de medicina preventiva en los menores de un año.

En consecuencia, una menor morbimortalidad infantil, representa una disminución de gastos o costos variables para el Hospital del Niño, el cual se puede hacer extensivo a las otras Instituciones de Salud del país; lo que a su vez significa un buen presagio en cuanto a la sa-

lud infantil se refiere, ya que según Leonardo Mata.

No cabe duda de la lucha contra las enfermedades diarreicas y su prevención son imprescindibles para mejorar la nutrición, la salud y para aumentar la supervivencia de la población infantil. Lo importante es que en los países donde se ha conseguido un éxito notable en la lucha contra estas afecciones, se ha reconocido claramente la influencia perjudicial de las enfermedades diarreicas en el desarrollo nacional y se ha tomado la decisión política de asignar los fondos necesarios a intervenciones globales destinadas a combatir las y prevenirlas. (31)

Razón por la cual se observa, que en la actualidad se está haciendo mayor énfasis en fomentar la lactancia materna por los innumerables beneficios que ésta conlleva, tanto en el crecimiento y desarrollo del niño como en la prevención de las enfermedades diarreicas. Al respecto se aduce lo siguiente:

La relación que existe entre la lactancia materna y diarrea, ha sido objeto de numerosas investigaciones que permiten evaluar el fomento de la lactancia materna como medida para reducir la morbilidad y mortalidad por diarrea en los lactantes. (32)

(31) Leonardo Mata. "¿Es muy peligrosa la Diarrea?". Salud Mundial. (Abril 1986), p. 7.

(32) R. Feachen y M. Koblinsky. "Medidas para el Control de las Enfermedades Diarreicas en Niños Menores de Cinco Años. Fomento de la Lactancia Materna". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 99 No. 5 (Noviembre 1985), p. 464.

Esto nos conduce a pensar que si la lactancia materna es exclusiva hasta los cuatro meses la tendencia en cuatro meses en cuanto a morbilidad, mortalidad y costo serían menos, lo que contribuye indudablemente al desarrollo económico del país.

B. Influencias Culturales en la Práctica de la Lactancia Materna Exclusiva hasta los Cuatro Meses Post Partum.

La práctica de la lactancia materna exclusiva, está influenciada por factores culturales que caracterizan los diferentes grupos humanos, esto implica diferencias en las costumbres, creencias y valores que enmarcan la conducta de las personas en la sociedad.

La Socióloga, Noemí Farinoni, en la Primera Jornada de Enfermería en Neonatología expresó:

Todas las comunidades presentan un patrón cultural propio, adquirido mediante la instrucción deliberada de los progenitores, y este es un proceso de aprendizaje que comienza con el nacimiento y quizás antes, se establecen a través de todos los contactos, que el nuevo ser tiene con el mundo que le rodea. (33)

(33) Noemí Farinoni. "La Cultura y el Recién Nacido". Primera Jornada de Enfermería en Neonatología. Hospital del Niño. (Panamá, Julio 1982), p. 1.

Esto nos indica que para cualquier esfuerzo que se realice con el objeto de lograr cambios exitosos en el campo de la salud, específicamente en la práctica de la lactancia materna exclusiva, se hace necesario tomar en cuenta las tendencias culturales de las personas a las cuales se les brinda servicio, Clark Ann y otros nos dicen:

Que con el fin de brindar cuidados médicos humanísticos y centrados en la familia durante el nacimiento y crecimiento es necesario que conozcamos y entendamos las variaciones en aptitudes y conductas que resultan de las influencias culturales. (34)

El equipo multidisciplinario de salud, por las características de sus labores, están en constante interacción con personas que poseen una diversidad de cultura, lo cual requiere que ellos presten mayor atención al comportamiento humano, relacionado específicamente en este caso a la lactancia materna para que esto contribuya al éxito de sus intervenciones y al bienestar de la población en general.

Para muchos inmigrantes la práctica de la lactancia materna es considerada opcional y no una norma

(34) Ann Clark, Alfonso Djanne y Thomas Harris. Childbearing A. Nursing Perspective. 2a. Edición (United States of America. F.A. Davis Company 1979), p. 97.

cultural o una necesidad económica. Por esta causa según Farinoni que "todas las conductas son significativas y no deben ser ridiculizadas ni juzgadas negativamente o ignoradas". (35)

Dado el impacto de la cultura sobre el proceso de la lactancia materna exclusiva hemos estimado conveniente presentar algunos ejemplos sobre la práctica de la alimentación natural en algunos países por considerar que de una manera u otra, esta información nos dará a conocer, comportamientos o conductas que afectan o promueven la práctica de la lactancia materna exclusiva en diferentes partes del mundo.

Revisando el libro "A Practical Guide to Breast Feeding" de Jan Riordan, nos percatamos de los siguientes ejemplos.

En Asia, consideran la lactancia fuera de lugar y vergonzosa; en Arabia Saudita, es común ver una mujer cubierta de velos mostrando su pecho para alimentar a su bebé en lugares públicos, aunque nadie se escandalice; como contraste en Francia, para una mujer llevar bañador sin corpiño en las playas es perfectamente aceptable, sin embargo, una francesa duda-

(35) Noemí Farinoni, op. cit., p. 2.

ría o se cubriría cuidadosamente mientras amamanta en público; para un hispano o indio americano, dar pecho puede todavía ser la norma en su comunidad. Gradualmente su actitud puede cambiar si cada vez menos de sus compañeras amamantan y prefieren seguir lo que parece ser lo más socialmente aceptable, lactancia artificial. Ya que estas culturas respetan los consejos de médicos y enfermeras; en la República Dominicana, las madres en las esquinas, en los portales, en las iglesias y hasta galopando sobre un burro amamantan a su niño; todos los niños de Gadsup, Nueva Guinea, son amamantados porque no hay leche ni mamaderas; las madres de esta región disfrutaban alimentando a su niño y en ocasiones a otros lactantes del pueblo por causa de enfermedad, muerte y por ausencia de la madre por alguna razón especial.

En la tribu Nacirema existe mucho contacto corporal e interacción facial directa entre la madre y el niño durante tres semanas consecutivas desde su nacimiento; luego se alimenta de dos maneras, primero se le da leche materna después de la remoción del contenido gástrico a través del tubo, luego se le da una comida hecha de vegetales, grasas y azúcares.

Los senos de las mujeres naciremas son considerados excitantes, por lo que los mantienen cubiertos,

hasta que el bebé tenga hambre, exponiendo sólo el pezón en lugares privados.

Las mujeres que irrumpen esta norma, son severamente criticadas y encarceladas. Ellas no duermen con su niño y no lo alimentan por largo tiempo, porque se les ha advertido que esto sofoca al bebé y el niño se conducirá como una niña cuando esté grande.

En algunas regiones los ritos y creencias, juegan papel determinante, en el proceso de la lactancia materna. Por ejemplo, en Japón distribuyen figurines representando una mujer con una generosa provisión de leche con la creencia de que ésta aumenta la lactancia materna. Otro rito cultural, es la técnica de masaje al pecho, conocidos como método "Oketani", llamado así por la enfermera que lo desarrolló para aumentar el suplemento de leche y el tratamiento de ductus tapados.

Riordan, menciona que las creencias sobre la lactancia materna, pueden servir para explicar algunos problemas que ocurren durante el amamantamiento. Por ejemplo:

De acuerdo a una madre hispana, cuando el niño erupta mientras mama, el aire se va a los pechos y detiene el flujo de leche y tapa el conducto de la leche. Para incorporar sus creencias se sugi-

rió que si esto es así, ella debería cambiar el niño al otro seno y luego al primero para dejar salir el aire. (36)

Tomando en cuenta lo expuesto, pensamos que este consejo contribuye al aumento de la producción de la leche de la madre porque alterna los senos en cada mamada.

En la República Popular China, la mujer usualmente lleva el niño al trabajo y lo deja en guardería, regresando varias veces al día, para bañarlo y estar con él.

Todos los Kibbutz de Israel, poseen guarderías para niños cuyas madres periódicamente vienen de los campos a amamantarlos. En los Estados Unidos, los hospitales y centros médicos están fomentando la creación de guarderías con el fin de atraer el personal.

En este país, de acuerdo con Mary Moore "el destete se inicia entre los cuatro y los nueve meses de edad". (37)

Posiblemente, la creación de la guardería está influyendo a que en este lugar el período de destete,

(36) Jan Riordan. A Practical Guide to Breast Feeden. (United States of America. The C. V. Mosby Company 1983), p. 305.

(37) Mary Moore. Realities in Childbering. (Philadelphia W.B. Saunders Company 1978), p. 645.

sea después de los cuatro meses de nacimiento del niño.

En Panamá, a pesar de ser un país de tránsito con una heterogenidad de culturas por los diferentes grupos étnicos, hemos observado que generalmente la mayoría de las madres que amamantan a sus hijos lo hacen cubriéndose el seno con un pañal o una sabanita doblada, ocasionalmente algunas amamantan con el seno descubierto.

Lo expuesto, es una muestra de como la cultura puede influir en la declinación o el resurgimiento del amamantamiento exclusivo hasta los cuatro meses, por ello este aspecto de la cultura no debe pasar desapercibido en las estrategias para la promoción de la lactancia materna.

C. Factores que Inciden en la duración de la Práctica de la Alimentación Natural exclusiva hasta los Cuatro Meses Post Partum.

Los factores que influyen en la alimentación natural son múltiples y complejos, éstos se derivan de la madre, niño, políticas, normas, apoyo de organizaciones internacionales y del medio ambiente.

1. Factores relacionados con la Madre.

Los problemas que frecuentemente presentan las madres durante los primeros meses del amamantamiento son

los siguientes:

a) Psicológicos

La alimentación natural tiene un fuerte componente psicológico, razón por la cual es muy importante la confianza de la madre en sí misma, para llevarla a cabo con éxito. Según Oris Rovetto:

Las condiciones necesarias son:
 1. Antes que todo, la existencia de una necesidad, y que se manifiesta en deseos o tendencia. Los deseos y tendencias regulan la actividad de la madre, lo que motiva que surja, se desarrolle o desaparezca esa necesidad. 2. Es fundamental que exista un objetivo o fin que, al ser la respuesta a la necesidad, sea el estímulo para actuar y le de a las acciones de la madre una dirección concreta o determinada, o sea, se dirija a un fin. (38)

La decisión de amamantar al niño depende entonces del estado emocional de la madre, el cual está influenciado por su cultura, costumbres, vivencias, conocimientos y sentimientos.

La disposición psicológica de la madre, juega un papel básico en el éxito o fracaso del amamantamiento, por lo tanto, jamás debemos presionar a la madre a que amamante al niño si ella no lo desea. Algunas madres están muy ansiosas por hacerlo bien, lo que empeora la si

(38) Oris Rovetto. "Preparación Psicológica de la Familia para la Lactancia". Documento presentado en el Seminario de Lactancia Materna (Universidad de Panamá), p. 7.

tuación, otras están indiferentes, mientras que otras están demasiado motivadas requiriendo en este caso mucha paciencia y otras pueden tener sentimiento de vergüenza requiriendo privacidad.

Según Friesner y Raft "la lactancia es agradable como experiencia, si la madre está dispuesta y lo acepta". (39)

Continuando con este aspecto los autores antes mencionados, también señalan que:

La aversión a la lactancia puede estar causada por inhibiciones sexuales, disgusto por la desnudez, temor a perder la figura, experiencia desagradables previas con la lactancia, trabajo de parto difícil o desagradable, falta de apoyo e instrucción por parte del personal de salud, derrame en las mamas, falta de libertad. (40)

Esto nos revela la multiplicidad de elementos que entran en juego en la psiquis de la madre con relación a su decisión frente a la lactancia natural.

Este tema ha sido abordado por Sharon Reeder y otros que mencionan:

Algunas madres consideran que el amantamiento es agotador y aún repulsivo. Algunas temen que sus pechos se desfiguren, las costumbres y presio-

(39) Airlene, Friesner y Beverly Raft. Enfermería Materno Infantil (México: Editorial El Manual Moderno, S.A., de C. V. 1984), p. 2.

(40) Ibid.

nes de los grupos de referencia tienen también importancia para la madre. La alimentación artificial puede ser la práctica aceptada en la comunidad; los parientes y amigos pueden estar o muy en favor o muy en contra de la alimentación al pecho. (41)

Como observamos, la actitud positiva y la disponibilidad de la madre hacia la lactancia materna, es una situación que debe ser cuidadosamente analizada, cuando se organizan actividades tendientes a promover la lactancia materna exclusiva, hasta los cuatro meses; por ello es necesario que la decisión de método de alimentación del niño sea tomado por la pareja durante el período prenatal, para que durante este tiempo reciban del equipo de salud la información sobre los beneficios inigualables de la leche materna de manera tal, que la decisión final sea lo más apropiada, tanto para el niño como para ellos.

b) Fisiológicos

Los problemas fisiológicos que a continuación presentamos, influyen de una manera u otra en la práctica de la lactancia materna, razón por la cual consideramos importante mencionar:

(41) Sharon Reeder y otros. Enfermería Materno Infantil. Versión Española de la Décimo Tercera Edición Inglesa. (Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1978), p. 359.

b.1 Pezón Deprimido

Es aquella situación en la que los conductos galactóforos se abren directamente en una depresión localizada en el centro de la areola. En casos intensos de pezón deprimido la posibilidad de lactancia queda eliminada, cuando la depresión no es muy profunda, es posible utilizar la mama empleando un aparato de succión.

b.2 Pezón Invertido

Con mayor frecuencia el pezón, aunque no deprimido está notablemente invertido. En casos de este tipo, deberá intentarse diariamente durante los últimos meses del embarazo el pezón hacia afuera ejerciendo tracción con los dedos con el objeto de que este mejore y se tenga éxito durante la lactancia. También se recomienda el uso de pezoneras que es un aparato de plástico, que al ser colocado sobre los pezones los hace más proctátiles porque estos pasan a través del agujero y la ropa de la madre hace presión sobre la cúpula, haciendo que el disco haga a su vez presión sobre las areolas. (Ver figura No. 1).

b.3 Pezones Adoloridos o Empastelados

Esta afección comúnmente se presenta durante las primeras semanas de la lactancia, debido a las siguientes causas: la exposición repentina a la acción

PEZONERA**Figura N° 1**

de mamar, para lo cual no estaban acostumbrados los pezones; técnica inadecuada para la lactancia; congestión de los pechos; pezones planos y difíciles, lo que impide que el recién nacido se prenda de ellos apropiadamente.

Los pezones adoloridos presentan lesiones pequeñas que por razones de irrigación nerviosa suelen ser muy dolorosas. Aunque resulte contradictoria la curación de éstos, se acelera cuando se le da al niño tetadas cortas y frecuentes, ya que éstas impiden que las costras cubran las lesiones y los pezones vuelvan a irritarse tan pronto el niño vuelva a mamar.

b.4 Grietas en el Pezón

Son fisuras del epitelio que recubren el pezón. Aparecen en los primeros días de la lactancia. Se originan por diversas condiciones, tales como: erosiones, fisuras y úlceras. Las erosiones se producen por la succión del recién nacido al mamar. Esta afección se presenta con mayor frecuencia en la primípara por pezones mal conformados, por una fragilidad particular de la piel y en ocasiones por una inadecuada orientación, durante el embarazo. En estos casos, se recomienda que la madre utilice guardapezón o pezón de hule que le protege el pezón.

b.5 Agalaxia o Lactancia Insuficiente

Constituye una queja frecuente de las

madres lactantes. Las causas están mal definidas; malformaciones o enfermedades de los pezones que impiden la lactancia, pezones muy dolorosas, oclusión de los conductos lactíferos, atrofia del tejido glandular con la edad, destrucción del tejido glandular, trastornos febriles y alteraciones emocionales, son algunas condiciones atribuidas hasta el momento.

b.6 Ingurgitación Mamaria

Es uno de los trastornos más comunes que se produce durante el puerperio en el 3° y 4° día, se manifiesta por una tensión dolorosa de los pechos y se acompaña de aumento de la temperatura corporal. Los senos están ingurgitados, tensos, duros y dolorosos.

Esta sintomatología involucrena con rapidez al iniciarse la lactación. Otras veces el pecho no excreta leche y persiste el endurecimiento de los pechos y el dolor.

La involución en estas circunstancias es lenta y expone a complicaciones sépticas de la mama.

b.7 Hipogalactia

Es el fenómeno cuantitativo que ocurre al disminuir la secreción láctea y puede suceder desde el comienzo (hipogalactia primaria) o bien a continuación de un período más o menos breves de lactancia normal (hipogalactia secundaria).

La hipogalactia primaria es padecida por mujeres que poseen una hipoglasia glandular, por una nutrición deficiente y en algunos casos por problemas emocionales.

La hipogalactia secundaria, en cambio puede ser debida a errores técnicos de amamantamiento, a defecto de succión en el lactante o bien causas maternas, como vicios de formación del pezón o afecciones adquiridas de la mama como en el caso de la mastitis.

Una forma de identificar de que hay poca producción de leche, consiste en el llanto e intranquilidad del niño a pesar de haber mamado y/o la observación de la madre de que sus senos están flácidos.

El tratamiento de la hipogalactia, requiere antes que nada la solución de las causas mecánicas que la provocan.

b.8 Mastitis Puerperal

Ocurre mastitis puerperal esporádicamente en madres lactantes, poco después de su regreso a casa.

La infección puede adquirirse en el hospital si la madre o el niño son colonizados por bacterias virulentas antes de ser dados de alta en el hospital.

Por lo general, el agente causal es el estafilococos aureus.

La inflamación usualmente es unilateral-

mente, se presenta con fiebre, dolor localizado, hipersensibilidad, eritema segmentario a partir de un pezón con grietas.

Respecto a este padecimiento Ralph Benson señala:

La infección no se localiza en el sistema acinos ni en los conductos, por lo que no se ve afectada la leche, por ello, debe permitírsele al nene mamar (con un escudo de protección) a fin de prevenir la ingurgitación que contribuye a la formación de abscesos. (42)

Esto demuestra que la alimentación al pecho debe continuarse si existe esta problemática tomando las precauciones pertinentes.

b.9 Desnutrición Materna

Los resultados de los estudios realizados, sobre el estado nutricional de la madre y la producción de leche en distintos grupos de población, señalan que la producción media de leche entre las madres que pertenecen a poblaciones bajo condiciones favorables, tienden a fluctuar entre 600 y 900 ml. por día; al encontrarse en los lugares donde la desnutrición y las condiciones de vida son inadecuadas, la producción de leche varía entre 400 y 700 ml. por día en los primeros seis me-

(42) Ralph Benson. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétrico. (México: Editorial El Manual Moderno, S.A. de C. V. 1983), p. 386.

ses. En Etiopía se encontró cantidades superiores de 700 a 1,000 ml. por día.

La información disponible parece indicar que la calidad de la leche humana, se mantiene en forma notable, aún cuando la madre sufra mal nutrición moderada o leve salvo en condiciones de carencia avanzada, pero no sucede lo mismo con la cantidad. (43)

Lo anterior demuestra que la desnutrición no es una razón para orientar a la madre a que deje de amamantar, sino mas bien que mejore su estado nutricional, agregando a su dieta de 500 a 600 calorías extras al día.

En ocasiones se aduce que la salud de la madre se deteriora, si da de mamar durante un período prolongado, no obstante, no hemos observado ningún estudio científico, que señala que la alimentación natural perjudique a la madre siempre y cuando se alimente bien.

b.10 Diabetes

La diabetes es una enfermedad que puede presentarse durante la edad reproductiva, constituye un padecimiento caracterizado por un conglomerado de fenómenos que tienen un denominador común, hiperglicemia crónica, la cual ocasiona alteración global del metabolis

(43) Sociedad de Pediatría. "Nutrición Materno Infantil en Países en Desarrollo". Archivos Argentinos de Pediatría, Vol. 84 (Febrero 1986), p. 107.

mo en la reproducción, por lo que puede deducirse que la madre diabética está incapacitada para lactar al pecho interfiriéndose de esta manera con la crianza al seno. Sin embargo, "el proceso metabólico de la producción de leche y de aporte de lactosa, así como el balance hormonal de la lactancia, mejora la salud de la diabética".(44)

Considerando lo expuesto, la madre diabética no debe privarse de la satisfacción de lactar a su hijo, sino más bien se deben hacer ajustes de la dieta y de la dosis de insulina en función de los nuevos requerimientos y orientarla ante la aparición de infecciones locales y de mastitis, (ver la aplicación de la Teoría de Enfermería de Dorothea Orem, en el Plan de Atención de los Problemas más Comunes. Durante la Práctica de la Lactancia Materna Exclusiva); ella esté capacitada para manejar la situación.

c) Socioeconómico

El aspecto socioeconómico juega un papel importante en supervivencia familiar, como consecuencia de esto, la madre se ha visto forzada a buscar trabajo fuera del hogar, lo cual ha interferido en la alimentación

(44) J.C. Cuadro y Rubén Belitzky. "Normatización de la Asistencia: Aspectos Básicos en el Manejo Perinatal de la Diabetes Mellitus Clínica Gestacional y Potencial". Salud Perinatal II (Junio 1986), p. 60.

de su niño.

Según Helsing Savage "Una de las razones más socorridas que da la gente para la declinación de la lactancia es que cada vez más y más madres salen a trabajar fuera del hogar". (45)

Este razonamiento, sin embargo, es cuestionable por la siguiente razón: las madres que por costumbre amamantan a sus hijos, han buscado la manera de trabajar y continuar lactando, por lo tanto, el trabajo y las actividades sociales no deben ser un impedimento para dejar de lactar; lo que requiere más bien es orientación sobre la manera de combinar el trabajo, las actividades sociales con el amamantamiento y también conocer las leyes que rigen el Código Laboral Panameño con respecto a la lactancia materna.

Las madres que piensan que no pueden estar alejadas mucho tiempo de su hijo, deben saber que la lactancia materna no tiene por qué atar a la mujer, a su niño en el hogar. La leche extraída de su pecho puede ser debidamente almacenada y administrada posteriormente por la persona que cuida al niño.

(45) Elizabeth Helsing y Felicity Savage. Gufa Práctica para una buena Lactancia. (México, Editorial Pax México, 1985), p. 236.

d) Educativos

La motivación para lactar al pecho, está afectada por la educación de diferentes maneras en los distintos países. En muchos países industrializados la alimentación al pecho se está volviendo más común entre las mujeres educadas, esto se debe posiblemente, a la accesibilidad de recibir información sobre los beneficios de la leche natural para la salud de la madre, el desarrollo y crecimiento del niño. Sin embargo, el resultado de un estudio realizado en Panamá en 1979, sobre el "Uso y Prevalencia de Métodos Anticonceptivos y Servicio de Salud Materno Infantil", señaló que la alimentación artificial aumenta a medida que se eleva el nivel educativo, esta situación tal vez se origine porque la madre tiene mayor facilidad para obtener empleo y posiblemente piensa que no podrá cumplir con la alimentación natural en una forma adecuada.

e) Edad

La edad con relación a la lactancia materna, es un factor que ha sido considerado por diversos autores. Algunos opinan que a menor edad, mayor es el período de lactancia, otros lo contrario.

Opinamos que este aspecto es cuestionable y que, en él intervienen una complejidad de elementos tales como: personalidad, estado emocional, cultura, tradicio-

nes y costumbres.

f) Alimentación durante la Infancia

Se ha determinado que la madre que procede de una familia extendida, en donde ella al igual que sus hermanos han recibido lactancia natural durante un periodo prolongado, posee menos tendencia a iniciar destete precoz, esto puede ser por imitación de las costumbres maternas.

g) Fármacos y Drogas

En la actualidad no se conoce a cabalidad la excreción de medicamentos y otras sustancias químicas en la leche materna, ya que algunos autores señalan que la información es escasa, incompleta y difícil de interpretar, por lo tanto, la orden de administración de medicamentos en estos casos debe sopesar la relación de riesgo-beneficio, para el binomio madre-hijo.

La ingestión de algunos fármacos y drogas afectan la lactancia materna, porque producen toxicidad en el niño, ya que éste metaboliza la droga con más lentitud que el adulto y ésta tiende a acumularse, razón por la cual si la madre requiere la ingestión de algunos de los elementos, antes mencionados, debe suspender la lactancia.

Se ha comprobado que el alcohol ocasiona en el lactante somnolencia, diaforesis, sueño profundo, debi

lidad, disminución en incremento lineal, aumento anormal de peso; la ingestión maternal de 1 g. k/g, al día disminuye el reflejo de eyección de leche.

Dada la importancia de este aspecto, a continuación presentamos un cuadro de drogas contraindicadas, que requieren del cese temporal y que deben evitarse durante la lactancia.

CUADRO E

DROGAS CONTRAINDICADAS, QUE REQUIEREN DEL CESE TEMPORAL Y QUE DEBEN EVITARSE DURANTE LA LACTANCIA

Drogas Contraindicadas Durante la Lactancia	Drogas que requieren del Cese Temporal durante la Lactancia	Drogas que deben evitarse en caso que existan alternativas
AMETOPTERINA	METRONIDAZOL	DIAZEPAN (Durante la 1ª. Semana después del parto)
BROMOCRIPTINA	RADIO-FARMACEUTICOS	BARBITURICOS
CIMETIDINA	GALIO - 69	TETRACICLINAS
CLEMASTINA	YODO - 125	SULFANILAMIDA
CICLOFOSFAMIDA	YODO - 131	SULFAPIRIDINA
ERGOTAMINA	SODIO - RADIOACTIVO	SULFISOMIDINA
SALES DE ORO	TECNECIO-99	METRONIDAZOL
METIMALOLA	TC MACROAGREGADAS T 0 c 4	ESTEROIDES Y ANTI-CONCEPTIVOS ORALES
FENINDIOLA	DROGAS ANTICANCER	
TIOURACILIO	HEROINA	
	LITIO	
	CLORAMFENICOL	

FUENTE: Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. "Drogas Contraindicadas que requieren del cese temporal y que deben evitarse durante la Lactancia". Suplemento sobre Nutrición Materno Infantil, Lactancia y Destete. Vol. 2 (agosto 1984), p.84

En este cuadro observamos algunas drogas que comúnmente son utilizadas para automedicación, razón por la cual se hace necesario orientar a las madres con relación a la ingesta de las mismas, sin una orden médica por el peligro que conlleva en la salud del infante.

g.1 Anticonceptivos Orales

La ingesta de anticonceptivos orales para la planificación familiar, es una de las razones que disminuyen el interés de la madre en continuar con la alimentación natural por temor a que se afecte adversamente el sexo de su hijo.

Es innegable la efectividad del método antes mencionado en el espaciamiento de los hijos, no obstante, es importante recordar que diversas autoridades en la materia han señalado que algunos de estos medicamentos reducen el contenido de grasa de la leche materna y la producción de la misma; otros informan que no han observado ningún efecto perjudicial de los contraceptivos orales en la leche del pecho.

Como vemos, existen ideas controversiales en relación a la situación planteada, por ello es aconsejable recomendar a la madre y/o pareja sobre el uso de barreras físicas que no afecten la duración de la lactancia materna, tales como el condón, el diafragma, la T

de cobre y otros.

La T de cobre, tiene un alto porcentaje de confiabilidad, ya que de todos los metales probados, el cobre demostró tener máxima influencia sobre la implantación sin causar efectos tóxicos en el organismo de la madre.

h) Religión

La religión es un factor que afecta la lactancia materna, ya que también la Iglesia ha tenido un interés activo en la duración de la lactancia. La Antigua Ley Cristiana Medieval en Noruega, por ejemplo, imponía altas multas a la mujer que amamantara durante "tres períodos de abstinencia", es decir, más de tres años y también multaban al esposo si no intentaba disuadirla. El Korán decreta que las "madres darán de mamar a sus hijos durante dos años enteros", pero fiel a la tradición islámica, la palabra del hombre tiene gran influencia.

Con respecto a la Iglesia Católica Panameña, ésta discutió el tema de la lactancia natural, por primera vez en la Semana Pastoral Familiar, realizada del 9 al 14 de mayo de 1977, de ella se derivaron algunas conclusiones tales como:

Que la alimentación natural es la ideal en todos los aspectos (nutricional, educativo, psicológico, inmunológico). Que los tres primeros meses del niño, son muy impor-

tantes para su desarrollo y crecimiento, y que la madre debe por este tiempo permanecer con él. Además que la alimentación natural es un recurso natural renovable económico, práctico y que por múltiples factores no se hace el uso debido de él. (46)

Como observamos, en nuestro medio la religión Católica apoya la alimentación natural, resalta los beneficios que ésta conlleva en relación con la salud del niño, pero deja la práctica de la misma al libre albedrío de la madre.

i) Lugar de Residencia (Area Urbana y Rural)

Otro factor que interfiere en la práctica de la lactancia materna es el lugar de residencia. Si la madre vive en una área rural prolongará el período de amamantamiento por el apoyo del sistema de asistencia tradicional que promueve la alimentación al pecho y la poca influencia externa sobre la alimentación artificial debido a la inaccesibilidad del lugar, dificultad en el transporte, escasez de recursos económicos y pocos medios de comunicación.

En cambio cuando la residencia de la madre es en el área urbana, tiene la tendencia a iniciar precoz

(46) Arquidiócesis de Panamá. Documento de la Semana Pastoral Familiar. (Panamá: Curia Metropolitana. Departamento de la Familia 1977), p. 113, 114.

mente el destete o alimentar en forma mixta, ya que generalmente escucha numerosas anécdotas acerca de las frustraciones de otras madres. Esto debilita su confianza y está pendiente de la manifestación de los signos de su propio fracaso. Ante el más mínimo problema, impulsivamente toma la decisión de cambiar la alimentación del niño ante la influencia ejercida por la propaganda y la exhibición de los diferentes tipos de leche maternizada en todos los establecimientos comerciales. Esto desvaloriza las inigualables ventajas ampliamente divulgadas de la alimentación natural en beneficio de la salud materno infantil.

2. Factores relacionados con el Niño

El niño es producto de la concepción, puede traer consigo problemas congénitos y otras características especiales que interfieren con la lactancia materna.

A continuación presentamos algunos de ellos:

a) Factores Fisiológicos

a.1 Labio Leporino y Paladar Hendido

Esta malformación anatómica influye notablemente en la práctica de la lactancia materna por el riesgo que conlleva, tal como la broncoaspiración del niño. Existen autores que manifiestan que la práctica desmiente la declaración, ya que han existido casos con paladar blando o duro hendido que han sido amamantados

utilizando técnicas especiales, tales como colocando al niño en posición relativamente erecta, administrando la leche con cuchara, o con un mamón más largo de lo normal. La alimentación de estos niños requiere más tiempo que lo normal, ya que tragan más aire con mucha más frecuencia.

Consideramos que la problemática se debe, además del padecimiento que afecta al niño, a la poca o nula disposición de la madre en alimentar en forma natural al mismo, debido a la alteración emocional que sufre. Por lo tanto, el equipo de salud debe tener paciencia, cuando le brinda apoyo a la madre.

a.2 Ictericia por Leche Materna

La ictericia por la leche materna es distinta a la ideopática, porque generalmente esta última tiene su punto más alto en el tercer día y luego empieza a descender. En contraste con la ictericia por leche materna, que se eleva después del tercer día y su punto más alto puede ser en cualquier momento del séptimo al décimo día. No se ha observado pérdida o aumento de peso y las heces son normales.

La Comisión Nacional de Lactancia Materna, cita a Arias y sus colaboradores quienes "atribuyen el síndrome de ictericia de la leche materna a una sustancia

en la leche de algunas madres que inhibe la enzima hepática glucoroniltransferasa previniendo la conjugación de bilirrubina". (47)

Durante la ictericia, para descartar que es ideopática o no, se interrumpe momentáneamente el amamantamiento y se hacen exámenes de laboratorio, posteriormente se inicia la lactancia después de las doce horas. Es necesario que a las madres se les enseñe a extraerse la leche en forma manual, para aumentar la producción láctea.

a.3 Obstrucción de la Respiración

En caso de que el niño esté resfriado, se dificulta el amamantamiento, ya que el recién nacido respira por la nariz y difícilmente puede hacerlo por la boca. Teniendo en cuenta esta situación, podemos comprender la angustia del niño al soltar el pezón y llorar de frustración por no poder obtener su alimentación, porque al estar con las fosas nasales obstruidas y el pezón en la boca no existe puerta de entrada para el intercambio gaseoso. Algo similar ocurre en la atresia de coanas que es una obstrucción congénita de la parte posterior de ambos conductos nasales.

(47) Comisión Nacional de Lactancia Materna. "Ictericia de la Leche Humana". Centro de Documentación sobre Nutrición Materno Infantil Lactancia y Destete. INCAP. E 1134, 1980, p. 31.

a.4 Prematuridad

Esta es una condición que interfiere con el inicio y algunas veces con el mantenimiento de la lactancia materna por el alto riesgo de morbilidad de estos lactantes.

La alimentación inicial de estos niños, depende de sus características anatómo-fisiológicas, ya que algunos requieren de ser alimentados por vía intravenosa, otros por vía oral con solución de glucosa de 5 a 10% en agua. Sin embargo, algunos médicos piensan que la leche humana por sus propiedades ampliamente conocidas, es la mejor para el prematuro y el niño bajo peso, pero muchas veces la falta de vigorosidad para succionar al nacer como el niño a término, hace difícil mantener este tipo de alimentación, teniendo que recurrir al uso de la leche artificial.

El equipo de salud, debe orientar a la madre sobre la extracción manual cada tres horas, seis veces al día para mantener el aporte de leche o con una bomba extractora en la sala o el banco de leche, porque el niño aunque está débil puede recibir la leche por medio de una sonda nasogástrica.

Tan pronto como mejore la condición del niño, la madre debe hacer el intento de amamantarlo, para

que el niño vaya adquiriendo experiencia con el pezón. También es recomendable que la madre se reúna con otros padres que han tenido este tipo de situación.

b) Cantidad de Niños (Gemelos-Trillizos)

Un número mayor de niños, pareciera un problema para el amamantamiento, porque se piensa que la producción de leche será insuficiente, pero se ha comprobado que una madre es capaz de alimentar hasta trillizos sin problemas. Lo importante es explicar a la madre que la producción de leche depende de la succión de los niños, enseñarle arreglos prácticos, tales como forma de sostener a los niños, alimentar simultánea o individualmente y sobre la adecuada alimentación de ella.

c) Dificultad para tomar el Pezón

Cuando el pezón está plano e invertido y aunado a la ingurgitación mamaria, aumenta el riesgo de que se interrumpa el amamantamiento por la dificultad que tiene el niño para tomar el pezón, ya que si el pezón no está totalmente dentro de la boca, el niño no podrá apretar los labios alrededor de la areola y succionar el pezón con la lengua contra el paladar para facilitar la expresión de la leche, por lo tanto, se debe orientar a la madre; cómo manejar esta situación. (Ver Plan de Atención de Enfermería, de los Problemas más comunes durante la Lactan-

cia Materna, ver página No.89).

d) Alimentación Frecuente

El recién nacido, come con mucha frecuencia, generalmente cada dos horas porque es el tiempo en que demora la disolución y asimilación del cuajo de la leche materna; por esta razón es que la mayoría de las madres prefieren la alimentación artificial, ya que les permite mayor movilidad.

La leche artificial por la preparación, cantidad y calidad de sus componentes, forma un cuajo de leche mucho más resistente a la disgregación y absorción por el jugo gástrico del niño. Como consecuencia es más prolongado el tiempo que demora en la vía digestiva, por lo que el lactante espacia más su horario de comida.

3. Factores relacionados a la Política - Norma y Apoyo del Medio Ambiente.

La promoción de la lactancia materna, es una actividad compleja que requiere la participación y coordinación de todos los sectores que intervienen en el sistema de salud, de lo contrario, si sólo el Ministerio de Salud reconoce los beneficios de la lactancia materna, las estrategias para la promoción de la misma, no tendrá efectividad.

Para los efectos, presentamos a continuación algunos aspectos relacionados con el mismo.

a) Legislación sobre la Lactancia Materna

La mujer en la sociedad, realiza un doble papel por sus características anatómo-fisiológicas y necesidades socioeconómicas, los cuales son el de madre y trabajadora, esto le causa un verdadero dilema, porque llegado el momento le es difícil decidir entre ser una madre responsable y una eficiente trabajadora, mermando su interés por la alimentación natural de su hijo. Por la situación antes descrita, ella merece todo el apoyo de la legislación, políticas de un país en pro de su salud y de su hijo que va a redundar en beneficio de la economía de la nación.

En la actualidad existen ejemplos de legislación y políticas que apoyan la lactancia materna, tales como la licencia de maternidad, los recesos para amamantar en el lugar del trabajo; los subsidios para la mujer embarazada; los honorarios de trabajo flexibles para la madre lactante; el alojamiento conjunto en los hospitales y pabellones de maternidad, la atención infantil en el lugar de trabajo; un Código Nacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

Lo importante de todo esto, es que en el país se cumplan las políticas y normas establecidas para el aumento en la práctica de la lactancia materna exclusiva has

ta los cuatro meses de vida del niño.

b) Alojamiento Conjunto

El alojamiento conjunto representa un avance en la atención del recién nacido, ya que tiene como objetivos principales, establecer una relación más estrecha entre la madre, el recién nacido, el equipo de salud y además permitir una mayor interacción madre-hijo, lo cual promueva el establecimiento de la lactancia natural más rápidamente y con menos problemas.

Manuel Calderón nos manifiesta que "el alojamiento conjunto, propicia que mediante la succión de los pechos por el recién nacido se liberen dos hormonas específicas; la prolactina y la oxitocina que son esenciales para la producción y excreción de leche". (48)

Como observamos, el alojamiento conjunto le proporciona múltiples ventajas al binomio-madre-hijo. En el caso de la lactancia materna le garantiza al niño recibir los innumerables beneficios del calostro.

Algunos estudios han demostrado que el contacto temprano de la madre con el recién nacido, conducen a una lactancia materna más prolongada, tiene efectos beneficiosos sobre la salud y el crecimiento del niño.

(48) Manuel Calderón. "Apego y Alojamiento Conjunto". Boletín de la Facultad de Ciencias Médicas. Tegucigalpa, No. 4-5 (Octubre 1985), p. 2.

Consideramos que para que este alojamiento sea exitoso se requiere, orientar a la madre sobre la importancia del mismo, haciéndose énfasis en la lactancia materna para que esté cónsono con la práctica hospitalaria, efectuar la revisión de las normas existentes y la capacitación periódica del equipo de salud, con el fin de hacerlos partícipes de los fines que se desean lograr.

c) Apoyo de Familiares o Doulas

El conocimiento sobre cómo amamantar no es innato por lo que necesita ser aprendido especialmente cuando se trata del primer niño.

La falta de apoyo por parte de familiares, vecinos, amigos o doulas, afecta enormemente la prevalencia en la práctica de la lactancia materna, porque se carece de la transmisión de la herencia de conocimientos prácticos para el manejo de problemas relacionados con la lactancia, ofrecidos gratuitamente por personas con experiencia.

Este problema se acentúa mayormente cuando la madre pertenece a una familia nuclear y no recibe la ayuda externa en contraste de cuando se pertenece a familias extendidas, aunque en algunos casos los consejos que proporcionan los miembros de esta última no son los más ade-

cuados. Este aspecto merece la atención del equipo de salud con el fin de divulgar conocimientos actualizados de la lactancia a través de los diversos medios de comunicación y actividades educativas en las comunidades.

d) Apoyo del Equipo de Salud en el Fomento de la Lactancia Materna.

El apoyo responsable del equipo de salud, es la clave para el éxito del fomento de la lactancia materna, exclusiva hasta los cuatro meses, por lo que se hace necesario que el personal cuente con los conocimientos básicos sobre el proceso y las técnicas de lactancia natural.

En estas últimas décadas en la que existe interés mundial por el retorno a la lactancia natural como una costumbre al igual que en épocas pasadas, por sus innumerables beneficios en la salud de la madre y supervivencia infantil, se observa un aumento en las actividades educativas tendientes a la actualización y/o reforzamiento del personal con relación a la lactancia materna.

Cuando la experiencia colectiva sobre la lactancia materna deja de transmitirse de generación en generación, por los medios tradicionales como ocurre actualmente, los conocimientos deben pasar a la nueva madre, a través de otras vías cuyos protagonistas principales son en este caso, los miembros del equipo de salud, cuya respon-

sabilidad es aprender y transmitir esta información a otros colegas para que en conjunto cumplan la principal misión de asegurarse de que ninguna madre suspenda la lactancia natural contra sus propios deseos.

Con respecto a la labor que desempeña la enfermera en la promoción de la lactancia materna, existen evidencias que demuestran que la influencia ejercida por el personal de enfermería sobre la primípara determina profundamente la incidencia y prevalencia en la práctica de la alimentación al pecho.

D. Contribución de la Enfermera en el Aumento de la Práctica de la Lactancia Materna exclusiva hasta los Cuatro Meses Post Partum.

1. Importancia de la aplicación de la Teoría de Enfermería (Auto-Cuidado) de Dorothea Orem en la Lactancia Materna Exclusiva hasta los Cuatro Meses Post Partum.

Los progresos de la ciencia médico y tecnológicas han mejorado la calidad de atención del binomio madre-hijo, durante la labor, parto y puerperio disminuyendo los días de estancia de ambos en el hospital.

Este hecho hace imprescindible que durante el control prenatal y el puerperio, la madre reciba orientación completa sobre el cuidado integral de su salud y la de su hijo con énfasis en el manejo de la alimentación natural, ya que según Ralph Benson "en la actualidad las mujeres tienen que dejar el hospital al tercer o cuarto día post

parto, período apenas suficiente para la ayuda y el apoyo que con frecuencia necesitan durante el inicio de la amamantación, casi siempre dolorosa". (49)

En nuestro medio la puérpera, sin complicaciones, sólo permanece hospitalizada de veinticuatro a cuarenta y ocho horas, razón por la cual esta ayuda se hace más necesaria.

La preparación de la embarazada para su autocuidado, contribuye a que la madre sea capaz de solucionar los problemas que comúnmente se presentan en las primeras semanas de la alimentación natural, los cuales influyen negativamente en la duración de la lactancia materna hasta los cuatro meses, razón por la cual Rosetti A. Poletti, señala que los servicios de las enfermeras son indispensables cuando "es incapaz de asegurarse la cantidad y calidad de autocuidados necesarios para el mantenimiento de la vida y de la salud". (50)

Una puérpera instruída puede identificar anomalías, buscar atención y recibir tratamiento adecuado en forma oportuna.

(49) Ralph C. Benson. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-obstétrico. (México: Editorial El Manual Moderno, S.A., de C.V. 1983), p. 984.

(50) Rosette A. Poletti. Cuidados de Enfermería Tendencias y Conceptos Actuales, Traducidos por Rosa María Alberdi Castell y María Paz Monpart García. (Barcelona: Ediciones Rol, S.A. 1980), p. 147.

El auto-cuidado, es definido por la teórica Dorothea Orem, según Rosetta Poletti como:

Las acciones que permiten al individuo mantener la salud, el bienestar en responder de manera constante a sus nece-sidades para mantener la vida y la sa-lud, curar las enfermedades o heridas o hacer frente a sus efectos. El auto cuidado es indispensable. Cuando desaparece, la enfermedad y la muerte se pueden producir. (51)

Las acciones de auto-cuidado, permiten que los seres humanos sean capaces de contribuir de una manera u otra en la disminución de los factores de riesgo que afectan el buen funcionamiento de su organismo.

Durante el puerperio, observamos que la madre es una persona que se torna muy dependiente, es decir, que necesita de otras personas para la solución de sus problemas y necesidades. En lo que respecta al amamantamiento natural, los primeros días del puerperio resultan ser momentos cruciales para todas las mujeres, especialmente si es su primera experiencia, por lo tanto, las intervenciones del equipo de salud, en especial el del personal de enfermería, por estar en constante interacción con las pacientes durante las 24 horas, resultan de inca-lculable valor para que la madre puede iniciar y mantener con mucho éxito el proceso de la lactancia natural en for-

(51) Ibid., p. 147.

ma exclusiva hasta los cuatro meses post partum.

Reflexionando sobre la responsabilidad de todo el equipo de salud en el cumplimiento de su papel como promotor de la práctica de la alimentación con leche materna, éste necesita contar con suficiente conocimiento, sobre fisiología técnica, problemas de la lactancia, y solución de los mismos, así como la consciencia y la disponibilidad de aplicarlos en la mejor forma posible para lograr el bienestar del binomio madre-hijo.

El análisis de lo expuesto nos permite valorar la utilización de la teoría de Dorothea Orem en el planteamiento científico de la solución de los problemas más comunes, que interfieren con la práctica de la lactancia materna exclusiva, hasta los cuatro meses.

2. Aplicación de la Teoría de Enfermería (Auto-Cuidado) de Dorothea Orem, en el Diseño del Modelo del Plan de Atención de los Problemas más Comunes durante la Práctica de la Lactancia Materna Exclusiva hasta los Cuatro Meses Post Partum.

El diseño del modelo del plan de atención de los problemas más comunes durante la práctica de la lactancia materna exclusiva, hasta los cuatro meses post partum, aplicando la Teoría de Enfermería (Auto-Cuidado) de Dorothea Orem, lo consideramos una estrategia con bases científicas. El mismo puede ser utilizado en todos los niveles para lograr que un mayor número de madres tengan menos dificultades para realizar, por un tiempo más pro-

longado, la alimentación natural del niño.

Dicho modelo puede desarrollarse en forma individual o colectiva, dependiendo de la problemática o necesidades de cada paciente/cliente o grupo de ellas porque enmarcan en forma clara y precisa, las causas que con frecuencia inducen a la madre a iniciar la ablactación parcial o total, antes de la décimo sexta semana post partum.

El modelo al cual nos estamos refiriendo, consta de los diagnósticos de enfermería que se deducen de los problemas más comunes que se presentan durante la práctica de la lactancia materna; las explicaciones científicas de los diagnósticos señalados; los objetivos que se esperan alcanzar para que mejoren las situaciones problemáticas; las acciones de enfermería encaminadas hacia el logro de los objetivos, con sus explicaciones científicas correspondientes y la propuesta de la forma en que se pueden evaluar las acciones realizadas y por ende, los objetivos planeados.

A continuación presentamos el diseño del modelo del plan de cuidado:

DISEÑO DEL MODELO DE LA APLICACION DE LA TEORIA
DE ENFERMERIA (AUTO-CUIDADO) DE DOROTHEA OREM,
EN EL PLAN DE ATENCION DE LOS PROBLEMAS MAS CO-
MUNES DURANTE LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATER-
NA EXCLUSIVA HASTA LOS CUATRO MESES POST PARTUM.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA RELACIONADOS CON EL AUTO-CUIDADO	EXPLICACION CIENTIFICA DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
<p>A. Alteración de la comodidad: mamas firmes, distendidas, dolorosas, sensibles, asociado a ingurgitación de los pechos.</p>	<p>Durante las primeras 24 ó 48 horas después del inicio de la secreción láctea, no es raro que las mamas se pongan firmes, modulares y distendidas.</p> <p>Esta situación a menudo provoca considerable dolor y puede ir acompañada de una transitoria elevación de la temperatura.</p> <p>El trastorno es atribuido al tercer o cuarto día después del parto al congestionamiento venoso y linfático por la acción de la hormona, lactógeno prolactina y después del cuarto día de parto se debe a que, los acinos están llenos de leche, lo que se llama ingurgitación tardía.</p> <p>Hellman y Pritchard, p. 762 Reeder y otros, p. 360 Bethea, p. 221 Greenhill y Freedman, p. 728</p>

OBJETIVOS Y ACCIONES DE ENFERMERIA	EXPLICACION CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>La madre será capaz de evitar y/o disminuir la ingurgitación de las <u>ma</u>mas, antes de que le causen muchas molestias.</p> <p>Orientar a la madre sobre la importancia de:</p> <p>1. Implementar el alojamiento conjunto.</p>	<p>1. Cuando la madre y su hijo están juntos, la ingurgitación aparece con menos frecuencia, ya que, el niño puede mamar tanto en respuesta a las <u>nece</u>sidades de la madre como a los suyos propios.</p> <p>El alojamiento conjunto estimula la cercanía emocional por la proximidad física que <u>infl</u>uye en la moldeación de la personalidad del niño por parte de la madre.</p> <p>Pérez, p. 30.</p>	<p>Valorar la captación del mensaje a través de preguntas; retroalimentar PRN.</p> <p>Observar la aplicación de conocimientos durante su hospitalización y en las visitas domiciliarias.</p>

OBJETIVOS Y ACCIONES DE ENFERMERIA	EXPLICACION CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>2. Vaciar los pechos en forma manual, eléctrica o con ordeñador.</p>	<p>2. Con el vaciamiento de las mamas, se drenan con mayor facilidad los flujos tisulares, tal vez por reducirse la presión de los pechos. Helsing Savage, p. 65. (Ver figuras No. 2, 3 y 4).</p>	
<p>3. Utilizar sostén</p>	<p>3. El uso del sostén, disminuye la molestia de presión que ocasionan las mamas congestionadas. También evita que se aflojen los ligamentos suspensorios, lo cual causaría colgamiento permanente de los pechos. Reeder y otros, p. 357 Helsing y Savage, p. 241</p>	
<p>4. Colocar compresas calientes, sin que causen quemaduras (se debe explicar el procedimiento).</p>	<p>4. El calor moderado en la piel, en este caso en las mamas, produce vasodilatación, o sea el aumento del calibre de los vasos sanguíneos y por ende, los conductos galactóferos también se dilatan facilitando el drenaje de la leche. González, p. 126 Explicación lógica adaptada a la lactancia materna.</p>	

OBJETIVOS Y ACCIONES DE ENFERMERIA	EXPLICACION CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>5. Colocar compresas frías para aliviar las molestias (explicar el procedimiento).</p>	<p>5. El frío tiene un efecto anestésico, disminuyendo el dolor. González, p. 124.</p>	

EXTRACCION MANUAL DE LECHE MATERNA

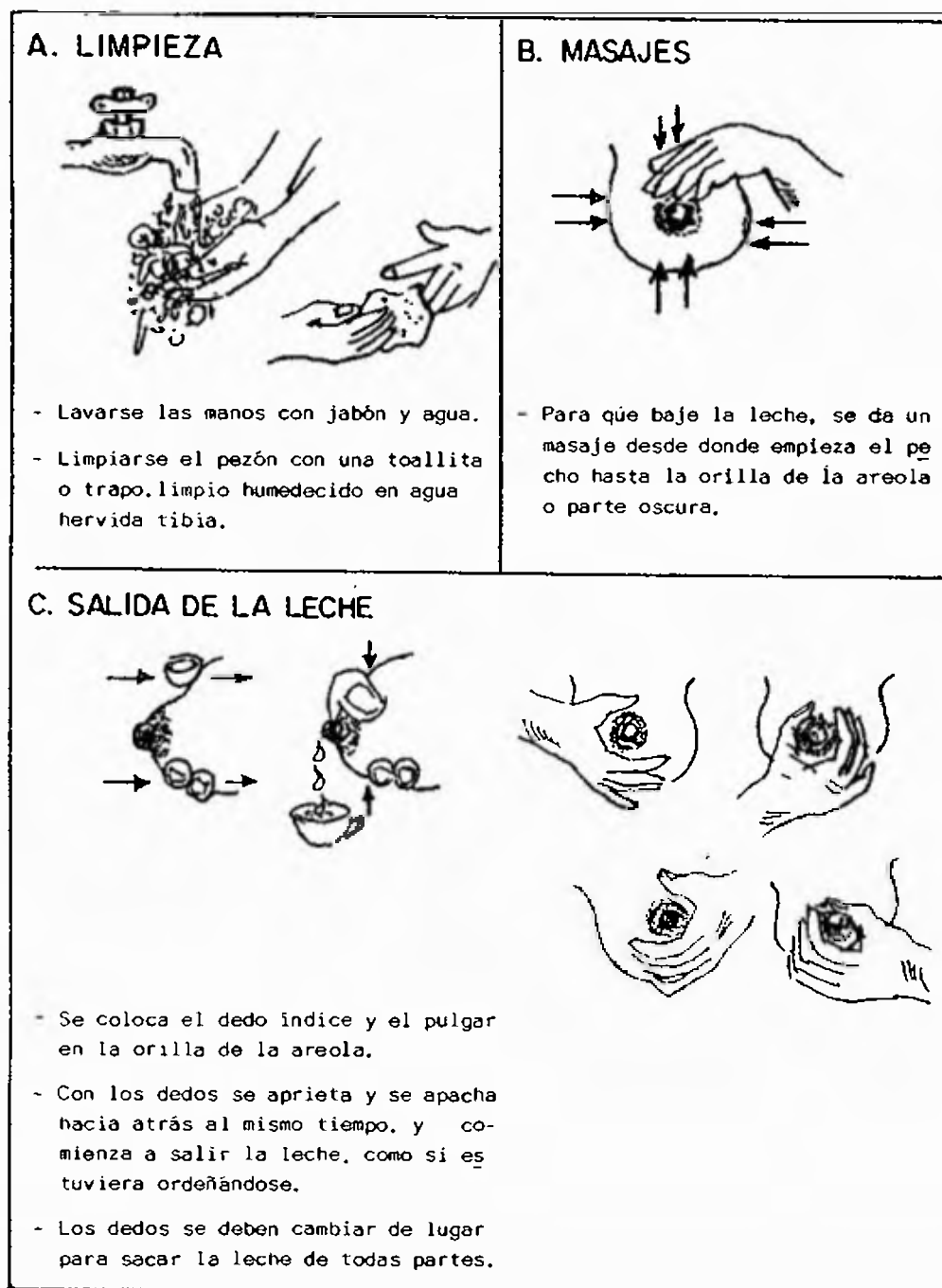


Figura N° 2

Fuente: Lo que toda mamá debe saber sobre la lactancia del niño. Ministerio de Salud de Panamá. Departamento Materno-Infantil y Salud Nutricional. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. (INCAP) 1985.

EXTRACCION DE LA LECHE CON BOMBA ELECTRICA



Figura N° 3

TIPOS DE ORDENADORES



Figura N° 4

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA RELACIONADOS CON EL AUTO-CUIDADO	EXPLICACION CIENTIFICA DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
<p>B. Alteración de la secreción: Muy poca cantidad de leche, asociado a inhibición del reflejo de expulsión de la <u>le</u>che.</p>	<p>La madre podrá creer equivocadamente que tiene poca leche o que se le ha ido. Cuando la madre tiene alguna preocupación dolor o tensión puede afectarse el mecanismo de expulsión en forma adversa.</p> <p>El mecanismo de expulsión actúa de la <u>si</u>guiente forma: Al mamar el niño hay un reflejo que promueve la secreción de <u>oxi</u>tocina de la parte posterior de la <u>pitui</u>taria. Esta hormona hace que el tejido contráctil alrededor de los alvéolos, exprima la leche dentro de los conductos galactóferos y eventualmente, la lleve <u>ha</u>cia los canales que desembocan en el pe-<u>zón</u>.</p> <p>Reeder y otros, p. 360 Greenhill y Friedman, p. 729</p> <p>La alteración del reflejo de expulsión, se debe posiblemente a que la adrenalina que se libera como respuesta al stress, hace que se contraigan los vasos sanguíneos de alrededor de los alvéolos y no de-</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA RELACIONADOS CON EL AUTO-CUIDADO	EXPLICACION CIENTIFICA DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
	<p data-bbox="1111 564 1882 739">jan pasar la oxitocina a las células mio epiteliales, las cuales no se contraen. En vez de esto, los alvéolos se relajan no expulsan la leche hacia afuera.</p> <p data-bbox="1111 789 1549 817">Helsing y Savage, p. 45</p>

OBJETIVOS Y ACCIONES DE ENFERMERIA	EXPLICACION CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>La madre será capaz de mantener condiciones favorables para una adecuada secreción láctea durante los cuatro meses post parto.</p> <p>1. Ayudar a la madre a evitar trastornos emocionales en cuanto sea posible.</p> <p>2. Informar a la madre sobre la posibilidad de presentarse esta situación.</p>	<p>1. Una atmósfera de tranquilidad adecuada, ayuda para el dolor si lo hay y una actitud positiva de parte de la enfermera, son componentes esenciales de un cuadro efectivo de enfermería para la madre lactante. Reeder, p. 360</p> <p>2. El conocimiento de los problemas que pueden presentarse, contribuye a que la madre se dé cuenta por sí misma que la alimentación al pecho, no se trata de un proceso frágil y fortuito, sino</p>	<p>Valorar la captación del mensaje a través de preguntas; retroalimentar PRN.</p> <p>Observar la aplicación de conocimientos durante su hospitalización y en visitas domiciliarias.</p>

OBJETIVOS Y ACCIONES DE ENFERMERIA	EXPLICACION CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>3. Explicar los factores que influyen positiva y negativamente en el reflejo de expulsión de la leche.</p> <p>4. Aumentar la confianza en la madre en su capacidad de amamantar.</p>	<p>de una simple función que ella misma puede controlar. Helsing y Savage, p. 82.</p> <p>3. El reflejo de la expulsión de la leche está influido favorablemente por factores como: comodidad, descanso y alegría; desfavorable por el dolor, fatiga, preocupación, tensión, aversión a la lactancia, falla en el vaciamiento de las mamas. Bethea, p. 221 Benson, p. 839</p> <p>4. La madre con frecuencia escucha numerosas historias sobre los fracasos de otras mujeres, esto disminuye continuamente su propia confianza y vive a la expectativa de los signos de su propio fracaso. A toda mujer que cree que se</p>	

OBJETIVOS Y ACCIONES DE ENFERMERIA	EXPLICACION CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>5. Explicar el remedio fisiológico esencial para la producción de la leche.</p>	<p>le está secando la leche, hay que decirle firmemente: "USTED NO TIENE POR QUE PERDER SU LECHE, PERO LA VA A AHUYENTAR CON SUS TEMORES". Helsing y Savage, p. 84-85.</p> <p>5. La secreción de la leche depende de la estimulación por la hormona prolactina, del vaciamiento completo y frecuente de las mamas o sea de la succión continua del niño.</p> <p>La lactancia exitosa se debe al <u>re</u> flejo que se produce cuando el niño al succionar, excita los nervios receptores en la base del pezón y transmite impulsos por medio de un sendero nervioso, a la pituitaria anterior, causando la liberación de prolactina, que estimula a las células secretoras, en los alvéolos, a que produzcan leche. Hellman y Pritchard, p. 376</p>	

OBJETIVOS Y ACCIONES DE ENFERMERIA	EXPLICACION CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>6. Orientar sobre la técnica del amamantamiento.</p>	<p>Bethea, p. 221 Comisión Nacional de Lactancia Materna, p. 5.</p> <p>6. La explicación de la técnica del amamantamiento ayuda a resolver problemas comunes que aparecen durante la práctica de la lactancia materna. Explicación lógica.</p>	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA RELACIONADOS CON EL AUTO-CUIDADO	EXPLICACION CIENTIFICA DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
<p>C. Daño en la integridad de la piel del pezón: grietas en los pezones asociadas a técnicas inadecuadas de amamantamiento.</p>	<p>Constituyen una compilación frecuente de las primeras semanas de la lactancia y se producen si los esfuerzos para mamar persisten demasiado tiempo, esto causa erosión por maceración del epitelio delgado de la piel de los pezones.</p> <p>Greenhill y Friedman, p. 729</p> <p>Las fisuras en los pezones proporcionan una vía fácil de entrada para los organismos patógenos y podrían ser la causa de infecciones en el pecho.</p> <p>Hellman y Pritchard, p. 766.</p>

OBJETIVOS Y ACCIONES DE ENFERMERIA	EXPLICACION CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>La madre será capaz de evitar las fisuras en los pezones.</p> <p>1. Orientar a la madre sobre el tiempo de amamantamiento en cada toma durante los primeros días de lactancia materna.</p>	<p>1. La alimentación del recién nacido debe iniciarse durante 5 minutos en cada lado, por cada toma en el primer día.</p> <p>A medida que los pezones se ponen más resistentes y toleran periodos más prolongados de succión, el intervalo de tiempo en cada pecho se incrementará gradualmente.</p> <p>La succión durante más de 15 minutos los primeros días pueden producir maceración y fisura de los pezones y en consecuencia mastitis.</p> <p>Benson, p. 839</p>	<p>Valorar la captación del mensaje a través de preguntas: retroalimentar PRN.</p> <p>Observar la aplicación del conocimiento durante su hospitalización y en las visitas domiciliarias.</p>

OBJETIVOS Y ACCIONES DE ENFERMERIA	EXPLICACION CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>2. Explicar la importancia de la introducción de todo el pezón y la areola en la boca del niño.</p>	<p>2. Para que el niño mame efectivamente, es necesario que el pezón este totalmente dentro de la boca, que apriete los labios alrededor de la areola y que succione el pezón con la lengua contra el paladar, esto facilita la expresión de la leche y evita que se traumatice el pezón.</p> <p>Reeder y otros, p. 364-365.</p> <p>3. Si uno de los pechos está especialmente sensible, iniciar la alimentación con el pecho opuesto para que el afectado descanse de la presión de la succión. Esto permitirá la baja de leche sin dolor, ya que, al mamar el niño de un lado la leche fluye del otro por el reflejo de eyección; luego debe colocar cuidadosamente al infante en el pecho afectado, porque cuando se</p>	

OBJETIVOS Y ACCIONES DE ENFERMERIA	EXPLICACION CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
	<p>amamanta de un solo pecho, se <u>ini</u>cia una reacción de congestiona- miento en cadena, flujo reducido y ductos obstruidos. Un guardape- zón de hule puede intentarse antes de detener la lactancia en el pe- cho afectado. (Ver figuras No. 5 y 6).</p> <p>Comisión Nacional de la Lactancia Materna, p. 16.</p> <p>Helsing y Savage, p. 79</p> <p>Si ambos están lesionados, se pue- de despertar el reflejo de eyec- ción sacando leche manualmente, cuando empieza a fluir se le da el pecho al niño.</p> <p>Helsing y Savage, p. 71</p>	

GUARDAPEZON



Figura N° 5

PEZON DE HULE



Figura N° 6

OBJETIVOS Y ACCIONES DE ENFERMERIA	EXPLICACION CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>4. Explicar la higiene del pezón.</p> <p>5. Enseñar la forma de romper la succión.</p>	<p>4. El único lavado que requieren los pezones es el que se obtiene al bañarse regularmente. Enjabonarse con suavidad y sin exceso, el jabón reseca la piel, esto fomenta el agrietamiento de los pezones.</p> <p>Comisión Nacional de la Lactancia Materna, p. 1.</p> <p>5. Para evitar la lesión de los pezones al romper la succión, la madre puede ejercer leve presión hacia abajo en la barbilla del niño. Si el niño continúa sosteniendo el pezón, deje de presionar y vuelva a represionar; deprimir su pecho con firmeza cerca de la boca del bebé; introducir un dedo limpio en la esquina de su boquita.</p> <p>Moore, p. 641.</p> <p>Centro Regional sobre Nutrición Materno Infantil. Lactancia y Destete, p. 11 (ver figura No. 7).</p>	

OBJETIVOS Y ACCIONES DE ENFERMERIA	EXPLICACION CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>6. Orientar para que se aplique vaselina o manteca de cacao, <u>lanolina</u>.</p>	<p>6. Entre una y otra tetada, la madre puede aplicarse una capa <u>l</u>igera de alguna pomada grasosa inocua sobre el pezón, ésta generalmente alivia las molestias de los pezones adoloridos. La lanolina y la vaselina son <u>agen</u>tes beneficiosos e inofensivos. La piel debe estar seca antes de aplicarse la pomada, ya que de lo contrario la humedad se quedará debajo de la pomada y haría que se ablandara y se <u>vol</u>viera más débil la piel.</p> <p>Helsing y Savage, p. 71.</p>	

ROMPIMIENTO DE LA SUCCION



Figura N° 7

Fuente: Amamanto a mi hijo. Nestlé.
Suiza. 1985.

OBJETIVOS Y ACCIONES DE ENFERMERIA	EXPLICACION CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>La madre será capaz de contribuir en la cicatrización de las grietas en los pezones.</p> <p>1. Explicar la importancia del lavado de manos para evitar infección en los pezones agrietados.</p> <p>2. Orientar para que las mamas sean expuestas al sol y al</p>	<p>1. El lavado de manos debe hacerse siempre, pero como en los casos de grietas, aumenta la predisposición a las infecciones es necesario hacer énfasis sobre la importancia del lavado de manos.</p> <p>La puérpera maneja con mucha frecuencia sus propias compresas higiénicas, contamina sus manos y posteriormente infecta la mama al ofrecer el pecho al lactante.</p> <p>Merlo, p. 566</p> <p>2. Cuando se aplica calor moderado a la piel, la primera reacción que ocurre es la vasodilatación,</p>	<p>Valorar la captación del mensaje a través de preguntas: retroalimentar PRN.</p> <p>Observar la aplicación de conocimientos durante su hospitalización y en las visitas domiciliarias.</p>

OBJETIVOS Y ACCIONES DE ENFERMERIA	EXPLICACION CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>aire o al calor seco por un período determinado.</p>	<p>o sea el aumento del calibre de los vasos sanguíneos aumentando la circulación.</p> <p>La sangre transporta los materiales que nutren y reparan tejidos corporales. El calor también mantiene seca el área, ya que la humedad facilita el crecimiento de gérmenes.</p> <p>La exposición al calor de la lámpara debe ser entre 1/2 a 2 minutos, el aumento debe ser gradual cada día de acuerdo a la tolerancia de la madre.</p> <p>González, p. 126 Comisión Nacional de Lactancia Materna, p. 3. Du Gas, p. 337</p>	
<p>3. Guiar para que utilice guardapezones durante el amamantamiento o extraer la leche</p>	<p>3. El guardapezón es útil cuando hay irritación o grietas en los pezones porque al colocarlos sobre los mismos, el bebé succiona la le</p>	

OBJETIVOS Y ACCIONES DE ENFERMERIA	EXPLICACION CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>en forma manual o eléctrica.</p> <p>4. Indicar a la madre que aplique y deje secar leche extraída del pecho en los pezones.</p>	<p>che a través de él y no se lastiman los pezones lesionados.</p> <p>Helsing y Savage, p. 169</p> <p>La extracción manual o eléctrica de la leche evitan que el bebé, enojado por el retraso en la salida de la leche, hale y estire el pezón, haciéndolo todavía más doloroso. Los pezones muy agrietados, necesitan descanso de la succión directa del niño.</p> <p>Comisión Nacional de Lactancia Materna, p. 3.</p> <p>Pearce, p. 817</p> <p>4. D. Young, describe un tratamiento exitoso el cual se ha adoptado como rutina en el hospital de Nueva Zelandia, y es la aplicación de la leche de la madre en el pecho fisurado. La madre se extrae una pe-</p>	

OBJETIVOS Y ACCIONES DE ENFERMERIA	EXPLICACION CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>5. Guiar a la madre para que se aplique pomadas inocuas, Ejemplo: vaselina simple.</p>	<p>queña cantidad de leche, la aplica generosamente sobre el pezón y la areola hasta que seque. La cicatrización es rápida y el ritmo de éxito excelente.</p> <p>Comisión Nacional de la Lactancia Materna, p. 16.</p> <p>Esto se debe posiblemente a la presencia de células macrófagas que son responsables de la síntesis de varios factores de resistencia del huésped que se encuentra en la leche, entre los que se incluyen la lisozima.</p> <p>Klaus y Fanaroff, p. 136.</p> <p>5. Para tratamiento del dolor y lesión de los pezones, es útil la aplicación de pomadas tópicas que son cicatrizantes e inocuas las cuales deben usarse en pocas cantidades para no bloquear el aire que debe circu-</p>	

OBJETIVOS Y ACCIONES DE ENFERMERIA	EXPLICACION CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>6. Orientar a la madre para que solicite consulta con enfermera o el médico si la condición de los pezones no mejoran.</p>	<p>lar por la piel del pezón.</p> <p>Greenhill y Friedman, p. 729 Centro Regional sobre Nutrición Materno Infantil. Lactancia y Destete, p. 11.</p> <p>6. En casos de continuar las molestias con los pezones, la consulta a tiempo con el médico facilita la identificación de abcesos o mastitis.</p> <p>Hellman y Pritchard, p. 766</p> <p>En los casos en que la cliente es atendida por la enfermera, ésta debe referir a la paciente al médico, previa orientación para el inicio del tratamiento adecuado.</p> <p>Explicación lógica.</p>	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA RELACIONADOS CON EL AUTO-CUIDADO	EXPLICACION CIENTIFICA DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
<p>D. Interferencia en la lactancia materna exclusiva; dificultad para que el niño mame, asociado a pezones planos y/o <u>in</u>vertidos.</p>	<p>El pezón es cilíndrico y se proyecta <u>bas</u>tante por encima de la superficie de la mama; su exterior es ligeramente modular, pero sin fisura. Sin embargo, no son <u>ra</u>ras las variaciones, algunas lo bastante acentuadas como para <u>inte</u>ferir con el <u>pro</u>ceso de la lactancia, ya que, <u>difficilmen</u>te puede coger y sostener el pezón plano o corto, esto trae como consecuencia que el recién nacido abra la boca, agite la cabecita de un lado para otro, tratando de dar con el pezón y finalmente lo rehu-sará induciendo a la madre a utilizar <u>ali</u>mentación artificial.</p> <p>Hellman y Pritchard, p. 767 Centro Regional sobre Nutrición Materno Infantil Lactancia y Destete, p. 15.</p>

OBJETIVOS Y ACCIONES DE ENFERMERIA	EXPLICACION CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>La madre será capaz de alimentar a su bebé sin dificultad en los primeros días del post-parto.</p> <p>1. Orientar para que se comprima suavemente con los dedos el pezón antes de poner el niño al pecho.</p> <p>2. Guiar para la colocación de un paño frío y húmedo sobre el pezón durante varios segundos.</p>	<p>1. Por lo general, aún los pezones invertidos se tornan prominentes, si la región de la areola se comprime con suavidad antes de poner al niño al pecho.</p> <p>El pezón es un órgano muscular, cubierto de piel pigmentada delicada y vascular. La base está rodeada de fibras musculares no estriadas que se unen con las del pezón mismo para producir erección.</p> <p>Reeder y otros, p. 365 Greenhill y Friedman, p. 114</p> <p>2. El paño frío y húmedo, generalmente hace que el pezón resalte y se ponga duro.</p> <p>Centro Regional sobre Nutrición Materno Infantil Lactancia y Destete, p. 15.</p>	<p>Valorar la captación del mensaje a través de preguntas: retroalimentar PRN.</p> <p>Observar la aplicación del conocimiento durante su hospitalización y en las visitas domiciliarias.</p>

OBJETIVOS Y ACCIONES DE ENFERMERIA	EXPLICACION CIENTIFICA DE LAS ACCIONES EN ENFERMERIA	EVALUACION
<p>3. Dar la guía necesaria para la utilización del protector del pezón o guardapezón.</p>	<p>3. Si por alguna razón el niño es incapaz de tomar el pecho en forma adecuada se le sugiere el uso del guardapezón. Sin embargo, no conviene continuar indefinidamente el uso del protector, ya que el pecho no puede vaciarse completamente, debido a que no experimenta la contracción de los labios del niño, durante la succión. El guardapezón puede ser de valor durante los primeros minutos para hacer que el pezón se proyecte hacia afuera, especialmente si están invertidos o aplanados por ingurgitación.</p> <p>Reeder y otros, p. 365 Centro Regional sobre Nutrición Materno-Infantil. Lactancia y Destete, p. 15.</p>	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA RELACIONADOS CON EL AUTO-CUIDADO	EXPLICACION CIENTIFICA DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
<p>E. Interrupción de la lactancia materna exclusiva antes de los cuatro meses: alimentación artificial y/o mixta, asociado a la necesidad que tiene la madre de trabajar fuera de la casa.</p>	<p>Un número desconocido de mujeres destetan a menos conscientemente a sus bebés para estar más libres y poder buscar un empleo, pues saben que tener un bebé de pecho disminuye sus oportunidades en el mercado de trabajo.</p> <p>Helsing y Savage, p. 238</p>

OBJETIVOS Y ACCIONES DE ENFERMERIA	EXPLICACION CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>La madre que trabaja fuera de casa será capaz de ofrecer la leche del pecho a su hijo en forma exclusiva hasta los cuatro meses.</p> <p>1. Orientar a la madre sobre la manera de combinar el trabajo con el amamantamiento.</p>	<p>1. Las madres que laboran lejos de sus hogares, durante el período de lactancia se enfrentan a problemas logísticos especiales y, como resultado destetan a sus hijos muy pronto.</p> <p>Hay que hacer todo lo posible para evitarlo explicándole las ventajas de darle de mamar al niño tanto como sea posible.</p> <p>Esto podría significar llevar al niño cerca de su lugar de</p>	<p>Valorar la captación del mensaje a través de preguntas: retroalimentar, PRN.</p> <p>Observar la aplicación de conocimiento durante su hospitalización y en las visitas domiciliarias.</p>

OBJETIVOS Y ACCIONES DE ENFERMERIA	EXPLICACION CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>2. Explicar la forma de almacenar la leche obtenida.</p>	<p>trabajo, si existen servicios de guarderías en sus inmediaciones.</p> <p>Las madres que piensan que no pueden estar separadas mucho tiempo de su hijo, deben saber que el amamantamiento no tiene por qué amarrar a la mujer a su hijo o a la casa. La leche extraída puede ser administrada por la niñera.</p> <p>Helsing y Savage, p. 261</p> <p>Moore, p. 645</p> <p>2. La leche extraída, ya sea en el frasco colector o pasado a mamadera de plástico estériles, se llevarán al refrigerador hasta por 72 horas.</p> <p>La leche extraída puede estar fuera del refrigerador hasta por tres horas.</p> <p>Normas de funcionamiento del Banco</p>	

OBJETIVOS Y ACCIONES DE ENFERMERIA	EXPLICACION CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>3. Orientar a la madre para que a su</p>	<p>de Leche del Hospital del Niño de Panamá, p. 12.</p> <p>La leche extraída debe guardarse en la refrigeradora y <u>no en la puerta con temperatura de menos de 5 grados centígrados.</u></p> <p>Helsing y Savage, p. 178</p> <p>La leche debe guardarse en envases de plástico, porque las células macrófagas que contiene la leche se adhieren al vidrio, razón por la cual no son ingeridas por el niño. Estas células son fagocitarias activas que ofrecen protección contra la enterocolitis necrosante.</p> <p>Merlo, p. 139, Klaus y Fanaroff, p. 136.</p> <p>3. Se debe dar la leche extraída con cucharita porque de otra for</p>	

OBJETIVOS Y ACCIONES DE ENFERMERIA	EXPLICACION CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>hijo se le administre la leche con cucharita, cuando ella está fuera del hogar.</p> <p>4. Enterar a la madre sobre las leyes de la protección de la lactancia materna.</p> <p>5. Explicarle a la madre cómo evitar que su vestido se humedezca con leche.</p>	<p>ma se corre el riesgo de que el bebé rechace el pecho y prefiera la mamila de hule de la que obtiene la leche más fácilmente.</p> <p>4. Artículo 114, del Código Laboral vigente en Panamá. Toda madre cuando esté lactando, dispondrá en los lugares donde trabaja de un intervalo cada tres horas, o si lo prefiere de media hora, 2 veces al día durante sus labores, con el objeto de alimentar a su hijo. INCAP, p. 11</p> <p>5. La falta de tono muscular de los esfínteres que rodean los conductos galactóferos causan un escurrimiento continuo de la leche, lo que moja o humedece el vesti-</p>	

OBJETIVOS Y ACCIONES DE ENFERMERIA	EXPLICACION CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
	<p>do de la madre en el área de la mama.</p> <p>Esto puede evitarse mediante la colocación de los absorbentes de leche dentro del sostén, durante las horas de trabajo y/o el hogar cuando no está dando de mamar, (ver figura No. 8).</p> <p>Si la madre no puede comprar los absorbentes de leche puede utilizar pedazos de trapo los cuales deben estar limpios, secados al sol, planchándolos o lavados con agua hirviendo y deben cambiarse con frecuencia esto disminuye el riesgo de infección.</p> <p>Helsing y Savage, p. 78 y 262</p>	

ABSORBENTES DE LECHE

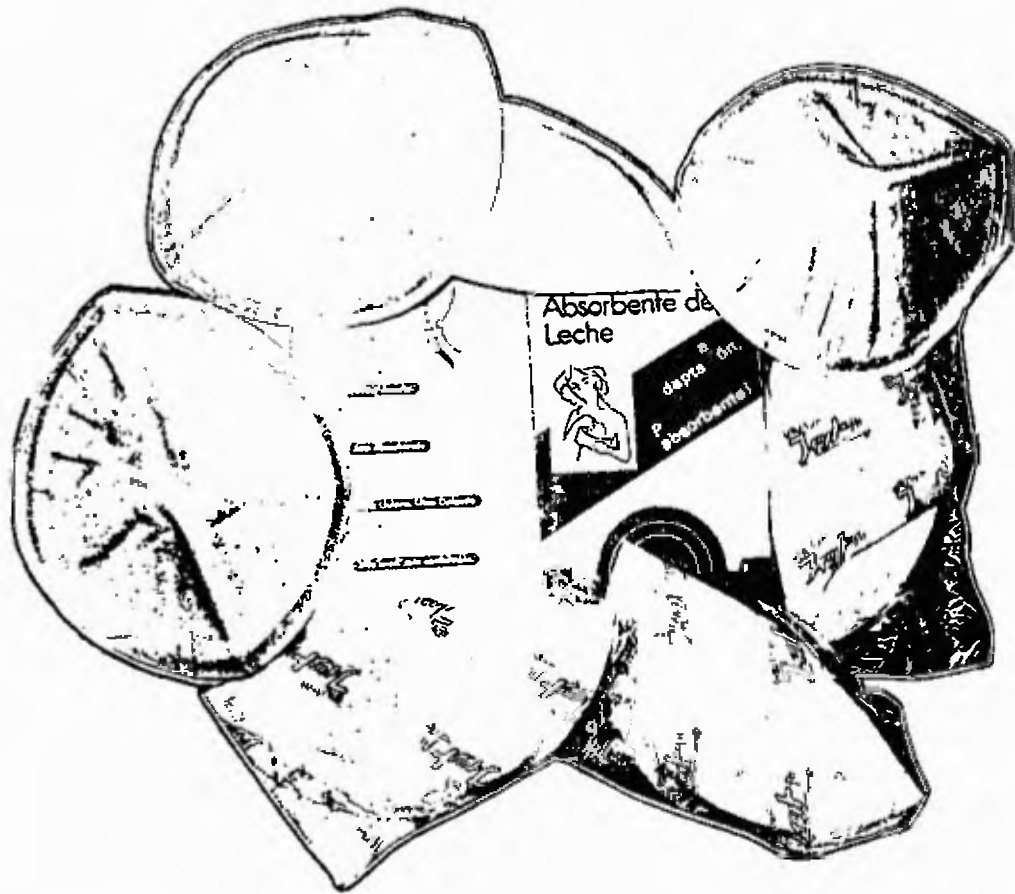


Figura N° 8

CAPITULO III
ESTRATEGIA METODOLOGICA

A. Diseño

El diseño seleccionado para esta investigación, es el descriptivo-explicativo porque nos permite describir y explicar con mayor precisión los factores que influyen en la práctica de la lactancia materna exclusiva en un grupo de primíparas panameñas durante los 4 primeros meses post partum.

B. Técnica

En este estudio utilizamos la técnica de la entrevista directa para llenar las encuestas; revisamos los expedientes con el fin de identificar a las madres y los niños libres de riesgo; efectuamos visitas domiciliarias para realizar observaciones en los hogares de las primíparas, llenar las encuestas subsiguientes y completar la recolección de los datos.

C. Instrumentos

Los dos instrumentos empleados para la recolección de los datos fueron utilizados en investigación realizada en una población binacional, el cual representó un paso inicial en el desarrollo de un programa educativo clínico y transculturalmente apropiado para la población, enfocando al acto de amamantar, por miembros de la Facultad de Enferme-

ría de la Universidad Estatal de San Diego y el Personal de Enfermería de los Servicios de Salud de Tijuana. Los mismos fueron revisados a la luz de los objetivos y se le hicieron ajustes en relación a la terminología de nuestro país sin afectar el propósito de éstos.

1. El Instrumento No.1: "Alimentación del Lactante Menor" (Ver Apéndice No.5), consta de 42 interrogantes estructuradas con preguntas abiertas y cerradas. Fue diseñado con el objeto de identificar los métodos de alimentación, actitudes, conocimientos de amamantamiento, e información sobre los factores sociales y del ambiente que afectaron la decisión de alimentación del infante. También fueron obtenidos un número limitado de datos demográficos. Este instrumento fue modificado en los siguientes criterios:
 - a) En la pregunta No.32, se cambió la moneda de pesos a balboas.
 - b) En la pregunta No.39, se agregó la cantidad de copas en bebidas embriagantes; y si fuma cigarrillos la cantidad. (Ver Apéndice No. 7).

2. El Instrumento No.2: "Manejo de la Alimentación al Pecho". (Ver Apéndice No.6), consta de 58 interrogantes estructuradas con preguntas abiertas y cerradas. Fue diseñado con el propósito de determinar las madres que continuaban con la alimentación natural, mixta y artificial, así como la verificación de algunos aspectos socioeconómicos, alimentación de la madre y algunas prácticas relacionadas con la lactancia materna. Se aplicó entre la segunda y sexta semana post partum a todas las madres de la muestra, pensando en la población de la muestra y con posibles dificultades para localizar sus direcciones.

Este instrumento se volvió a aplicar en la décimo segunda y décimo sexta semana post partum; pero solamente con madres que estaban alimentando al pecho en forma exclusiva.

Al modificarlo se le anexaron otros aspectos socioeconómicos tales como: pertenencia de la vivienda, tipo de piso, eliminación de excretas, abastecimiento de agua, alimentos eliminados e introducidos en la dieta durante la lactancia materna y limpieza de pezones para

lograr mayor objetividad al recoger la información. (Ver Apéndice No.8)

D. Prueba de Instrumentos:

El Instrumento No.1: "Alimentación del Lactante Menor" y el No.2, "Manejo de la Alimentación al Pecho", fueron puestos a prueba con 5 madres primíparas que reunían las mismas características de las pacientes del estudio y se encontraban hospitalizadas en las salas de puerperio de la Maternidad María Cantera de Remón del Hospital Santo Tomás, para evaluar la validez de los mismos.

Los resultados fueron satisfactorios, ya que no hubo pregunta alguna de las participantes, por lo que asumimos que estas fueron elaboradas en forma clara y sencilla.

E. Procedimiento

El estudio siguió un procedimiento longitudinal, desde las primeras veinticuatro horas hasta la décimo sexta semana post partum.

Las entrevistadoras fueron las dos estudiantes del Programa de Maestría en Ciencias, con Especialización en Enfermería Materno Infantil, autoras de esta investigación, las cuales abordaron a las

madres seleccionadas las primeras veinticuatro horas post partum en los hospitales antes mencionados para su consentimiento en participar en el estudio. Se le indicó previamente que los datos iban a ser confidenciales, antes de que contestaran el Cuestionario No.1, Alimentación del Lactante Menor.

En el hogar de las madres entre la segunda y sexta semana post partum se aplicó el cuestionario No.2, "Manejo de la Alimentación al Pecho", con el objeto de identificar a las primíparas que continuaban alimentando a su bebé sólo con la leche de pecho y las causas que motivaron la ablactación en algunas de ellas desde su egreso del hospital hasta la sexta semana post-partum.

A la décimo segunda semana post-partum, en el domicilio de las madres se puso nuevamente el cuestionario No.2, "Manejo de la Alimentación al Pecho" a las pacientes que continuaban ofreciendo lactancia materna exclusiva.

En la décimo sexta semana post-partum las madres que exclusivamente daban pecho, volvieron a contestar el Cuestionario No.2, "Manejo de la Alimentación al Pecho".

La aplicación de estas encuestas, tomó un

tiempo mínimo de 15 minutos y máximo de 30 minutos.

La utilización del método antes señalado trae como consecuencia que algunos cuadros elaborados para presentar datos estadísticos, los totales en las columnas que indican los períodos, de la segunda a la sexta semana, décimo segunda y décimo sexta semana post partum, no suman 74, porque son independientes y no acumulativos.

F. Muestreo:

1. Universo: El universo estuvo constituido por las primíparas, que dieron a luz por vía vaginal, que estaban hospitalizadas entre los días comprendidos del 13 de marzo al 6 de abril de 1986, en las salas de puerperio de la Maternidad María Cantera de Remón del Hospital Santo Tomás y del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social. La población del universo fue de 141 primíparas.
2. Muestra: La muestra seleccionada correspondió al 52% de las primíparas de la población del universo y todas procedían

del área urbana.

Estas se eligieron de acuerdo a los siguientes criterios relacionados con la madre y el recién nacido.

a) Madre:

- 1) Primíparas de 24 horas post-partum.
- 2) Parto normal eutócico.
- 3) Edades que oscilaban entre 15 y 35 años.
- 4) Disponibilidad para participar en la investigación.
- 5) Ausencia de cualquier tipo de riesgo, que interfiera en la lactancia materna.

b) Recien Nacido:

- 1) Niño a término.
- 2) Puntuación de apgar comprendido entre 8 y 10.
- 3) Peso que fluctuaban entre 2,500 a 4,000 grm.
- 4) Ausencia de cualquier tipo de riesgo que interfiera con la alimentación. natural.

G. Técnica de Análisis de Datos

En esta investigación, las variables aplicadas pertenecen a las diferentes escalas: nominal, ordinal e intervalo.

Los datos fueron codificados numéricamente, a fin de que permitieran la rápida tabulación de las preguntas que se dieron en los cuestionarios. Con tales propósitos, se fueron generando patrones en función de las respuestas obtenidas de las encuestas; a estos patrones, a su vez, se le asignaron códigos que iban desde uno a tres dígitos según la necesidad y la amplitud de alternativas o posibles valores de las variables.

Los datos se tabularon en base a los patrones elaborados; y, posteriormente, fueron transcritos a un medio de legible del computador. Los mismos se procesaran a través de las siguientes etapas:

- . Generación de los Datos
- . Depuración de los Datos
- . Generación de frecuencia de los datos
- . Cruce de Variables

Con el objeto de tener una idea más clara y precisa de las variables que intervinieron en esta investigación se aplicaron diferentes técnicas estadísticas en-

tre ellas análisis porcentuales y cruce de variables. Para esto se realizó una tabulación cruzada de la variable lactancia materna exclusiva con otras de interés para el estudio.

Los datos obtenidos se agruparon en los cuadros diseñados para la presentación y posteriormente se analizaron para la demostración de los resultados.

CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

CUADRO No.1

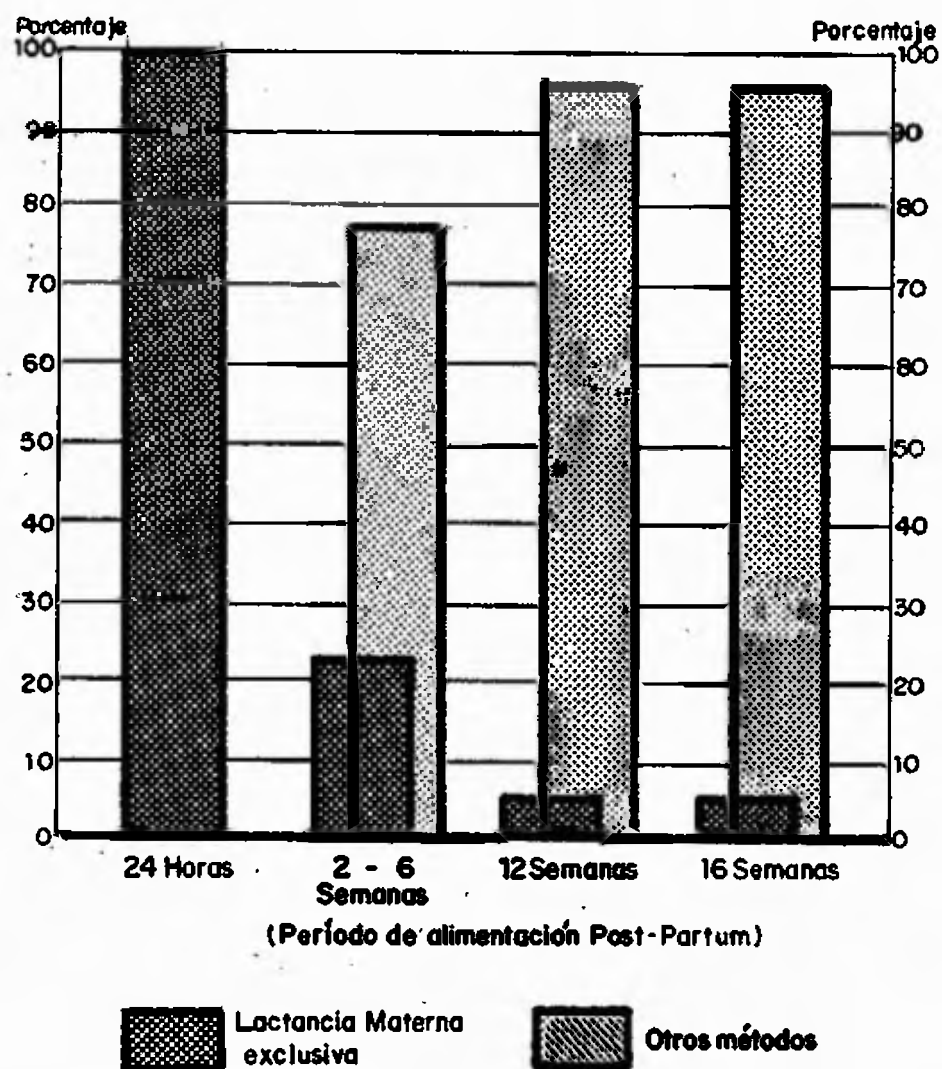
TIPO DE ALIMENTACION UTILIZADO POR LAS PRIMIPARAS
DESDE LAS PRIMERAS VEINTICUATRO HORAS, HASTA LA DECIMO SEXTA SEMANA POST PARTUM
MARZO - JULIO 1986

TIPO DE ALIMENTACION UTILIZADA POR LA PRIMIPARA	PERIODO DE ALIMENTACION							
	24 horas post- partum		2 a 6 semanas post-partum		12 semanas post-partum		16 semanas post-partum	
	TOTAL		TOTAL		TOTAL		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	74	100	74	100	74	100	74	100
ACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	74	100	16	22	4	5	4	5
OTROS METODOS	-	-	58	78	70	95	70	95

FUENTE: Resultado de la encuesta realizada a 74 primíparas en dos Hospitales Gubernamentales del Area Metropolitana.

GRÁFICA No. 1

TIPO DE ALIMENTACION UTILIZADO POR LAS PRIMIPARAS
DESDE LAS PRIMERAS VEINTICUATRO HORAS HASTA LA
DECIMO. SEXTA SEMANA POST-PARTUM.
MARZO-JULIO 1986



ANALISIS DEL CUADRO Y GRAFICA No.1

Se observa que todas las madres durante las primeras veinticuatro horas post partum, utilizaban solamente el pecho para alimentar a su niño. Este hecho se debe a que el recién nacido normal, es atendido en forma integral por su madre a pocas horas de nacido.

No obstante, esta práctica declina a medida que transcurren las semanas post-partum, tal como lo visualizamos en el cuadro, donde de la segunda a la sexta semana post-partum, el 78% de las encuestadas descontinuaron la lactancia materna exclusiva. En la décimo segunda y décimo sexta semana aumentó en un 95%, la cantidad de madres que utilizaban otros métodos para alimentar a su bebé.

Esto está relacionado con el marco teórico que señala los resultados de algunos estudios en la región metropolitana sobre la práctica de la lactancia materna. Los mismos indican, que a pesar de que las madres tienen la oportunidad de participar en el alojamiento conjunto, un elevado porcentaje de ellas no amamantaron en forma exclusiva hasta los cuatro meses.

Esta información es corroborada por los Doctores Hernán Delgado y Carlos Samayoa, quienes afirman que la mayoría de los países desarrollados, han experimentado una

disminución de la prevalencia y de la duración de la lactancia materna durante las últimas décadas.

Jan Riordan, opina al respecto, que la ablactación antes de cuatro meses, está influenciada por la industrialización, el trabajo de la mujer fuera del hogar, la desaparición de la estructura familiar y en definitiva, el cambio socio-económico.

CUADRO No.2

MOMENTO EN QUE LAS PRIMIPARAS DECIDIERON
EL TIPO DE ALIMENTACION QUE UTILIZARIAN CON SU BEBE AL SALIR DEL HOSPITAL
MARZO - JULIO 1986

MOMENTO EN QUE LAS PRIMIPARAS DECIDIERON EL TIPO DE ALIMENTACION DE SU BEBE	T O T A L METODO DE ALIMENTACION QUE UTILIZARIAN AL SALIR DEL HOSPITAL					
			PECHO		OTROS METODOS DE ALIMENTACION	
	No.	%	No.	%	No.	%
TOTALES	74	100	58	78.4	16	21.6
ANTES DE EMBARAZARSE	37	50	29	39.2	8	10.8
DURANTE LOS PRIMEROS MESES DE EMBARAZO	26	35.1	22	29.7	4	5.4
DURANTE LOS ULTIMOS MESES DE EMBARAZO	4	5.4	2	2.7	2	2.7
EN EL MOMENTO DEL PARTO	7	9.5	5	6.8	2	2.7

FUENTE: Resultado de la encuesta realizada a 74 primiparas de dos Hospitales Gubernamentales del Area Metropolitana.

ANALISIS DEL CUADRO N° 2

Los resultados demuestran que el 50% de las primíparas decidieron el tipo de alimentación que ofrecerían a su bebé antes de embarazarse, sin embargo, el 39% indicaron que utilizarían el pecho y el 10% otros métodos.

El 35% informaron que tomaron la decisión durante los primeros meses del embarazo pero el 29% manifestaron que utilizarían pecho y el 5% otros métodos.

El 9% mencionaron que tomaron la decisión en el momento del parto, y 6% de ellas iban a dar pecho y 2% otros métodos.

El 5% señalaron que tomaron la decisión antes de embarazarse, 2% iban a dar pecho y 2% emplearían otros métodos.

Vale la pena señalar que estas madres permanecían con sus niños las veinticuatro horas del día y estaban ofreciendo lactancia materna exclusiva.

El hecho de que el mayor porcentaje de pacientes (50%) haya informado antes del embarazo que ofrecerían pecho se debe posiblemente a las actividades de promoción de la lactancia materna a nivel de las escuelas y los diferentes medios de comunicación lo cual se hace necesario que se continúe realizándose, al igual que durante el control prenatal y el momento del parto.

Podemos concluir que las primíparas tienen a tomar la decisión del tipo de alimentación que van a dar tempranamente, es decir, antes de embarazarse (50%) y durante los primeros meses de embarazo (35%).

En cuanto al método a utilizar el mayor porcentaje (29%), seleccionó el pecho.

CUADRO No.3

TIEMPO EN QUE LAS PRIMIPARAS SEÑALARON A LAS VEINTICUATRO HORAS POST PARTUM QUE ALIMENTARIAN CON PECHO A SU BEBE, CON RELACION A LA DURACION DE LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL HOGAR

MARZO - JULIO 1986

Tiempo en que las primíparas alimentarían a su bebé sólo con pecho.	Primíparas del estudio a las 24 horas Post-partum *		DURACION DE LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL HOGAR					
			2 a 6 semanas post-partum**		12 semanas post-partum**		16 semanas post-partum**	
			TOTAL		Total		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	58	100	58	100	58	100	58	100
1 a 3 meses	9	15.5	1	1.7	-	-	-	-
4 a 6 meses	22	38	6	10.3	4	6.9	4	6.9
4 a 7 meses	6	10.3	3	5.2	-	-	-	-
12 meses	2	3.4	1	1.7	-	-	-	-
Hasta que el niño quiera	2	3.4	1	1.7	-	-	-	-
Hasta que se pueda	2	3.4	1	1.7	-	-	-	-
No especificaron tiempo	15	26	3	5.2	-	-	-	-

FUENTE: Resultado de la encuesta realizada a 74 primíparas en dos Hospitales Gubernamentales del Area Metropolitana.

* : Sólo estaban incluidas las primíparas que seleccionaron el pecho.

** : No se incluyó a las primíparas que discontinuaron la práctica de la lactancia materna exclusiva. En consecuencia, los totales correspondientes a las madres de la segunda a la sexta semana, décimo segunda y décimo sexta semana post-partum, respectivamente, no suman 58.

ANALISIS DEL CUADRO N° 3

Se observa que un alto porcentaje de las primíparas (38%), durante las primeras veinticuatro horas post-partum, opinaron que alimentarían a su bebé sólo con pecho durante 4 a 6 meses. Pero, solamente el 10.3% lo practicó en el período de dos a seis semanas; el 6%, en la décimo segunda y décimo sexta semana post-partum.

Esta disminución en la práctica de la lactancia materna exclusiva al pecho, se debe, posiblemente, a los problemas comunes relacionados con la misma y la necesidad de un mayor apoyo por parte de sus familiares y el personal del equipo de salud.

Llama la atención que el 26% de las primíparas no especificaron el tiempo que iban a amamantar a su bebé y que el 15% dijera que de 1 a 3 meses. Pareciera que este grupo de madres ignoran la norma establecida en relación a la alimentación del niño durante el primer año de vida, la cual indica que la lactancia materna es exclusiva hasta los 4 meses, por contener los nutrientes y anticuerpos requeridos para el adecuado crecimiento y desarrollo del niño.

CUADRO No.4

ATENCIÓN PRENATAL RECIBIDA POR LAS PRIMIPARAS CON RELACION A LA DURACION DE LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL HOGAR, HASTA LA DECIMO SEXTA SEMANA POST PARTUM
MARZO - JULIO 1986

ATENCIÓN PRENATAL RECIBIDA POR LAS PRIMIPARAS	Primíparas del Es- tudio a las 24 ho- ras Post-Partum		DURACION DE LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL HOGAR					
			2 a 6 semanas Post-Partum *		12-semanas Post-Partum*		16 semanas Post-Partum*	
	Total		Total		Total		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	74	100	74	100	74	100	74	100
olamente el Segundo Tri- estre.	4	5.4	4	5.4	1	1.4	1	1.4
olamente el Tercer Tri- estre.	2	2.7	-	-	-	-	-	-
olamente Segundo y Ter- cer Trimestre	24	32.4	3	4	2	2.7	2	2.7
rimero, Segundo y Tercer rimestre	43	58.1	8	11	-	-	-	-
ingún Trimestre	1	1.4	1	1.4	1	1.4	1	1.4

UENTE: Resultado de la encuesta realizada a 74 primíparas en dos Hospitales Gubernamentales del Area Metropolitana.

* : No se incluyó a las primíparas que descontinuaron la práctica de la lactancia materna exclu-
siva. En consecuencia, los totales correspondientes a las madres de la segunda a la sexta
semana, décimo segunda, y décimo sexta semana post-partum, respectivamente, no suman 74.

ANALISIS DEL CUADRO N° 4

Podemos detectar que un 58% de las primíparas asis-
tieron al control prenatal durante los tres trimestres.
A pesar de esto, de la segunda a la sexta semana, sólo
el 11% estaba utilizando exclusivamente el pecho para
alimentar a su bebé, pero ninguna de ellas continuó
con esta práctica hasta la décimo sexta semana.

Del 32% que asistieron al control prenatal durante
el segundo y tercer trimestre, el 2% de ellas lactaron
hasta los cuatro meses al igual que el 1% de las que
sólo buscaron atención médica en el segundo trimestre.
La madre que no asistió al control prenatal en los tres
últimos trimestres ofreció lactancia materna exclusiva
a su bebé hasta la décimo sexta semana de nacido.

La situación antes mencionada merece especial aten-
ción del equipo de salud, que participa en el control
de la embarazada, ya que los cambios que favorecen la
salud del binomio madre hijo, dependen de que el perso-
nal reconozca su responsabilidad en la identificación de
los problemas y necesidades, en este caso, de la primí-
para en relación a la alimentación natural y desarrollar
actividades tendientes a lograr que la futura madre sea
capaz de realizar con menos dificultad la práctica de la
lactancia materna exclusiva.

CUADRO No.5

PRIMIPARAS QUE ASISTIERON A CONTROL PRE-NATAL Y QUE
RECIBIERON SUGERENCIAS PARA LA ALIMENTACION DEL NIÑO

MARZO - JULIO 1986

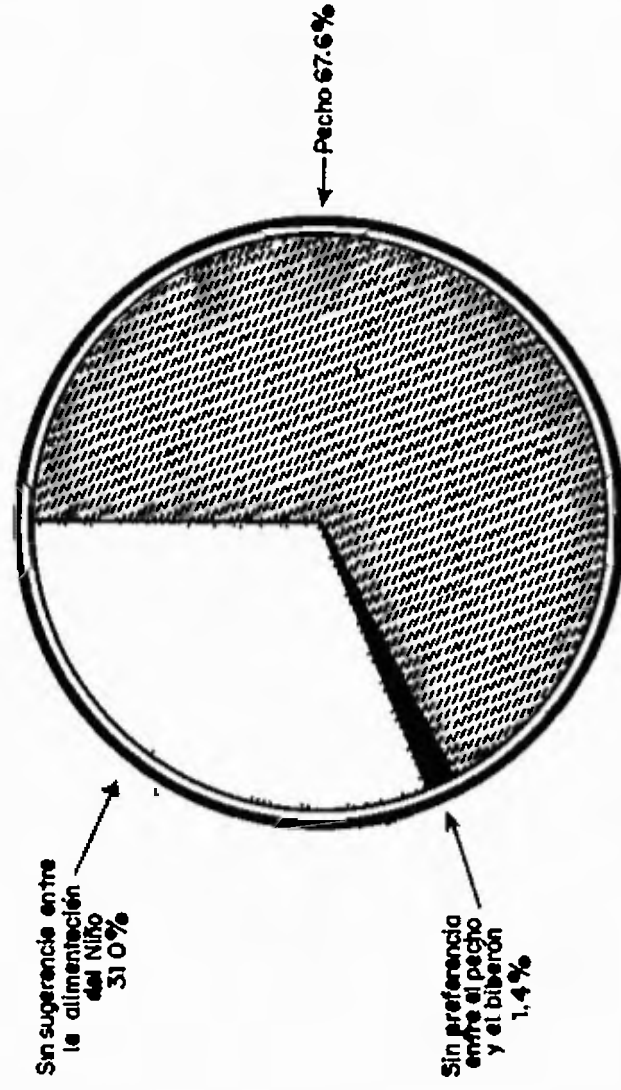
SUGERENCIAS SOBRE LA ALIMENTACION DURANTE EL CONTROL PRE - NATAL	PRIMIPARAS DEL ESTUDIO	
	No.	%
TOTAL	74	100
PECHO	50	67.6
BIBERON	0	0
BIBERON Y PECHO	0	0
SIN PREFERENCIA ENTRE PECHO Y BIBERON	1	1.3
SIN SUGERENCIA SOBRE LA ALIMENTACION DEL NIÑO	23	31.1

FUENTE: Resultado de la encuesta realizada a 74 primíparas en dos Hospitales
Gubernamentales del Area Metropolitana.

GRAFICA No.2:

**PRIMIPARAS QUE ASISTIERON A CONTROL PRENATAL
Y QUE RECIBIERON SUGERENCIAS PARA LA
ALIMENTACION DEL NIÑO. MARZO - JULIO 1986**

74 Primíparas = 100 %



ANALISIS DEL CUADRO Y GRAFICA No.5

Los resultados de la investigación realizada indican que al 67% de las madres que asistieron al control prenatal, se les sugirió ofrecer pecho al niño.

Ninguna de las encuestadas mencionó haber recibido indicaciones acerca del biberón y pecho, lo que puede ser resultado de las actividades educativas realizadas por el personal de salud a favor de la lactancia materna.

Esta práctica resulta un factor positivo, ya que según está señalado en nuestro marco teórico, se considera que las sugerencias que ofrece el equipo de salud a las primíparas con relación a la alimentación del niño, constituyen la clave para el éxito del fomento de la lactancia materna exclusiva hasta los cuatro meses.

Es relevante que el 31% de las primíparas no recibieron sugerencia alguna acerca de la alimentación que proporcionarían a sus bebés. Posiblemente se deba, a que existen miembros del equipo de salud que aún no transmiten conocimiento alguno con relación al tema.

Michel Péchevis nos dice al respecto: "uno de los factores básicos en la frecuencia y duración de la lactancia, lo constituye la posición que adopte el personal de salud y las prácticas usadas en los hospitales. Por lo

tanto, es importante que dichas personas tengan conciencia de su influencia decisiva en este campo y estén preparadas para proporcionar la información y el apoyo necesario y de manera oportuna.

CUADRO No.6

PERSONAL DE SALUD QUE PARTICIPO EN LA ATENCION DE LA PRIMIPARA
DURANTE EL CONTROL PRENATAL, Y LA CANTIDAD DE ELLOS QUE LAS ORIENTO SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

MARZO - JULIO 1986

PERSONAL DE SALUD QUE PARTICIPO EN EL CONTROL PRENATAL DE LA PRIMIPARA	ORIENTACION A LA PRIMIPARA, SOBRE LA LACTANCIA MATERNA					
	TOTAL		SI		NO	
	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	73*	100	49	67	24	33
MEDICO	27	37	14	19.1	13	18
ENFERMERA	4	5.4	3	4.1	1	1
MEDICO Y ENFERMERA	39	53.4	29	39.7	10	14
MEDICO, ENFERMERA Y AUXILIAR DE ENFERMERA	3	4.1	3	4.1	-	-

FUENTE: Resultados de la encuesta realizada a 74 primíparas de dos Hospitales Gubernamentales del Area Metropolitana.

: Se excluye a la madre que no asistió al control prenatal. En consecuencia el total no suman las 74 primíparas de la muestra.

ANALISIS DEL CUADRO No.6

De todo el personal de salud que participó en la atención de la primípara durante el control pre-natal, sobresale el conjunto médico y enfermera en un 53%, pero de esa cantidad, sólo el 39% realizó la orientación según información de la paciente 19% el médico, 4% la enfermera de manera individual respectivamente y 4% el grupo formado por el médico, enfermera y auxiliar de enfermería.

Es relevante el hecho de que en esta muestra la mayoría de la información con respecto a la lactancia materna la estén proporcionando el médico y la enfermera de manera conjunta. No obstante, se hace necesario que todo el equipo de salud participe en la capacitación de la primípara con respecto a la lactancia natural.

CUADRO No.7

EDAD DE LAS PRIMIPARAS CON RELACION A LA DURACION
DE LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA
HASTA LA DECIMO SEXTA SEMANA POST-PARTUM
MARZO - JULIO 1986

EDAD DE LAS PRIMIPARAS	DURACION DE LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA							
	24 horas post-partum		2 a 6 semanas post-partum *		12 semanas post-partum*		16 semanas post-partum*	
	Total		Total		Total		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
	TOTAL	74	100	74	100	74	100	74
15-19	30	40.5	7	9.4	2	2.7	2	2.7
20-24	38	51.4	8	11	2	2.7	2	2.7
25-29	5	6.8	-	-	-	-	-	-
30-34	-	-	-	-	-	-	-	-
35	1	1.3	1	1.3	-	-	-	-

FUENTE: Resultado de la Encuesta realizada a 74 primíparas en dos Hospitales Gubernamentales del Area Metropolitana.

* : No se incluyó a las primíparas que descontinuaron la práctica de la lactancia materna exclusiva. En consecuencia, los totales correspondientes a las madres de la segunda a la sexta semana, décimo segunda y décimo sexta semana post-partum, respectivamente, no suman 74.

ANALISIS DEL CUADRO No.7

Del 40 y 51% de las primíparas cuyas edades oscilan entre 15 y 24 años, solamente el 2% respectivamente mantuvieron la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta la décimo sexta semana post-partum. Esto coincide con la opinión de diversos autores que sostienen que a menor edad, mayor es el período de lactancia; aunque otros piensan lo contrario.

No obstante, reflexionando sobre lo señalado por el I.N.C.A.P., las primíparas son especialmente susceptibles a la información y comentarios; esto aunado a las actitudes contradictorias sobre la práctica de la lactancia materna que reciben de sus familiares, vecinos y/o personal de salud, pueden ocasionar prejuicios con los deseos de la misma para continuar lactando durante un período mas prolongado.

El 1% de las primíparas de mayor edad amamantaron en forma exclusiva durante el período de 2 a 6 semanas, debido tal vez, a que por su mayoría de edad, pudieron evitar toda clase de interferencia en relación a la toma de decisión sobre el método a seleccionar para alimentar a su bebé.

Lo anterior nos lleva a pensar que las opiniones sobre la relación de la edad con la duración de la lactancia materna siempre serán variables, ya que en la misma in

tervienen una complejidad de elementos, tales como: personalidad, estado emocional, cultura, tradiciones y costumbres de las personas involucradas.

CUADRO No.8

ESCOLARIDAD DE LAS PRIMIPARAS CON RELACION A LA DURACION DE LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, HASTA LA DECIMO SEXTA SEMANA POST PARTUM

MARZO - JULIO 1986

ESCOLARIDAD DE LAS PRIMIPARAS	DURACION DE LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA							
	24 Horas * Post-partum		2 a 6 semanas Post-partum *		12 semanas * Post-partum		16 semanas Post-partum*	
	TOTAL		TOTAL		TOTAL		TOTAL	
	No.	%	Nº.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	74	100	74	100	74	100	74	100
PRIMARIA	9	12.2	1	1.3	1	1.3	1	1.3
SECUNDARIA	56	75.7	12	16.2	3	4	3	4
PROFESIONAL	1	1.3	1	1.3	-	-	-	-
UNIVERSIDAD	8	10.8	2	3	-	-	-	-

FUENTE: Resultado de la encuesta realizada a 74 primiparas en dos Hospitales Gubernamentales del Area Metropolitana.

* : No se incluyó a las primiparas que descontinuaron la práctica de la lactancia materna exclusiva. En consecuencia, a las madres de la segunda a la sexta semana, décimo segunda y décimo sexta semana post-partum respectivamente, no suman 74.

ANALISIS DEL CUADRO No.8

Se observa que el 10% de las primíparas con escolaridad a nivel universitario, alimentaron a su bebé con leche materna exclusiva, hasta la sexta semana post partum, a diferencia de algunas madres con escolaridad a nivel primario (1%), y a nivel secundario (16%). Sin embargo, el 4% de nivel secundario y el 1% del nivel primario mantuvieron la lactancia materna hasta los cuatro meses.

Estos datos señalan que mientras mayor sea la escolaridad, menor será la duración de la práctica de amamantamiento; al igual que el estudio realizado en Panamá en 1974, sobre el Uso y Prevalencia de Métodos Anticonceptivos y Servicio de Salud Materno Infantil por la diferencia en un 64% entre las primíparas con nivel secundario y universitario.

Al comparar los resultados de las primíparas del nivel primario con el secundario en el período de 2 a 6 semanas, algunas de este último (16%), amamantaron con leche materna en forma exclusiva hasta los cuatro meses post partum. Esto contradice lo señalado anteriormente, pero consideramos que en ambos casos, es preciso tomar en cuenta la cantidad de primíparas en cada subgrupo.

No obstante, a pesar del análisis expresado, pensamos que las primíparas con escolaridad secundaria, están

mejor capacitadas para comprender la importancia de la alimentación natural en forma exclusiva hasta la décima sexta semana, para la salud del binomio madre hijo, como lo hemos planteado en el marco teórico.

CUADRO No.9

INGRESO FAMILIAR MENSUAL DE LAS PRIMIPARAS CON RELACION A LA DURACION DE LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL HOGAR, HASTA LA DECIMO SEXTA SEMANA POST PARTUM
MARZO - JULIO 1986

INGRESO FAMILIAR MENSUAL DE LAS PRIMIPARAS (Ingreso en Balboas)	Primíparas del estudio a las 24 Hr. post-partum		DURACION DE LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL HOGAR					
			2 a 6 semanas post-partum *		12 semanas * post-partum		16 semanas post-partum*	
	TOTAL		TOTAL		TOTAL		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	74	100	74	100	74	100	74	100
Menos de B/.100.00	3	4.	-	-	-	-	-	-
B/.101.00 a B/.200.00	31	42	9	12	3	4	3	4
201.00 a B/.300.00	11	15	5	7	-	-	-	-
301.00 a B/.400.00	12	16	-	-	-	-	-	-
401.00 a B/.500.00	5	6.8	-	-	-	-	-	-
501.00 a B/.600.00	3	4.	-	-	-	-	-	-
Más de B/.600.00	4	5.4	1	1.3	-	-	-	-
No Especificaron	5	6.8	1	1.3	1	1.3	1	1.3

FUENTE: Resultado de la encuesta realizada a 74 primíparas en dos Hospitales Gubernamentales del Area Metropolitana.

* : No se incluyó a las primíparas que descontinuaron la práctica de la lactancia materna exclusiva. En consecuencia, los totales correspondientes a las madres de la segunda a la sexta semana, décimo segunda y décimo sexta semana post-partum respectivamente, no suman 74.

ANALISIS DEL CUADRO No.9

El estudio demostró que el ingreso familiar mensual del 42% de las primíparas oscilaban de B/.101.00 a B/.200.00.

El 4% de ellas y el 1% de las que no especificaron ingreso familiar, proporcionaron lactancia a su niño de manera exclusiva hasta la décimo sexta semana, tal como lo indica la norma. El 1% de las que tenían ingreso de más de B/.600.00, realizó esta práctica solamente de la segunda a la sexta semana.

De esto se deduce: que a menor ingreso, existe mayor probabilidad de proporcionar lactancia natural en forma exclusiva, ya que las fórmulas lácteas para la alimentación infantil distribuidas en Panamá, tienen un costo elevado por efecto del pago de importación, (Ver cuadro B del marco teórico relacionado con las fórmulas lácteas importadas para la alimentación infantil según su precio en el mercado panameño). Por el contrario, las madres con un ingreso elevado, están en capacidad de adquirir la cantidad de fórmulas lácteas requeridas, al igual que los utensilios necesarios para el manejo adecuado de los mismos, constituyéndose un factor negativo para el resurgimiento de la lactancia materna en forma exclusiva. Por ello, se hace necesario enfatizar en la población, sobre el valor incalculable

lable de la leche materna, de manera que no sea considerada como un alimento sólo para niños de escasos recursos.

CUADRO N° 10
 OCUPACION DE LAS PRIMIPARAS
 MARZO - JULIO 1986

OCUPACION	PRIMIPARAS DEL ESTUDIO	
	N°	%
TOTAL	74	100.0
DENTRO DEL HOGAR	58	78.4
FUERA DEL HOGAR	16	21.6

Fuente: Resultado de la encuesta realizada a 74 primiparas de dos Hospitales Gubernamentales del Area Metropolitana.

ANALISIS CUADRO N° 10

Según este cuadro podemos determinar que un alto porcentaje de las primíparas (78%) trabajan dentro del hogar y el 21% fuera del mismo. El hecho de que la mayoría trabaje dentro del hogar constituye un factor positivo que puede contribuir a que las madres lacten hasta los cuatro meses post partum; ya que según el marco teórico algunas madres aducen que interrumpen esta práctica porque tienen que ir a trabajar.

CUADRO No.11

METODO DE ALIMENTACION UTILIZADO POR LAS PRIMIPARAS QUE
TRABAJAN DENTRO DEL HOGAR, CON RELACION A LA DURACION DE LA
PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

MARZO - JULIO 1986

METODO DE ALIMENTACION	DURACION DE LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA							
	24 horas post-partum *		2 a 6 semanas post-partum*		12 semanas* post-partum		16 semanas post-partum*	
TOTAL	58	100	58	100	58	100	58	100
Lactancia Materna Exclusiva	58	100	12	21	3	5.2	3	5.2
Otro Método de Alimentación	-	-	46	79	55	94.8	55	94.8

FUENTE: Resultado de la encuesta realizada a 74 primíparas de dos Hospitales Gubernamentales del Area Metropolitana.

* : No se incluyó a las madres que trabajan fuera del hogar. En consecuencia el total no suman las 74 primíparas del estudio.

ANALISIS DEL CUADRO No.11

Observamos que de las primíparas que trabajan dentro del hogar el 21% ofreció lactancia materna exclusiva de la segunda a la sexta semana y sólo el 5% amamantó a su niño en esta forma hasta los cuatro meses. Es relevante el hecho de que se utilizaron otros métodos de alimentación en un 79% y 94% respectivamente, en relación a los períodos antes señalados.

Esta situación nos induce a opinar que no podemos pasar por alto, que pueden existir problemas comunes tanto en la madre como en el niño que ella no pueda solucionar por poco o falta de conocimiento como hipogalactia, pezones cortos o invertidos, adoloridos o agrietados, dificultad del niño para agarrar el pezón con la boca, irritabilidad frecuente, aumento en la demanda de alimentación por parte del bebé, lo que dificulta su organización en las actividades del hogar, lo cual trae como consecuencia la inclinación de la madre hacia el uso de la fórmula. El poco o ningún apoyo de los familiares y vecinos, es otro factor que puede afectar el amamantamiento del bebé de las madres primíparas.

CUADRO No.12

METODO DE ALIMENTACION UTILIZADO POR LAS PRIMIPARAS QUE TRABAJAN FUERA DEL HOGAR, CON RELACION A LA DURACION DE LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

MARZO - JULIO 1986

METODOS DE ALIMENTACION	DURACION DE LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA							
	24 horas post partum *		2 a 6 semanas post-partum *		12 semanas* post-partum		16 semanas* post-partum	
TOTAL	16	100	16	100	16	100	16	100
Lactancia Materna Exclusiva	16	100	12	75	3	19	3	19
Otros Métodos de Alimentación	-	-	4	25	13	81	13	81

FUENTE: Resultado de la encuesta realizada a 74 primíparas de dos Hospitales Gubernamentales del Area Metropolitana.

* : No se incluyó a las madres que trabajan dentro del hogar. En consecuencia, el total no suman las 74 primíparas del estudio.

ANALISIS DEL CUADRO No.12

El 75% de las primíparas que trabajan fuera del hogar amamantaron en forma exclusiva de la segunda a la sexta semana y un 19% lo realizó hasta los cuatro meses post partum.

Es sobresaliente el hecho de que 81% optaran por la utilización de otros métodos de alimentación de la décimo segunda a la décimo sexta semana, cuando en la actualidad existen leyes y normas a nivel nacional que promueven la lactancia natural en beneficio de la salud de la madre y el niño.

Consideramos que se hace necesario una mayor divulgación de las mismas, así como la orientación a la primípara con relación al manejo y la conservación de la leche humana en caso de que la madre tenga que movilizarse fuera del hogar. (Ver diseño del modelo del plan de atención de enfermería (Auto-Cuidado) de Dorothea Orem del marco teórico.

CUADRO No.13
 COMPOSICION FAMILIAR DE LA PRIMIPARA CON RELACION A LA DURACION DE LA
 PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL HOGAR,
 HASTA LA DECIMO SEXTA SEMANA POST - PARTUM
 MARZO - JULIO 1986

COMPOSICION FAMILIAR DE LA PRIMIPARA	DURACION DE LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL HOGAR					
	2 a 6 semanas Post-Partum*		12 semanas Post-partum*		16 semanas Post-Partum*	
	Total		Total		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	74	100	74	100	74	100
NUCLEAR	23	31.	-	-	-	-
EXTENDIDA	50	68	4	5.4	4	5.4
OTRO	1	1	-	-	-	-

FUENTE: Resultado de la encuesta realizada a 74 primíparas en dos Hospitales Gubernamentales del Area Metropolitana.

* : No se incluyó a las primíparas que descontinuaron la práctica de la lactancia materna exclusiva. En consecuencia, los totales correspondientes a las madres de la décimo segunda y décimo sexta semana post-partum respectivamente, no suman 74.

Nota : En las primeras veinticuatro horas post-partum, no se investigó esta característica porque pertenece a la segunda encuesta.

ANALISIS DEL CUADRO No.13

De acuerdo a los resultados obtenidos, el 68% de las primíparas proceden de familias extendidas. No obstante, sólo el 5% realizó la lactancia materna exclusiva hasta la décimo sexta semana post partum; se esperaba un mayor porcentaje de madres que alimentaran a su bebé sólo con el pecho, ya que el I.N.C.A.P. señala que el éxito de la lactancia natural se ve influenciada por estímulos prácticos y comportamiento observado en el ambiente familiar, también es importante, mencionar que para algunos autores, el conocimiento sobre la forma de amamantar, no es innato. Por lo tanto, necesita ser aprendido, especialmente cuando se trata del primer niño.

La falta de apoyo por parte de familiares, vecinos, amigos o doulas, puede afectar enormemente la prevalencia en la práctica de la lactancia materna exclusiva, porque se carece de la transmisión de la herencia de conocimientos prácticos para el manejo de los problemas relacionados con la lactancia, ofrecida gratuitamente por personas con experiencia. Este problema se acentúa mayormente cuando la madre pertenece a una familia nuclear como lo demuestran los datos, 31%, ya que ninguna de las que pertenecen a este grupo, amamantaron hasta los cuatro meses

post-partum, debido posiblemente a que recibieron poca ayuda externa para que practicaran el método al cual nos estamos refiriendo, por un tiempo más prolongado.

En el caso del 1% de las primíparas que pertenecen a otro tipo de composición familiar (la primípara vive solo con su madre), llama la atención que su mamá ejerciera, tal vez, poca influencia para evitar la ablactación antes de los cuatro meses post-partum.

Como vemos, existe la necesidad de que el equipo de salud refuerce los conocimientos sobre la lactancia materna en las diferentes composiciones familiares, para lograr una mayor participación de ellos de manera tal, que la primípara lacte durante un tiempo más prolongado.

CUADRO No.14

METODO DE ALIMENTACION QUE RECIBIO LA PRIMIPARA DURANTE SU INFANCIA Y LA CANTIDAD DE ELLAS QUE UTILIZO LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LA DECIMO SEXTA SEMANA POST- PARTUM

MARZO - JULIO 1986

METODO DE ALIMENTACION QUE RECIBIO LA PRIMIPARA DURANTE SU INFANCIA	T O T A L		PRIMIPARAS QUE UTILIZARON LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LA DECIMO SEXTA SEMANA POST - PARTUM	
			T O T A L	
	No.	%	No.	%
	74	100	4	5.
PECHO	35	47.2	1	1
BIBERON	25	34	2	3
BIBERON Y PECHO	6	8	1	1
NO SABE	8	10.8	-	-

FUENTE: Resultado de la encuesta realizada a 74 primíparas de dos Hospitales Gubernamentales del Area Metropolitana.

ANALISIS DEL CUADRO N° 14

Se observa que un 47% de las primíparas fueron alimentados con pecho durante su infancia, llama la atención que sólo el 1% de ellas ofreció lactancia materna exclusiva hasta la décimo sexta semana post-partum.

34% de las madres de la muestra fueron alimentadas con biberón, pero el 3% lactó en forma exclusiva hasta los cuatro meses después del parto; del 8% de las que fueron alimentadas con biberón y pecho el 1% amamantó en forma exclusiva hasta la décimo sexta semana post-partum y 10% que mencionaron que no sabían el tipo de alimentación recibida descontinuaron la práctica de la lactancia materna exclusiva antes del período estipulado. Esto nos conduce a opinar, que existe la necesidad de que las madres de las primíparas apoyen con mayor eficacia la alimentación natural del niño; ya que ellas constituyen una de las personas influyentes para que el hábito de la lactancia materna exclusiva se convierta en una tradición de la familia.

Además de lo antes expuesto se observa que no hay una relación directa entre el tipo de alimentación recibida por la madre y el método que ella utilice con su niño.

CUADRO No.15

HORARIO DE ALIMENTACION DEL BEBE CON EL PECHO, QUE DIJERON LAS PRIMIPARAS A LAS VEINTICUATRO HORAS POST-PARTUM; QUE EMPLEARIAN CON RELACION AL UTILIZADO HASTA LA DECIMO SEXTA SEMANA POST-PARTUM

MARZO - JULIO 1986

HORARIO DE ALIMENTACION DEL BEBE CON EL PECHO	Primiparas a las 24 horas post-partum		DURACION DE LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA					
			2 a 6 semanas post-partum *		12 semanas* post-partum		16 semanas post-partum*	
	TOTAL		TOTAL		TOTAL		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	74	100	74	100	74	100	74	100
DEMANDA LIBRE CON HORARIO FIJO O ESPECIFICO	45	61	16	22	4	5.4	4	5.4
	24	32	-	-	-	-	-	-
	5	7	-	-	-	-	-	-

FUENTE: Resultado de la encuesta realizada a 74 primiparas en dos Hospitales Gubernamentales del Area Metropolitana.

* : No se incluyó a las primiparas que descontinuaron la práctica de la lactancia materna exclusiva. En consecuencia, los totales correspondientes a las madres de la segunda a la sexta semana, décimo segunda y décimo sexta semana post-partum respectivamente, no suman 74.

ANALISIS DEL CUADRO No.15

Durante las primeras veinticuatro horas post-partum, el 61% de las primíparas afirmaron que alimentarían a su niño a demanda libre, lo cual fue practicado de la segunda a la sexta semana en un 22% por las madres de nuestro estudio.

Estaban interesadas, quizás, en ofrecer pecho a sus niños, motivadas por la promoción de la lactancia materna. Pero, en la décimo segunda y décimo sexta semana, este hecho declinó notablemente en un 5%.

La constante frecuencia con que come el niño, por la rápida disolución y asimilación del cuajo de leche materna, hace, tal vez, que la madre tenga preferencia por la leche artificial. La misma, por su composición, forma un cuajo de leche mucho más resistente, lo que ocasiona que el niño especíe más sus horas de comida y la madre, en consecuencia, se siente más liberada.

Lo anterior, resulta de un factor condicionante en la declinación de la lactancia materna exclusiva, porque el hecho de iniciar la ablactación, disminuye la producción láctea. Por tal razón, estas madres se quejan de tener poca leche y/o de que el niño no se llena.

Según Mellman y Pritchard, la lactancia exitosa de debé al reflejo que se produce cuando el niño, al succionar,

excita los nervios receptores en la base del pezón y transmite impulsos a la pituitaria anterior, por un sendero de nervios, causando la liberación de prolactina, que estimula las células secretoras en los alveolos, a que produzcan leche.

Ver diseño del modelo de la aplicación de la teoría de enfermería (Auto-Cuidado) de Dorothea Orem, en el plan de atención de los problemas más comunes durante la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los cuatro meses post-partum.

Opinamos que esta situación pudo afectar a las madres que alimentaban a su niño en un horario fijo, porque como el reflejo de succión no fue estimulado adecuadamente, ninguna de ellas alimentó en forma exclusiva hasta la décimo sexta semana.

CUADRO No.16

FRECUENCIA DE LA ALIMENTACION DEL BEBE CON EL PECHO DURANTE EL DIA,
CON RELACION A LA DURACION DE LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL HOGAR,
HASTA LA DECIMO SEXTA SEMANA POST-PARTUM

MARZO - JULIO 1986

FRECUENCIA DE LA ALIMENTACION DEL BEBE CON PECHO DURANTE EL DIA	DURACION DE LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL HOGAR					
	2 a 6 semanas Post-Partum		12 semanas Post-Partum*		16 semanas Post-partum*	
	T o t a l		T o t a l		T o t a l	
	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	74	100	74	100	74	100
MENOS DE 5 VECES	23	31.1	-	-	-	-
5 - 7 VECES	22	29.7	2	2.7	2	2.7
8 - 10 VECES	16	21.6	1	1.3	2	2.7
11 - 13 VECES	-	-	-	-	-	-
14 - 15 VECES	-	-	-	-	-	-
MAS DE 15 VECES	13	17.6	1	1.3	-	-

FUENTE: Resultado de la encuesta realizada a 74 primíparas en dos Hospitales Gubernamentales del Area Metropolitana.

* : No se incluyó a las primíparas que descontinuaron la práctica de la lactancia materna exclusiva. En consecuencia, los totales correspondientes a las madres de la décimo segunda y décimo sexta semana respectivamente, no suman 74.

NOTA : En las primeras veinticuatro horas post-partum, no se investigó esta característica, porque pertenece a la segunda encuesta, en consecuencia no aparece en el cuadro.

ANALISIS DEL CUADRO N° 16

Detectamos que del 31% que amamantaban a su bebé, menos de cinco veces al día entre la segunda y sexta semana post-partum, ninguna continuó haciéndolo durante la décimo segunda y décimo sexta semana. No sucede lo mismo con las primíparas que pertenecen al grupo que utilizó la frecuencia entre 5 - 10 veces y 2% de la frecuencia de 8 a 10, amamantaron hasta la décimo sexta semana post-partum.

Al comparar ambos planteamientos, podemos indicar que a mayor succión del pezón por el niño, mayor es el tiempo de duración de la alimentación natural, tal como lo señalan varios autores entre ellos, Víctor Vaughan dice "que la cantidad de leche que una madre produce, depende de cuanto mame el bebé".

Sin embargo, mayor será la predisposición para que la madre abandone el método al cual nos estamos refiriendo.

CUADRO No.17

FRECUENCIA DE LA ALIMENTACION DEL BEBE AL PECHO DURANTE LA NOCHE,
CON RELACION A LA DURACION DE LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL HOGAR,
HASTA LA DECIMO SEXTA SEMANA POST-PARTUM

MARZO - JULIO 1986

FRECUENCIA DE LA ALIMENTACION DEL BEBE AL PECHO DURANTE LA NOCHE	DURACION DE LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL HOGAR					
	2 a 6 semanas Post-Partum *		12 semanas Post-partum		16 semanas Post-partum*	
	T o t a l		T o t a l		T o t a l	
	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	74	100	74	100	74	100
MENOS DE 2 VECES	18	24.3	1	1.3	1	1.3
2 - 3 VECES	35	47.3	3	4	3	4
4 - 5 VECES	5	6.8	-	-	-	-
MAS DE 5 VECES	-	-	-	-	-	-
NO PECHO	16	21.6	-	-	-	-

FUENTE: Resultado de la encuesta realizada a 74 primíparas en dos Hospitales Gubernamentales del Area Metropolitana.

* : No se incluyó a las primíparas que descontinuaron la práctica de la lactancia materna exclusiva. En consecuencia, los totales correspondientes a las madres de la décimo segunda y décimo sexta semana respectivamente, no suman 74.

NOTA : En las primeras veinticuatro horas post partum no se investigó esta característica porque pertenece a la segunda encuesta, en consecuencia no aparece en el cuadro.

ANÁLISIS DEL CUADRO No.17

Los datos demuestran que el 24% y 47% de las madres utilizaron la frecuencia de alimentación con pecho menos de 2 veces y de 2 a 3 veces durante la noche.

Por el contrario, el 6% de las madres que dieron de 4 a 5 veces, suspendieron la lactancia natural, con el con siguiente inicio de la ablactación.

Resulta relevante que el 21% de las madres dejaron de dar pecho entre la segunda y la sexta semana post-partum. Probablemente, por incapacidad para resolver los problemas comunes que se presentan durante las primeras semanas de la práctica de la lactancia materna. (Ver cuadro No.16).

Lo expuesto señala la tendencia de que a mayor frecuencia de alimentación durante la noche, menor es la duración de la práctica de la lactancia materna exclusiva.

CUADRO No.18

OPINION DE LAS PRIMIPARAS SOBRE LA FORMA EN QUE SE SENTIRIAN
AL DARLE PECHO AL NIÑO
MARZO - JULIO 1986

FORMA DE COMPORTAMIENTO DE LA MADRE	GRADO DE RESPUESTA DE LAS MADRES											
	TOTAL		Sentiría Mucho		Sentiría Regular		Sentiría un Poco		No Sentiría Nada		NO SABE	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
RELAJADA Y CONFIA DA	74	100	60	81.1	9	12.1	4	5.4	1	1.4	-	-
SE SENTIRIA VERGÜENZA SE SENTIRIA COMODA ALIMENTANDOLO SOLO EN PRIVADO	74	100	2	2.7	1	1.4	2	2.7	69	93.2	-	-
SE SENTIRIA COMODA ALIMENTANDOLO EN CA SA FRENTE A AMIGOS Y PARIENTES	74	100	69	93.2	1	1.4	1	1.4	3	4.0	-	-
DISFRUTARIA EL TIEMPO SE SENTIRIA COMODA ALI MENTANDOLO EN LUGARES PUBLICOS	74	100	33	44.6	8	10.8	10	13.5	21	28.4	2	2.7
TENDRIA DIFICULTADES DURANTE LAS PRIMERAS SEMANAS	74	100	74	100	-	-	-	-	-	-	-	-
SE SENTIRIA NERVIOSA	74	100	23	31.1	5	6.7	21	28.4	24	32.4	1	1.4
	74	100	7	9.5	12	16.2	8	10.8	43	58.1	4	5.4
	74	100	9	12.2	9	12.2	11	14.8	45	60.8	-	-

FUENTE: Resultado de la encuesta realizada a 74 primíparas en dos Hospitales Gubernamentales del Area Metropolitana.

ANÁLISIS DEL CUADRO No.18

Autores como Friesner y Raft consideran que la lactancia es agradable como experiencia, si la madre está dispuesta y lo acepta.

Este hecho está acorde con la opinión de todas las madres primíparas porque opinaron que sentirían mucho disfrute durante el tiempo en que estuvieran dándole pecho a su niño; el 81% sienten que estarán muy relajadas y confiadas; el 93% sentirían mucha comodidad alimentándolo sólo en privado; el 44.6 sentirían mucha comodidad, alimentándolo en casa frente a amigos y parientes; el 31% sentirían mucha comodidad alimentándolo en lugares públicos; el 58% sienten que no tendrían dificultades durante las primeras semanas y el 60% sienten que no sentirían nerviosas.

Estas respuestas resultan beneficiosas para que la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los cuatro meses post-partum, resulte exitosa. Sin embargo, existe cierta contradicción en la segunda forma de comportamiento de la madre, ya que un 93% manifestó que no sentirían nada de vergüenza al dar pecho a su niño y el mismo porcentaje informó que se sentirían cómodas alimentando a su bebé sola en privado. Este hecho está demostrando que tal vez estas madres realmente sentirán vergüenza de

alimentar a su bebé en lugares públicos.

En relación a la vergüenza en el amamantamiento, Ruth Lawrence indica que a pesar de la constante publicidad sobre el pecho en la prensa moderna, muchas mujeres se sienten avergonzadas al considerar que sus pechos están desnudos. Coincidimos con Lawrence en este aspecto y consideramos que debe tomarse en cuenta cuando se brinda ayuda a la madre para que acepte utilizar la leche de su pecho para alimentar a su hijo.

Los resultados de este cuadro nos indica que la primípara por su inexperiencia, necesita una adecuada orientación durante el control prenatal para que se sienta, con mayor seguridad al iniciar la práctica de la lactancia materna exclusiva.

CUADRO No.19

LUGAR DE PREFERENCIA DE LAS PRIMIPARAS PARA DARLE PECHO AL BEBE,
CON RELACION A LA DURACION DE LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL HOGAR
MARZO - JULIO 1986

LUGAR DE PREFERENCIA	DURACION DE LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL HOGAR					
	2 a 6 semanas Post-partum		12 semanas Post-partum*		16 semanas Post-partum *	
	T O T A L		T O T A L		T O T A L	
	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	74	100	74	100	74	100
SOLO EN SU CASA DISCRETAMENTE	24	32.4	-	-	-	-
SOLO EN CASA NO LE PREOCUPA TENER PRIVACIDAD	37	50.0	-	-	-	-
EN CUALQUIER LUGAR, PERO IMPORTA DE HACERLO DISCRETAMENTE	11	14.9	-	-	-	-
EN CUALQUIER LUGAR NO LE IMPORTA TENER PRIVACIDAD	2	2.7	4	5.4	4	5.4

FUENTE: Resultado de la encuesta realizada a 74 primíparas en una muestra en dos Hospitales Gubernamentales del Area Metropolitana.

- * : No se incluyó a las primíparas que descontinuaron la práctica de la lactancia materna exclusiva. En consecuencia, los totales correspondientes a las madres de la décimo segunda y décimo sexta semana post-partum, no suman 74.
- Nota : En las primeras veinticuatro horas post-partum no se investigó esta característica porque pertenece a la segunda encuesta, en consecuencia no aparece en el cuadro.

ANALISIS DEL CUADRO No.19

Según los resultados obtenidos, el 50% de las primíparas manifestó que al darle pecho al bebé, preferían hacerlo sola en su casa y no les preocupaba tener privacidad. El 32% prefirió dárselo sola en su casa discretamente y el 2.7%, en cualquier lugar sin importarles tener privacidad.

Sin embargo, sólo el 5% de ese grupo de primíparas amamantó hasta la décimo sexta semana post-partum en forma exclusiva. La información detallada, concuerda con la opinión de algunos autores entre ellos, Ruth Lawrence, quien manifiesta, que la vergüenza motiva el abandono del amamantamiento. De esto deducimos entonces, que a mayor sentimiento de vergüenza, mayor será la demanda de privacidad para realizar la alimentación natural.

Notamos, sin embargo, un contrasentido en relación con la prevalencia del hábito de lactar al pecho y la vergüenza, ya que la madre no puede permanecer aislada por mucho tiempo, porque de hacerlo, provocaría la discontinuación de la práctica de alimentar al bebé con la leche de pecho.

No obstante, cuando la madre se siente relajada y confiada, no le importa tener privacidad y es capaz de amamantar a su niño en cualquier parte. Esta práctica

constituye un factor positivo para fomentar la lactancia materna exclusiva.

Este aspecto es muy importante, por lo que debe tomarse en cuenta cuando se le brinda mayor apoyo a la madre para que acepte la alimentación natural.

CUADRO N° 20

DIFICULTADES QUE HA TENIDO EL BEBE DE LAS PRIMIPARAS PARA ALIMENTARSE CON EL PECHO, DESDE SU NACIMIENTO HASTA LA DECIMO SEXTA SEMANA DE VIDA
MARZO - JULIO 1986

TIPO DE DIFICULTAD QUE HA TENIDO EL BEBE DE LA PRIMIPARA	BEBES CON DIFICULTADES*	
	N°	%
TOTAL	74	100.0
TOMANDO EL PEZON CON LA BOCA	23	31.1
REHUSO EL PECHO	3	4.1
PERDIDA DE INTERES	3	4.1
ENFERMEDAD (Resfriado)	6	8.1
SUCCION DEBIL	8	11.0
LLANTO E IRRITABILIDAD LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	28	38.0
NO PUDO SUCCIONAR	13	18.0

Fuente: Resultado de la encuesta realizada a 74 primiparas en dos Hospitales Gubernamentales del Area Metropolitana.

* Cada primipara podía dar más de una respuesta. En consecuencia, los totales correspondientes a la dificultad del bebé es mayor de 74.

ANALISIS CUADRO N° 20

Se advierte que 38% de los bebés de las primíparas, presentaron llanto e irritabilidad durante la mayor parte del tiempo y 31% tuvieron dificultad para agarrar el pezón con la boca. Esto puede deberse por pezones cortos y/o invertidos de la madre, lo cual impide que el niño se sienta satisfecho cuando la primípara intenta alimentarlo con la leche de pecho.

El 18% de las primíparas manifestaron que sus bebés no pudieron succionar; el 11%, que presentaban succión débil, lo cual puede ser a consecuencia de la explicación ofrecida anteriormente.

El resfriado también afectó el amamantamiento en un 8%. El recién nacido con esta morbilidad, tiene dificultad para respirar por la nariz y difícilmente puede hacerlo por la boca. El 4% rehusó el pecho y presentó pérdida de interés hacia el mismo. Esto puede ser originado por el inicio de la ablactación. Según Helsing y Savage, el niño prefiere la mamila de hule, de la que obtiene la leche más fácilmente.

Es significativo el hecho de que aún en esta época, donde se han intensificado medidas tendientes a la promoción de la lactancia materna, (mejor preparación del personal, uso de la tecnología adecuada respectiva, etc.),

la madre se vea impedida de lactar de manera eficaz a su hijo, por dificultades que pueden prevenirse mediante una oportuna orientación a la primigesta sobre el uso adecuado de auxiliares mecánicos para la lactancia natural como lo son: guardapezón, pezoneras, pezón de hule y los ordeñadores.

CUADRO N° 21

CAUSAS QUE MOTIVARON QUE ALGUNAS PRIMIPARAS PRACTICARAN LA ABLACTACION, DURANTE LAS PRIMERAS SEMANAS POST PARTUM MARZO - JULIO 1986

CAUSAS QUE MOTIVARON LA ABLACTACION EN ALGUNAS PRIMIPARAS	PRIMIPARAS QUE PRACTICARON LA ABLACTACION DURANTE LAS PRIMERAS SEMANAS POST PARTUM*	
	TOTAL	
	N°	%
	58	100
DESEO DE TRABAJAR	8	14
CANTIDAD INSUFICIENTE DE LECHE DEL PECHO	29	50
IMPIDE MOVILIDAD A LA MADRE	2	3
DOLORES EN LOS PEZONES	2	3
PEZONES INVERTIDOS	1	2
ESTREÑIMIENTO DEL BEBE	1	2
PEZONES CORTOS Y MAMAS CONGESTIONADAS	4	7
BEBE CON DIARREA, DESPUES QUE LA MADRE INGERIO JUGO DE CIRUELAS PASAS	1	2
DESVELO	2	3
DOLOR POR GRIETAS EN LOS PEZONES	4	7
SE LE SECARON LOS PECHOS	4	7

Fuente: Resultado de la encuesta realizada a 74 primíparas en dos Hospitales Gubernamentales del Area Metropolitana.

* No se incluyó a las primíparas que continuaron la práctica de la lactancia materna exclusiva. En consecuencia, los totales correspondientes a las madres que practicaron la ablactación al egresar del hospital, no suman 74.

ANALISIS DEL CUADRO N° 21

Se observa que la cantidad insuficiente de leche de pecho fue el principal motivo por el cual el 50% de las primíparas iniciaron la ablactación parcial o total al egresar del hospital; el 14% por el deseo de trabajar; el 7% debido a pezones cortos y mamas congestionadas; dolor por grietas en los pezones y porque se le secaron los pechos; el 3% por desvelos.

Llama la atención que las primíparas a pesar de tener experiencia con la alimentación al pecho durante el alojamiento conjunto en el área hospitalaria, mencionan que han tenido que descontinuar dicha práctica por los problemas antes mencionados.

Estos resultados demuestran que las madres requieren de mayor orientación sobre los problemas específicos que pueden conducir al inicio de la ablactación; al igual que un seguimiento planificado que contribuya al logro de conductas positivas a favor de la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los cuatro meses post partum.

Según lo señala Friesner y Raft en el marco teórico la alimentación al pecho puede estar influenciada por la falta de apoyo e instrucción por parte del personal de salud.

Consideramos importante mencionar que un bebé de las primíparas presentó diarrea después que la madre ingirió

jugo de ciruelas pasas porque esto amerita una investigación por el equipo de salud, acerca de los alimentos que ingiere la madre y que pueden causar la morbimortalidad en el infante.

CUADRO N° 22

VENTAJAS QUE SEÑALARON LAS PRIMIPARAS SOBRE LA ALIMENTACION AL PECHO, DURANTE LAS PRIMERAS VEINTICUATRO HORAS POST PARTUM; METODO QUE UTILIZARIAN AL SALIR DEL HOSPITAL
MARZO - JULIO 1986

VENTAJAS QUE SEÑALARON LAS PRIMIPARAS SOBRE LA ALIMENTACION AL PECHO	PRIMIPARAS DEL ESTUDIO	
	N°	%
TOTAL	58*	100
ES MAS SALUDABLE	39	67
MEJOR ALIMENTACION	10	17
ECONOMICA	4	7
NO HAY QUE PREPARARLA	2	3
NO HAY QUE CALENTARLA	1	2
NO RECUERDA	1	2
NO ESPECIFICARON	1	2

Fuente: Resultado de la encuesta realizada a 74 primíparas en dos Hospitales Gubernamentales del Area Metropolitana.

* No se incluyó a las madres que durante las primeras veinticuatro horas decidieron utilizar pecho con fórmula y fórmula al salir del hospital; aunque estaban practicando el alojamiento conjunto. En consecuencia el total no suma a las 74 primíparas del estudio.

ANALISIS DEL CUADRO N° 22

Un 67% de las primíparas señalaron que al salir del hospital alimentarían a su niño con pecho porque es la forma más eficaz.

Pero resulta significativo, que un bajo porcentaje del total, haya decidido utilizar el método de la alimentación al pecho hasta los cuatro meses post partum. (Ver Cuadro N° 1). Esto demuestra la necesidad de aunar esfuerzos tendientes a promover y lograr que la lactancia materna exclusiva hasta la décimo sexta semana después del parto, sea una realidad en nuestro medio.

El aspecto económico sumado al hecho de que no hay que preparar ni calentar la leche del pecho, pareciera que tiene poco valor para este grupo de primíparas, porque solamente 7% y 2%, respectivamente lo señalaron como ventaja.

Esto merece especial atención, particularmente en familias de bajos ingresos. Para ellos, la alimentación artificial resulta sumamente costosa, si tomamos en cuenta el gasto que involucra la adquisición de la leche y los utensilios necesarios para su preparación.

Esta situación conlleva un alto riesgo para la salud del bebé, debido a la posibilidad de contaminación o dilución excesiva, tal como está señalado en el marco teórico.

CUADRO N° 23

DESVENTAJAS QUE SEÑALARON LAS PRIMIPARAS SOBRE LA ALIMENTACION AL PECHO, DURANTE LAS PRIMERAS VEINTICUATRO HORAS POST PARTUM; METODO QUE UTILIZARIAN AL SALIR DEL HOSPITAL
MARZO - JULIO 1986

DESVENTAJAS QUE SEÑALARON LAS PRIMIPARAS SOBRE LA ALIMENTACION AL PECHO	PRIMIPARAS DEL ESTUDIO	
	N°	%
TOTAL	58*	100
No hay desventaja	45	78
Impide la Movilización	6	10
Molestias en los pezones	1	2
Debilidad	2	3
La madre se adelgaza mucho	1	2
Desvelo durante la noche	1	2
No sabe	2	3

Fuente: Resultados de la encuesta realizada a 74 primíparas en dos Hospitales Gubernamentales del Area Metropolitana.

* No se incluyó a las madres que durante las primeras veinticuatro horas decidieron utilizar pecho con fórmula y fórmula al salir del hospital, aunque estaban practicando el alojamiento conjunto. En consecuencia el total no suma a las 74 primíparas del estudio.

ANALISIS DEL CUADRO N° 23

Un 78% de las primíparas que señalaron que al salir del hospital alimentarían a su bebé con pecho indicaron que la lactancia materna no tiene desventajas. No obstante, muy pocas de ellas lactaron a sus niños de manera exclusiva hasta los cuatro meses (ver Cuadro N° 1). Tal vez, porque necesitaban más apoyo de sus familiares, amigos y personal de salud.

Es relevante que algunas madres mencionen entre otras desventajas, limitación para movilizarse, molestias en los pezones, debilidad y adelgazamiento. Hoinvader Ynge en su publicación del I.N.C.A.P., hace mención de la movilización, al señalar que algunas madres consideran que el dar pecho las inmoviliza, mientras que el biberón las libera, acentúa su movilidad y las libra de la esfera doméstica encerrada.

Lo anteriormente expuesto, indica que es necesario brindar mayor información a las primíparas y a sus familiares acerca de: cómo organizarse mientras cumple con la responsabilidad de lactar a su bebé, cómo manejar y conservar la leche de pecho al movilizarse, ingesta de dieta balanceada y solución de algunos problemas comunes que surgen durante este período. (Ver diseño del Modelo de la aplicación de la teoría de Enfermería (Auto-Cuidado))

de Dorothea Orem en el plan de atención de los problemas más comunes durante la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los cuatro meses post partum.

CUADRO No.24

VENTAJAS QUE SEÑALARON LAS PRIMIPARAS SOBRE LA ALIMENTACION AL PECHO DURANTE LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, DESDE LA SEGUNDA HASTA LA DECIMO SEXTA SEMANA POST-PARTUM
MARZO - JULIO 1986

VENTAJAS QUE SEÑALARON LAS PRIMIPARAS SOBRE LA ALIMENTACION AL PECHO	DURACION DE LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA					
	2 a 6 semanas Post-partum*		12 semanas Post-partum*		16 semanas Post-partum*	
	T O T A L		T O T A L		T O T A L	
	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	74	100	74	100	74	100
MEJOR ALIMENTACION ES MAS SALUDABLE Y ECONOMICA	7	9.5	3	4	3	4
NO HAY QUE PREPARAR LA	9	12.2	-	-	-	-
	-	-	1	1.3	1	1.3

FUENTE: Resultado de la encuesta realizada a 74 primíparas en dos Hospitales Gubernamentales del Area Metropolitana.

* : No se incluyó a las primíparas que descontinuaron la práctica de la lactancia materna exclusiva. En consecuencia, los totales correspondientes a las madres de la segunda a la sexta semana, décimo segunda y décimo sexta semana respectivamente, no suman 74.

NOTA : En las primeras veinticuatro horas post-partum no se investigó esta característica. En consecuencia, no aparecen en el cuadro.

ANALISIS DEL CUADRO No.24

Detectamos que el 12% de las primíparas que ofrecieron pecho a su niño de la segunda a la décimo sexta semana, después de adquirir la experiencia con el método, consideraron como ventaja que la leche materna es la más saludable para la alimentación del niño. No obstante, ninguna de las madres de este grupo alimentó a su niño al pecho en forma exclusiva hasta los cuatro meses.

De las encuestadas, el 9% opinaron que la leche de pecho es la mejor alimentación; pero, sólo el 3% amamantó. Resulta preocupante el hecho de que las madres estén conscientes de las cualidades de la leche humana, sin embargo, no practican el hábito de lactar al pecho de la manera que se espera.

Después de analizar el cuadro, pensamos que tal vez, uno de los factores que inciden en el problema, es que los mensajes que proporciona el equipo de salud a las madres con respecto a la lactancia materna, se han convertido en algo repetitivo de escaso o nulo convencimiento.

Consideramos, por lo tanto, que es necesario implementar en el país, estrategias a nivel nacional, tendientes a lograr que el personal de salud, cambie la forma de transmitir los mensajes de manera tal, que las primíparas se

sientan emocionalmente motivadas a realizar la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los cuatro meses post partum.

Según el Dr. Carlos Samayoa y el Dr. Hernán Delgado, se ha comprobado que el personal de salud que ha sido capacitado adecuadamente acerca de las ventajas de la leche materna, favorece la lactancia.

Es importante señalar que de la segunda a la sexta semana, 1% de las madres reconoció que la leche materna no hay que prepararla. Hecho este que contribuyó, posiblemente, a que practicara el hábito de lactar al pecho hasta la décimo sexta semana post-partum.

CUADRO No.25

DESVENTAJAS QUE SEÑALARON LAS PRIMIPARAS SOBRE LA ALIMENTACION AL PECHO, DURANTE LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DESDE LA SEGUNDA HASTA LA DECIMO SEXTA SEMANA POST-PARTUM
MARZO - JULIO 1986

VENTAJAS QUE SEÑALARON LAS PRIMIPARAS SOBRE LA ALIMENTACION AL PECHO	DURACION DE LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA					
	2 a 6 semanas Post-partum*		12 semanas Post-partum*		16 semanas Post-partum *	
	T O T A L		T O T A L		T O T A L	
	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	74	100	74	100	74	100
NO HAY DESVENTAJAS	12	16.2	4	5.4	4	5.4
SE INTERRUMPE LA ALIMENTACION DEL BEBE	1	1.3	-	-	-	-
IMPIDE MOVILIDAD A LA MADRE	2	2.8	-	-	-	-
LA MADRE SE ADELGAZA	1	1.3	-	-	-	-

FUENTE: Resultado de la encuesta realizada a 74 primíparas en dos Hospitales Gubernamentales del Area Metropolitana.

* : No se incluyó a las primíparas que descontinuaron la práctica de la lactancia materna exclusiva. En consecuencia, los totales correspondientes a las madres de la segunda a la sexta semana, décimo segunda y décimo sexta semana respectivamente, no suman 74.

NOTA : En las primeras veinticuatro horas post-partum no se investigó esta característica. En consecuencia, no aparece en el cuadro.

ANÁLISIS DEL CUADRO No.25

Después de tener la experiencia con el método de alimentar a sus bebés con el pecho, desde su nacimiento hasta la segunda y sexta semana post partum, un 16% de las primíparas señalaron que el mismo no ofrece desventajas. Sin embargo, sólo un 5% de estas madres continuaron con dicha práctica durante los cuatro primeros meses de vida del niño.

Llama la atención que el 2% indicara que la lactancia materna impide la movilidad de la madre y el 1% que se interrumpe la alimentación del bebé y la madre se adelgaza.

El análisis expuesto nos permite reflexionar sobre la importancia de la visita domiciliaria a la puérpera con el fin de detectar y ayudar en forma oportuna a la madre en la solución de los problemas que son reconocidos como desventajas y que surgen durante los primeros meses del amamantamiento.

CUADRO N° 26

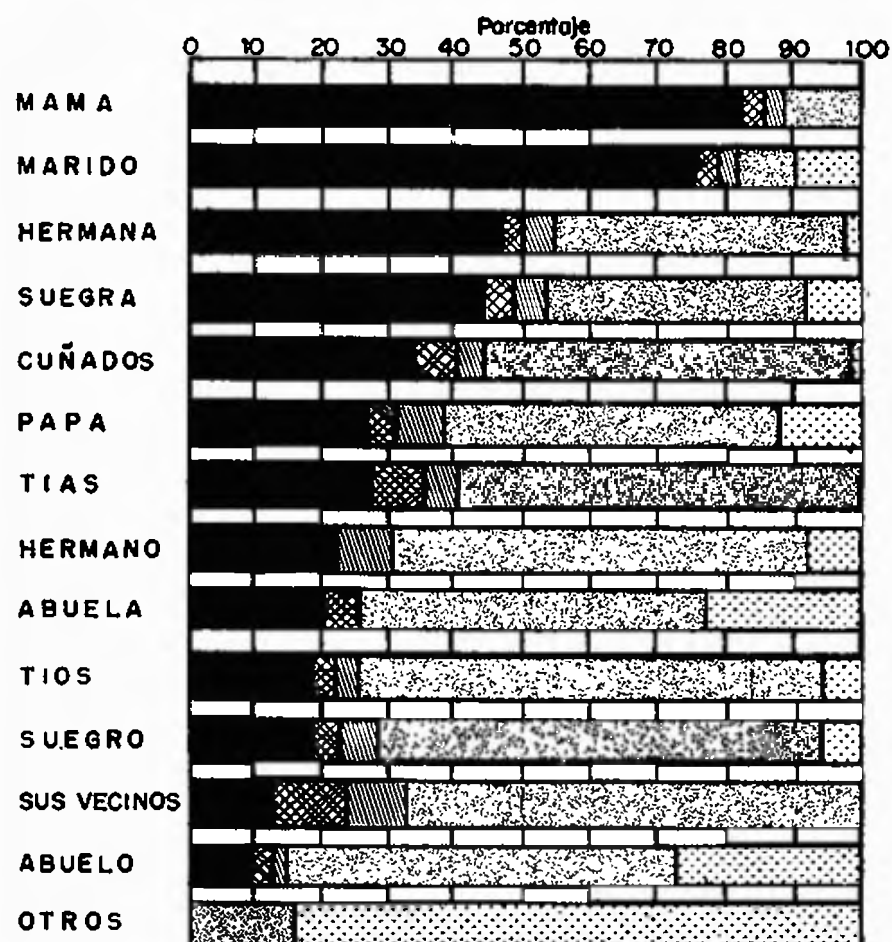
OPINION DE LAS PRIMIPARAS SOBRE EL TIPO DE APOYO FAMILIAR Y DE OTRAS PERSONAS
QUE RECIBIRIAN EN CASO DE DAR PECHO A SU NIÑO
MARZO - JULIO 1986

PERSONA	GRADO DE APOYO QUE RECIBIRIA LA PRIMIPARA											
	TOTAL		MUCHO		REGULAR		UN POCO		NADA		NO EXISTE	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
MARIDO	74	100	56	75.7	2	2.7	2	2.7	6	8.1	8	10.8
SUEGRA	74	100	33	44.6	3	4.0	3	4.1	29	39.2	6	8.1
SUEGRO	74	100	14	18.9	2	2.7	4	5.4	50	67.6	4	5.4
CUÑADOS	74	100	24	32.4	5	6.8	3	4.0	41	55.4	1	1.4
MAMA	74	100	61	82.4	2	2.7	2	2.7	9	12.2	0	0
PAPA	74	100	20	27.0	3	4.0	5	6.8	38	51.4	8	10.8
ABUELA	74	100	15	20.3	2	2.7	0	0.0	40	54.0	17	23.0
ABUELO	74	100	8	10.8	2	2.7	1	1.4	43	58.1	20	27.0
HERMANA	74	100	35	47.3	2	2.7	3	4.0	31	41.9	3	4.1
HERMANO	74	100	16	21.6	0	0.0	5	6.8	48	64.9	5	6.8
TIAS	74	100	20	27.0	5	6.8	2	2.7	47	63.5	0	0.0
TIOS	74	100	14	18.9	2	2.7	2	2.7	54	73.0	2	2.7
SUS VECINOS	74	100	9	12.2	8	10.8	6	8.1	51	68.9	0	0
OTROS	74	100	0	0	0	0	0	0	15	20.3	59	79.7

Fuente: Resultado de la encuesta realizada a 74 primiparas en dos Hospitales Gubernamentales del Area Metropolitana.

GRÁFICA No. 3

OPINION DE LAS PRIMIPARAS SOBRE EL TIPO DE APOYO
FAMILIAR Y DE OTRAS PERSONAS, QUE RECIBIRIAN
EN CASO DE DAR PECHO A SU NIÑO.
MARZO- JULIO 1986



ANALISIS DEL CUADRO Y GRAFICA N° 26

Los resultados del Cuadro revelan que en caso de dar pecho la primípara, recibiría mayor apoyo en el orden siguiente: su mamá, 82%, marido o cónyugue, 75%; hermana, 47.%; suegra, 44%. Cabe señalar, que familiares tales como: abuelo, abuela, tíos, tías, hermanos, suegro, cuñados, al igual que los vecinos ejercieron poco apoyo sobre la madre. Otros que incluye: Primos, patrona, personal de salud; tampoco ejercieron ninguna influencia.

Este estudio nos permitió determinar los familiares por consanguinidad y afinidad que ejercen mayor o menor influencia en el apoyo de la lactancia materna, ya que señaló las personas cercanas a la madre que requieren mucho o poco estímulo para motivar la práctica de la alimentación al pecho; por lo tanto indica, que existe la necesidad de ampliar nuestro medio de acción a las primíparas, sus familiares tanto los que ejercieron mucha y poca influencia así como sus vecinos para que el cumplimiento de la norma establecida sobre la alimentación del niño en los primeros cuatro meses tenga mayor éxito.

CONCLUSIONES

Y

RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

CONCLUSIONES

1. El alojamiento conjunto de la madre y el niño durante las veinticuatro horas del día, aumentó la incidencia de la práctica de la lactancia materna exclusiva, solamente durante el período de estancia de la madre en las salas de puerperio.
2. Del 17% de las primíparas que informaron a las veinticuatro horas post-partum que alimentarían a su bebé con leche materna por ser la mejor alimentación; sólo un 4% lo realizó hasta la décimo sexta semana post-partum.
3. A menor ingreso familiar, mayor posibilidad en el aumento de la prevalencia de la lactancia materna exclusiva.
4. A mayor ingreso familiar menor prevalencia de la práctica de la lactancia materna exclusiva.
5. La familia extendida contribuyó a la práctica de la lactancia materna exclusiva en un mayor porcentaje que la familia nuclear.

6. La primípara opina que su mamá, cónyuge o marido, suegra y hermana son las personas que mayormente apoyarían su decisión de alimentar a su bebé con el pecho.
7. Durante el control pre-natal el 32% de las primíparas de la muestra no recibieron sugerencias sobre la alimentación del recién nacido.
8. Del 58% de las primíparas que asistieron al control pre-natal durante los tres trimestres, el 11% practicó la lactancia materna exclusiva hasta la sexta semana post-partum.
9. La cantidad insuficiente de leche, el deseo de trabajar, pezones cortos y agrietados fueron las causas de mayor porcentaje que motivaron que algunas primíparas practicasen la ablactación desde su egreso del hospital hasta la décimo segunda semana post-partum.
10. Sólo el 5% de las primíparas del estudio que no trabajan, amamantaron a su hijo en forma exclusiva hasta los cuatro meses post-partum.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

1. Dar seguimiento por parte del personal de salud a las primíparas después de su egreso del hospital, para que el alojamiento conjunto contribuya a la prevalencia de la lactancia materna.
2. Fomentar de manera permanente la utilización de la leche materna exclusiva para alimentar a todos los niños hasta los cuatro meses de vida.
3. Establecer estrategias que disminuyan la fuga de divisas por la compra de fórmulas artificiales introducidas por las compañías transnacionales, apoyando todas las actividades que aumenten la prevalencia de la práctica de la lactancia materna exclusiva en nuestro país.
4. Considerar los hábitos y costumbres que promueven la duración de la práctica de la lactancia materna.
5. Guiar a los familiares de las madres para que sean agentes multiplicadores efectivos, en la promoción de la lactancia materna exclusiva.

6. Establecer mecanismos adecuados, para que los miembros del equipo de salud transmitan información relacionada con la lactancia materna, a las primíparas que acuden al control prenatal.
7. Divulgar y aplicar el diseño del modelo del plan de atención, auto cuidado de Dorothea Orem, para facilitar la participación del personal de salud en la solución de algunos problemas comunes durante la práctica de la alimentación del niño.
8. Promover la enseñanza de la importancia de la lactancia materna, en los cursos de ciencias en las escuelas primarias y secundarias, así como en aquellas materias formadoras de profesionales de la salud.
9. Utilizar en forma efectiva los medios de comunicación, con el fin de divulgar mensajes relacionados con la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los cuatro meses post-partum.
10. Estimular la realización de mayor cantidad de investigaciones relacionadas con la lactancia materna exclusiva para la identificación de otros factores que influyen en la misma.

BIBLIOGRAFIA

LIBROS

1. Batender, Elizabeth. ¿Existe el Amor Maternal? Traducido por Marta Vasallo. España: Ediciones Paidós/Pomares. 1981.
2. Benson, Ralph. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétrico. México: Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V., 1983.
3. Bethea, Doris. Enfermería Materno Infantil. 3ra. Edición. México: Nueva Editorial Interamericana, 1984.
4. Clark Ann, Dyanne Alfonso, Harris Thomas. Chilbearing A. Nursing Perspective. 2da. Edition. United States of America. F.A. Davis Company, 1979.
5. Chiavenato, Idalberto. Administración de Recursos Humanos. México: Editorial McGraw-Hill, 1983.
6. Du Gas, Beverly y Du Gas, Barbara. Tratado de Enfermería Práctica, 3ra. Edición. México: Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V., 1979.
7. Friesner, Airlene y Raft, Beverly. Enfermería Materno Infantil. México: Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V., 1984.
8. González, Elvia. Manual de Procedimiento de Enfermería. Panamá: Universidad de Panamá, 1985.
9. González, Merlo y del Sol J. Obstetricia. 2da. Edición. España: Salvat Editores, 1985.
10. Greenhil, J.P. y Friedman, Emanuel. Obstetricia. México: Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V., 1977.
11. Helsing, Elizabeth y Savage, Felicity. Guía Práctica para una Buena Lactancia. México: Editorial Pax México, 1985.
12. Hellman, Louis y Pritchard, Jack. Williams Obstetricia. 2da. Edición. española de la décimo quinta edición original norteamericana. México: Salvat Mexicana de Ediciones, S.A. de C.V., 1980.

13. Klaus, Marshall y Fanaroff, Avroy. Asistencia del del Recién Nacido de Alto Riesgo. Argentina: Editorial Médica Panamericana, 1981.
14. Moore, Mary. Realities in Childbearing. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1978.
15. Navarro, Vicente. Salud e Imperialismo. México: Editorial Siglo XXI, 1983.
16. Orem, Dorothea. Normas Prácticas en Enfermería. Madrid: Ediciones Pirámides, S.A., 1983.
17. Organización Internacional del Trabajo. Introducción al Estudio del Trabajo. Ginebra: Editorial OIT, 1981.
18. Pearce, Evelyn. Manual de Enfermería. España: Editorial Jims, 1978.
19. Pereira, Adys. Alimentación Infantil. Panamá: Editorial C.E.A.S.P.A., 1980.
20. Pérez, Villar José. Etapas del Desarrollo y Tratamiento Emocional en el Niño. Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1982.
21. Poletti, Rosetti. Cuidados de Enfermería. Traducido por Rosa María Alberdi Castell y María Paz Mompert García. Barcelona: Ediciones Rol, S.A., 1980.
22. Riordan, Jan. A Practical Guide To Breast Feedin. United States of America: The C.V. Mosby Company, 1983.
23. Sharon, Reeder y Otros. Enfermería Materno Infantil. Versión Española de la Décimo Tercera Edición Inglesa. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1978.
24. Spiegel, Murray. Estadística. México: Libros McGraw-Hill de México, S.A. de C.V., 1984.
25. Stoner, James. Administración. México: Editorial Prentice Hall Hispanoamericana, S.A., 1984.

26. Vaughan, Víctor; McKay, James; Nelson, Waldo. Tra-
tado de Pediatría. Tomo I, México: Salvat
Mexicana de Ediciones, S.A. de C.V., 1980.

REVISTAS

1. Barreto, Lauro. "Ausentismo". IDORT. N° 507 (junio 1978), pp. 15.
2. Gutiérrez, Leyton. "Variables Epidemiológicas del Amamantamiento en Panamá". Revistas Centroamericana de Ciencias Sociales. XV, N° 23 (1982). pp. 20.
3. Mata, Leonardo, "¿Es muy Peligrosa la Diarrea?". Salud Mundial. (abril 1986), pp. 30.
4. Organización Mundial de la Salud. "Dinámica de la Lactancia Materna". Crónica de la O.M.S. Vol. 37 (enero 1983), pp. 7.
5. Sociedad Pediátrica. "Nutrición Materno-Infantil en Países en Desarrollo". Archivos Argentinos de Pediatría. Vol. 84 (febrero 1986), pp. 107.
6. Villalobos, Arquímedes. "Patrones de Amamantamiento". Lacma 1, N° 1 (diciembre 1986), pp. 15.

TESIS

1. Maxwell, Josefa de. "Estudio Descriptivo de Algunos Factores Determinantes de Suspensión de la Lactancia Natural en un Grupo de 100 Madres en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo", (Tesis Inédita, Universidad de Panamá, 1981).
2. Stoute, Dolores. "Estudio Comparativo sobre la Alimentación en los Primeros Seis (6) Meses de Vida en un Grupo de Niños que Acuden al Centro de Salud de Pedregal en Meses de Agosto-Febrero", (Tesis Inédita, Universidad de Panamá, 1985).
3. Villarreal, Gabriela de y Monroy, Marixenia de. "Aceptación de las Nuevas Normas de Alimentación del Recién Nacido en un Grupo de Madres Egresadas de la Sala de Puerperio del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social", (Tesis Inédita, Universidad de Panamá, 1984).

FOLLETOS

1. Arquidiócesis de Panamá. Documento de la Semana Pastoral Familiar. Panamá: Curia Metropolitana - Departamento de la Familia, 1977.
2. Centro de Apoyo de la Lactancia Materna. Centro Regional de Documentación sobre Nutrición Materno Infantil, Lactancia y Destete. Salvador I.N.C.A.P., 1984.
3. Centro Regional de Documentación sobre Nutrición Materno Infantil, Lactancia y Destete. Seminario Nacional de Promoción de Lactancia Natural. (Panamá. Enero 1984), Guatemala:
4. Comisión Nacional de Lactancia Materna. Centro de Documentación sobre Nutrición Materno Infantil, Lactancia y Destete. Panamá: Comisión Nacional de Lactancia Materna, 1986.
5. Contraloría General de la República. Estadística Panameña, Sección 331. Comercio, Situación Económica, Comercio Exterior: Contraloría General de la República, 1984.
6. Hospital del Niño. Normas de Funcionamiento del Banco de Leche. Panamá: Hospital del Niño, 1983.
7. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Memoria Regional sobre Promoción de la Lactancia Natural en Centro América, Panamá y la República Dominicana, realizada (abril 25-29 1983), Guatemala: I.N.C.A.P.L. 20, 1984.
8. Ministerio de Salud. Dirección de Docencia e Investigación. Atención Primaria en Salud: La Experiencia Panameña. Panamá: Ministerio de Salud, 1978

BOLETINES

1. Boletín Estadístico del Hospital del Niño. Panamá: Patronato del Hospital del Niño, 1984, pp. 14.
2. Calderón, Manuel. "Apego y Alojamiento Conjunto". Boletín de la Facultad de Ciencias Médicas. Tegucigalpa: N° 4-5 (octubre, 1985), pp. 3.
3. Cuadro C. J. y Belitzky, Rubén. "Normatización de la Asistencia: Aspectos Básicos en el Manejo Perinatal de la Diabetes Mellitus Clínica Gestacional y Potencial". Salud Perinatal. (junio, 1986), pp. 60.
4. Chandra, R. K. "La Leche Materna y el Bebé Prematuro". Boletín sobre Alimentación Infantil y Nutrición Materna. Vol. 2 N° 3 (septiembre, 1982), pp. 6-7.
5. Cunha, Gerson. "Lactancia Materna y Regulación de la Fecundidad". Boletín sobre Alimentación Infantil y Nutrición Materna. Vol. 2 N° 3 (junio, 1983), pp. 5-7.
6. Feachem, R. y Koblinsky, M. "Medidas para el Control de las Enfermedades Diarréicas en Niños Menores de Cinco Años - Fomento de la Lactancia Materna". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 99, N° 5 (noviembre, 1985), pp. 464-483.
7. Huffman, Sandra. "Crecimiento de los Niños Alimentados Exclusivamente con Leche Materna". Boletín sobre Alimentación Infantil y Nutrición Materna. Vol. 5 N° 1 (noviembre - diciembre, 1985), pp. 5-6
8. Manoff, Richard. "Educación sobre Nutrición Lecciones Aprendidas". Boletín sobre Alimentación Infantil y Nutrición Materna". Vol. 2 N° 3 (septiembre, 1982), pp. 1-2.
9. Naylor, Andrey y Wester, Ruth. "Capacitación para Profesionales en Lactancia Materna". Boletín sobre Alimentación Infantil y Nutrición Materna. Vol. 5 N° 2 (abril - junio, 1986), pp. 1-3.

10. Relucio, Natividad. "¿Cómo Pueden los Hospitales Estimular la Lactancia Materna?". Boletín sobre Alimentación Infantil y Nutrición Materna. Vol. 2 N° 2 (mayo, 1982), pp. 4-6.

SUPLEMENTOS

1. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. "Recomendaciones y Conclusiones del Seminario de Promoción de la Lactancia Natural". Suplementos sobre Nutrición Materno Infantil, Lactancia y Destete. Vol. 1 (julio, 1983), pp. 3.
2. _____ "Combatiendo el Destete Precoz en Panamá". Suplemento sobre Nutrición Materno Infantil, Lactancia y Destete. Vol. 1 N° 2 (noviembre, 1983), pp. 1.
3. _____ "Promoción de Lactancia a Nivel Hospitalario". Suplemento sobre Nutrición Materno Infantil, Lactancia y Destete. Vol. 2 N° 1 (abril 1984), pp. 4.
4. _____ "Determinantes del Destete Temprano y Medidas para Extender la Lactancia Exclusiva". Suplemento sobre Nutrición Materno Infantil, Lactancia y Destete. Vol. 2 N° 2 (agosto, 1984), pp. 3.
5. _____ "Estudio del Acercamiento Temprano Madre-Infante sobre la Incidencia y Duración de la Lactancia Materna". Suplemento sobre Nutrición Materno Infantil, Lactancia y Destete. Vol. 2 N° 2 (agosto, 1984), pp. 1-2.
6. _____ "Drogas Contra indicadas que requieren del cese temporal y que deben evitarse durante la Lactancia". Suplemento sobre Nutrición Materno Infantil, Lactancia y Destete. Vol. 2 N° 2 (agosto 1984), pp. 4.
7. _____ "Ama-Mas: Promoción de la Lactancia Materna". Suplemento sobre Nutrición Materno Infantil, Lactancia y Destete. Vol. 3 N° 1 (febrero, 1985), pp. 1.

8. _____ "Problemas que pueden afectar una Lactancia Exitosa y su Solución". Suplemento sobre Nutrición Materno Infantil, Lactancia y Destete. Vol. 3 N° 4 (agosto, 1985), pp. 3.
9. _____ "El Papel del Personal de Enfermería en la Promoción de la Lactancia Materna". Suplemento sobre Nutrición Materno Infantil, Lactancia y Destete. Vol. 3 N° 5 (octubre, 1985), pp. 1-2.
10. _____ "Factores que influyen en el Destete de los Niños Guatemaltecos". Suplemento ASI (Avances en Supervivencia Infantil. Vol. 4 N° 1 (febrero, 1986), pp. 1 y 4.

ARTICULOS NO PUBLICADOS

1. Farinoni, Noemí. "La Cultura y el Recién Nacido".
Presentado en la Primera Jornada de Enfermería en Neonatología. Hospital del Niño. Panamá - julio, 1982, pp. 7. (Mecanografiado).
2. Rovetto, Oris. "Preparación Psicológica de la Familia para la Lactancia". Documento presentado en el Seminario de Lactancia Materna de la Universidad de Panamá - 1986. (Mecanografiado).

APENDICES

APENDICE N° 1

OPERACION MATEMATICA PARA OBTENER EL CONSUMO PROMEDIO
EN ONZAS DE LECHE MATERNA EN UN NIÑO PANAMEÑO SEGUN
LA EDAD

APENDICE N° 1

PROCEDIMIENTO MATEMATICO PARA OBTENER EL CONSUMO
PROMEDIO EN ONZAS DE LECHE MATERNA DE UN NIÑO PA-
NAMEÑO SEGUN LA EDAD EN MESES

<u>Edad/Meses</u>		<u>Consumo Total</u>
0 - 1	$\frac{1}{2} + 1\frac{1}{2} = \frac{1}{2} + \frac{3}{2} = \frac{4}{2} = \frac{2}{2} = 1$	360
1 - 2	$1\frac{1}{2} + 2\frac{1}{2} = \frac{2}{2} + \frac{5}{2} = \frac{8}{2} = 4, \frac{4}{2} = 2$	600
2 - 3	$\frac{5}{2} + \frac{7}{2} = \frac{12}{2} = 6, \frac{6}{2} = 3$	720
3 - 4	$\frac{9}{2} = \frac{16}{2} = 8, \frac{8}{2} = 4$	960
		<u>2640</u> onzas

$$*35. \frac{2640}{272776} = 74.84 \text{ kilos}$$

* Factor de conversión de onzas a kilos.

APENDICE N° 2

OPERACION MATEMATICA PARA CALCULAR LA CANTIDAD DE
MADRES LACTANTES NECESARIAS PARA SUPLIR LA IMPOR-
TACION DE FORMULAS LACTEAS REALIZADAS EN EL PAIS
AÑO: 1984

APENDICE N° 2

OPERACION MATEMATICA PARA CALCULAR LA CANTIDAD DE MADRES
LACTANTES NECESARIAS PARA SUPLIR LA IMPORTACION DE FORMU-
LAS LACTEAS REALIZADAS EN EL PAIS: AÑO 1984

*Cantidad de kilos netos, de leche en polvo y liqui-
da importados en el país. Año 1984 = 678,638; valor B/
2,801,148.

Consumo promedio en kilos de leche materna por un ni-
ño de cero a cuatro meses de edad - 74.84 (ver Apéndice
N° 1).

Operación:

$$\frac{678,368 \text{ k}}{74.84 \text{ k/madres}} = 9068 \text{ madres}$$

* Contraloría General de la República. Estadística Pa-
nameña. Sección 331. Comercio, Situación Económica,
Comercio Exterior: Contraloría General de la Repúbli-
ca, 1984, p. 29.

APENDICE N° 3

OPERACION MATEMATICA PARA OBTENER LOS NACIMIENTOS
VIVOS EN LA REPUBLICA DE PANAMA: AÑO 1984

APENDICE N° 3

OPERACION MATEMATICA PARA OBTENER LOS NACIMIENTOS VIVOS
EN LA REPUBLICA DE PANAMA: AÑO 1984

Cantidad de madres lactantes 56,659*

Defunciones de niños menores de 28 días y hasta los
cuatro meses 952*.

Operación Matemática:	56,659
	- <u>952</u>
Diferencia	= 55,707 (nacidos vivos)

* Estadísticas vitales de la Contraloría General de la
República. Año 1984.

Two Documents

APENDICE N° 4

OPERACION MATEMATICA PARA OBTENER EL AHORRO MONETARIO
APROXIMADO DE CADA MADRE EN IMPORTACION DE FORMULA
LACTEA DURANTE UN PERIODO DE CUATRO MESES

APENDICE N° 4

OPERACION MATEMATICA PARA OBTENER EL AHORRO MONETARIO
 APROXIMADO DE CADA MADRE EN IMPORTACION DE FORMULA
 LACTEA DURANTE EL PERIODO DE CUATRO MESES

Precio promedio de importación: 4.128 *

Kilos aproximados de leche consumidos por un niño
 de cero a cuatro meses de edad: 74.84 (ver Apéndice
 N° 1).

Operación: B/.4.128 kilos x 74.84 = B/.308.93

* Valor C.I.F. (costo, seguro y
 flete). = $\frac{B/.2,801,148}{678,638} = 4.128$

Kilos netos importados 678,638

APENDICE N° 5
GUIA DE LA ENTREVISTA
ALIMENTACION DEL LACTANTE MENOR

APENDICE N° 5
Universidad de Panamá
Facultad de Enfermería

Estimada madre:

El propósito de este formato es el de obtener información sobre la práctica de lactancia materna exclusiva en un grupo de primíparas panameñas. Los datos proporcionados serán de absoluta confidencialidad.

Los mismos se utilizarán en la realización de un trabajo de investigación y optar por el título de Master en Ciencias con Especialización en Enfermería Materno Infantil.

Confiando en su alto espíritu de comprensión, agradecemos su colaboración.

Atentamente,

Dolores Espinosa

Olga R. de Sánchez

APENDICE N° 5

GUIA DE LA ENTREVISTAALIMENTACION DEL LACTANTE MENOR

Lugar de la entrevista _____

Nombre del entrevistador _____

Fecha de la entrevista _____

Hora de inicio de la entrevista _____

Hora de terminación _____

I. SECCION DE ALIMENTACION DEL LACTANTE

DECISIONES SOBRE EL METODO DE ALIMENTACION:

1. ¿COMO ALIMENTARA USTED A SU BEBE DESPUES QUE SALGA DEL HOSPITAL?
 - CON FORMULA (ESPECIFIQUE LA MARCA) _____
 - CON FORMULA DE SOYA
 - CON LECHE DE SOYA
 - CON PECHO (POR CUANTO TIEMPO?) _____
 - CON PECHO Y FORMULA
 - CON ALGUN OTRO METODO (Describa: _____)

2. ¿CUAL FUE LA PRINCIPAL RAZON DE HABER ESCOGIDO (RESPUESTA A LA PREGUNTA N° 1).
 - _____
 - _____
 - _____

3. ¿CUAL FUE LA PRINCIPAL VENTAJA DEL METODO DE ALIMENTACION QUE USTED ESCOGIO?
 - _____
 - _____
 - _____

4. ¿CUAL FUE LA PRINCIPAL DESVENTAJA DEL METODO DE ALIMENTACION QUE USTED ESCOGIO?
 - _____

5. ¿CUANDO TOMO USTED LA DECISION SOBRE EL METODO DE ALIMENTACION QUE UTILIZARIA?

- ___ ANTES DE EMBARAZARSE
 ___ DURANTE LOS PRIMEROS MESES DE EMBARAZO
 ___ DURANTE LOS ULTIMOS MESES DE EMBARAZO
 ___ EN EL MOMENTO DEL PARTO

6. ¿QUE OPINA EL PADRE DEL BEBE SOBRE EL METODO DE ALIMENTACION ESCOGIDO?

D: AUSENTES 1: NADA 2: UN POCO 3: REGULAR 4: MUCHO

- | | |
|--|---|
| ___ MARIDO/PAREJA | ___ SUS VECINOS |
| ___ SU SUEGRA | ___ OTRA PERSONA IMPORTANTE (Especifique) _____) |
| ___ SU SUEGRO | ___ UN DOCTOR |
| ___ SU MADRE | ___ UNA ENFERMERA |
| ___ SU PADRE | ___ UNA PARTERA |
| ___ SU ABUELO | ___ UN ARTICULO DEL PERIODICO. |
| ___ SU ABUELA | ___ UN ARTICULO DE REVISTA. |
| ___ TIAS | ___ COMERCIALES (Posters o Carteleras) |
| ___ TIOS | ___ UN LIBRO O PANFLETO. |
| ___ SUS HERMANAS | ___ TELEVISION O CINE |
| ___ SUS HERMANOS | ___ RADIO |
| ___ OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA (Especifique _____) | ___ UN PROGRAMA EDUCATIVO (parte de un curso, una clase sobre parto, etc. |
| ___ UN GRUPO DE APOYO | |

_____ OTRO (Especifique:
 _____)

7. ¿QUE TANTO INFLUYERON LAS SIGUIENTES PERSONAS O COSAS EN LA DECISION SOBRE EL METODO DE ALIMENTACION QUE USTED ESCOGIO?

0: AUSENTES 1: NADA 2: UN POCO 3: REGULAR 4: MUCHO

- | | |
|--|---|
| _____ MARIDO/PAREJA | _____ SUS VECINOS |
| _____ SU SUEGRO | _____ OTRA PERSONA IMPORTANTE.
(Especifique _____) |
| _____ SU SUEGRA | _____ UN DOCTOR |
| _____ SU MADRE | _____ UNA ENFERMERA |
| _____ SU PADRE | _____ UNA PARTERA |
| _____ SU ABUELO | _____ UN ARTICULO DEL PERIODICO. |
| _____ SU ABUELA | _____ UN ARTICULO DE REVISTA. |
| _____ TIAS | _____ COMERCIALES (POSTERS O CARTELERAS). |
| _____ TIOS | _____ UN LIBRO O PANFLETO. |
| _____ SUS HERMANAS | _____ TELEVISION O CINE |
| _____ SUS HERMANOS | _____ RADIO |
| _____ OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA (Especifique _____) | _____ UN PROGRAMA EDUCATIVO (Parte de un curso, una clase sobre parto, etc. |
| _____ UNA AMIGA CERCANA | _____ UN GRUPO DE APOYO |
| _____ OTRO (Especifique _____) | |

8. ¿COMO SE SENTIRIA USTED AL ESTAR DANDO PECHO A SU BEBE?

D: NO SE 1: NADA 2: UN POCO 3: REGULAR 4: MUCHO

_____ ¿ESTARIA RELAJADA Y CONFIADA

_____ ¿TENDRIA SENTIMIENTOS DE VERGUENZA?

_____ ¿SE SENTIRIA COMODA ALIMENTANDO AL BEBE SOLO EN PRIVADO?

_____ ¿SE SENTIRIA COMODA ALIMENTANDO AL BEBE EN SU CASA FRENTE A SUS AMIGOS?

_____ ¿DISFRUTARIA USTED EL TIEMPO QUE PASA CON SU BEBE?

_____ ¿SE SENTIRIA COMODA ALIMENTANDO A SU BEBE EN LUGARES PUBLICOS?

_____ ¿TENDRIA DIFICULTADES DURANTE LAS PRIMERAS SEMANAS?

_____ ¿SE SENTIRIA NERVIOSA SOBRE SU HABILIDAD DE UTILIZAR ESE METODO CON EXITO?

9. INDEPENDIEMENTE DEL METODO DE ALIMENTACION QUE USTED ESCOGIO, ¿QUE TANTO APOYARIAN LAS SIGUIENTES PERSONAS, SI USTED ESTUVIERA DANDO PECHO A SU BEBE?

0: AUSENTES 1: NADA 2: UN POCO 3: REGULAR 4: MUCHO

_____ MARIDO/PAREJA

_____ SUS TIAS

_____ SUEGRA

_____ SUS TIOS

_____ SUEGRO

_____ SUS HERMANAS

_____ SU MAMA

_____ SUS HERMANOS

_____ SU PAPA

_____ OTROS PARIENTES (Especifique _____)

_____ SU ABUELA

_____ SU MEJOR AMIGA

_____ SU ABUELO

_____ OTRA PERSONA IMPORTANTE (Especifique: _____)

_____ SUS VECINOS

INFORMACION SOBRE ALIMENTACION AL EGRESO DEL HOSPITAL

10. ¿PLANEA USTED ALIMENTAR A SU BEBE DE ACUERDO A:
- ___ UN HORARIO FIJO DE COMIDA
- ___ A LIBRE DEMANDA (CADA VEZ QUE EL TENGA HAMBRE)
- ___ NO ESTA SEGURA/NO SABE
11. ¿EL BEBE UTILIZARA CHUPON?
- ___ SI ___ NO ___ NO ESTA SEGURA EN ESTE MOMENTO
12. ¿LA ALIMENTACION SERA ADMINISTRADA POR:
- ___ LA MADRE SOLAMENTE
- ___ OTRA PERSONA SOLAMENTE (especifique la persona y el método:_____)
- ___ LA MADRE Y ALGUIEN MAS (especifique la persona y método:_____)
13. ¿PIENSA USTED TOMAR ALGUNA CLASE O FORMA PARTE DE UN GRUPO DE APOYO QUE LE DE MAS INFORMACION SOBRE LA ALIMENTACION DE SU BEBE?
- ___ SI (Especifique detalles)_____
- ___ NO
- ___ NO ESTA SEGURA/NO SABE
14. ¿QUIEN LE AYUDARA CON CUALQUIER PROBLEMA DE ALIMENTACION QUE DESARROLLE SU BEBE?
- _____
- _____

II. ATENCION PRE-NATAL

15. ¿RECIBIO USTED ATENCION PRE-NATAL? (marque todos los que sean apropiados).
- DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE
- DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE
- DURANTE EL TERCER TRIMESTRE
- NO (continuar a la pregunta N° 23)
16. ¿CUALES DE LOS SIGUIENTES TRABAJADORES DE SALUD PARTICIPARON EN SU ATENCION PRE-NATAL? (marque todos los que sean apropiados).
- DOCTOR
- ENFERMERA
- PARTERA
- OTRO (especifique _____)
17. ¿PLATICO USTED SUS PLANES PARA ALIMENTAR AL BEBE CON LAS SIGUIENTES PERSONAS? (marque todas las que sean apropiadas).
- DOCTOR
- ENFERMERA
- PARTERA
- OTRO (especifique: _____)
18. ¿TUVO USTED UN EXAMEN DEL PECHO COMO PARTE DE LA ATENCION PRE-NATAL?
- SI
- NO
- NO ESTOY SEGURA

19. ¿SI SE LE PRACTICO A USTED UN EXAMEN DE LOS SENOS,
EL RESULTADO ALTERO SU INTENCION DE DAR PECHO?
- SI NO
20. ¿SUS HABITOS Y NECESIDADES ALIMENTARIOS FUERON
APLICADOS?
- SI
 NO
 NO ESTA SEGURA
21. SI LA RESPUESTA AL NUMERO 20 FUE "SI", FUERON APLI-
CADOS SUS HABITOS Y NECESIDADES ALIMENTICIAS?
- EN RELACION AL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL
BEBE DURANTE EL EMBARAZO.
- EN RELACION A SU SALUD, DESPUES QUE EL BEBE
HAYA NACIDO.
- EN RELACION A DAR PECHO Y LAS NECESIDADES DEL
BEBE.
- OTRO (especifique: _____)
22. LA PERSONA QUE LE DIO ATENCION PRE-NATAL:
- SUGIRIO QUE LE DIERA PECHO AL BEBE
- SUGIRIO QUE LE DIERA BIBERON AL BEBE
- SUGIRIO QUE LE DIERA BIBERON Y PECHO AL BEBE
(Método Combinado).
- HABLO SOBRE ALIMENTACION, PERO NO DEMOSTRO PRE-
FERENCIA ENTRE EL PECHO Y EL BIBERON.
- NO HABLO SOBRE LA ALIMENTACION DEL BEBE

III. INFORMACION DE ANTECEDENTES DE LA MADRE

23. ESTADO CIVIL:

SOLTERA DIVORCIADA
 CASADA SEPARADA
 VIUDA UNION LIBRE

24. ESCOLARIDAD:

PRIMARIA: NUMERO DE AÑOS _____
 SECUNDARIA: NUMERO DE AÑOS _____
 VOCACIONAL: NUMERO DE AÑOS _____
 UNIVERSITARIA: NUMERO DE AÑOS _____
(Profesión _____)
 NUMERO DE AÑOS DE ESCOLARIDAD FORMAL
TOTAL _____ AÑOS

25. RELIGION:

CATOLICA PROTESTANTE
 JUDIA SIN RELIGION ESPECIFICA
 OTRO (especifique: _____)

26. EMPLEO:

OCUPACION DE LA MADRE: _____

27. ¿ESTUVO LA MADRE EMPLEADA O ASISTIO A CLASE FUERA DE LA CASA ANTES O DURANTE EL EMBARAZO?

SI NO

28. ¿LA MADRE PIENSA TRABAJAR O ASISTIRA A CLASES AHORA QUE NACIO EL BEBE?

SI (especifique la edad del bebé cuando ella piensa trabajar o asistir a clases: _____)

29. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ELLA TRABAJARA O ASISTIR A CLASES:
- TIEMPO COMPLETO
- TIEMPO PARCIAL
- OCASIONALMENTE (SIN HORARIO FIJO)
30. ¿ES LA MADRE LA PRINCIPAL FUENTE DE INGRESO O LA CABEZA DE FAMILIA?
- SI NO
31. SI ELLA NO ES, ¿QUE CLASE DE TRABAJO TIENE EL O LA CABEZA DE FAMILIA.
-
-
32. INGRESO FAMILIAR (incluye a todos los miembros de la familia que trabajan).
- SEMANAL QUINCENAL MENSUAL
- MENOS DE 10,000 pesos
- DE 10 A 15,000 pesos
- DE 16 A 20,000 pesos
- DE 21 A 25,000 pesos
- DE 26 A 30,000 pesos
- DE 31 A 35,000 pesos
- MAS DE 35,000 pesos
- NO SABE
33. LA MADRE VIVE EN:
- LA ZONA RURAL LA ZONA URBANA

34. ¿POR CUANTO TIEMPO VIVIO LA MADRE EN LA ZONA CI-
TADA EN EL NUMERO 33?
-
35. SI MENOS DE 3 AÑOS, SU RESIDENCIA ANTERIOR FUE EN:
 LA ZONA RURAL LA ZONA URBANA
36. ¿COMO DESCRIBIRIA LA MADRE SU SALUD ANTES DEL EM-
BARAZO?
 EXCELENTE REGULAR
 BUENA MALA (especifique _____)
37. COMO DESCRIBIRIA LA MADRE SU SALUD DURANTE EL EM-
BARAZO?
 EXCELENTE BUENA REGULAR
 MALA (especifique _____)
38. ¿HA TENIDO LA MADRE ANTECEDENTES DE:
- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ENFERMEDADES CARDIACAS? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| DIABETES | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ABORTOS | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| PROBLEMAS MEDICOS CON SUS
PECHOS? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| PROBLEMAS DE TIROIDES? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ARTRITIS? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ENFERMEDADES DE LOS
RIÑONES? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| HIPERTENSION? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

39. DURANTE EL EMBARAZO, LA MADRE FUMO? SI NO
- TOMO BEBIDAS EMBRIAGANTES SI NO
- USO MARIHUANA? SI NO
40. CUANDO USTED ERA PEQUEÑA, ¿QUE METODO UTILIZO SU MADRE PARA ALIMENTARLA?
- BIBERON
- PECHO (Hasta qué edad? _____ meses)
- BIBERON Y PECHO
- NO SABE
41. HUBO HERMANOS (NAS) MAS PEQUEÑOS EN CASA QUE SE LES DIO PECHO?
- SI NO NO SABE/NO ESTA SEGURA
42. EL BEBE ES:
- MASCULINO FEMENINO
43. COMO SE LLAMA EL BEBE? _____
44. ¿DONDE LA PODEMOS ENCONTRAR DENTRO DE 15 DIAS (DOS SEMANAS) PARA PLATICAR CON USTED SOBRE EL BEBE? (SEA ESPECIFICA).
- _____
- _____

IV. INFORMACION DEL EXPEDIENTE HOSPITALARIO

45. NOMBRE DE LA MADRE _____
- DIRECCION: _____
- TELEFONO: _____
- NUMERO DE IDENTIFICACION DEL EXPEDIENTE: _____

46. EDAD: _____ AÑOS
47. EL PARTO FUE:
 _____ VAGINAL NORMAL
 _____ VAGINAL ASISTIDO (Forceps, extracción con aspiradora).
 _____ CESAREA
48. EL CONTACTO MADRE-BEBE OCURRIO: (MARQUE TODOS LOS QUE SEAN APROPIADOS).
 _____ EN LA SALA DE PARTOS (especifique si le dio el pecho: _____)
 _____ DENTRO DE UNA HORA DESPUES DEL PARTO (especifique si le dio pecho: _____)
 _____ MAS DE TRES HORAS DESPUES DEL PARTO (especifique los detalles: _____)
49. ¿ESTA LA MADRE DANDO EL PECHO AL BEBE?
 _____ SI _____ NO
50. ¿ESTABA EL PAPA DEL NIÑO PRESENTE EN LA SALA DE PARTOS?
 SI _____ NO _____
51. ¿EL BEBE FUE:
 _____ DE TERMINO _____ PREMATURO _____ POST-MADURO
52. ¿CUANTO PESO EL BEBE AL NACER?
 _____ KILOS _____ GRAMOS
53. EL BEBE ESTA:
 _____ QUEDANDOSE CON LA MADRE (24 horas al día).

___ EN LA SALA DE CUNEROS EN LA NOCHE Y CON LA MADRE DURANTE EL DIA.

___ EN LA SALA DE CUNEROS, EXCEPTO DURANTE LAS HORAS DE ALIMENTACION.

___ EN LA SALA DE CUNEROS TODO EL TIEMPO

54. SI SE LE ESTA DANDO PECHO AL BEBE, ESTE ESTA:

___ UNICAMENTE TOMANDO PECHO

___ TOMANDO PECHO Y AGUA SOLAMENTE

___ TOMANDO PECHO Y BIBERONES SUPLEMENTARIOS DE AGUA Y GLUCOSA.

___ TOMANDO PECHO, CON AGUA Y CON FORMULA

___ TOMANDO PECHO Y BIBERONES SUPLEMENTARIOS DE FORMULA.

___ TOMANDO PECHO Y OTRA CLASE DE ALIMENTO SUPLEMENTARIO (CUAL?)

APENDICE N° 6
/

GUIA DE LA ENTREVISTA

MANEJO DE LA ALIMENTACION DE PECO

APENDICE N° 6
Universidad de Panamá
Facultad de Enfermería

Estimada madre:

El propósito de este formato es el de obtener información sobre la práctica de lactancia materna exclusiva en un grupo de primíparas panameñas. Los datos proporcionados serán de absoluta confidencialidad.

Los mismos se utilizarán en la realización de un trabajo de investigación y optar por el título de Master en Ciencias con Especialización en Enfermería Materno-Infantil.

Confiando en su alto espíritu de comprensión, agradecemos su colaboración.

Atentamente,

Dolores Espinosa

Olga R. de Sánchez

APENDICE N° 6

GUIA DE LA ENTREVISTA

MANEJO DE LA ALIMENTACION DE PECHO

I. INFORMACION DE IDENTIFICACION

1. PAIS: _____
2. NUMERO DE IDENTIFICACION EN EL ESTUDIO: _____
3. ENTREVISTA INICIAL: ENTREVISTADOR _____
3--A INSTITUCION: _____
4. NOMBRE DE LA MADRE ENTREVISTADA: _____
4-A NOMBRE DEL BEBE: _____
5. SEXO DEL BEBE () M () F
6. FECHA DE NACIMIENTO DEL BEBE: _____
 día mes año
7. DOMICILIO DE LA MADRE: _____
 número calle
 _____ _____
 colonia ciudad

8. FECHA DE LA ENTREVISTA: _____
 día mes año
9. LUGAR DE LA ENTREVISTA:
 () DOMICILIO DE LA PACIENTE
 () CENTRO DE SALUD, CLINICA U HOSPITAL
 () OTRO (especifique: _____)

10. NOMBRE DEL ENTREVISTADOR:

II. INFORMACION GENERAL: (todos los entrevistados deben responder a las siguientes preguntas).

11. ¿LA MADRE ESTA TRABAJANDO Y RECIBIENDO SALARIO ESTE MES?
- () TIEMPO COMPLETO
- () TIEMPO PARCIAL
- () NO
12. ¿ESTA LA MADRE ASISTIENDO A LA ESCUELA ESTE MES?
- () TIEMPO COMPLETO
- () TIEMPO PARCIAL
- () NO
13. ¿VIVE EL MARIDO/PAREJA CON LA FAMILIA PRESENTEMENTE?
- () PERMANENTEMENTE
- () TEMPORALMENTE
- () NO
- () NO DIJO
- () OTRO (especifique: _____)
14. ¿ESTA EL MARIDO/PAREJA TRABAJANDO Y RECIBIENDO SALARIO ESTE MES?
- () TIEMPO COMPLETO
- () TIEMPO PARCIAL
- () NO
- () NO SABE

- () POR MEDIO DE LA MADRE DIRECTAMENTE
- () POR MEDIO DE LECHE SACADA DE LA MADRE
- () POR MEDIO DE LA LECHE DE OTRA MUJER
- () OTRO (especifique)
21. ¿CUANDO LE ESTA DANDO PECHO AL NIÑO?
- () A DEMANDA LIBRE
- () CON HORARIO FIJO
- () OTRO (especifique)
22. ¿CUANTAS VECES SE LE DA PECHO AL NIÑO CUANDO LA MADRE ESTA NORMALMENTE DESPIERTA? (por ejemplo entre las 7 a.m. y las 10 p.m.)
-
23. ¿CUANTAS VECES SE LE DA PECHO AL NIÑO CUANDO LA MADRE ESTA NORMALMENTE DORMIDA? (por ejemplo entre las 10 p.m. y las 7 a.m.)
-
24. ADEMAS DE LA LECHE DE PECHO, ¿QUE MAS SE LE DIO AL NIÑO LA SEMANA PASADA? (marque todos los que aplique).
- a. NADA MAS QUE LECHE MATERNA ()
- b. LECHE MATERNA Y TE ()
- c. SOLO LECHE MATERNA Y JUGO DE FRUTAS, AGUA Y/O VITAMINAS. ()
- d. LECHE MATERNA CON SUPLEMENTOS LACTEOS OCASIONALES. ()
- e. LECHE MATERNA CON SUPLEMENTOS LACTEOS TODOS LOS DIAS. ()
- f. LECHE MATERNA Y OTROS SUPLEMENTOS. ()

25. SI ESTAN DANDO SUPLEMENTOS LACTEOS O DE OTROS ALIMENTOS, ¿CUALES DE LOS SIGUIENTES FUERON USADOS LA SEMANA PASADA?
(Marque todos los que se apliquen)
- a. LECHE O PRODUCTOS LACTEOS ()
 - b. CEREALES (trigo, maiz, arroz, sorgo) ()
 - c. HUEVOS, CARNES, PESCADO, POLLO, MARISCOS. ()
 - d. VERDURAS TALES COMO GUISANTES, PAPAS, ÑAME, YUCA, OTOE, ZAPALLO. ()
 - e. FRUTAS ()
 - f. OTROS (especifique) ()
26. SI LA MADRE HA EMPEZADO A SUPLEMENTAR REGULARMENTE (PRODUCTOS LACTEOS U OTRAS COMIDAS) ¿QUE EDAD TENIA EL NIÑO CUANDO ELLA EMPEZO? _____
semanas
27. SI LA SUPLEMENTACION REGULAR HA SIDO INICIADA, ¿POR QUE LA INICIO LA MADRE?

28. ¿QUE O QUIEN LA AYUDO A TOMAR ESTA DECISION?

29. CUANDO LA MADRE ESTA DANDO PECHO, ¿DONDE PREFERE DARLO?
- a. SOLA EN SU CASA, DISCRETAMENTE ()
 - b. SOLA EN SU CASA, NO LE PREOCUPA TENER PRIVACIDAD. ()

- c. EN CUALQUIER LUGAR, PERO TRATA DE HACERLO DISCRETAMENTE ()
- d. EN CUALQUIER LUGAR, NO LE IMPORTA TENER PRIVACIDAD. ()
30. ¿SE HA ENCONTRADO LA MADRE CON ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?
- a. PREGUNTANDOSE SI TIENE SUFICIENTE LECHE?
 () SI (por favor dar detalles) _____
 () NO
- b. CANSANCIO/FALTA DE SUEÑO () SI () NO
- c. EL BEBE NO ACEPTA EL PECHO () SI () NO
- d. ENFERMEDAD DEL BEBE () SI () NO
- e. ENFERMEDAD DE LA MADRE () SI () NO
- f. DOLOR EN LOS PEZONES O EL PECHO. () SI () NO
- g. ENCONTRAR EL TIEMPO SUFICIENTE PARA DAR PECHO. () SI () NO
- h. PREOCUPADA PORQUE EL BEBE TENGA SUFICIENTE QUE COMER () SI () NO
- i. INFECCION EN EL PECHO () SI () NO
31. ¿HA TENIDO LA MADRE OTROS PROBLEMAS DE MANEJO?
 () NO
 () SI (por favor dar detalles) _____

- 31a. SI LA SUPLEMENTACION REGULAR CON PRODUCTOS LACTEOS HA SIDO INICIADA ¿CUANTOS BIBERONES DE LECHE O FORMULA TOMA EL NIÑO DURANTE 24 HORAS?

IV. INFORMACION SOBRE LA NO ALIMENTACION DE PECHO (para ser respondida sólo por madres que han dejado de dar pecho).

32. SI HA DEJADO DE DAR PECHO COMPLETAMENTE, ¿CUAL FUE LA PRINCIPAL RAZON POR LA QUE LA MADRE DEJO DE DAR PECHO?

33. ¿QUE RAZONES ADICIONALES TIENE LA MADRE PARA HABERLO SUSPENDIDO? (Marque SI o NO para todos)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> FALTA DE LECHE | <input type="checkbox"/> HINCHAZON DEL PECHO. |
| <input type="checkbox"/> INQUIETUD DEL BEBE | <input type="checkbox"/> PREFERENCIA |
| <input type="checkbox"/> CANSANCIO DE LA MADRE. | <input type="checkbox"/> BEBE REHUSA EL PECHO. |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DEL BEBE | <input type="checkbox"/> INFECCION DE LOS PEZONES. |
| <input type="checkbox"/> BEBE TOMANDO MEDICAMENTOS. | <input type="checkbox"/> INFECCION DE LOS PECHOS. |
| <input type="checkbox"/> DIFICULTADES EN LA CASA. | <input type="checkbox"/> PERDIDA DE CONFIANZA EN LA HABILIDAD DE DAR PECHO. |
| <input type="checkbox"/> MADRE TOMANDO MEDICAMENTO. | |
| <input type="checkbox"/> LA MADRE ESTUDIA | <input type="checkbox"/> LA MADRE TRABAJA |
| <input type="checkbox"/> OTRO (especifique): | _____ |

34. ¿QUE EDAD TENIA EL NIÑO, EN SEMANAS, CUANDO DEJO DE DARLE EL PECHO?

35. ¿CUANTAS VECES COME EL NIÑO CUANDO LA MADRE ESTA NORMALMENTE DESPIERTA? (Por ejemplo entre las 7 p.m. y las 10 a.m.)
-
36. ¿CUANTAS VECES COME EL NIÑO CUANDO LA MADRE ESTA NORMALMENTE DORMIDA? (Por ejemplo entre las 10 p.m. y las 7 a.m.)
-
37. LA SEMANA PASADA SE LE DIO AL NIÑO:
- a. NADA MAS QUE LECHE O FORMULA BASADA EN LECHE. ()
 - b. LECHE O FORMULA DE LECHE O TE ()
 - c. LECHE O FORMULA DE LECHE, JUGO DE FRUTAS, AGA Y/O VITAMINAS. ()
 - d. LECHE O FORMULA DE LECHE, CON ALIMENTOS SUPLEMENTARIOS OCASIONALMENTE. ()
 - e. LECHE O FORMULA DE LECHE CON SUPLEMENTOS, TODOS LOS DIAS. ()
- 38, DE LAS SIGUIENTES, ¿CUALES SE LE DIERON AL NIÑO LA SEMANA PASADA? (Marque SI o NO para todos).
- a. CEREALES (trigo, maíz, arroz, sorgo) ()
 - b. HUEVOS, CARNE, PESCADO, ETC. ()
 - c. VERDURAS TALES COMO CHICHAROS, FRIJOLES, PAPAS, ETC. ()
 - d. FRUTAS ()
 - e. OTROS (especifique) ()
 - f. NINGUNO DE LOS ANTERIORES ()

39. CUANDO SE LE DIO PECHO AL BEBE, ¿ GANO PESO?
 SI NO
40. ¿ERA EL BEBE ALERGICO A LA LECHE MATERNA?
 SI NO
41. ¿ACEPTO EL PADRE LA ALIMENTACION DE PECHO?
 SI NO
 OTRO (especifique_____)
42. ¿ALGUIEN DESAPROBABA LA ALIMENTACION DE PECHO?
 SI NO
 (Especifique)_____

V. INFORMACION GENERAL (Para ser contestada por todos los entrevistados).

43. ¿QUE DIFICULTADES TIENE O TUVO EL BEBE CUANDO SE LE ESTA O ESTABA DANDO PECHO? Marque SI o NO para todos).
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> DIFICULTAD AGARRANDO EL PEZON | <input type="checkbox"/> SUCCION DEBIL |
| <input type="checkbox"/> REHUSO DEL PECHO | <input type="checkbox"/> LLANTO E IRRITABILIDAD LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO. |
| <input type="checkbox"/> PERDIDA DE INTERES | |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD | <input type="checkbox"/> NO PUDO SUCCIONAR. |
44. SE LE DA LECHE O FORMULA DE LECHE U OTRO LIQUIDO AL BEBE, ¿COMO SE LE DA?

- a. CON BIBERON () SI () NO
- b. CON LA MANO () SI () NO
- c. CON LA CUCHARA () SI () NO
- d. CON TAZA () SI () NO
45. ¿EL BEBE UTILIZA CHUPON?
() SI () NO
46. ¿CONOCE LA MADRE LA MARCA COMERCIAL DE ALGUNA FORMULA DE LECHE?
() SI () NO (especifique)
-
47. ¿HAY ALGUNA COMIDA COMERCIAL PARA EL BEBE EN LA CASA GENERALMENTE?
() NO () NO
48. ¿ACUDIO LA MADRE AL DOCTOR PARA QUE LA ACONSEJARA SOBRE LA ALIMENTACION DE PECHO O LOS PROBLEMAS DE MANEJO DE LA ALIMENTACION DE PECHO?
() SI () NO
49. SI LA RESPUESTA 48 ES AFIRMATIVA, ¿LE DIJO EL DOCTOR QUE DEJARA DE DAR PECHO?
() SI () NO (qué razón le dio el doctor para que suspendiera? _____)
-
50. ¿HABLO LA MADRE CON UNA ENFERMERA PARA QUE LA ACONSEJARA SOBRE LA ALIMENTACION DE PECHO? O PROBLEMAS DE MANEJO DE LA ALIMENTACION DE PECHO?
() SI () NO

51. ¿HABLO LA MADRE CON ALGUIEN MAS PARA QUE LA ACONSEJARA SOBRE LA ALIMENTACION DE PECHO O PROBLEMAS DE MANEJO? (Marque SI o NO para todos).
- () CONSEJERO DE LACTANCIA
- () SU MAMA
- () SU SUEGRA
- () SU MARIDO
- () OTRO (especifique)
52. ¿CUALES SON LAS MAYORES VENTAJAS DE LA ALIMENTACION DE PECHO?
- _____
- _____
- _____
- _____
53. ¿CUALES SON LAS MAYORES DESVENTAJAS?
- _____
- _____
- _____
- _____
54. LA MADRE LE DARIA PECHO A SU PROXIMO NIÑO?
- () SI () NO () NO ESTA SEGURA

APENDICE N° 7

MODIFICACIONES DEL INSTRUMENTO N° 1

APENDICE N° 7

MODIFICACIONES DEL INSTRUMENTO N° 1

32. INGRESO FAMILIAR (Incluye a todos los miembros de la familia que trabajan).

_____ MENOS DE B/.100
 _____ DE B/.100 a B/.200
 _____ DE B/.201 a B/.300
 _____ DE B/.301 a B/.400
 _____ DE B/.401 a B/.500
 _____ DE B/.501 a B/.600
 _____ MAS DE B/.600
 _____ NO SABE

39. DURANTE EL EMBARAZO, LA MADRE FUMO?

SI _____ NO _____

CANTIDAD _____

TOMO BEBIDAS EMBRIAGANTES? SI _____ NO _____

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, PROMEDIO DE COPAS:

A LA SEMANA? _____

O AL MES? _____

USO MARIHUANA? SI _____ NO _____

APENDICE No.8

MODIFICACIONES DEL INSTRUMENTO No.2

APENDICE N° 8

MODIFICACIONES DEL INSTRUMENTO N° 2

55. AMBIENTE FAMILIAR:

a. TIPO DE VIVIENDA:

 PROPIA CEDIDA ALQUILADA OTRO

ESPECIFIQUE _____

b. TIPO DE PISO:

 TIERRA CEMENTO MADERA

c. ABASTECIMIENTO DE AGUA:

 ACUEDUCTO POZO OTRO _____

d. EXCRETAS:

 LETRINA INODORO OTRO _____

56. PRACTICA DURANTE LA LACTANCIA MATERNA.

ALIMENTOS ELIMINADOS DE LA DIETA DE LA MADRE:

POR QUE? _____

57. ALIMENTOS AGREGADOS A LA DIETA DE LA MADRE:

POR QUE? _____

58. SE LIMPIA USTED LOS PEZONES CADA VEZ QUE DA PECHO?

SI _____ CON QUE? _____

NO _____

APENDICE N° 9

CRONOGRAMA DE ASESORIAS

APENDICE N° 9

CRONOGRAMA DE ASESORIAS

OBJETIVOS: Dirigir el desarrollo de la investigación.

SEMESTRE	MESES	DIAS	HORA	AÑO
I	Mayo-Septiembre	Jueves	7:00 a.m. a 9:00 a.m.	1986
II	Octubre-Febrero	Jueves	3:30 p.m. a 5:30 p.m.	1986-87
VERANO	Febrero-Marzo	Jueves	10:00 a.m. a 1:00 p.m.	1987

APENDICE N° 10

ENTREVISTAS

APENDICE N° 10

ENTREVISTAS

Objetivos: Recabar información con relación a la investigación realizada.

<u>PERSONAS ENTREVISTADAS</u>	<u>FECHAS</u>
Dr. CARLOS SAMAYOA Asesor del Proyecto de Lactancia Materna de Panamá OPS/INCAP, Panamá Ministerio de Salud	3-3-86
Dr. EGBERTO STANZIOLA Director del Departamento Materno Infantil del Ministerio de Salud, Panamá	3-3-86
Dr. MAX RAMIREZ Jefe del Programa Infantil, Ministerio de Salud, Panamá	4-3-86
Lic. SANTOS MARTINEZ Divisionario de Programas y Estudios Presupuestarios de la Dirección de Presupuesto de la Nación, Ministerio de Planifi- cación y Política Económica Panamá.	24-8-86
Sra. ROSA VELEZ Jefe de Enfermería Región Metropolitana de salud Panamá.	29-3-86
Lic. RUBIELA DE VILLARREAL Jefe de la División de Nutri- ción, Hospital del Niño, Panamá.	29-3-86

<u>PERSONAS ENTREVISTADAS</u>	<u>FECHAS</u>
Lic. ARTEMIA DE PINTO Jefe del Programa de Atención y Educación del Departamento de Nutrición Ministerio de Salud, Panamá	24-9-86
Dra. BERTA DE BARRETO Sub-Directora de la Región Metropolitana de Salud Panamá.	27-9-86
Lic. OLGA DE DUARTE Coordinadora del Programa Infantil del Ministerio de Salud Panamá.	27-9-86
Dra. ENILSA DE CEDEÑO Profesora Titular del Departamento de Historia Facultad de Humanidades Universidad de Panamá.	24-9-86
Reverendo FERNANDO GUARDIA Vicario Pastoral Curia Metropolitana Panamá.	14-10-86