

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Trabajo Social

Tesis de Trabajo Social

2007

Lactancia materna

Casali, Agostina Andrea

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/427>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y
SERVICIO SOCIAL.

TESIS

“LACTANCIA MATERNA”

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario 4275	Signatura Top
Vol.:	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

05 DIC 2012

Directora: Lic. Miriam Sicoli.

Co-directora: Lic. Alicia Arana.

Autoras: Casali, Agostina Andrea.

Fernández, Daiana Salomé.

Año 2007.

Agradecemos la colaboración de la directora de la presente tesis, Miriam Sicolí, por su dedicación y apoyo constante. Agradecemos también la participación de la co-directora Alicia Arana.

Dedicamos nuestro trabajo y esfuerzo a las personas mencionadas anteriormente y, en especial a nuestras familias y amigos por su acompañamiento a lo largo de nuestros años en la carrera.

No renuncies nunca
a buscar la verdad,
a querer la libertad,
realizar la fraternidad

Rompe
todas la rutinas,
no aceptes ninguna resignación.

Reivindica
el orgullo de ser libre,
expresa la voluntad de vivir

Y hazlo
lleno de frescor y de intrepidez,
de ternura y esperanza.

La ternura
es lo más humano de lo humano;
la esperanza
es apostar por el porvenir del hombre,
por un futuro que podemos inventar,
porque él no esta determinado,
ni por el pasado
ni por el presente.

Que tu esperanza sea tan grande,
como para esperar
y luchar,
por lo que sabes no verás.

No te complazcas
en el error
ni en la injusticia.

No estés conforme
con lo que has logrado,
ni satisfecho contigo mismo...

Inicia siempre nuevos caminos,
comienza hoy un nuevo proyecto...
cuando dejes de hacer todo esto
ya estarás maduro para la muerte,
aún cuando tengas veinte años...

INDICE

INTRODUCCION

Objetivos.....	3
----------------	---

MARCO TEORICO

Lactancia materna.....	5
Calostro.....	8
Lípidos.....	9
Líquidos.....	10
Vitaminas y minerales.....	11
Los sentidos.....	14
Alimentación complementaria.....	18
Desarrollo de las habilidades para la alimentación.....	20
Beneficios de la lactancia materna.....	24
Desventajas de la lactancia materna.....	27
Técnicas de amamantamiento.....	28
Las posiciones para lactar.....	33
Horario para lactar a un bebé.....	34
Higiene.....	35
Problemas de la lactancia.....	37
Aspectos socioculturales de los cuidados de salud.....	38
El trabajo social en el área de salud.....	43
Programa Materno Infantil.....	51
Ley Nacional N° 25.929.....	56
Parte I: Tipo de investigación.....	66

Parte II A: Presentación de resultados cuantitativos.....	71
Parte II B: Ejes de análisis cualitativos.....	77
CONCLUSION.....	92
LINEAS DE ACCION SUGERIDAS.....	97
ANEXO.....	98

INTRODUCCION

A través del trabajo realizado por las autoras Daiana Fernández y Agostina Casali, en las Unidades Sanitarias de Villa Clelia y San Bernardo, se observa cierta cantidad de madres de niños de entre 0 y 6 meses que, por prescripción médica, requieren del suministro de leches maternizadas para sus hijos.

A partir de lo anteriormente expuesto, se parte de la hipótesis que el fracaso del amamantamiento se debe a diferentes factores que serán investigados y analizados en el presente trabajo de tesis (nivel socio-económico, nivel de instrucción de la madre, consultas e información durante el embarazo, composición del grupo familiar, ocupación de los padres, edad de la madre y consideraciones generales de la madre sobre la lactancia, influencia de los medios de comunicación). También se tendrán en cuenta las causas, motivos y conocimiento que tienen las madres que sí amamantan a sus hijos.

“La lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida es fundamental para el desarrollo del potencial humano completo de cada niño. Es bien reconocido que el periodo entre los 0 y los 6 meses es de vital importancia para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo óptimo. Esta es la edad en la que ocurren fallas de crecimiento, deficiencias de ciertos micronutrientes y enfermedades comunes de la niñez como la diarrea, alergias, otitis, infecciones respiratorias, etc. Después que un niño alcanza los dos años de edad, es muy difícil revertir la falla de crecimiento ocurrida anteriormente...” (Fundación Compromiso-Cesni. 2006).¹

¹ Fundación Compromiso-Cesni. “Programa de nutrición y fortalecimiento institucional en Centros de Atención Primaria de la salud”. Segunda parte: Alimentación en los primeros años de vida. Pág. 41. Bs. As 2006.

“Las prácticas deficientes de lactancia materna y alimentación complementaria, junto con un índice elevado de enfermedades infecciosas, son las causas principales de desnutrición en los primeros dos años de vida...” (Fundación Compromiso-Cesni. 2006).²

Más allá de los aspectos nutricionales, la lactancia materna asegura la continuación de un vínculo único entre madre e hijo, tan importante en el desarrollo de la persona como el alimento mismo.

“En las diferentes regiones, los factores sociales y culturales tienen una gran influencia sobre lo que come la gente, como preparan sus alimentos, sus prácticas alimentarias y los alimentos que prefieren. Se deben conocer los hábitos y prácticas de alimentación de las comunidades donde se trabaja de manera que se pueda ayudar a reforzar los elementos positivos y luchar para cambiar los negativos...” (Fundación Compromiso-Cesni. 2006)³

A partir del conocimiento del impacto social que conlleva la lactancia materna se justifica la intervención del trabajador social como apoyo al equipo de salud y la delimitación del perfil profesional en las respectivas Unidades Sanitarias.

“En un mundo burocratizado, tecnocratizado y altamente competitivo, la dimensión humana de la existencia queda como diluida. Y, en ese ambiente, las personas se sienten perdidas, en ocasiones aplastadas y casi siempre desbordadas. En un mundo en donde la prepotencia de los

² Ídem anterior.

³ Fundación Compromiso-Cesni. “Programa de nutrición y fortalecimiento institucional en Centros de Atención Primaria de la salud. Segunda parte: Alimentación como hecho sociocultural. Pág. 62. Bs. As. 2006.

fuertes, la hipocresía, el cinismo y el oportunismo aparecen como la forma de realizarse, o sea, de triunfar.

Hacer que la sociedad sea más humana no es el objetivo de ninguna profesión, ni disciplina, ni ciencia en cuanto tales. No lo es tampoco del trabajo social. Pero todas pueden contribuir a ello aunque de diversa manera. Por la índole de la profesión, el trabajo social tiene algo que aportar, si el trabajador social no olvida que, por encima de todo, están las personas”. (Ander-Egg. 1996)⁴.

“El paradigma que subyace en el trabajo social que se propone como forma de intervención social, no se apoya en el binomio necesidad-recursos. Y en esto no se hace más que expresar una tradición latinoamericana. No se trata básicamente de administrar recursos, sino de movilizar recursos, comenzando por el recurso humano a través de una intervención creativa, en cuanto busca dar respuestas concretas, a problemas concretos, en situaciones concretas, con la participación de la misma gente”. (Ander-Egg. 1996)⁵

Objetivos generales:

- Conocer y analizar las causas que llevan a las madres de niños de 0 a 6 meses, que asisten a las Unidades Sanitarias de las localidades de Villa Clelia y San Bernardo del Partido de la Costa, a sustituir la

⁴ Ander-Egg, E. “introducción al trabajo social”. Ed. Lumen/Humanitas. Pág 251. Bs. As. 1996.

⁵ Ander-Egg, E. “introducción al trabajo social”. Ed. Lumen/Humanitas. Pág 262. Bs. As. 1996.

lactancia materna por productos industrializados en pos de arribar a un diagnóstico situacional desde el Trabajo Social.

- Plantear en función de los hallazgos, estrategias de acción tendientes a promover y fomentar, junto con el equipo de salud, la importancia de la lactancia materna.

Objetivos específicos:

- Caracterizar a la población asistida
- Identificar el nivel socio-económico de la familia, nivel de instrucción de la madre, consultas e información que ha recibido durante el embarazo, composición del grupo familiar, ocupación de los padres, edad de la madre y consideraciones generales de la madre sobre la lactancia.
- Rescatar saberes, prejuicios y mitos de la comunidad para las futuras acciones.
- Conocer las causas que llevan a las madres de niños de 0 a 6 meses a amamantar o no a sus hijos.
- Plantear líneas de acción tendientes a la promoción de la lactancia materna, siguiendo las incumbencias y competencias del Trabajo Social.

MARCO TEORICO

Lactancia materna

Es muy importante para todos los individuos seguir una alimentación adecuada, pero lo es en especial para la mujer en edad fértil, ya que debe contar con un buen estado nutricional para estar preparada ante un posible embarazo.

“El rápido crecimiento durante la adolescencia, la menstruación y las necesidades del embarazo y la lactancia pueden aumentar el riesgo de sufrir carencias de nutrientes como hierro, ácido fólico y calcio. Las dietas bajas en energía, los regímenes de adelgazamiento y los desórdenes alimentarios hacen que las mujeres sean aún más vulnerables a las insuficiencias nutricionales.

La lactancia no puede ser separada del embarazo, debiéndose hablar de un ciclo reproductivo que abarca el embarazo y la lactancia que lo continúa; la madre debe afrontar el embarazo en las condiciones biológicas ideales, mantenerlas durante la lactancia y estar en condiciones de afrontar el siguiente, sobre todo cuando los embarazos se suceden a intervalos cortos, como ocurre, generalmente, en los sectores sociales menos privilegiados”. (O’Donnell, A. 1999) ⁶

“La mala salud materna, o su inadecuado estado nutricional, tienen consecuencias para ella y para el producto de su gestación. Cuanto más tempranas las agresiones que un niño pueda sufrir, mayores serán las consecuencias que a corto, mediano y largo plazo padecerá.

La mujer embarazada necesita de todo el cuidado médico que merece, y el máximo respeto por parte de la sociedad en general, desde mínimos gestos

⁶ O’Donnell, A., Chevallier, C. “La nutrición en el ciclo reproductivo; embarazo y lactancia”. Boletín CESNI, volumen 8, Pág. 38, Agosto 1999.

como cederles un asiento en un medio de transporte, hasta tener libre acceso, a través del sistema médico público, al control regular de su natalidad, en forma gratuita y sin cuestionamientos.

El embarazo es una época de crecimiento y de necesidades adicionales de nutrientes. Madre e hijo son una unidad y, deficiencias nutricionales de la madre, pueden tener consecuencias para ambos, en el corto o largo plazo.

La valoración del estado nutricional de la embarazada es de suma importancia, no sólo para el buen desenlace de la gestación, sino también para la salud de la mujer y sus futuros embarazos.

La necesidad de evaluar el crecimiento y desarrollo fetal se ha constituido en una prioridad debido a la magnitud que representa la población de niños con alteraciones del crecimiento prenatal, fundamentalmente en los países en vías de desarrollo.

La desnutrición de la madre produce un efecto esencial: el de la disminución del peso de nacimiento del niño. La malnutrición crónica que sufren muchas madres desde su infancia juega un rol esencial en esa insuficiencia de peso”.

(O'Donnell, A. 1999).⁷

Es la alimentación del niño directamente del seno. La lactancia materna permite prolongar la estrecha relación que unió a la madre y al hijo durante el embarazo; constituye además un acto de amor que tiene gran repercusión en el desarrollo emocional del niño y en la relación afectiva de la madre y el hijo. Más allá de los aspectos nutricionales, la lactancia materna asegura la continuación de un vínculo único entre madre e hijo, tan importante en el desarrollo de la persona como el alimento mismo.

⁷ O'Donnell, A., Chevallier, C. “La nutrición en el ciclo reproductivo; embarazo y lactancia”. Boletín CESNI, volumen 8, Pág. 44, Agosto 1999.

El contacto de la piel transmite amor. *“También incrementa la hormona oxitocina que actúa como tranquilizante y disminuye la ansiedad. El bebé que ha disfrutado del contacto físico será capaz más tarde de proporcionar contacto. Un ser humano que no descubre pronto en la vida que la ternura se transmite a través de la piel, puede reaccionar más tarde con incredulidad o rechazo.*

Esto tiene consecuencias tanto para sus futuras relaciones amorosas como adulto como para la forma en que tratará a sus propios hijos”. (Nylander, G. 1999).⁸

El organismo de la mujer está preparado para producir el alimento ideal del niño.

La lactancia materna es la forma que la naturaleza tiene de proporcionar alimento al recién nacido; es el comienzo ideal para una relación feliz y sana entre la madre y el hijo.

La lactancia materna es la única alimentación natural de la especie humana desde el nacimiento, siendo el exclusivo medio de aporte de nutrientes hasta por lo menos los seis meses de vida, y debiendo proseguir idealmente hasta los dos años de edad y más.

“Las glándulas mamarias se preparan para la lactancia a través de una serie de etapas de desarrollo que ocurren durante la adolescencia y el embarazo. Los cambios hormonales aumentan de manera considerable el tamaño de las mamas, la areola y el pezón. La principal característica del crecimiento mamario en el embarazo es un gran aumento de conductos y alvéolos por la influencia hormonal.

⁸ Nylander, Gro. “Maternidad y lactancia. Desde el nacimiento hasta los 6 meses”. Ed Grupo Planeta. Pág. 153. México. 1999.

La alimentación de la madre durante la lactancia no difiere mucho de la que venía haciendo durante el embarazo. Las necesidades energéticas, proteicas, minerales y vitamínicas están lógicamente aumentadas porque deben cubrir además de los requerimientos maternos todos los nutrientes contenidos en la secreción láctea.

Durante la lactancia, la alimentación de la madre debe superar las 1500 Kcal. diarias si es que desea mantener una lactancia exitosa; ingestas inferiores o una actividad física intensa disminuirán la producción de leche.

El proceso de lactancia es nutricionalmente exigente, en especial en mujeres que alimentan por completo al niño durante varios meses. Se aconseja aumentar la ingesta de la mayor parte de los nutrientes". (Nylander, G. 1999).⁹

Calostro

"La leche de los primeros días, llamada calostro, es amarillenta y espesa. Precisamente por eso es rica en anticuerpos que protegen a su hijo de infecciones graves y lo estimula a mamar frecuentemente. El calostro tiene efectos laxantes y ayuda al bebé a evacuar el meconio de su intestino, eliminando así la bilirrubina, que en exceso provoca ictericia (color amarillento de la piel).

Durante los primeros siete días, el calostro va perdiendo su color, y la leche se va poniendo cada vez más blanca. Esta leche es de dos clases: la primera es aguada y escasa, se produce y junta en los pechos en los intervalos entre las mamadas; la segunda se produce durante las mamadas, es abundante y espesa, sacia, alimenta y engorda al bebé.

⁹ Nylander, Gro. "Maternidad y lactancia. Desde el nacimiento hasta los 6 meses". Ed Grupo Planeta. Pág. 43. México. 1999.

Es más blanca porque contiene más cantidad de grasas y proteínas. La llamada "leche aguada" es la primera que el bebé toma y calma la sed. La llamada "leche gorda" es la segunda que el bebé toma, viene en la "bajada de la leche" y calma el hambre del bebé". (Fundación Compromiso- CESNI. 2006).¹⁰

Proteínas

"La recomendación diaria admitida proporciona 15g adicionales de proteínas durante los seis primeros meses de la lactancia y 12g en los seis siguientes, cuando la producción de leche es menor.

Los niños nacidos a término alimentados con pecho aprovechan a la perfección las proteínas de la leche materna". (Gandolfini, P. 2007).¹¹

Lípidos

"El contenido de grasa en la leche materna refleja directamente la cantidad y el patrón de saturación de grasa en la dieta materna. Una ingestión de energía muy restringida origina el uso de las grasas corporales y la leche que se produce tiene una composición de ácidos grasos similar a los depósitos de grasa de la madre.

Cuando la lactancia está bien establecida, los niños de pecho suelen crecer muy deprisa en los primeros meses. La leche materna acelera la maduración del tubo digestivo del niño, de manera que el paso de recibir alimento a través del cordón umbilical a hacerlo por la boca no suele causar problemas. La leche

¹⁰ Fundación Compromiso- CESNI. "Programa de nutrición y fortalecimiento institucional en Centros de Atención Primaria de la Salud". Segunda parte: Alimentación en los primeros años de vida. Pág. 36. Bs. As. 2006

¹¹ Gandolfini, Paula. "La alimentación del bebe primera edición. Lactancia y recetas en los dos primeros años de vida". Ediciones Lea. S.A. Pág. 42. Bs. As. 2007

materna es fácil de digerir y sus nutrientes se absorben muy rápidamente. Esa es una de las razones por la que los niños de pecho necesitan comer más a menudo que los niños de biberón.

Después de un par de meses, los niños con lactancia materna exclusiva empiezan a aumentar de peso más despacio, y a partir de los seis meses son, por término medio, un poco más delgados que los niños que reciben lactancia artificial o mixta. No se les debe valorar, por tanto, según las tablas hechas para los que se alimentan con leche artificial.

La mayor parte de los órganos del cuerpo están totalmente formados cuando el niño nace, y sólo tienen que crecer. Pero no ocurre así con el cerebro, que está inacabado. La formación del cerebro necesita muchísima grasa, los grandes nervios están rodeados por vainas de grasa, las paredes celulares necesitan ácidos grasos, y el mejor material para construir esto es precisamente la grasa de la leche materna. Contiene muchos de los ácidos de cadena larga que tan beneficiosos resultan durante toda la vida, y que son especialmente necesarios al principio". (Gandolfini, P. 2007).¹²

Líquidos

"La producción de una cantidad subóptima de leche puede deberse a una ingesta materna inadecuada de líquidos. Es necesario estimular a las madres a que consuman 3 o 4 litros de líquido diarios. También debe advertírseles que el uso de anticonceptivos orales puede suprimir la lactancia, en especial en las primeras seis a diez semanas.

¹² Gandolfini, Paula. "La alimentación del bebé primera edición. Lactancia y recetas en los dos primeros años de vida". Ediciones Lea. S.A. Pág. 44. Bs. As. 2007

Mucha gente cree que el niño de pecho necesita más agua si hace calor. Pero estudios realizados en los trópicos demuestran que los niños, incluso durante intensas olas de calor, mantienen un equilibrio normal de líquidos corporales siempre que reciban la cantidad habitual de leche materna". (Gandolfini, P. 2007).¹³

Vitaminas y minerales

"Durante el período de lactancia la mujer por lo general no menstrúa. La duración de la amenorrea varía desde un período corto de cuatro meses hasta uno prolongado de 18 meses o más. Durante este tiempo la madre lactante conservará el hierro que pierde en cada período menstrual.

En general la leche materna contiene también todas las vitaminas que el niño necesita los primeros seis meses. La única excepción es la vitamina D, la vitamina contenida en el aceite de hígado de bacalao. Todos necesitan de esta vitamina para absorber el calcio y formar el esqueleto. La manera habitual de conseguir la vitamina D es a través de la luz solar". (Gandolfini, P. 2007).¹⁴

Hierro y otros minerales

"Ningún tipo de leche contiene mucho hierro, la diferencia es que el hierro de la leche materna está especialmente diseñado para el pequeño bebé humano.

La leche materna contiene muchos minerales que el niño necesita, siempre en la proporción correcta. El zinc, por ejemplo, es necesario para los seres humanos. Es bueno para la piel, mejora los sarpullidos, hace que las heridas sanen más rápido y, en general, favorece el crecimiento. El zinc en la leche de

¹³ Gandolfini, Paula. "La alimentación del bebe primera edición. Lactancia y recetas en los dos primeros años de vida". Ediciones Lea. S.A. Pág. 45. Bs. As. 2007.

¹⁴ ídem anterior.

vaca está ligado a moléculas grandes que son difíciles de absorber por el intestino del niño. Por el contrario, el zinc de la leche materna se encuentra en moléculas pequeñas que lo hacen más fácil de absorber por el bebé. Ciertas enfermedades de la piel que sufren los niños alimentados artificialmente se pueden tratar con éxito usando leche materna". (Gandolfini, P. 2007).¹⁵

Según Anne Mark en su libro "Lactancia materna: la guía de vida", la leche materna contiene todo lo que el niño necesita:

- ✓ Grasa, sobretodo todos los beneficios ácidos grasos de cadena larga.
- ✓ Lactosa y otros hidratos de carbono.
- ✓ Proteínas, albúmina, enzimas.
- ✓ Hierro, minerales, oligoelementos.
- ✓ Agua, sales, calcio.
- ✓ Vitaminas (en algunos casos es necesario un suplemento de vitamina D)
- ✓ Suficiente líquido, incluso en días calurosos.

La leche materna contiene sustancias que previenen enfermedades:

- ✓ Anticuerpos contra bacterias y virus.
- ✓ Glóbulos blancos.
- ✓ Proteínas que se unen al hierro sobrante, antes de que cause problemas.
- ✓ Factores que promueven el crecimiento de bacterias beneficiosas en el intestino.

¹⁵Gandolfini, Paula. "La alimentación del bebe primera edición. Lactancia y recetas en los dos primeros años de vida". Ediciones Lea. S.A. Pág. 46. Bs. As. 2007

- ✓ Interferón, que lucha contra los virus.

Los niños que toman pecho están menos expuestos a:

- ✓ Infecciones generales peligrosas en el período neonatal.
- ✓ Diarrea y otras enfermedades del sistema digestivo.
- ✓ Enfermedades de las vías respiratorias, como son: resfriados e infecciones provocadas por el virus respiratorio sincitial, bronquitis y neumonía, otitis.
- ✓ Infecciones de las vías urinarias.
- ✓ Eccema y otros tipos de alergia.
- ✓ Hipersensibilidad a las proteínas de la leche de vaca.
- ✓ Diabetes juvenil.
- ✓ Enfermedades intestinales del adulto.

“Existe la creencia, bastante arraigada, que la composición de la leche materna varía mucho. Esto no es así. La leche humana tiene una composición muy constante y se afecta única y selectivamente por lo dieta de la madre.

Existen acuerdos en cuanto a como la alimentación y el estado nutricional de la madre lactante afectan la composición y volumen de su leche.

La capacidad de iniciar la lactancia no está afectada por la nutrición materna.

Más del 95% de las madres en cualquier país del mundo son capaces de iniciar la lactancia, independientemente de su estado nutricional o nivel de vida.

Respecto al volumen de leche secretado, esta es una variable difícil de determinar, si bien se ha utilizado la pesada antes y después de mamar. Las madres normales son capaces de producir alrededor de 400 ml de leche al día

durante las primeras semanas posparto, las que aumentan gradualmente hasta estabilizarse en 800 ml/día alrededor de las 6-8 semanas. Existe un amplia variabilidad individual en el volumen de leche secretado en madres normales. Los estudios disponibles demuestran que las madres con deficiente estado nutricional o de bajo nivel de vida tienen una menor capacidad de producir leche, que ha sido estimado entre 150 y 200 ml menos por día.

La duración de la lactancia no parece depender de factores nutricionales. Su manutención se debe a un estímulo hormonal que se produce cada vez que hay succión. De hecho las lactancias más prolongadas se observan en países de bajo nivel de vida, con deficientes condiciones nutricionales, aunque no necesariamente estas lactancias prolongadas se asocian con un buen crecimiento infantil.

La lactancia exclusiva permite un crecimiento óptimo durante los primeros 6 meses de vida y hasta después del año cuando es adecuadamente suplementada con otros alimentos". (Gandolfini, P 2007).¹⁶

Los sentidos:

La alimentación, y especialmente la leche materna, permiten disfrutar intensamente del gusto y del olfato. No es sorprendente que el recién nacido se gire hacia el aroma de la leche de su madre. Algunos experimentados han demostrado que los recién nacidos pueden diferenciar gran número de olores. *"El tacto es importante para el desarrollo físico del niño. Los niños que no reciben contacto piel con piel y ternura no se desarrollan de manera normal,*

¹⁶ Gandolfini, Paula. "La alimentación del bebe primera edición. Lactancia y recetas en los dos primeros años de vida". Ediciones Lea. S.A. Pág. 89. Bs. As. 2007

aunque reciban comida suficiente y se les cuide adecuadamente en los demás aspectos.

Con el contacto físico, abrazos, caricias y masajes le comunicamos bienestar y seguridad a nuestros hijos, a cualquier edad y más aún en los primeros años de vida. A través del masaje durante las primeras horas y días después del nacimiento se desarrolla en forma válida la inteligencia y la estabilidad emocional del bebé”. (Gandolfini, P. 2007).¹⁷

La lactancia adecuada durante los primeros años de vida es fundamental para el desarrollo del potencial humano completo de cada niño; el período entre el nacimiento y los dos años de edad es una “ventana de tiempo crítica” para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo óptimo. “Esta es la edad pico en la que ocurren fallas de crecimiento, deficiencias de ciertos micronutrientes y enfermedades comunes de la niñez como la diarrea. Después que un niño alcanza los dos años de edad, es muy difícil revertir la falla de crecimiento ocurrida anteriormente. Las consecuencias inmediatas de la desnutrición durante estos años formativos incluyen una morbilidad pronunciada y un desarrollo mental y motor retrasado. A largo plazo, las deficiencias nutricionales están ligadas a impedimentos en el rendimiento intelectual, la capacidad de trabajo, la salud reproductiva y la salud general durante la adolescencia y la edad adulta. Como consecuencia, el ciclo de desnutrición continúa, ya que la niña desnutrida al crecer tiene mayores posibilidades de dar a luz a un niño desnutrido de bajo peso al nacer.

Las prácticas deficientes de lactancia materna y alimentación complementaria, junto con un índice elevado de enfermedades infecciosas, son las causas

¹⁷ Gandolfini, Paula. “La alimentación del bebe primera edición. Lactancia y recetas en los dos primeros años de vida”. Ediciones Lea. S.A. Pág. 46. Bs. As. 2007

principales de desnutrición en los primeros dos años de vida. Por esta razón es esencial asegurar que las personas encargadas del cuidado y salud de los niños reciban orientación apropiada en cuanto a la alimentación óptima de lactantes y niños pequeños”. (Gandolfini, P 2007).¹⁸

“En el cuidado de la salud y de la nutrición de los niños deberá incluirse el concepto de prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). En todas las ECNT su origen puede rastrearse en los primeros años de la vida.

En los consejos que se den sobre la alimentación de los niños se deberá también considerar la formación de conductas alimentarias que se van constituyendo a medida que transcurre la infancia; al ingreso escolar estas conductas ya están sólidamente establecidas”. (Spangler, A 1995).¹⁹

“La leche humana es el alimento ideal para el niño en el primer año de vida. Su contenido en nutrientes es el adecuado para la inmadurez de la función renal e intestinal del niño más pequeño, para el crecimiento y maduración de su cerebro y como sustrato para los cambios de composición corporal que tienen lugar a lo largo del primer año de vida. Sus componentes están en una relación de concentración óptima como para que un nutriente no interfiera en la absorción de otro. El aporte de inmunoglobulinas y de células vivas en la leche materna son el complemento natural para las deficiencias inmunológicas del niño pequeño en los primeros meses. La biodisponibilidad del hierro y del zinc es óptima por su estado químico y por el bajo tenor en fósforo, proteína y calcio de la leche humana que cuando se encuentran en exceso interfieren con su absorción.

¹⁸ Gandolfini, Paula. “La alimentación del bebe primera edición. Lactancia y recetas en los dos primeros años de vida”. Ediciones Lea. S.A. Pág. 101. Bs. As. 2007

¹⁹ Spangler, Amy. “Lactancia. Una guía para los padres”. Abb Drue. Sexta edición. Pág. 31. 1995)

La alimentación del niño más pequeño tiene la singularidad en la vida del ser humano en que se depende de una única fuente de alimento para la subsistencia y el crecimiento. Es innegable que este alimento debe ser de óptima calidad y adaptado a las características funcionales del niño, como es la leche humana. Por eso cuando la alimentación al pecho no es posible o no es suficiente en algún momento, el alimento sustituto debería ser de la mayor calidad, y también adaptado a las peculiaridades funcionales del niño pequeño. Este alimento deberá ser líquido y habitualmente su origen es la leche de vaca, en la que están basados la mayoría de los sucedáneos de la leche humana. Aún después del primer semestre de vida, la leche continúa siendo el alimento más importante del niño –debe proveer alrededor del 60% de las necesidades energéticas de los niños de esta edad- y es conveniente que se la aproveche como vehículo para nutrientes limitantes en los demás alimentos del niño. Es razonable también que su formulación tienda a compensar o complementar la dieta habitual del niño de esa edad, lo cual variará según los usos y costumbres médicas y de las familias. A esa edad, la velocidad de crecimiento del niño ya ha comenzado a disminuir, por lo que sus requerimientos nutricionales son menos exigentes que en el primer semestre. La partición de su requerimiento energético va cambiando, siendo lo necesario para el crecimiento cada vez menor y mayor la actividad física; su función intestinal, particularmente en lo que hace a la digestión de almidones y absorción de grasa ha madurado hasta casi llegar a la eficiencia de los adultos. Los nutrientes más ricos a esta edad son energía, hierro, zinc y vitaminas A y C". (Nylander, G. 1999).²⁰

²⁰ Nylander, Gro. "Maternidad y lactancia. Desde el nacimiento hasta los 6 meses". Ed Grupo Planeta. Pág. 168. México. 1999.

Alimentación complementaria

“La alimentación complementaria se define como el proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y por ende, otros alimentos y líquidos son necesarios además de la leche materna.

El destete significa la transición de ser mamífero exclusivo para convertirse paulatinamente en omnívoro. Este período de transición es un momento muy crítico en la vida del niño pues se ve privado de un alimento de altísima calidad, y con propiedades inmunológicas únicas. La incorporación de otros alimentos, sean líquidos o en forma de papillas afectan las propiedades nutricionales de la leche materna en forma sustantiva; también a sus propiedades inmunológicas. Por eso, la calidad del alimento sustituto debe ser óptima, así como sus condiciones de higiene”. (Fundación Compromiso- CESNI. 2006).²¹

¿Hasta cuándo debe mantenerse la lactancia materna exclusiva?

Para muchos autores, como ser Heidi Eisenberg y Arlene Eisenberg, la lactancia materna exclusiva por seis meses proporciona varios beneficios al niño y a la madre.

-Para el niño, uno de los beneficios principales es el *efecto protector contra infecciones gastrointestinales*, que ha sido observado no sólo en países en vías de desarrollo sino también en países industrializados. Algunos estudios

²¹ Fundación Compromiso- CESNI. “Programa de nutrición y fortalecimiento institucional en Centros de Atención Primaria de la Salud”. Segunda parte: Alimentación en los primeros años de vida. Pág. 43. Bs. As. 2006.

sugieren que el *desarrollo psicomotor* mejora con la lactancia materna exclusiva por seis meses.

-Para la madre, la lactancia materna exclusiva por seis meses *prolonga la duración de la amenorrea* inducida por la lactancia y *acelera la pérdida de peso*.

Las necesidades nutricionales de los niños normales nacidos a término son generalmente cubiertas por la leche materna durante los primeros seis meses siempre que la madre esté bien alimentada. Sin embargo, en ciertas situaciones, puede haber problema con algunos micronutrientes antes de los seis meses.

En el caso del *hierro*, las reservas del niño al nacer juegan un papel importante en determinar el riesgo de anemia durante la infancia, pues la concentración de hierro en la leche humana es baja.

Antes de los seis meses también puede haber limitación de otros nutrientes tales como el *zinc* y algunas vitaminas. La concentración de zinc en la leche humana es relativamente baja, aunque su biodisponibilidad es alta. De manera similar al hierro, las reservas bajas de zinc en el hígado al nacer pueden predisponer a algunos niños a la deficiencia de este mineral.

Las deficiencias de *vitaminas* son generalmente raras en niños amamantados exclusivamente pero, si la dieta de la madre es deficiente, su niño podría tener una ingesta baja de ciertas vitaminas (por ejemplo vitamina A, riboflavina, vitamina B6 y vitamina B12). En estas circunstancias se recomienda mejorar la dieta de la madre o administrar suplementos maternos en vez de dar alimentos complementarios.

El crecimiento infantil no mejora con la alimentación complementaria antes de los seis meses, aún en condiciones óptimas (es decir, con alimentos inocuos y nutritivos), y los alimentos complementarios introducidos antes de los seis meses tienden a desplazar la leche materna. Si se espera hasta los seis meses para introducir otros alimentos, los beneficios potenciales para la salud superan a los riesgos potenciales.

Por otro lado, después de los seis meses de edad es más difícil que los niños amamantados exclusivamente cubran sus necesidades nutricionales si reciben solamente leche materna.

Desarrollo de las habilidades para la alimentación

“Al nacer, los niños coordinan la succión, la respiración y la deglución y están preparados para preparar o sorber líquidos, pero no alimentos con alguna textura. Durante el primer año, los lactantes normales desarrollan el control de la cabeza, la capacidad para sentarse y conservar esta postura y la facultad para asir, primero con prensión palmar y después con una prensión en tenazas más refinada; progresan a una succión más madura y masticación en rotación y de ser alimentados a alimentarse con los dedos. En el segundo año, aprenden a comer solos con una cuchara, a caminar y buscar alimentos por sí mismos”. (Fundación Compromiso- CESNI. 2006).²²

²² Fundación Compromiso- CESNI. “Programa de nutrición y fortalecimiento institucional en Centros de Atención Primaria de la Salud”. Segunda parte: Alimentación en los primeros años de vida. Pág. 46. Bs. As. 2006.

“Durante los cuatro primeros meses el lactante logra controlar la cabeza y el cuello y cambian los patrones motores bucales de chupar o mamar a los inicios de un patrón de succión maduro.

Entre los cuatro y seis meses de edad, cuando se refina la succión madura y comienzan los movimientos de mascar, es apropiado introducir alimentos colados. No tiene importancia la secuencia en que se introducen estos alimentos; sin embargo, es importante que en cada ocasión sólo se le de un alimento.

A medida que prosiguen la maduración bucal y motora, se desarrollan los movimientos de masticación en rotación, indicando la aptitud para alimentos con mayor textura, como vegetales cocidos, puré, guisos y pastas del menú familiar.

Cuando aprenden a asir, primero con prensión palmar, después inferior y por último una prensión más refinada en pinzas, indica que están aptos para consumir alimentos que puedan tomar con los dedos, como pan tostado, galletas, trozos de queso.

Durante los últimos tres meses del primer año, los lactantes pueden aproximar sus labios al borde de la taza y beber de ella si se les sostiene.

En el segundo año adquieren habilidad de girar sus muñecas y elevar sus codos, lo que les permite sostener la taza por sí mismos. Al principio se ensucian mucho al comer, pero hacia los dos años de edad la mayoría de los niños normales tienen la habilidad para alimentarse solos.

En la etapa del destete, los lactantes tienen que aprender muchas habilidades de manipulación, incluyendo masticar y deglutir alimentos sólidos y utilizar utensilios. Aprenden a comer alimentos con los dedos y a continuación por sí

mismos. Es necesario alentar a los niños muy pequeños a que se alimenten solos". (Fundación Compromiso- CESNI. 2006).²³

La leche de vaca es en los primeros años de la vida, luego del destete, el mejor alimento para los niños por su proteína, por su aporte de vitaminas liposolubles, de calcio y grasas y por su textura líquida. Necesita, sin embargo, ser suplementada con hierro, zinc y vitamina C *per se* y para favorecer la absorción del hierro. El hecho de que la leche de los Programas Materno Infantiles de todo el país sea fortificada con los nutrientes mencionados, significa un gran progreso en la prevención de la anemia por deficiencia de hierro que afecta a más del 50% de nuestros niños menores de dos años, con consecuencias conocidas sobre su desarrollo intelectual.

Debido a que la leche materna tiene un contenido de grasa relativamente alto comparada a la mayoría de los alimentos complementarios, es una fuente clave de energía y ácidos grasos esenciales. La leche materna provee cantidades considerables de ciertos micronutrientes. El impacto nutricional de la leche materna es más evidente durante los períodos de enfermedad, cuando el apetito de los niños por otros alimentos desciende pero la ingesta de leche materna se mantiene. Por ende, la leche materna juega un rol importante en la prevención de la deshidratación y provee los nutrientes requeridos para la recuperación de los niños después de enfermedades infecciosas.

La continuación de la lactancia materna después del primer año también protege la salud infantil al retrasar la fertilidad materna después del parto

²³ Fundación Compromiso- CESNI. "Programa de nutrición y fortalecimiento institucional en Centros de Atención Primaria de la Salud". Segunda parte: Alimentación en los primeros años de vida. Pág. 48. Bs. As. 2006.

(aumentando así el intervalo entre nacimientos en poblaciones donde el uso de otros métodos anticonceptivos no es común) y al reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad de los niños en poblaciones en desventaja.

Las ventajas de la lactancia natural: Según Gandolfini, Nylander y O'Donnell.

Las ventajas son varias, la leche materna es la mejor alimentación para un recién nacido:

- Se suministra exactamente a la temperatura adecuada y proporciona al bebé inmunidad contra las infecciones; no requiere preparación o esterilización de envases.
- Contribuye a que se constituya un estrecho lazo entre la madre y el hijo.
- El dar de mamar acelera el retorno del cuerpo de la madre a su apariencia normal.
- El embarazo y el parto tornan flácidos los músculos del útero y del estómago de la madre, el bebé al mamar estimulará éstos músculos y los tensará, retornando el tono muscular a la normalidad.
- La producción de leche supone también un gasto de energía, de forma que cualquier exceso de peso que haya tenido la madre durante el embarazo se perderá de la misma manera que si realizara un ejercicio vigoroso y regular.
- La proteína de la leche materna puede ser digerida mucho más fácil por el aparato intestinal de los bebés
- La leche de la madre contiene sustancias especiales que evitan el desarrollo de las bacterias nocivas que pueden formarse en el intestino del niño.

- Aunque la leche materna no contiene mucho hierro, si posee la cantidad exacta que el recién nacido necesita. El hecho de que el contenido de hierro sea bajo, tiene sus ventajas, ya que este mineral en grandes cantidades, neutraliza parcialmente el efecto de las sustancias que evitan el crecimiento de bacterias en el intestino del niño.

Beneficios de la lactancia materna: Según Gandolfini, Nylander y O'Donnell.

Para el niño:

- Aporta la alimentación que el bebé necesita en calidad y en cantidad
- Mejor desarrollo psicomotor, emocional y social
- Desarrollo de una personalidad más segura e independiente
- Nutrición óptima, especialmente del sistema nervioso central
- Menor incidencia de hiperbilirrubinemia neonatal
- Menor incidencia de sepsis y enterocolitis necrotizante del recién nacido
- Menor incidencia de desnutrición infantil
- Menor incidencia de muerte súbita del lactante
- Menor incidencia de alergias respiratorias y digestivas
- Menor incidencia de enfermedad celíaca
- Menor incidencia de infección urinaria
- Protección contra obesidad e hipercolesterolemia
- Protección contra algunas formas de cáncer
- Protección contra infecciones de oído medio
- Menor incidencia de problemas dentales y de maloclusión
- Asociación con mayor nivel de inteligencia
- Mayor reacción a las vacunas y mayor capacidad para defenderse contra las enfermedades

- Menor incidencia de maltrato infantil y abandono, por el vínculo afectivo madre-niño
- No requiere suplemento vitamínico ni mineral, agua ni otros alimentos mientras tome pecho exclusivo (idealmente hasta el sexto mes)
- Menor incidencia de eczemas y otras afecciones de la piel
- Menor incidencia de enfermedades como Colitis Ulcerosa y enfermedad de Crohn

Para la madre:

- Le ofrece al bebé un alimento con la higiene y temperatura adecuada.
- Es una alimentación económica.
- Cuando se amamanta, hay menos hemorragias después del parto y por lo tanto menos posibilidades de padecer anemia.
- Favorece el establecimiento del vínculo madre-hijo
- Refuerza la autoestima dando satisfacción emocional a la madre
- Menor riesgo subsiguiente de anemia
- Mayor espaciamiento entre embarazos
- Menor riesgo de padecer cáncer ginecológico
- Menor depresión posparto
- Más rápida recuperación física
- Mayor practicidad para la alimentación nocturna
- Ayuda a volver al peso pregestacional (se utilizan los depósitos de grasa de reserva posparto para producir leche)

Para la familia:

- Mejor desarrollo de la familia
- Menor gasto en medicamentos, alimentos sustitutos, etc.
- Menor ausentismo laboral por enfermedad de hijos
- Mejor atención de los niños pequeños por mayor esparcimiento de los embarazos
- Posibilidad de utilizarlo como método anticonceptivo (consultar al médico)
- Menos maltrato infantil

Para la sociedad:

- Perspectiva de una sociedad más sana para el futuro
- Ahorro de tiempo y combustible
- Mayor bienestar por sentimiento de competencia familiar para la crianza de los hijos
- Menor gasto de atención de enfermedades
- Mayor productividad al disminuir el ausentismo de los padres y mejorar su conexión con el trabajo
- Contribución al equilibrio ecológico
- Disminución de la morbimortalidad infantil
- Menor gasto en la adquisición de biberones, tetinas, leches artificiales, etc.

Desventajas de la lactancia natural: Según la fundación para la lactancia materna (FUNDALAM).

- Un problema relacionado con la lactancia natural es de su aceptación social, a la mayoría de las mujeres les avergüenzas dar de mamar en público. Para las madres, dar de mamar fuera de casa es muy incomodo.
- Si una mujer quiere o necesita trabajar y no tiene guardería en su centro laboral, esta circunstancia puede representar un grave problema; sin embargo si la jornada laboral no supera las ocho horas sólo deberá dejar de dar el pecho a su bebé una sola vez.
- Otros posibles problemas conciernen a la relación de la mujer con su marido. La lactancia constituye una actividad física tan íntima que la mujer puede sentir la tentación de proteger celosamente su relación con el bebé, de forma que el padre se sienta marginado, y esta sensación puede ser causa de celos.
- En cuanto a la alimentación se recomienda no abusar de ostras y demás mariscos, condimentar carnes (con cebollas, ajos, pimienta), de espárragos, y de col (repollo), ninguno de estos alimentos esta terminantemente prohibido, pero es mejor ingerirlos con mucha moderación.
- Los medicamentos: la madre que lacta debe prescindir de algunos medicamentos, en especial debe ser cuidadosa con los que contengan bromo, ácido salicílico, antipirina, arsénico, mercurio, quinina, ergotamina, hidrastina, morfina, belladona, atropina, escopolamina, antimonio, yoduro de potasio, éter, y

cloroformo. Deben evitarse los sedantes y barbitúricos, así como los purgantes de efectos muy enérgicos.

- Existen dos complicaciones que más comúnmente se relacionan con la lactancia natural, la primera es la mastitis, consistente en una infección general del seno. La otra es un acceso, que también es una infección, pero no general como la anterior, sino en un área específica. Generalmente ambos tipos son causadas por estafilococos, y ambos problemas son más comunes cuando hay una abundancia exagerada de leche.

Técnicas de amamantamiento: Según la Fundación Compromiso- CESNI.

La instrucción para el amamantamiento debe comenzar al sexto o séptimo mes del embarazo, porque en esta etapa del mismo la mujer tiene habitualmente menos inconvenientes que al principio, y es muy receptiva para toda enseñanza que se le de sobre el parto y la alimentación del bebé.

Otra razón para enseñar a la embarazada, es que muchos problemas del amamantamiento pueden ser prevenidos si se toman algunas precauciones durante los últimos seis meses del embarazo.

Importancia del comienzo temprano del amamantamiento:

El niño debe ser puesto al pecho por primera vez en cuanto lo permita su estado físico y el de su madre. Esto ocurre en los partos normales a los pocos minutos del nacimiento.

El niño puede ser puesto a mamar después que se le aspiraron las secreciones y se lo identificó.

Cuando está muy despierto, esa primera mamada suele durar mucho tiempo.

La succión temprana de los pechos tiene varias ventajas:

- 1) produce contracciones uterinas que facilitan la expulsión rápida de la placenta y una más pronta recuperación del tamaño uterino
- 2) Previene hemorragias posparto
- 3) Se vacían precozmente los colectores, facilitando de esta manera el flujo posterior de leche
- 4) Estimula una más precoz bajada de la leche
- 5) Previene la tensión láctea.

Para el niño la ingesta temprana del calostro tiene grandes ventajas:

- 1) Facilita una más pronta eliminación del meconio
- 2) Favorece la implantación precoz de una flora intestinal con predominio de bifidobacterias
- 3) Provee un aporte importante de Inmunoglobulina A (IgA) secretoria y lactoferrina, que dificultan el anclaje de los gérmenes enteropatógenos
- 4) El amamantamiento temprano es el mejor calmante de la natural ansiedad posparto del recién nacido, y a la vez, provee alimentos de hidratación temprana, con lo cual se logran menores descensos de peso posparto.

Si no es posible poner al niño al pecho en la sala de partos, es conveniente hacerlo por primera vez dentro de la primera hora de nacido.

El reflejo de succión esta en su nivel mas alto 20 o 30 minutos después de nacer. Si el recién nacido no es puesto al pecho entonces, el reflejo de succión disminuye rápidamente y reaparece con más vigor 40 horas más tarde.

“Es conveniente que las primeras mamadas se realicen con la madre acostada, no sentada, porque así va a estar más cómoda. Debe estar relajada, con las piernas ligeramente flexionadas, inclinada sobre el costado correspondiente al pecho que va a dar.

El bebé puede estar apoyado en la cama para no tener que esforzarse en sostenerlo, y su cabeza debe estar un poco por debajo del pecho que va a recibir, para así favorecer el vaciamiento por gravedad.

Si el niño está despierto y tiene hambre, responderá rápidamente con el reflejo de búsqueda y hociqueo a la más mínima estimulación de una mejilla o de los labios.

Es necesario instruir a la madre sobre este reflejo y explicarle que cuando el niño no busca, al estimularle la mejilla con la mama o los labios con el pezón, es porque está dormido o no tiene hambre. En estas circunstancias es inútil insistir, y la madre debe esperar a que el niño tenga el reflejo de búsqueda para darle de comer; En los primeros días este reflejo es el mejor indicador del hambre del niño).

Cuando el niño busca, la mujer debe adelantar el pezón para que el bebé no alcance a apretarlo mucho en las encías, sino más bien lo introduzca bien adentro de su boca, de tal manera que la posición final será la de un pezón ubicado entre la lengua y el paladar.

La areola debe ser abarcada lo más posible con la boca del niño, porque el acto de mamar es una combinación de succión y compresión; las mandíbulas comprimiendo sobre los colectores hacen fluir la leche más fácilmente que la succión; la función principal de ésta es mantener el pezón fijo contra el paladar. Si la mama está muy llena, es útil presionarla con suavidad separándola de la nariz del niño. Alternativamente, puede ser útil que la madre exprima un poco de leche antes de dejar que el niño succione.

El dedo que comprime la parte superior de la mama, permite que entre aire por las narices del niño.

Pasados los primeros días, si la madre encuentra una posición cómoda, puede amamantar sentada. Es muy importante que la mujer encuentre una posición relajada para amamantar, porque ello ayuda a una mejor bajada de la leche.

El tiempo que debe durar la lactada varía de niño a niño, según su estado de vigilia, hambre y vigor. En términos generales, puede decirse que debe ser puesto 5 minutos en cada pecho en las mamadas del primer día, 10 minutos de cada lado, en las del segundo día, y 15 minutos de cada lado en las del tercer día y en adelante.

Cuando la madre tiene que interrumpir la lactada antes que el bebé haya terminado de comer, será conveniente separarle las mandíbulas introduciéndole un dedo por la comisura labial, para evitar que al retirarse el niño no lastime el pezón. Otro recurso es bajar la mandíbula inferior con el dedo sobre el mentón.

Debe ponerse el niño en los dos pechos en cada mamada, empezando por el último de la comida anterior; debe ser así, porque el pecho que se da primero suele ser vaciado más completamente que el segundo.

Dando los dos pechos por comida la madre se asegura que el niño no se queda con hambre, y además, tiene menos probabilidades de que quede retenida leche en exceso en alguno de los pechos por más de tres horas, lo que podría disminuir la ulterior capacidad de producir leche.

Si el niño mama de un solo pecho, puede aflojarse un poco la tensión del pecho que no se dio, sacándose manualmente un poco de leche.

Para favorecer una buena producción de leche, el niño debe vaciar lo más completamente posible, por lo menos, un pecho por comida. Para lograrlo es conveniente que en el pecho que se da primero, se coloque el niño la mitad de tiempo en la posición clásica, y la otra mitad en posición inversa.

El descanso o una ducha caliente antes del amamantamiento pueden favorecer el reflejo de eyección de la leche. Si la mujer tiene mucha leche, quizás sea necesario que el niño sólo se amamante de un lado en cada ocasión, por un tiempo. Ello reduce la estimulación total y por lo tanto el abastecimiento de leche. La mayoría de los niños necesitan eructar antes de alimentarse en la siguiente mama". (O'Donnell, A. 1999).²⁴

Como la leche materna se digiere con más facilidad que otros alimentos, es posible que los lactantes que reciben alimentación materna, deseen comer con mayor frecuencia que los que se alimentan con fórmula o leche de vaca.

Si el niño come con más frecuencia, las mamas producirán más leche; en consecuencia, siempre que la cantidad sea baja, debe alimentarlo con mayor frecuencia.

Luego de cada mamada es conveniente limpiar los pezones con agua. Si hay escozor en la piel, es posible que se trate del comienzo de una grieta. Para

²⁴ O'Donnell, A., Chevallier, C. "La nutrición en el ciclo reproductivo; embarazo y lactancia". Boletín CESNI, volumen 8, Pág. 142, Agosto 1999.

evitar que se forme, la madre debe aplicarse lanolina hidratada (una parte de lanolina, y dos de agua) en la zona sensible.

Las posiciones para lactar

“Existen muchas posiciones para amamantar, se debe elegir la que sea más cómoda y se sienta relajada, en un asiento o sobre la cama, se puede utilizar almohadas para apoyar la espalda y disminuir la tensión. Sostener la cabeza del bebé con el dobléz del brazo de la madre apoyando las nalgas del bebé suavemente con la mano, la cara y el cuerpo del bebé deben estar totalmente de frente al cuerpo de la madre. En cualquier posición el bebé debe aproximarse al seno y no agacharse la madre hacia él. Por último es muy importante que el bebé esté siempre en posición semisentada ya que esto facilita la deglución”. (O'Donnell, A. 1999).²⁵

Según O' Donnell, las posiciones para lactar son:

- Posición acostada de lado.
- Posición semisentada.
- Posición de cuna o sentada.
- Posición debajo del brazo.

²⁵ Ídem anterior.

Posición correcta	Posición incorrecta
El bebé tiene la totalidad del pezón y una buena porción de la areola dentro de su boca.	El bebé tiene en su boca sólo el pezón.
Las mejillas del bebé están "infladas" hacia afuera	. Las mejillas del bebé están hundidas
El labio inferior del bebé está rotado hacia afuera.	El labio inferior está hacia adentro.
Cuando el bebé succiona, se observa actividad en la sien y en la oreja.	Se observa actividad en las mejillas y ruido de "chasquidos" en los labios.
Se escucha ruido cuando traga leche.	No se escucha ruido.

Horario para lactar a un bebe:

Según O'Donnell en su libro "La nutrición en el ciclo reproductivo: embarazo y lactancia", se debe amamantar al niño aproximadamente cada tres horas, durante siete a diez minutos en cada mama en la siguiente oportunidad debe amamantarse en el seno en que terminó la vez anterior. Toda mujer embarazada o que esté lactando debe eliminar el consumo de bebidas alcohólicas, cigarrillos y drogas.

Por todas estas y muchas otras ventajas debe proporcionársele al niño lactancia materna por lo menos durante los primeros cuatro a seis meses de vida, salvo en los casos en que existan contraindicaciones específicas.

La eliminación de la alimentación al seno, antes de los cuatro meses de edad (destete precoz), le impide al niño recibir los beneficios que le brinda la leche materna y lo expone a:

- Contraer enfermedades infecciosas como la gastroenteritis; ya que la manipulación inadecuada y antihigiénica de los teteros contamina el alimento.
- La desnutrición, debida en muchos casos a la dilución incorrecta de la leche (más agua que leche, y así la proporción de ésta no es la adecuada a los requerimientos del niño.

Higiene

“La mujer debe comenzar el cuidado de sus senos a partir del tercer mes de embarazo, evitando usar prendas que no se adapten al volumen de las mamas, antes de lactar al niño la madre debe lavarse las manos con agua y jabón, limpiarse el pezón y la areola con agua hervida, luego tomará el pezón entre los dedos índices y medio, presionando la areola para que el pezón quede expuesto. El niño debe colocarse en posición semisentada, para facilitar el eructo sin que vomite. Es importante evitar que las fosas nasales del niño hagan contacto con la mama, porque esto dificulta su respiración”. (O'Donnell, A. 1999).²⁶

Algunos consejos para favorecer la lactancia: Según artículo publicado en revista “Proyecta un mundo mejor”.

- ✓ Buscar un ambiente tranquilo para amamantar al niño.

²⁶ Ídem anterior.

- ✓ Prepararse desde antes del nacimiento para la lactancia (buscar información acerca de cómo preparar los pechos, cuáles son las posturas más adecuadas, cómo estimular la producción de leche, etc.).
- ✓ La cantidad de leche que produce la madre no tiene que ver con el tamaño de sus pechos. Depende de que el bebé aprenda a succionar bien y que se le ofrezca el pecho frecuentemente.
- ✓ Hacer participar a la familia del proceso de amamantar, especialmente a las parejas. El padre puede participar activamente de la lactancia y de los cuidados de su hijo. Todo esto favorecerá no sólo al bebé, sino también a la pareja compartir juntos la crianza del niño.

Cuidados para promover el amamantamiento:

1.- Dieta

- Evitar la pérdida intencional de peso mientras se amamanta al niño.
- Conservar un ingreso adicional de 500 calorías en la dieta para la producción de leche.
- Incluir alimentos de los cuatro grupos principales.
- Beber diariamente dos litros de líquidos, como agua, leche y jugos no endulzados.
- Evitar el consumo de tabaco, cafeína, alcohol y fármacos que pueden entrar en la leche materna y ser dañinos para el lactante.
- Consultar al médico antes de tomar cualquier medicamento.

2.- Reposo

- Animar a la madre a descansar o a tomar una siesta mientras duerme su hijo.

- Limitar las visitas y hacer que otras personas realicen las tareas del hogar.
- Lograr el apoyo del padre para fomentar la relajación, el reposo y la dieta, limitar las actividades familiares y ayudar a la madre con los cuidados del lactante.

3.- Cuidados de mamas y pezones

- Discutir con la madre el empleo de un sostén para la lactancia, muchas mujeres se sienten más cómodas con estas prendas.
- Las almohadillas para los pezones protegen la ropa contra las manchas de la leche que se escurre.
- Aconsejar a la madre que lave las mamas y los pezones con agua tibia todos los días.
- Aconsejar a la madre que se friccione los pezones durante unos cuantos segundos mientras los seca para ayudar a disminuir su sensibilidad, e incrementar su tolerancia a la potente succión inicial del neonato.
- La madre debe exponer los pezones durante cinco minutos al aire después de cada amamantamiento.
- También debe evitar poner sustancias sobre las areolas o pezones que podrían irritar su piel, sólo debe usar lanolina, o crema de aloe, vitamina E en pequeñas cantidades si tiene resequedad.

Problemas de la lactancia:

Para muchos de los autores mencionados anteriormente los problemas frecuentes de la lactancia influyen:

- Pezones invertidos o cortos, o pezones que no parecen muy protráctiles;

- Pezones que son tan largos que interfieren con la alimentación, porque algunos bebés succionan únicamente el pezón y no la areola;
- Rechazo a la alimentación, que necesita ser verificado en caso de un bebé enfermo, o que tenga un problema en la boca, como paladar hendido;
- Inflamación de los pechos, que se puede deber a pezones agrietados, por mastitis o por abscesos que exigen antibióticos y un buen cuidado médico;
- Insuficiencia de leche;
- Goteo de los pechos, que aunque puede causar vergüenza y es generalmente limitada, se puede controlar si se extrae la leche y se usa un paño absorbente para evitar que se moje la ropa.

Aspectos socioculturales de los cuidados de salud

La conducta de cualquier ser vivo sólo puede comprenderse situándola en el ambiente que lo rodea y condiciona. En el caso del ser humano, este contexto comprende, además de los factores físicos y ambientales que comparte con los demás seres vivos, una dimensión única, una característica mucho más desarrollada en la especie humana que en las demás: la condición de ser seres sociales, según la definición del antropólogo estadounidense Marvin Harris (1927-2001) «pertenecer a un sistema de interrelaciones con otros seres humanos que presenta un grado perceptible de regularidad y permanencia y que comprende elementos de naturaleza simbólica». Esta dimensión social hace que cualquiera de nuestros actos y relaciones, nuestra conducta física o mental, abierta u oculta, incluida la conducta de enfermar y de sanar, esté

encuadrada en un marco de referencia que le otorga significados. Este sistema de significados es lo que se denomina genéricamente «cultura». Al particularizarse en un momento y en un lugar concreto, la cultura puede definirse como «la manifestación de un conjunto específico de adaptaciones que sostienen a una sociedad concreta en un contexto ambiental concreto». Una cultura se compone de un repertorio de actuaciones y patrones de conducta compartidos por todos los miembros de un grupo social, aprendidos y transmitidos a través de un proceso de socialización.

Suministra al individuo su identidad social, le da una visión particular de la realidad y de lo que puede esperar de ella.

Las definiciones de cultura y de sociedad son en realidad categorías arbitrarias, fundamentadas en la existencia de algún grado de institucionalización, en el hecho de que sus características y manifestaciones se prolonguen al menos durante más tiempo que el período vital de sus componentes individuales. El desarrollo de esta institucionalización es paralelo al surgimiento de una estructura social determinada, de un sistema de clases. Ni la estructura social ni la cultura surgen de forma pasiva, sino como consecuencia de un proceso de interacción y de conflicto que genera mecanismos reguladores tanto en forma de costumbres como de leyes. Es importante recordar que el concepto de cultura no implica necesariamente la restricción a un espacio geográfico, como demuestra la existencia de una «cultura occidental» prácticamente universal, o la existencia de culturas sin territorio, como la cultura gitana. El proceso de socialización, por el cual el individuo aprende a situarse respecto a los demás en el entramado social, incluye la enculturización, la transmisión

de los elementos más significativos de la cultura que sostiene su grupo social. En la mayoría de las sociedades la institución que se encarga principalmente de la transmisión y perpetuación de los contenidos de su cultura, del proceso de enculturización, es la institución familiar. Probablemente, la razón se encuentre en que es la institución perdurable (más duradera que el período vital de sus miembros) más próxima al individuo, y en que una de sus principales funciones es ejercer como filtro entre sus componentes y las demás instituciones sociales.

Los contenidos de la cultura se manifiestan en forma de elementos concretos, contrastables. De forma esquemática se pueden dividir en valores sociales, normas sociales y reglas.

Los valores son expresiones genéricas que reflejan la actitud que adopta una sociedad ante los dilemas más trascendentes. Sirven como criterios, a menudo contradictorios entre sí, con ellos los individuos juzgan el valor moral o las virtudes de una determinada conducta, la cultura a la que pertenecen se les ofrece como punto de referencia para interpretar la realidad y actuar frente a ella. Cada grupo social escoge determinados valores y los articula entre sí y los utiliza para crear los denominados «sistemas cerrados de pensamiento», que tienen la función de explicar problemas filosóficos, religiosos, políticos, psicológicos, etc. Son cadenas de razonamientos que explican de forma secuencial la totalidad de los acontecimientos relacionados con un hecho inexplicable o desconocido, son impermeables a la crítica porque excluyen en sí mismos cualquier argumentación contraria. Su principal función es reafirmar al individuo frente a la incertidumbre, ofrecerle un sistema coherente de

creencias que le permita responder frente a desgracias, transgresiones morales, infelicidad, etc. Se caracterizan por tener consistencia interna, ser resistentes al cambio, tener capacidad de absorber información aparentemente contradictoria, y no tolerar el escepticismo. Por ejemplo, la propia medicina constituye uno de los sistemas cerrados de pensamiento que puede encontrarse en prácticamente todas las culturas. Igual que cualquier otro, presenta contradicciones evidentes con la realidad que pretende explicar, como, por ejemplo, el hecho de que su fundamentación organicista choque con su incapacidad para explicar desde un punto de vista biologicista gran parte de las demandas que tiene que satisfacer. Estos sistemas de creencias sólo se modifican a partir de conflictos sociales, cuando diferentes grupos sociales sostienen creencias contrapuestas y uno domina al otro. Sirvan como ejemplo de discrepancias entre diferentes grupos sociales de la propia sociedad, las existentes entre los sistemas de valores tanto el médico como el legal sobre cuestiones como el aborto, el suicidio, las sociopatías, la homosexualidad o algunas conductas delictivas.

Los sistemas de creencias se traducen en la práctica como normas sociales, mucho más próximas al individuo. Aunque su contenido también es genérico, impersonal, se diferencian de los valores sociales porque poseen carácter punitivo: su trasgresión lleva aparejada de forma explícita o implícita algún tipo de penalización. En el entorno más próximo al individuo, especialmente en los grupos sociales primarios y en la familia, la norma social se convierte en un sistema de reglas. La regla es la expresión más concreta, práctica y personalizada, traducible en conducta, del sistema de creencias de un individuo. La medicina científica se ha interesado desde sus comienzos por el

efecto que ejercen estos sistemas de valores y creencias sobre la salud y la enfermedad. Destacan las aportaciones de los higienistas del siglo XIX y su influencia sobre estrategias poblacionales, como la policía médica de la Alemania de Bismarck. Al adquirir hegemonía el modelo biomédico frente al discurso político-social de la medicina decimonónica (proceso denominado medicalización por Foucault), la antropología dejó de formar parte de las ciencias médicas básicas y su contribución quedó reducida a apoyar la expansión del nuevo modelo médico biologicista. Para ello, se requería la aculturización de otros modelos, bien de sociedades remotas (coincidiendo históricamente con el colonialismo), y también de amplios estratos sociales de la propia sociedad occidental. En esta etapa predominan estudios que justifican el abandono de prácticas culturales ancestrales y su sustitución por una actitud de aceptación pasiva y acrítica de los valores de la medicina biológica, que se utiliza siempre como patrón de referencia. Sin embargo, pronto comienza a distinguirse tímidamente entre los componentes «mágicos» de los modelos culturales tradicionales, no justificables desde la óptica de la biomedicina, y sus elementos «empíricos», que sí adquieren valor en la medida que sean asimilables por el modelo dominante de la biomedicina. Con ello, se genera una visión evolucionista de los modelos culturales ajenos al de la medicina académica, comenzándose a prestar atención a sus valores y creencias en la medida que puedan representar estadios previos al de la cultura médica occidental. Es a mediados del presente siglo, con el fin del colonialismo formal y bajo la presión de corrientes críticas surgidas lejos de las antiguas metrópolis, como, por ejemplo, el indigenismo mexicano, cuando se supera esta visión y comienzan a desarrollarse conceptualizaciones funcionalistas. El saber médico

de una sociedad deja de dissociarse del resto de sus premisas culturales, y se intenta comprender desde una perspectiva holística. Esta visión tiene una traducción práctica en el desarrollo de programas de intervención comunitaria que ya no intentan lograr sus objetivos anulando modelos de creencias arraigados en un colectivo, sino que tratan de apoyarse en sus propios valores y en agentes procedentes de la propia comunidad. Este enfoque permite situar el proceso de enfermar y de sanar en un contexto propio, y lleva a describir las primeras «enfermedades culturales» (*culture-bound syndromes de Rubel*), como el «susto» o el «amor». Posteriormente no será difícil aplicar el mismo modelo a enfermedades de la cultura occidental como se ha hecho, por ejemplo, con la anorexia nerviosa o con enfermedades orgánicas, por ejemplo, en el estudio de Scotch sobre hipertensión. La evolución de la antropología médica, que vuelve a centrar su mirada en la propia cultura, coincide con una necesidad cada vez más sentida por los clínicos. En la práctica, especialmente en Atención Primaria, abundan situaciones en las que el médico percibe la trascendencia de los factores culturales, y cada vez se hace más necesario disponer de modelos teóricos que permitan integrarlos. La evolución de la Atención Primaria, con su aspiración de prestar una atención integral, requiere analizar el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva cultural y situar la enfermedad (la del enfermo concreto) en un contexto diferente a los enfoques tradicionales tanto clínicos como epidemiológicos.

El trabajo social en el área de salud.

“Éste ha sido uno de los campos de mayor y más antigua implantación del trabajo social. La incorporación de los trabajadores sociales a este campo de

actuación se ha venido haciendo desde hace varias décadas, desde el momento en que la salud se consideró no sólo como un problema físico-biológico, sino como resultante de una relación dialéctica del individuo con su medio ambiente. Aceptado que la atención de los problemas de salud va más allá de la actuación de médicos y enfermeras, se pensó incorporar otro tipo de profesional capaz de atender lo que podría denominarse como la "dimensión social de los problemas de la salud". Esta incorporación se hizo, pero ofreciendo a los trabajadores sociales un papel secundario y accesorio de meros auxiliares. Se los llamó visitadores sociales y se les asignó las funciones de "brazos extendidos" y "ojos prolongados" de los médicos hasta los domicilios de los pacientes. Los trabajadores y asistentes sociales se consideraban "ayudantes" capaces de controlar el buen cumplimiento del tratamiento prescrito, de dar "normas de higiene", de saber algunas destrezas de "medicina menor", de saber enseñar, de cuidar bebés, etc. De "visitar", en una palabra, a los pacientes en su domicilio.

Actualmente, el trabajo social en salud se basa en la premisa de las relaciones entre la salud y los factores sociales. A partir de esta idea de la dimensión social de la salud, se han ido derivando las funciones de los trabajadores sociales en este campo de actuación. Entre ellas:

- Atender las problemáticas sociales detectadas en los centros sanitarios que afectan la salud de los usuarios del mismo, y que es posible atenuar, atender o prevenir con la acción realizada desde los mismos centros;*

- *Promover y fortalecer la organización de grupos de pacientes o ex pacientes (diabéticos, alcohólicos, cardiópatas, etc.), grupos de madres, talleres de rehabilitación, etc.;*
- *Participar en equipos de educación sanitaria y salud pública, dentro de programas de atención primaria, donde se desarrolla una función básicamente preventiva con la participación de la comunidad;*
- *Participar en equipos de trabajo del área socio-sanitaria promoviendo la formación de consejos locales de salud y programas de medicina y salud comunitaria;*
- *Rehabilitación de disminuidos temporales y crónicos en todo lo que concierne a problemas de reinserción social;*
- *Reinserción de enfermos después de un tratamiento u hospitalización que ha producido una ruptura con la normalidad de su vida cotidiana;*
- *Atender al problema de la "angustia de hospitalización" que produce el internamiento a determinadas personas.*

Cualesquiera sean las actividades o tareas específicas dentro de este campo, el trabajo social en salud pretende proporcionar a los individuos un cierto grado de autonomía en los problemas de salud. Se parte del supuesto de que no hay recuperación de la salud, si la persona no hace algo para recuperarse y si el entorno no ayuda a ello. A nivel individual, familiar, grupal y comunitario, todos tenemos que ser co-terapeutas y, en esa motivación para serlo, el trabajo social tiene una tarea que cumplir". (Ander Egg, E. 1996).²⁷

²⁷ Ander-Egg, Ezequiel. "Introducción al trabajo social". Ed Lumen/Humanitas. Pág. 36. Bs. As. 1996.

Según la Lic. Socorro Nigo Gonzalez, la intervención del profesional de trabajo social en el Sistema Nacional de Salud, ha sido importante en las acciones de promoción y coordinación de los programas institucionales dirigidos a la recuperación de la salud con la participación de individuos, grupos y comunidades en los diversos niveles de atención.

En este contexto, ha participado de forma paulatina en el cambio del paradigma que enmarca las transformaciones de las tendencias educacionales de la población y del sistema económico y social. A través de su intervención directa en la operatividad de los programas institucionales (MASPA), basados en la estrategia de Atención Primaria a la Salud y el funcionamiento de los Servicios de Salud para asegurar a la población la disponibilidad y acceso a servicios de calidad. Desarrollando las funciones de; investigación, planeación y programación, educación social, promoción social, prevención, asesoría social y administración. Con acciones concretas en: Educación para la salud, identificación de factores de riesgo social, que inciden en el proceso salud-enfermedad, campañas permanentes educativas, organización de grupos (transitorios, terapéuticos, autoayuda, capacitación.), promoción de programas para la detección temprana de enfermedades crónico-degenerativas. Participación Social, participación en el Programa de Referencia y Contrareferencia, tipificación social para el Sistema de Cuotas de Recuperación, promoción de estilos de vida saludable.

De acuerdo a la Asistente Social y Nutricionista Paula Gandolfini, la incorporación de los trabajadores sociales a los equipos de Atención Primaria ha sido uno de los elementos de cambio cualitativo de la asistencia prestada a

la población, al mismo tiempo que ha posibilitado su desarrollo desde la perspectiva social, junto con la biológica y psicológica. Las funciones y actividades de los trabajadores sociales en el seno de la atención primaria de la salud giran esencialmente alrededor de las características de la comunidad atendida y tienen su base en un conocimiento profundo de ellas. La estructura socioeconómica, la cultura, los equipamientos y los servicios, la estructura urbanística y de las viviendas y las instituciones y asociaciones son, entre otros, los elementos marco que definirán sus actuaciones comunitarias. El trabajador social ha de ser capaz de identificar y definir las demandas y necesidades de la población y de promover las actuaciones precisas para el tratamiento de los problemas y las emergencias sociales en los niveles individual, familiar y comunitario. Otro campo de acción importante del trabajador social es el de la participación comunitaria, desempeñando funciones de elemento de enlace entre las personas y las entidades y el equipo de salud. Las personas y los grupos en situación de riesgo social (alcoholismo, inadaptación, paro, ancianos, etc.) son su población diana y hacia ellos tendrá que dirigir la mayor parte de sus esfuerzos, siempre dentro de las líneas de prioridad marcadas por el conjunto del equipo. En este sentido, han de desempeñar un papel protagonista en la coordinación y el desarrollo de los programas sociosanitarios y, dentro de ellos, de la atención domiciliaria de pacientes crónicos y de los ancianos.

Los trabajadores sociales que forman parte del equipo de Atención Primaria han de disponer de una infraestructura básica para el desarrollo de sus actividades, con un despacho propio independiente. Han de mantener contactos periódicos, frecuentes y programados (salvo emergencias) con los

componentes sanitarios del equipo, en forma de reuniones de trabajo monográficas para el abordaje conjunto de las necesidades y demandas planteadas. Estos profesionales también han de participar activamente en las tareas docentes y de investigación propias del equipo de salud.

Desde la perspectiva de un sistema integral de salud, el equipo de Atención Primaria ha de asumir todas aquellas funciones dirigidas a garantizar y mejorar el nivel de salud individual y colectivo del grupo de población que tiene adscrito. Este concepto, amplio y en cierta manera ambiguo, es el que delimita el marco propio de actuación del equipo.

La salud individual y colectiva de la población es un concepto abierto y dinámico que requiere para su plasmación de un alto grado de identificación de los profesionales sanitarios con su entorno demográfico, social, geográfico y epidemiológico, identificación sin la cual resultará muy difícil, sino imposible, una objetivación clara de los problemas y prioridades en este marco concreto, cuestionando ya de entrada la eficacia y eficiencia de cualquier actividad a desarrollar por el equipo.

Desde esta vertiente, la salud de una población está condicionada por un conjunto de circunstancias muchas de las cuales pueden ser independientes de la actuación del equipo. Por esta razón sería irreal y demasiado ambicioso afirmar que un grupo reducido de profesionales pueden delimitar totalmente el nivel de salud de una población concreta. No obstante, y aunque estas consideraciones no parezcan muy alentadoras, el equipo tiene una función clara y prioritaria, introductoria de las restantes, y que no es otra que la de promover cambios cualitativos en las actitudes y hábitos de la población en todos los

campos que tienen una relación directa o indirecta con la salud. Este punto básico ha de estar siempre presente en cada uno de los grandes grupos de funciones y actividades a realizar por el equipo:

1. *Asistencia.*
2. *Promoción de la salud.*
3. *Prevención de la enfermedad.*
4. *Rehabilitación.*
5. *Docencia e investigación.*

Todas estas funciones y actividades han de ser desarrolladas en la perspectiva de la atención primaria de la salud (APS), de forma integral e integrada, priorizando en cada momento las más acordes con las demandas y las necesidades de la población atendida. La función asistencial curativa, dirigida hacia las personas con procesos patológicos agudos o crónicos, se llevará a cabo mediante actividades realizadas en los consultorios y servicios de urgencias del centro de salud y en los domicilios de los pacientes. Su organización básica responde a tres tipos principales: asistencia a demanda (con o sin cita previa), programada y urgente.

Para lograr un desarrollo óptimo de las actividades de prevención y promoción de la salud es preciso que los profesionales de los equipos de Atención Primaria se involucren directa y principalmente en su realización, con énfasis especial en las de educación sanitaria.

Las actividades de rehabilitación tienen aún una importancia secundaria dentro de las propias de los equipos de salud y, en general, son desarrolladas con

base a equipamientos de apoyo especializado. A pesar de ello, no debe olvidarse que la rehabilitación no comprende solamente las técnicas fisioterápicas complejas, sino que abarca otras más sencillas asumibles por los componentes de los equipos y a realizar fundamentalmente en el ámbito domiciliario.

Los equipos de APS han de tener un papel protagonista en la formación pre, posgraduada y continuada de sus propios miembros. La investigación clínica y epidemiológica también está adquiriendo un importante grado de desarrollo. La introducción progresiva de la enseñanza en el campo de la APS en los programas de pregrado, el crecimiento en cantidad y calidad de los programas de formación posgraduada y el número cada vez mayor de trabajos originales publicados en revistas de Atención Primaria, son datos que reflejan en la práctica las afirmaciones iniciales.

En el equipo de APS se desarrollan siempre, además de las anteriores, otra serie de funciones y actividades, que denominamos de soporte y que comprenden elementos de las de docencia e investigación y otros relacionados con las necesidades de organización interna del equipo, con la evaluación y control de las actividades y sus resultados y con la gestión.

Según la Licenciada Socorro Nigo Gonzalez, en el ámbito de la salud, se ha considerado la participación del profesional en Trabajo Social como el recurso humano integrante del equipo multidisciplinario que coadyuva en la organización y el funcionamiento de instituciones y servicios de bienestar social para la población, lo cual permite le operacionalizar la política a través de programas de asistencia, promoción social y desarrollo comunitario. En

consecuencia se convierte en el vínculo natural de enlace entre los recursos que ofrecen las instituciones y los grupos humanos que demandan los servicios.

El trabajo social, es una disciplina científica que se nutre de las ciencias sociales y uno de sus campos de intervención es la salud. El trabajador social en el área de la salud, es el profesional del equipo multidisciplinario que conoce las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, identifica las redes familiares y sociales, y promueve la utilización de los recursos disponibles, a través de acciones de investigación, planeación y programación, educación social, promoción, prevención, asesoría social y evaluación, orientadas a la recuperación de la salud y a la participación de individuos, grupos y comunidades, en las instituciones del 1º, 2º, y 3er. nivel de atención.

Programa Materno Infantil

La Dirección Nacional de Salud Materno Infantil se encuentra dentro del ámbito de la Secretaría de Programas Sanitarios, y es el órgano de formulación y aplicación de las políticas materno infantiles. Allí se desarrolla el Programa Materno Infantil, que se financia con fondos nacionales y externos. La propuesta estratégica de la Dirección Nacional se enmarca en el concepto de derechos ciudadanos presente en el "Compromiso a Favor de la Madre y el Niño", asumido ante la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia (1990) y, muy especialmente, en la "Convención Internacional Sobre los Derechos del Niño" (1989) y la "Convención sobre la eliminación de Todas Formas de

Discriminación contra la Mujer" (1979), las que tienen como meta la equidad en materia de salud.

A través de la asistencia técnica y financiera al sector salud de las provincias argentinas la Dirección Nacional procura los siguientes objetivos:

- Reducir la morbimortalidad de la población de mujeres, niñas y adolescentes.
- Reducir las brechas de los indicadores de salud existentes (por género, nivel socioeconómico, áreas geográficas, etnias).
- Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de los servicios de salud.
- Promover la participación ciudadana en la problemática de salud de la población.

La más grave crisis institucional y socioeconómica que vivió el país afectó directamente la situación de la salud materno infantil al tiempo que el Ministerio se vio obligado a declarar la Emergencia Sanitaria. Es en esta Emergencia Sanitaria que se fijaron tres ejes estratégicos como prioritarios para la implementación de las políticas de salud materno infantil y que están plasmados en el organigrama de la Dirección.

Esos ejes son: Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, Programa de Perinatología y Programa de Salud Infantil.

Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable

El Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, creado por la Ley Nacional N° 25.673 de la República Argentina, procura dar respuesta al grave problema de la mortalidad materna a consecuencia de abortos practicados sobre embarazos no deseados, el embarazo adolescente y el contagio de SIDA

u otras Infecciones de Transmisión Sexual a causa de relaciones sin protección, entre otros.

Reconoce que el Derecho a la Salud comprende la Salud Sexual, y que ésta incluye la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción, sin temor a infecciones o a embarazos no deseados.

Se basa en la autonomía de todas las personas para elegir individual y libremente, de acuerdo a sus convicciones y a partir de la información y el asesoramiento, un método anticonceptivo adecuado, reversible, no abortivo y transitorio, para decidir la cantidad de hijos que cada pareja desea tener.

Programa de Salud Perinatal

Su propósito es promover, en todo el país, la salud de las mujeres durante la etapa preconcepcional, el embarazo, el parto y el puerperio y la de sus hijos durante el período fetal y neonatal para disminuir la morbimortalidad de este grupo poblacional.

El Objetivo General es transformar el modelo de atención perinatal para mejorar la calidad de los Servicios. Para ello se seleccionan las mejores evidencias científicas y tecnologías apropiadas para elaborar "Guías para la práctica" y "Normas de organización y funcionamiento de los Servicios", en consenso con Sociedades Científicas y Servicios de todo el país, que se difunden en todo el territorio nacional.

Estimula la organización de "redes perinatales" que interrelacionen los Servicios de todos los niveles de complejidad necesarios para una adecuada atención de las embarazadas, madres y recién nacidos mayoritariamente sanos, pero también aquéllos con patologías.

Enfatiza que los Equipos de Salud perinatales, idealmente multidisciplinarios (Obstétricas, Médicos, Enfermeros, Psicólogos, Asistentes Sociales, etc.) deben comprometerse en respetar las necesidades psicosocioculturales, y no sólo biológicas, de la mujer y su familia, por lo que se promueve el concepto de Maternidades Centradas en la Familia, teniendo en cuenta la decisión de las mujeres y su familia, así como la privacidad, dignidad y confidencialidad del grupo familiar.

Tiende a lograr que todas las Instituciones donde se producen nacimientos sean capaces de resolver las emergencias que puedan producirse imprevistamente, tanto en los partos normales como patológicos, por lo que deben cumplirse obligadamente las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales de la Organización Mundial de la Salud.

Son sus objetivos:

- Mejorar la calidad de atención de los servicios perinatales en todos los niveles.
- Promover redes de atención perinatales.
- Mejorar la cobertura, disponibilidad y accesibilidad del control preconcepcional y prenatal.
- Asegurar la atención del parto con el cumplimiento de condiciones obstétricas esenciales.
- Garantizar la atención neonatal en el nivel de complejidad adecuado y el seguimiento alejado del recién nacido de riesgo.

- Promover el análisis permanente de las muertes maternas y neonatales.
- Promover, proteger y apoyar la lactancia materna desde el comienzo del embarazo.
- Desarrollar y/o perfeccionar los sistemas de registro y su análisis para ser utilizados en el monitoreo y la evaluación de la calidad de atención perinatal y la toma de decisiones.

Actividades

- Transferencia de medicamentos esenciales para la atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.
- Asistencia técnica y apoyo a las autoridades provinciales para la transformación del modelo de atención en todos los servicios perinatales y la organización de redes de atención.
- Asistencia técnica y capacitación permanente a los equipos de salud (médicos, obstétricas, enfermeros, trabajadores sociales, agentes sanitarios).
Publicaciones: "Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal", "Guía de seguimiento del recién nacido de riesgo", "Guía para la atención del parto normal en Maternidades centradas en la familia", "Guía para equipos de salud interdisciplinarios: Preparación Integral para la Maternidad", "Propuesta Normativa: Promoción y apoyo a la lactancia materna".
- Evaluación de Servicios sobre la base de Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Maternidad y Neonatología.
- Vigilancia y control de la morbilidad materna e infantil integrando la Comisión Nacional que asesora y coordina a las Comisiones Provinciales.

- Comisión Asesora de Lactancia Materna: promueve, coordina, evalúa y acredita hospitales en el marco de la "Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño" y de la más reciente "Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y el niño".
- Sistema Informático Perinatal: capacitación en su uso, distribución, y recopilación y análisis de las bases provinciales que integran una gran base nacional, en la actualidad de 1.000.000 de registros de eventos perinatales.
- Monitoreo, seguimiento y evaluación de actividades y resultados, en todas las jurisdicciones.

- **Ley Nacional N° 25929 PROTECCION DEL EMBARAZO Y DEL RECIEN NACIDO**

Programa de Salud Integral del Niño

El Programa desarrolla paulatinamente y por etapas sucesivas una modalidad de organización de la atención infantil fundada en la concepción de realizar intervenciones efectivas en poblaciones con riesgo poblacional incrementado para aquellos grupos infantiles en las distintas jurisdicciones con malos indicadores de salud y tasas superiores a las esperadas de morbilidad y mortalidad infantil.

Estas intervenciones abarcan tanto la preservación y la mejora de la salud integral del niño para permitir la plena expresión de su potencialidad como también las acciones necesarias para intervenir en forma efectiva en las principales condiciones que generan morbilidad y mortalidad reducible.

La salud y la enfermedad es una interrelación en un proceso continuo entre las acciones saludables del sistema de salud y las familias (lactancia materna, vacunación, crianza sana, control e intervención favorable sobre el crecimiento y desarrollo, entre otras) y las influencias desfavorables del medio ambiente (falta de agua potable, ambiente insalubre, insuficiencia nutricional), familiares (crisis familiar crónica), biológicas (agentes infecciosos, malformaciones congénitas, eventos perinatales) y de las fallas del sistema de atención de la salud.

Es por ello que el programa plantea un conjunto de actividades tendientes a alcanzar la cobertura universal de las acciones saludables para preservar y mejorar la salud integral del niño y corregir las fallas del sistema de atención.

Marco General del Programa

- Integralidad en la atención de la salud del niño: atención de patologías prevalentes, prevención y promoción de su adecuado crecimiento y desarrollo en un programa sustentable por políticas de estado y con financiamiento asegurado, que abarque todos los componentes y acciones en forma completa y continúa.
- Transformación del modelo y calidad de la atención en los servicios pediátricos en todos los niveles para dar respuesta a las necesidades de los niños con énfasis en los de mayor riesgo biológico y social y con acciones centradas en el apoyo y sostén de la familia.

- Priorización de actividades en provincias con mayor carga sanitaria por habitante.
- Establecimiento de políticas de convenios entre Nación y provincias, donde la primera, en razón de su aporte de recursos establezca la contraparte de acciones y componentes provinciales, con plazos firmados en compromisos entre partes de realización fáctica real y evaluable.

Los objetivos del programa son:

- Aumentar la cobertura de acciones efectivas para preservar y mejorar la salud infantil en aquellas poblaciones con malos indicadores y alta densidad de población.
- Realizar acciones efectivas curativas o de prevención secundaria de las principales condiciones prevalentes para reducir la morbilidad y mortalidad infantil reducible en poblaciones con alta densidad de población y elevada mortalidad.

Estrategias

A.- Las estrategias para la extensión y mejoramiento de las acciones efectivas de promoción de la salud infantil se desarrollarán con apoyo de la Guía de Programación Local, la aplicación de la Guías para la supervisión de la salud de niños y adolescentes, y el apoyo a una mejor crianza utilizando las guías para la familia y para el equipo de salud sobre el cuidado del niño hasta los dos años de edad.

Estas Guías son complementarias. La programación local constituye el marco estructural de planificación de la población a atender de acuerdo a sus necesidades irresueltas para mejorar la capacidad de resolución en el primer nivel de atención, su densidad de población, los aspectos ecológicos, medio-ambientales y sociales y los resultados observados de morbimortalidad infantil y morbilidad de enfermedades prevalentes. Las guías de supervisión constituye la expresión de las acciones a realizar en la consulta de los niños enfatizando los aspectos que deben ser siempre considerados en cada etapa del niño a fin de sustentar el sano desenvolvimiento infantil o la oportuna detección de las desviaciones para promover la intervención necesaria. Las guías para el cuidado del bebé brindan las pautas necesarias para apoyar a la familia en la crianza para un adecuado desarrollo del niño durante los primeros dos años.

B.- La Estrategia para la atención de las enfermedades prevalentes se sustenta en la estrategia AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) y en los documentos de apoyo: "Estrategia de Hospitalización Abreviada en Infecciones Respiratorias Bajas", Atención del niño con diarrea "Prevención de la Muerte Súbita del Lactante".

El Programa implementa estrategias que atraviesan todo el Sistema de Salud y que conducen a que los niveles de decisión política (Autoridades), los niveles de decisión ejecutiva (Jefaturas) y el Equipo de Salud a cargo de la atención directa de niños en los servicios (Centros de Salud y Hospitales) se involucren y se comprometan, cada uno de acuerdo a su nivel en:

- La sustentabilidad política y financiera necesaria para la implementación.
- La ejecución y el seguimiento de las actividades de los servicios.
- El análisis del impacto de las actividades sobre la situación de salud, enfermedad y mortalidad infantil.

Las acciones se orientan en dos grandes cursos:

- Población nominal a cargo y bajo responsabilidad de los centros de salud u hospitales con área de influencia.
- Mejoramiento de los servicios de salud, para asegurar una adecuada cobertura y calidad en el desarrollo de las actividades específicas para el grupo menor de 5 años, con énfasis en el primer nivel de atención y en los servicios pediátricos de derivación

Las acciones prioritarias son:

La detección de niños en riesgo por causas biológicas y/o sociales; la promoción de salud en general, la promoción de la lactancia materna, el cumplimiento del calendario nacional de vacunación, el apoyo para una adecuada nutrición, el control del crecimiento y desarrollo, la promoción del desarrollo infantil, comunicación social para la prevención de accidentes, y la atención de las patologías prevalentes.

Folleto de alimentación complementaria del lactante:

Actividades:

- Asistencia técnica y apoyo a las autoridades y equipos técnicos provinciales

para la transformación del modelo de atención en los servicios infantiles y para la organización de redes de atención.

- Asistencia técnica y capacitación permanente a los equipos de salud (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, agentes sanitarios) en los distintos niveles de la red de atención.
- Transferencia de equipamiento, insumos y medicamentos esenciales para la atención del niño en las enfermedades prevalentes.
- Evaluación y asistencia técnica para colaborar en el desarrollo adecuado de Servicios sobre la base de la aplicación de Normas de Organización y Funcionamiento.
- Vigilancia y control de la morbimortalidad infantil integrando la Comisión Nacional de dicho tema que asesora y coordina a las Comisiones Provinciales.
- Publicaciones: Estrategia de la Programación Local, Guías para la supervisión de la salud de niños y adolescentes, Cuidando al bebe. Guía para la familia y Cuidando al bebe. Guía para el equipo de salud, "Estrategia de Hospitalización Abreviada en Infecciones Respiratorias Bajas", Atención del niño con diarrea "Prevención de la Muerte Súbita del Lactante".

Actividades de promoción de la salud

Cualquier actitud, recomendación o intervención que haya demostrado su capacidad para mejorar la calidad de vida de las personas o de disminuir su morbimortalidad es en sí misma una medida de promoción de la salud.

La amplia difusión e implantación social que han tenido determinadas conductas propias de nuestra cultura, como el consumo de tabaco o alcohol, es responsable de gran parte de la mortalidad global y de muchas muertes prematuras en los países desarrollados. La prevención de las enfermedades asociadas al uso de estos tóxicos está en relación con su abandono, sobre todo teniendo en cuenta que enfermedades como el cáncer de pulmón no son prevenibles por métodos de cribado.

En términos globales, la mayor rentabilidad preventiva se obtiene a partir de medidas de promoción de la salud y no puede olvidarse que la prevención primaria es la única eficaz en múltiples ocasiones.

Para poder desarrollar medidas de promoción de la salud son necesarias nuevas actitudes y destrezas por parte del equipo de Atención Primaria pero, sobre todo, un nuevo tipo de relación con el paciente. Los problemas de salud comunes y aparentemente banales son los precursores de otros más graves, de deterioros irreversibles y de muertes prematuras (Hart). Problemas como el tabaquismo, el alcoholismo, la diabetes o la limitación crónica al flujo aéreo, están ligados en gran medida a actitudes conductuales y es responsabilidad del equipo de Atención Primaria mostrar el grado en que éstas abocan a la enfermedad. Evitar el inicio de estos hábitos es la mejor manera de contribuir a la promoción de la salud.

Es una función esencial del equipo de Atención Primaria ofrecer información adecuada de cuanto se refiere a los hábitos dietéticos, los efectos del tabaco, alcohol y otras drogas, recomendar el ejercicio físico adecuado a cada edad y

detectar, a partir de la relación establecida con el paciente, los conflictos que puedan iniciarse por inadaptación personal o social.

Es necesario priorizar las necesidades según el sexo y la edad de las personas a las que nos dirigimos; así, mientras debe preocuparnos ofrecer servicios de planificación familiar adecuados a las mujeres en edad fértil, nos interesará conocer cuáles son las necesidades y expectativas sociosanitarias de la población anciana. Según Steel «mientras los médicos se centran en la diabetes mellitus, a los pacientes ancianos les preocupa andar, ver y oír». Los accidentes de tráfico o de trabajo son causa importante de muerte y de incapacidad en algunos grupos de edad. Recomendar medidas precautorias como el uso del cinturón de seguridad o las protecciones pertinentes en el lugar de trabajo pueden contribuir a que disminuyan.

La promoción de la salud, en cuanto a que está ligada estrechamente a la pedagogía sanitaria, debe ser una labor fundamental de los profesionales de enfermería que, a menudo, establecen un vínculo de comunicación con los pacientes más intenso que el de otros profesionales sanitarios. Es evidente que el amplio campo de actuación de las medidas de promoción de la salud no depende tan sólo del equipo de Atención Primaria; fuera de él, las instituciones públicas y los gobiernos que diseñan la legislación general y más concretamente la que regula la publicidad de determinados productos, tienen en esta área una responsabilidad de primer orden.

No se trata pues, de esperar a que el adulto joven ya haya adquirido hábitos insanos para iniciar la intervención, sino conseguir que familia y escuela ofrezcan a los niños un estilo de vida sano, es decir, con modelos de

comportamiento y hábitos que sean *compatibles y favorables* a la salud o plenitud de vida. Las medidas encaminadas a mejorar la salud desde la infancia tienen una enorme repercusión en años-calidad-de-vida, ya que sus resultados, positivos o negativos, se prolongarán a lo largo de toda la vida. La acción de los sanitarios debe enfocarse de una forma mucho más intensa hacia la actividad preventiva y de promoción de la salud, trabajando para que la familia, la escuela y los diferentes colectivos de deporte y ocio tiendan a desarrollar y potenciar, en el niño y el adolescente todas sus capacidades psicofísicas, ayudándole en la adopción de hábitos saludables. La actuación pediátrica debe orientarse muy especialmente hacia la prevención primordial mediante la educación familiar temprana, anterior a la aparición de conductas de riesgo.

En la atención a la infancia no debería olvidarse otro aspecto fundamental: los problemas de la infancia no se pueden abordar de forma aislada, la salud del niño está ligada a la de sus padres por la transmisión de los genes y del estilo de vida, pero muy especialmente a la salud materna, en la etapa pregestacional y sobre todo en la gestacional. Por ello, la salud familiar, la materna y la infantil forman un trinomio inseparable en cualquier enfoque preventivo que afecte a la infancia y adolescencia.

Actividades preventivas y de promoción de la salud:

Hasta la actualidad, la actividad fundamental del médico y de los demás profesionales sanitarios que trabajan en la asistencia ambulatoria estaba básicamente orientada a la atención curativa o reparadora de las personas enfermas que acudían a las consultas en demanda de solución a sus

problemas de salud. El progreso de los nuevos conceptos que caracterizan a la moderna Atención Primaria está permitiendo avanzar en la implantación de actividades preventivas y de promoción de la salud en el seno de sus equipos multidisciplinarios y que las mismas vayan alcanzando un nivel de prioridad cada vez mayor, hasta convertirse en el elemento nuclear del cambio cualitativo en la transformación del sistema sanitario que se está llevando a cabo en muchos estados, entre ellos, España. Sin embargo, no hay que olvidar que la estructura y el funcionamiento asistenciales actúan frecuentemente como un freno para el desarrollo de este tipo de actividades y que en bastantes ocasiones todavía nos encontramos con que las únicas o principales actuaciones preventivas propiciadas por el sistema sanitario son las derivadas de campañas (de vacunaciones, antitabáquica, etc.) que se proyectan en un nivel institucional centralizado y que se basan en la utilización de los medios de comunicación social. Aún no se han realizado todos los esfuerzos necesarios para posibilitar la integración sistemática de las actividades preventivas y de promoción de la salud con las asistenciales en el trabajo cotidiano del equipo de Atención Primaria (EAP). Es evidente que mientras no exista una disponibilidad mínima de tiempo y medios no será posible alcanzar un grado de desarrollo aceptable de estas actividades.

Otro aspecto fundamental para posibilitar la integración de las actividades preventivas con las asistenciales es el que hace referencia a la necesidad de potenciar la participación activa de los profesionales de enfermería de Atención Primaria en su diseño, puesta en práctica y evaluación, ya que han de ser protagonistas importantes en este campo.

Cada vez son mayores las *expectativas de la población* respecto a la necesidad de ser objeto de medidas preventivas y de promoción de la salud y, por ello, debe esperarse que, progresivamente, vayan reclamando a los profesionales de Atención Primaria su realización. Todo ello hay que ponerlo en relación con un grado de aceptabilidad cada vez mayor respecto a este grupo de actividades, sobre todo hacia aquellas que no supongan intervenciones instrumentales molestas y/o complejas. Tampoco podemos olvidar que el hecho de que estas medidas no supongan un coste adicional directo para el usuario, por estar comprendidas dentro de las habituales del sistema público de salud, favorece su implantación y cumplimiento. Efecto contrario al que tendría la exigencia de su pago total o parcial por el paciente exigencia de su pago.

PARTE I - ASPECTOS METODOLOGICOS

Tipo de investigación

El presente trabajo se planteó como una investigación de tipo descriptiva, explicativa con una metodología de análisis cualitativo y cuantitativo.

En cuanto al proceso metodológico se tomó como referencia el modelo que describe Margarita Rozas Pagaza, ya que considera al mismo como un movimiento dialéctico, que implica una mirada abarcativa, de constante evolución y movimiento.

Consideramos que no es posible el re-pensar sobre el Trabajo Social sin reflexionar antes sobre la idea del hombre mismo. En este sentido, se adhiere a

la concepción de Paulo Freire, que entiende al mismo ***“como un ser inacabado e incompleto que puede reflexionar sobre sí mismo en búsqueda constante de ser más. Este hombre “es” en situación, en un espacio concreto en el que se construye y configura la sociedad...”***

(Freire, Paulo. 2002)²⁸

Esta concepción del hombre, conduce a una elección metodológica acorde a esta postura. En consecuencia, se cree que la propuesta de Margarita Rozas Pagaza, se vincula con la misma, ya que entiende al Trabajo Social como un proceso participativo del que el hombre es protagonista.

De esta manera la participación es entendida como un proceso que reúne al mismo tiempo aprendizaje y enseñanza, pues todos los participantes tienen algo que aportar y algo que recibir en tal sentido. A la vez es una forma de ejercer los derechos y deberes como ciudadanos. Es una forma de apropiarse del espacio público al mismo tiempo que hacerse de él. Se coincide con Rozas Pagaza en su concepción crítica respecto al Trabajo Social, ya que entiende la intervención profesional como el resultado de un proceso complejo de construcción del campo problemático, superando el pragmatismo y el voluntarismo que aún existe como tendencia en la intervención profesional.

Universo de análisis: Todas las madres que asisten al control médico en las Unidades Sanitarias de Villa Clelia y San Bernardo del Partido de la Costa en un período de 2 (dos) meses calendario.

²⁸ Freire, P. “Educación y cambio”. Ed Galerna. Pág. 28. Bs. As. 2002

Unidad de análisis: Madres de niños de 0 a 6 meses que asisten a las Unidades Sanitarias de las localidades de Villa Clelia y San Bernardo del Partido de la Costa.

En el presente trabajo de tesis se tomó la totalidad de las madres que asisten a las respectivas Unidades Sanitarias.

Se tomó los datos en forma individual y aislando a la persona encuestada, para que la respuesta de cada madre no sea distorsionada por la de otra encuestada.

Las encuestas tuvieron un tiempo de duración, aproximadamente, de diez a veinte minutos. El trabajo de campo se realizó en los meses de Agosto y septiembre del presente año.

Técnicas de recolección de datos: Para la presente investigación, como técnicas de recolección de datos se recurrió a *entrevistas semi- estructuradas*, ya que consideramos que el instrumento de recolección nos debe permitir obtener datos precisos y claros para arribar a un diagnóstico. Se realizaron preguntas cerradas, sólo algunas de ellas fueron abiertas en las cuales las madres dieron su opinión particular sobre el tema. La entrevista es una forma específica de relación social: el entrevistador le formula preguntas al entrevistado para obtener información que resulta de su interés. Se establece así un diálogo, aunque asimétrico, en el que, unas de la partes busca recoger información y la otra se constituye en fuente de esta información. Esta entrevista se guía por una lista de puntos de interés a indagar en el curso de la entrevista. El entrevistador hace muy pocas preguntas

directas y deja hablar al entrevistado siempre que vaya tocando algún tema de los señalados en la guía.

Dicha entrevista permitió a través de una serie de tópicos, obtener la información necesaria, pudiéndose ampliar las preguntas del entrevistador de acuerdo a las situaciones particulares o hacer precisos determinados puntos.

Se llevó a cabo una investigación de tipo cualitativa ya que la misma permitió abonar a la comprensión de la subjetividad de los sujetos actuantes.

Dicho tipo de investigación actúa sobre contextos reales y el investigador procura acceder a las estructuras de significados propias de esos contextos mediante su participación en los mismos.

La investigación cualitativa depende fundamentalmente de la observación de los actores en su propio terreno y de la interacción de ellos en su lenguaje y con sus mismos términos.

La misma es un tipo de investigación que ofrece técnicas especializadas para obtener respuestas a fondo acerca de lo que las personas piensan y sienten.

Este tipo de investigación es de índole interpretativa y se realiza con personas cuya participación es activa durante todo el proceso investigativo y tienen como meta la transformación de la realidad.

Variables a considerar: Las variables son todos los conceptos capaces de ser cuantificables; a partir de este concepto las variables que rigieron esta tesis son:

- Situación económica
- Situación familiar
- Situación educacional de la madre

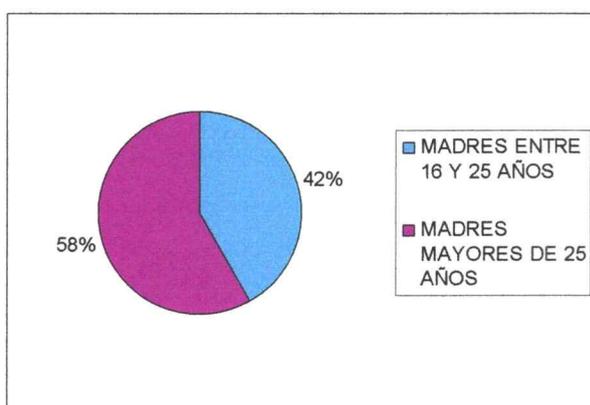
- Conocimiento general acerca de las ventajas y desventajas de la lactancia materna
- Conocimiento e información recibidos durante el embarazo
- Consideraciones generales de la madre acerca de la lactancia materna

PARTE II A:

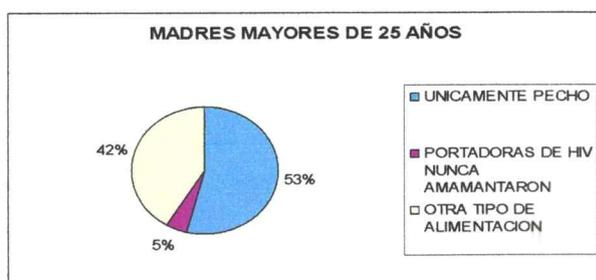
Presentación de resultados cuantitativos:

Una vez completada la etapa de recolección de datos, se pasó al procesamiento de los mismos.

- Edad de la madre:

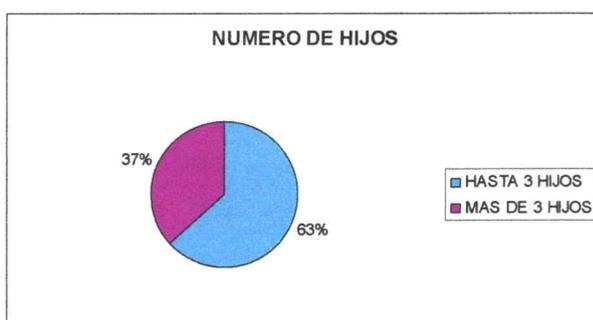


- Alimentación según edad de la madre:

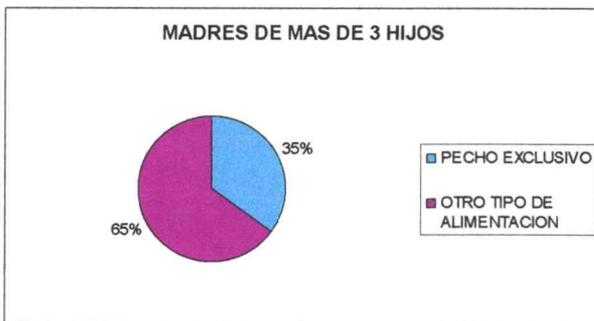




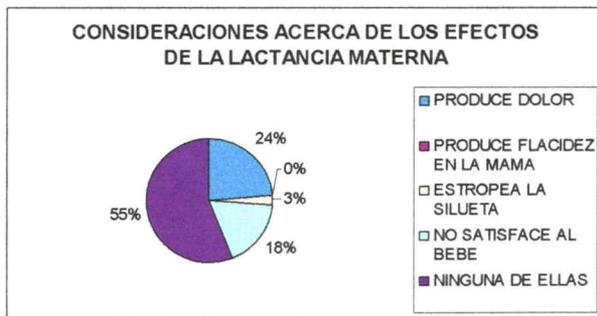
- Número de hijos:

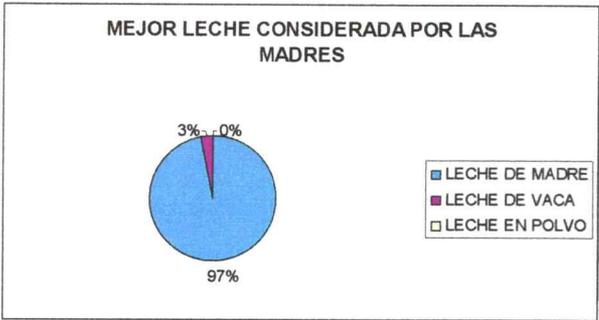


- Alimentación de acuerdo al número de hijos:

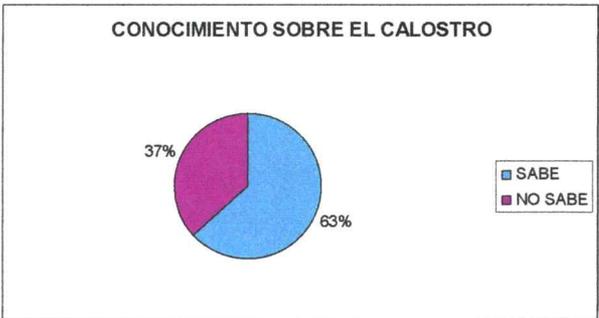


- **Consideraciones generales de la madre sobre la lactancia materna:**





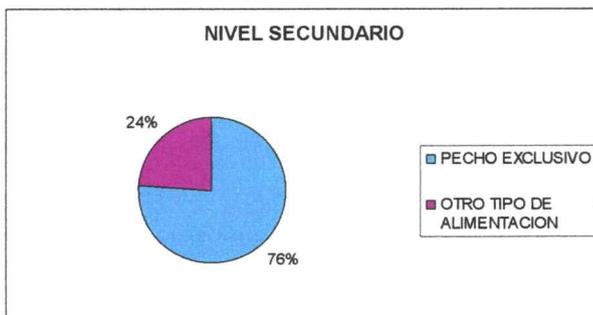
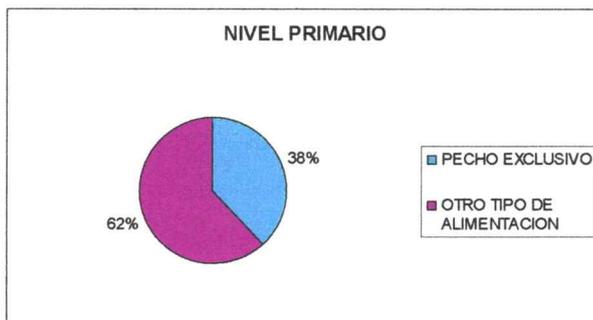
- Conocimiento en cuanto al calostro:



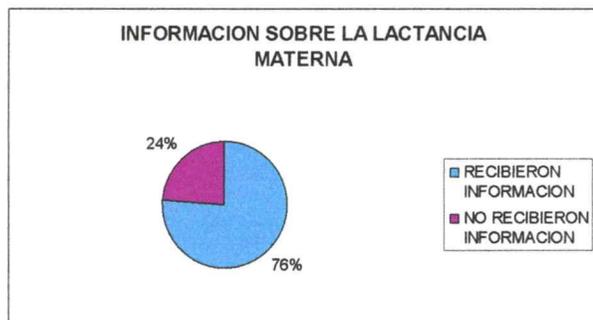
- Aspecto socio-económico:



- Aspecto educacional:



-Consultas e información recibidas durante el embarazo sobre la lactancia materna:



PARTE II B:

Ejes de análisis cualitativos:

Del total de madres encuestadas (76), 32 de ellas son mujeres de entre 16 y 25 años (42%), mientras que 44 son mayores de 25 años (58%).

De las madres mayores de 25 años, 24 le dan únicamente pecho a sus hijos, correspondiendo a un 54%, 2 de ellas no le dieron nunca de mamar a sus hijos ya que ambas tienen HIV (4,5%) y el resto, 18 madres, han alimentado a sus hijos de diversas maneras (pecho, leche en polvo, leche de vaca, leche maternizada, combinación de dos de ellas) alcanzando un porcentaje de 41,5%.

Según Gro Nylander en su libro "Maternidad y lactancia", ***"La leche en polvo para recién nacidos se hizo para sustituir la leche materna cuando una mujer no puede amamantar por razones físicas o medicas o porque decide no hacerlo.***

Las leches maternizadas se elaboran para satisfacer las necesidades de los lactantes e igualar la leche materna en la mayor medida posible. No deben ser dañinas para el intestino inmaduro del lactante. Por eso, la composición, aun en el contenido de vitaminas y minerales, es controlada legislativamente, en función de reglas estrictas. Es imposible igualar la leche materna, porque esta tiene células vivas y otros componentes que no pueden reproducirse artificialmente. Pero las maternizadas cubren las necesidades nutricionales de la mayoría de los lactantes".

Este tipo de leche que provee una alimentación equilibrada se puede observar en los dos casos de madres portadoras de HIV, mencionados anteriormente.

De las madres de entre 16 y 25 años, 16 de ellas, o sea el 50%, dan exclusivamente pecho a sus hijos, siendo según Gustavo Sager (fundador del banco de leche materna de La Plata) ***“La única alimentación natural de la especie humana desde el nacimiento, como así también el exclusivo medio de aportes de nutrientes hasta por lo menos los 6 meses de vida...”***; mientras que el resto lo hace de diferentes maneras (combinada entre pecho y otro tipo de leche, o leche de vaca, en polvo o maternizada) alcanzando el otro 50%.

Es de destacar, siguiendo al mismo autor que ***“El alimento ideal del recién nacido es la leche materna: cómoda, fácil de servir, estéril y diseñada para satisfacer todas sus necesidades alimentarias hasta los seis meses de edad. Ya tiene la temperatura adecuada y no necesita calentarse.***

Amamantar también beneficia a la madre, pues quema calorías y recupera con mayor rapidez su peso anterior. También confiere alguna protección contra la aparición de ciertas infecciones, como cáncer de mama y de ovario. Pero, por una u otra razón, quizás no lo amamante y elija darle leche en polvo. Casi todas las leches maternizadas están elaboradas con leche de vaca o de soja y deben prepararse con agua estéril – como agua de la canilla clorada- y luego calentarse. Su hijo requerirá la misma cantidad de calorías que si lo amamantara”.

Al analizar los datos obtenidos al realizar las encuestas en los diferentes Centros de Salud, se puede visualizar que no existe una relación directa entre la edad de las madres y el amamantamiento, ya que la diferencia que existe entre los dos grupos de madres (entre 16 y 25 años y mayores de 25 años) es solo del 4%.

En lo que respecta al grupo de madres que combinan la alimentación a pecho con otro tipo de leche se puede inferir, según lo expresado por las mismas, que no alimentan exclusivamente con pecho a sus hijos por dos razones fundamentales: "No satisface al bebe" y "Produce dolor", este último aspecto es relativo, ya que la mayoría de las mamás manifestaron que, si bien, dar de mamar les produce dolor lo hacen igual. Estos dos aspectos son mencionados por O'Donnell, A. en "La nutrición en el ciclo reproductivo: embarazo y lactancia" como problemas frecuentes del amamantamiento.

- Número de hijos:

Del total de 76 madres encuestadas, 48 de ellas tienen hasta 3 hijos (63%), mientras que las restantes 28 tienen más de 3 hijos (37%).

De las 48 madres que tienen hasta 3 hijos, 34 de ellas le dan pecho exclusivo a sus hijos (70%), mientras que el resto, o sea el 30%, optó por otro tipo de alimentación.

De las 28 madres que tienen más de 3 hijos, 10 de ellas les dan pecho exclusivo a sus hijos (35%), mientras que el resto optó por otro tipo de alimentación (65%).

En cuanto a la relación que existe entre el número de hijos y el amamantamiento se puede inferir que cuanto menos hijos tenga la madre más le da el pecho exclusivo a su hijo; esto puede deberse a que la madre tiene mayor disponibilidad horaria para su bebé, se encuentra mas tranquila y sin un exceso de trabajo domestico en su vida diaria.

En el extremo opuesto, las madres con más de 3 hijos son las que más optan por otro tipo de alimentación (leche en polvo, leche de vaca, entre otras) ya que en la actualidad es la mujer la que debe insertarse en el mercado laboral para poder mantener a su familia. Si bien el hecho de que la mujer se inserte en el mercado laboral tiene aspectos positivos para ella como ser: experiencias personales, mayor espacio de sociabilidad, de comunicación, de valoración personal, existen también aspectos negativos como ser un recargo de actividad y responsabilidad.

De acuerdo a lo expresado en el marco teórico, "...si una mujer quiere o necesita trabajar y no tiene guardería en su centro laboral, esta circunstancia puede representar un grave problema para la lactancia materna exclusiva".

A partir de lo anteriormente expuesto se puede visualizar un papel preponderante de la mujer en las estrategias de sobrevivencia, las cuales son un conjunto de acciones desplegadas por los sectores cadenciados para asegurar su reproducción.

Dichas acciones pueden darse ya que el 66 % de las madres encuestadas manifiestan, en cuanto al aspecto socioeconómico, que el ingreso de sus hogares es insuficiente, mientras que el restante 34% expresan que sus ingresos son suficientes.

- Consideraciones generales de la madre sobre la lactancia materna:

De las 76 madres encuestadas:

-8 contestaron que la lactancia materna es necesaria hasta el primer semestre de vida (10%).

-14 contestaron que la lactancia materna es necesaria hasta el segundo semestre de vida (18%).

-54 contestaron que la lactancia materna es necesaria hasta el tercer semestre de vida (72%).

Al analizar los porcentajes se puede visualizar que la mayoría de las madres encuestadas coinciden con lo expresado por la totalidad de los autores mencionados en el marco teórico, en que la lactancia materna es necesaria hasta el tercer semestre de vida. Según lo expresado por dicho autores se debe practicar la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los seis meses de edad, introducir los alimentos complementarios a partir de los seis meses (180 días) y proseguir con el amamantamiento hasta los dos años de edad y más.

Del total de madres encuestadas:

-18 manifestaron que el amamantamiento produce dolor (23,5%).

-0 manifestaron que el amamantamiento produce flacidez en la mama (0%).

-2 manifestaron que el amamantamiento estropea la silueta (2,5%).

-14 manifestaron que el amamantamiento no satisface al bebé (18%).

-42 manifestaron que el amamantamiento no produce ninguno de los efectos mencionados anteriormente (56%).

Teniendo en cuenta los anteriores datos se puede visualizar que existen mitos en lo que respecta a la lactancia materna. Si bien el 56 % de las madres encuestadas manifiestan que el amamantamiento no produce ninguno de los efectos mencionados, cabe destacar que alguna de ellas tiene creencias y se basan en mitos acerca del mismo (Ej. "Estropea la silueta").

Los valores, mitos, las creencias y costumbres son expresiones que reflejan la actitud que adopta una sociedad ante los dilemas que se le plantean. Con ellos los individuos juzgan el valor moral o las virtudes de una determinada conducta.

Del total de madres encuestadas:

-74 contestaron que la mejor leche es la de madre (97%).

-2 de ellas contestaron que la mejor leche es la de vaca (3%).

- Ninguna de las madres encuestadas contesto a favor de la leche en polvo.

En cuanto al conocimiento de que es el calostro, 48 del total de madres encuestadas manifestaron saber que es el calostro (63%) mientras que el resto, es decir 28 madres (37%), no lo sabe.

La autora Anne Mark en su libro "Lactancia materna, La guía de la vida" sostiene que **"...la leche materna no es solo la mejor fuente alimentaria del recién nacido, también contiene anticuerpos (proteínas que combaten enfermedades) que transfiere la madre al hijo en las primeras dos semanas de lactancia. Aproximadamente el 80% de las células de esa primera leche materna son macrófagos que eliminan virus y bacterias. Aun después de esas dos semanas, la leche sigue llena de anticuerpos.**

La leche materna disminuye el riesgo de infecciones gastrointestinales y del oído, y de enfermedades respiratorias en el primer año de vida; asimismo, hay pruebas de que puede prevenir infecciones como la meningitis bacteriana y la colitis. También protege al lactante contra afecciones del sistema inmunitario, diabetes, alergias y el síndrome de muerte súbita infantil.

Las mamas producen tres tipos de alimento: calostro, leche transicional y leche madura. El calostro se produce al final del embarazo y en los primeros días de lactancia. Es rico en proteínas, anticuerpos, algunas vitaminas y minerales, y hormonas. Estos nutrientes favorecen el crecimiento de bacterias inofensivas en el intestino, conocidas como microflora intestinal, y el paso de las primeras heces del lactante.

La leche transicional se produce en la segunda semana, tiene mayor contenido de grasa y lactosa y menos proteínas y minerales que el calostro. A partir del día 15 se produce la leche madura, mezcla de grasa y agua dulce (lactosa) muy nutritiva".

En cuanto a los beneficios de la lactancia materna, del total de las 76 madres encuestadas, 6 manifestaron desconocer beneficios del amamantamiento (8%), mientras que las restantes 70 madres (92%), expresaron conocer algunos beneficios; entre ellos:

- “Alimentación mas sana”*.
- “Desarrollo más rápido”*.
- “Tiene más vitaminas y anticuerpos”*.
- “Es más barata y cómoda”*.
- “Tiene todo lo que el bebé necesita”*.
- “Previene enfermedades”*.
- “La madres se siente más aliviada”*.

Cabe mencionar que entre los beneficios más mencionados por las madres figuran *“la alimentación más sana”* y *“la prevención de enfermedades”*.

Se destaca el conocimiento que tienen la mayoría de mas madres encuestadas sobre los beneficios de la lactancia materna, ya que los mencionados por ellas, son a los que hacen referencia los diversos autores tomados en cuenta en la elaboración de la presente investigación.

Cabe destacar que uno de los beneficios importantes del amamantamiento que no es mencionado por las madres es que la misma fortalece el vínculo entre madre e hijo, mencionado por Spitz.

“Un niño con lactancia materna apropiada y un buen proceso de vinculación, tendrá una mejor salud física y mental. Bajo estas condiciones, su desarrollo biológico, emocional y cognitivo lo harán

crecer más sano. En otras palabras, si invertimos ahora en nuestros hijos tendremos una sociedad con menos trastornos y patologías en el futuro", recalca Livia González, Psiquiatra infantil de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

En cuanto a las desventajas del amamantamiento, el 60% de las madres encuestadas, o sea 46 de ellas, contestaron que la lactancia materna no tiene ningún tipo de desventaja, mientras que el 23% (18 madres) manifestaron no tener conocimiento acerca de las desventajas, y 12 madres (17%) manifestaron que las desventajas del amamantamiento son, entre ellas:

-“No satisface al bebé”.

-“Produce dolor”.

-“Cuando trabajo no le puedo dar el pecho”.

Teniendo en cuenta las desventajas mencionadas por las madres encuestadas las mismas tienen relación con las mencionadas por los autores citados en el marco teórico, ya que los mismo señalan que si una mujer esta inserta en el mercado de trabajo puede constituir un problema para la lactancia; lo mismo ocurre con las complicaciones que se relacionan con la lactancia y que producen dolor en las madres al dar el pecho.

Sin embargo existe una contradicción entre lo expuesto por O'Donnell, el cual menciona que el padre puede sentirse marginado, excluido de la relación madre-hijo y lo manifestado por las madres encuestadas, ya que en

su totalidad expresan que sus parejas están de acuerdo en que ellas amamanten a sus hijos y disfruten de esto.

Cabe mencionar que existen 12 madres sin pareja (16%). El resto, es decir 64 madres (84%) están en pareja, y la totalidad de los mismos (100%) expresa estar de acuerdo en que su mujer amamante a sus hijos.

- **Aspecto socio-económico:**

En cuanto al aspecto socio-económico 26 de las madres encuestadas (34%) manifestaron que el ingreso económico del hogar es suficiente, mientras que las 50 restantes (66%) consideran que el ingreso es insuficiente.

- **Aspecto educacional:**

El 100% de las madres encuestadas manifiesta saber leer y escribir. En lo que respecta a los estudios cursados, 26 madres (34%) poseen primario completo, 16 madres (21%) poseen primaria incompleta, 12 de ellas (16%) secundario completo y 22 (29%) poseen secundario incompleto. Ninguna de ellas alcanza estudios terciarios ni universitarios.

De las madres que cursaron el nivel primario, 16 de ellas (38%) les dan exclusivamente pecho a sus hijos, mientras que el resto, es decir 26 madres (62%) optaron por otro tipo de alimentación.

De las madres que cursaron los estudios secundarios, 26 de ellas (76%) alimentan con pecho exclusivo a sus hijos, mientras que las restantes 18 madres (24%) optaron por otro tipo de alimentación.

En cuanto al aspecto educacional se infiere que aquellas madres que alcanzaron estudios superiores al nivel primario son quienes más amamantan exclusivamente a sus hijos, mientras que aquellas que solo alcanzaron los estudios primarios son quienes lo hacen en menor medida (64% y 38% respectivamente).

Esto puede deberse a que aquellas madres que alcanzaron el nivel secundario tienen mayor conocimiento e información general sobre la lactancia materna, mientras que las madres que alcanzaron el nivel primario se basan más en los mitos (*"no satisface al bebé, produce dolor, etc."*).

-Consultas e información recibidas durante el embarazo sobre la lactancia materna:

De las 76 madres encuestadas, 18 de ellas (24%) no recibieron ningún tipo de información acerca de la mejor manera de alimentar a sus hijos, mientras que a las 58 restantes (76%) se les informó que la mejor alimentación para sus hijos es la leche materna.

De esas 58 madres informadas:

-20 (34%) manifestaron que fueron informadas por la ginecóloga;

- 22 (38%) manifestaron haber sido informadas por la peditra;
- 8 madres (14%) manifestaron haber sido informadas por sus propias madres;
- 4 (7%) contestaron por la obstetra:
- Sólo 2 de ellas (3,5%) por la partera;
- Otras 2 (3,5%) fueron informadas por el médico clínico.

Cabe mencionar que algunas madres encuestadas manifestaron que, además de la información recibida por los profesionales y sus madres, obtuvieron conocimiento acerca de la lactancia materna en folletos, televisión, revistas y de la experiencia personal.

Al realizar la lectura de los datos y su posterior análisis se puede ver, más allá de la información recibida por los profesionales de los Centros de salud (58 madres informadas por ellos) la mayoría de las encuestadas (70 madres) conocen algún beneficio de la lactancia materna, ya sea por experiencia personal, lectura de folletos, revistas, TV, etc.

Entrevista al equipo de salud:

Las entrevistas sobre lactancia materna fueron realizadas a las pediatras, las obstetras y las ginecólogas de las respectivas Unidades Sanitarias. Teniendo en cuenta los datos obtenidos de dichas entrevistas se puede decir que existe una relación en el discurso de los profesionales con lo manifestado por las madres encuestadas, en cuanto a la edad hasta la que se debe amamantar a los niños, ya que ambos grupos (profesionales y el 74% de las madres) consideran necesario el amamantamiento hasta el tercer semestre de edad.

Los profesionales manifiestan aconsejar e informar durante el embarazo sobre la lactancia en todas las consultas médicas a la totalidad de las pacientes, haciendo hincapié en las madres primerizas. A partir de lo anteriormente expuesto se ve una contraposición de discurso, ya que existe un 24% de madres que manifiestan no haber sido informadas durante los controles médicos.

En lo que se refiere a los beneficios de la lactancia materna los profesionales expresan los siguientes:

- 1- El calostro le proporciona al bebe los nutrientes adecuados y su primera inmunización;*
- 2- Estimula el reflejo de succión del bebe que ayudara a que se establezca una lactancia adecuada;*
- 3- Ayuda a prevenir las perdidas de sangre de la madre;*

- 4- *Proporciona el contacto piel con piel y el calor que los bebés necesitan, especialmente los prematuros y los nacidos con bajo peso;*
- 5- *Es más beneficioso para los bebés con poco peso porque tienen más probabilidades de muerte prematura y necesitan más apoyo para poder succionar correctamente*
- 6- *Previene gran cantidad de enfermedades;*
- 7- *Aporta la alimentación y los nutrientes necesario para el bebé.*

De los ítems mencionados anteriormente por el equipo de salud, las madres encuestadas manifestaron conocer, en su mayoría, los ítems 6 y 7.

En cuanto a las preguntas sobre las desventajas de la lactancia materna, el equipo de salud expresa como única desventaja los pezones agrietados por mastitis que exigen antibióticos. Esto guarda relación con lo manifestado por las madres en cuanto al dolor que les produce amamantar.

En lo que respecta al suministro de leches maternizadas, los profesionales lo aconsejan en aquellos casos de niños con bajo peso (como complemento a la leche materna) madres infectadas con HIV o madres con adicciones.

A partir del análisis de las entrevistas realizadas a las madres y a los profesionales de los centros de Salud, consideramos que el rol del Trabajador Social debe ser el de proteger, apoyar y promover el amamantamiento de los niños y eliminar toda promoción de sustitutos de la

leche materna, e influir para obtener cambios positivos a través de un trabajo interdisciplinario.

Consideramos que es importante tener en cuenta las funciones, actividades, competencias e incumbencias profesionales del trabajo Social, ya que constituyen el marco de referencia para diseñar los objetivos de enseñanza-aprendizaje que se pretenden alcanzar; se deben expresar en términos de conocimientos, habilidades, actitudes y valores configurando, de esta manera, la finalidad de un proceso de enseñanza-aprendizaje integrado.

CONCLUSION

Una alimentación adecuada durante los primeros años de vida es la base fundamental para el correcto crecimiento y el desarrollo pleno de la persona. Hoy en día ya no existen dudas acerca de que las funestas consecuencias de una dieta deficiente al comienzo de la vida resultan irreversibles por bien que se como luego, en etapas posteriores. Por ello, es primordial que el niño tenga una alimentación que le ofrezca todos los nutrientes necesarios, tanto en cantidad como en calidad, especialmente durante los dos primeros años de vida.

Desde el nacimiento hasta los seis meses “todos los nutrientes” a los que se alude tienen un solo nombre: Leche Materna.

La lactancia materna beneficia, en primer lugar, la salud de los propios niños que son alimentados por sus madres, porque les proporciona la nutrición equilibrada ideal y eso los ayuda a estar más protegidos contra todo tipo de enfermedades.

Los niños que son amamantados no necesitan de suplementos de vitaminas o minerales para crecer sanos y fuertes, porque con lo que reciben de su madre les alcanza.

Es importante favorecer y estimular la lactancia desde todos los ámbitos, porque además de ser provechosa para los bebés, beneficia la salud de las mamás, reduciendo entre otras cosas el riesgo de padecer cáncer, anemia o depresión después del parto. Pero no sólo eso, también refuerza la auto-estima de la madre, produce un mayor espaciamiento de los embarazos y hace más práctica y saludable la alimentación de sus hijos.

Queda claro que a través del amamantamiento se logra el crecimiento y desarrollo biológico adecuado, pero no sólo eso, porque también tiene una gran trascendencia en lo afectivo. Es porque esos momentos de íntimo contacto entre madre e hijo pasan a ser inolvidables para los dos: la mamá siente un inmenso orgullo al alimentar a su hijo por sí misma, y el bebé siente paz alimentándose y recibiendo amor de su mamá al mismo tiempo.

Con la cultura del amamantamiento se benefician además las familias y la sociedad en su conjunto. Las familias, porque en la casa crecen hijos sanos, con afecto, y no es necesario hacer gastos en medicamentos ni en alimentos sustitutos. Socialmente, porque gracias a la lactancia materna disminuye el número siempre terrible de mortalidad infantil, y se reduce el gasto que implica la atención médica de niños en riesgo, con patologías graves por no estar nutridos o alimentados correctamente.

En conclusión un amamantamiento responsable, completo y de corazón es el mejor regalo que una mamá puede hacerle a su hijo recién nacido, porque lo ayudará a crecer sano y fuerte y lo prepara para una vida saludable en sociedad.

Para esta parte del trabajo las presentes tesis optan por una técnica llamada F.O.D.A, siguiendo el análisis de Clones de Silicon Valley; esta es una herramienta que permite conformar un cuadro de situación actual, permitiendo de esta manera obtener un diagnóstico preciso que permita en función de ello tomar decisiones acordes con los objetivos planteados. El término FODA es una sigla conformada por las primeras letras de las palabras; fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas. De entre estas cuatro variables, tanto

las fortalezas como las debilidades son internas, en cambio las oportunidades y las amenazas son externas.

A continuación, con los datos obtenidos se especificará cada variable del método FODA para luego arribar a una conclusión final.

Fortalezas:

- Conocimiento y contacto de las tesis con las madres entrevistadas, debido a la previa incorporación de las alumnas a las respectivas Unidades Sanitarias.
- Conocimiento e información que tienen las madres sobre la lactancia materna.
- Control médico durante y después del embarazo.
- La mayoría de las madres entrevistadas no se basan en mitos acerca del amamantamiento.
- La continuidad del amamantamiento a pesar del dolor que les ocasiona esta práctica a las madres.
- Aceptación de todas las parejas de que las madres amamenten a sus hijos.

Oportunidades:

- Buena predisposición de las madres a ser entrevistadas
- Buena predisposición de los profesionales del equipo de salud para responder las preguntas elaboradas.
- Información sobre la importancia de la lactancia, brindada por los profesionales del equipo de salud a las madres.

Debilidades:

- Desconocimiento de las madres de una de las ventajas fundamentales del amamantamiento: el fortalecimiento del vínculo madre-hijo.
- Disminución en el porcentaje de madres que amamantan cuanto más hijos tienen.
- Abandono de las madres de la lactancia exclusiva antes de los seis meses por diversos factores (trabajo, la no satisfacción del bebé, etc.).

Amenazas:

- Falta de información brindada por los profesionales acerca de las técnicas de amamantamiento brindada a las madres.
- Falta de un trabajo interdisciplinario destinado a promover la importancia de la lactancia materna.

Tomando como punto de partida los objetivos generales... *“Conocer y analizar las causas que llevan a las madres de niños de 0 a 6 meses, que asisten a las Unidades Sanitarias de las localidades de Villa Clelia y San Bernardo del Partido de la Costa, a sustituir la lactancia materna por productos industrializados en pos de arribar a un diagnóstico situacional desde el Trabajo Social” y “Plantear en función de los hallazgos, estrategias de acción tendientes a promover y fomentar, junto con el equipo de salud, la importancia de la lactancia materna”, se llega a la conclusión de que la totalidad de las madres entrevistadas en las Unidades Sanitarias manifestaron, según la investigación de tipo*

descriptiva, explicativa y con una metodología de análisis cualitativo y cuantitativo, que la leche materna refuerza el sistema inmune del bebé y afirmaron que le dan ese tipo de alimentación en los primeros meses de vida.

Sin embargo los resultados de la investigación alertaron que hay un abandono temprano de la lactancia materna, que muchas veces es reemplazada por la leche de vaca, leche maternizada o leche en polvo.

Se considera que la falta de información, educación, acceso y disponibilidad de recursos condiciona a las madres a que muchas veces opten por otro tipo de alimentación como alimento lácteo en una etapa del niño.

LINEAS DE ACCION SUGERIDAS

- Promover un trabajo interdisciplinario en el interior de las Unidades sanitarias, que sólo podría lograrse con equipos de representantes de las distintas disciplinas aunados en un trabajo a largo plazo que posibilite una conceptualización y un lenguaje común.

- Promover junto con el equipo de salud de las Unidades sanitarias de Villa Clelia y San Bernardo, la importancia de la lactancia materna a través de diferentes actividades destinadas a madres de niños de 0 a 6 meses y mujeres embarazadas.

- Propiciar encuentros (charlas-taller) con las madres, el equipo de salud y el Trabajador Social, tendientes a la reflexión sobre la importancia, los beneficios e información general de la lactancia materna.

- Fomentar la concientización de las madres sobre la importancia de dar de mamar a sus hijos.

- Fomentar un proceso de acción cultural a través del cual las personas despiertan a la realidad de su situación sociocultural, avanzan más allá de las limitaciones y alienaciones a las que están sometidos, y se afirman a sí mismos como sujetos concientes y co-creadores de su futuro histórico.

- Considerar los saberes y las creencias de las madres entrevistadas en un futuro proyecto de intervención.

BIBLIOGRAFIA

- Ander-Egg, E. "introducción al trabajo social". Ed. Lumen/Humanitas. Bs. As. 1996.
- Arnold Mary Anne. "Guía para la lactancia materna". Ed Care Publication. Inc. 2003.
- De Canales Francisca H, Eva Luz de Alvarado y Elia Beatriz Pineda. "metodología de la investigación- Manual para el desarrollo de personal de salud". Ed Ops/OMS. 1986
- Eisenberg Heide. "Qué esperar cuando se esta esperando". Ed Médici. 2006.
- Elizalde Carmen. "Los registros de campo en la práctica pre-profesional. Aportes para la sistematización" Abril 1995.
- Freire Paulo. "Educación y cambio". Ed Galerna. Bs As. 2002
- Freire, Paulo. "Pedagogía del oprimido". Ed Siglo XXI. 2005
- Fundación Compromiso-Cesni. "Programa de nutrición y fortalecimiento institucional en Centros de Atención Primaria de la salud". Bs. As 2006.
- Gandolfini, Paula. "La alimentación del bebe primera edición. Lactancia y recetas en los dos primeros años de vida". Ediciones Lea. S.A. Bs. As. 2007
- Kroeger Axel y Ronaldo Luna. "Atención primaria de la salud- Principios y métodos". Ed Ops, Pax Mexico. 1989
- Mark, Anne. "Lactancia materna, La guía de la vida". ED Alpha Books. 2001

- Nylander, Gro. "Maternidad y lactancia. Desde el nacimiento hasta los 6 meses". Ed Grupo Planeta. México. 1999.
- O'Donnell, A., Chevallier, C. "La nutrición en el ciclo reproductivo; embarazo y lactancia". Boletín CESNI, Agosto 1999.
- Rozas Pagaza, Margarita. "Una perspectiva teórico-metodológica de la intervención en Trabajo Social" ED Espacio. Bs. As 1998
- Sirvent, Maria Teresa. "Cultura popular y participación social". Bs. As. Ed Madrid
- Spangler, Amy. "Lactancia. Una guía para los padres". Abb Drue. Sexta edición. 1995
- Weiss, Susan. "El arte femenino de amamantar" 2001

Otras fuentes:

- Programa Materno Infantil (Ministerio de Salud de la Nación)
- Programa de nutrición y fortalecimiento institucional en centros de atención primaria de salud (Fundación Compromiso)
- Alimentación y Nutrición. (Plan Nacional. Ministerio de salud y acción social. 1996)
- Fundación para la lactancia materna (FUNDALAM).

ANEXO

ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA

A) DATOS PERSONALES

- 1) Edad..... Edad del lactante.....
- 2) Número de hijos.....
- 3) ¿Cómo alimentó a su hijo durante los primeros 6 meses?
 - 4.1. pecho ()
 - 4.2. leche en polvo ()
 - 4.3. leche de vaca ()
 - 4.4. combinada ()
- 5) ¿Hasta cuando cree necesario amamantar a su hijo?
 - 1er semestre ()
 - 2do semestre ()
 - 3er semestre ()

B) ASPECTO ECONOMICO

- 1) ¿Su marido/pareja trabaja? Si () No ()
- 2) ¿En forma: estable () inestable ()
- 3) ¿Usted trabaja? Si () No ()
- 4) En forma: estable () inestable ()
- 5) ¿Cobran algún plan y/o beca? Si () No ()
- 6) El ingreso es: suficiente () insuficiente ()

C) ASPECTO EDUCACIONAL

- 1) ¿Sabe leer y escribir? Si () No ()
- 2) ¿Qué estudios cursó?
 - 2.1. primario completo ()
 - 2.2. primario incompleto ()
 - 2.3. secundario completo ()
 - 2.4. secundario incompleto ()
 - 2.5. terciario completo ()
 - 2.6. terciario incompleto ()
 - 2.7. universit. completo ()
 - 2.8. universit. Incompleto ()

D) CONSULTAS E INFORMACION DURANTE EL EMBARAZO

- 1) ¿Se controló durante el embarazo? Si () No ()
¿Por qué no se controló?
 - 1.1. falta de dinero ()
 - 1.2. trabajo ()
 - 1.3. por no saber ()
 - 1.4. otras causas ()
- 2) ¿Dónde se controló?
 - 2.1. hospital ()
 - 2.2. Unidad Sanitaria ()
 - 2.3. clínica ()
- 3) Durante las consultas le dieron consejos sobre:

	Si	No
3.1. comidas	()	()
3.2. trabajo	()	()
3.3. medicamentos	()	()

3.4. preparación de pecho () ()
4) ¿Le aconsejaron asistir al curso para embarazadas? Si () No ()

5) ¿Quién le aconsejó que fuera?

5.1. médico
5.2. enfermera
5.3. familiares/amigos
5.4. otros

6) ¿Asistió al curso? Si () No ()

¿ Por qué no?

6.1. falta de dinero
6.2. trabajo
6.3 familia numerosa
6.4. otras

7) ¿Se le informó en el curso sobre la alimentación a pecho?

Si () No ()
7.1. ¿Le resultó útil? Si () No ()

E) INFORMACION RECIBIDA RESPECTO DE LA ALIMENTACION DEL LACTANTE

1) ¿Que información recibió acerca de la mejor manera de alimentar a su hijo?.....

2) ¿Le explicaron como debía darle el pecho?

Si () No ()

3) ¿Quién le dió estas explicaciones?.....

4) ¿Llevó mamadera cuando se internó para tener el bebé?

Si () No ()

5) ¿De donde obtuvo información sobre la lactancia materna?.....

F) CONSIDERACIONES GENERALES DE LA MADRE SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

1) ¿Amamanta a su hijo? Si () No ()

¿Hasta cuando lo amamantó?

1.1. nunca () 1.4. 2do semestre ()

1.2. un mes () 1.5. 3er semestre ()

1.3. 1er semestre ()

2) ¿Por qué dejó de amamantar?.....

3) Piensa que el amamantamiento:

3.1. produce dolor () 3.4. no satisface el bebe ()

3.2. produce flacidez en la mama () 3.5. otras ()

3.3. estropea la silueta () 3.6. ninguna de ellas ()

4) ¿Durante el primer mes, además de pecho, completó con mamadera?

Si ()

No ()

5) ¿Cuál leche considera que es mejor?

5.1. leche en polvo ()

5.2. leche de vaca ()

5.3. leche de madre ()

6) ¿Sabe lo que es el calostro? Si () No ()

7) ¿Qué beneficios tiene el amamantamiento?.....

8) ¿Qué desventajas trae el amamantamiento?.....

9) ¿Qué opina su marido de que usted amamante a su hijo?.....

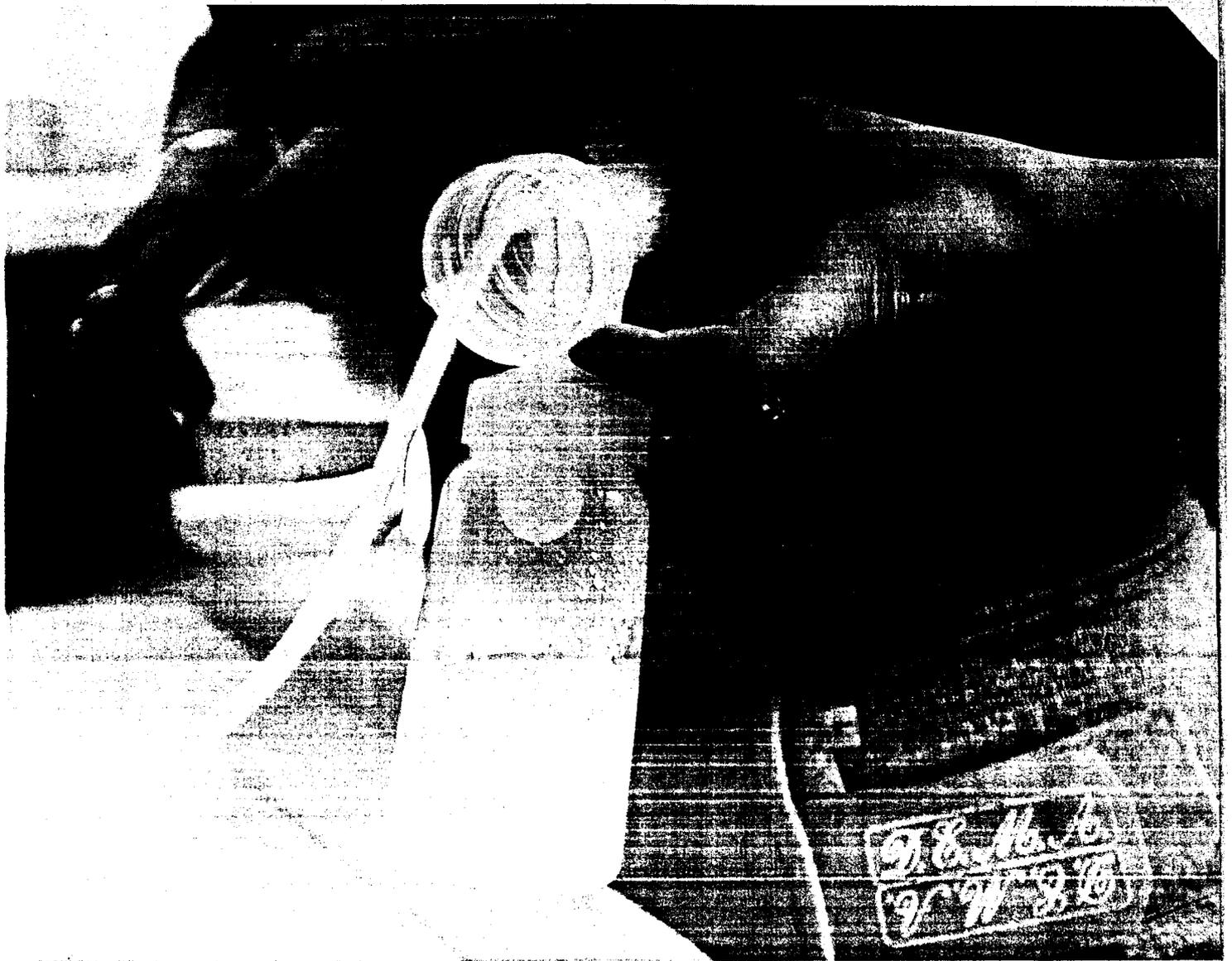
10) ¿En su familia las mujeres dan de mamar a sus hijos? Si () No ()

11) ¿Fue usted alimentada a pecho? Si () No ()

ENTREVISTA AL EQUIPO DE SALUD

Se realizarán preguntas abiertas, para que los profesionales puedan expresarse libremente e informarnos sobre la lactancia materna. Se detallarán los datos de base de los profesionales (actividades que realiza, antigüedad en el ejercicio de la profesión, antigüedad en la Unidad sanitaria) como así también la fecha y la hora en que se realiza la entrevista. Entre las preguntas a realizar se destacan:

- ¿Hasta que edad considera necesaria la lactancia materna?
- ¿Cuáles son los beneficios de la lactancia materna?
- ¿Trae aparejada alguna desventaja?
- ¿En qué casos se aconseja el suministro de leches maternizadas?
- ¿Se aconseja e informa a las madres, durante el embarazo, sobre la lactancia materna?



En el banco de leche que abrió en mayo en un hospital de La Plata, las mamás se extraen leche para bebés propios y ajenos. Un rito antiguo, con visos modernos.

Oro blanco

La emblemática imagen de una madre amamantando a su bebé se reemplaza aquí por la de una mujer que tiene conectada el pecho una máquina succionadora, por la de un recién nacido que se alimenta por sonda. Esto sucede las 24 horas en el Banco de Leche Materna del Hospital San Martín de La Plata, el único que –desde el 15 de mayo– funciona en la Argentina. Hay mamás que se extraen leche para sus hijos que están internados y lejan excedente en el banco para pasteurizar, almacenar y ceder. Algunas concurren específicamente para donar. Otras recolectan en su casa y hacen llegar los envases. Son algo así como una versión contemporánea de las antiguas nodrizas.

Se sabe, la leche humana es el mejor alimento que puede recibir un niño en los primeros meses de vida. Pero también se sabe que no siempre es posible la lactancia tradicional. Ni fácil. En el otro lado de esta escena, hay mamás que por algún motivo no pueden darle leche suya a los hijos: porque no están bien de salud y pueden contagiarlos, quizá consumen medicamentos contraindicados, o su producción láctea es escasa, porque no tienen la posibilidad de extraerla y los bebés no están en condiciones de mamar, o bien porque esa madre biológica no está más. Ahora algunos de estos chiquitos, los que más lo necesitan, también tienen al alcance leche materna.

Desde hace mucho Gustavo Sager soñaba con crear un banco de leche. Este neonatólogo del Hospital San Martín de La Plata viajó hace seis años a Brasil, país pionero en la materia que cuenta con al menos 186 bancos en los cuales, sólo el año pasado, se recolectaron 170 mil litros de leche humana. Allí se tentó con la idea y en 2004, junto a la técnica en nutrición Gabriela Santoro, se preguntaron qué podían hacer al

respecto y se pusieron a construir el proyecto. “Fue un camino arduo y sinuoso –resume el médico con un dejo cansino y de regocijo a la vez–. Gracias al esfuerzo de muchos y a la dirección actual del hospital, a cargo del doctor Néstor Landoni, dejó de ser sólo un deseo.”

Los receptores prioritarios de la leche de banco son los niños prematuros, los bebés con ineficiencia inmunitaria, los lactantes post-quirúrgicos y los alérgicos a la proteína de leche vacuna. “Estos bancos contribuyen a reducir la mortalidad infantil –explica Mónica Tesone, coordinadora de Enlaces Profesionales de la Liga Internacional de la Leche–. La leche está destinada principalmente al prematuro para prevenir la enterocolitis necrotizante (una inflamación intestinal). En Cuba no se ha producido un solo caso de este mal desde que alimentan rutinariamente con leche materna.”

Sager conformó un grupo interdisciplinario de trabajo con enfermeros, bioquímicos, pediatras y trabajadores sociales. Se invirtieron 60 mil pesos para armar el equipamiento: kits de bombas extractoras, pasteurizadora, freezer. Además, hubo que adecuar un sector del hospital: donde antes funcionaba un depósito actualmente se reparten la sala en la que realizan la higiene y la extracción, otro espacio para procesar la leche y un último en el que se la almacena.

COMADRES DE LACTANCIA

Las mamás de bebés que están internados suelen realizar extracciones cuatro o más veces por día, de manera que de a poco se van conociendo entre ellas y la sala cobra un ambiente “similar al de una peluquería”, bromean. Mientras la máquina succiona, charlan, duermen, se pasan recetas y terminan siendo cofradía. “A mis nenes ya les dieron el alta pero cuando los llevo a hacerse



Para poder donar una mujer debe ser sana, no fumar más de cinco cigarrillos por día, beber poco alcohol, no tomar medicación contraindicada y estar amamantando a su propio hijo.

■ ■ ■

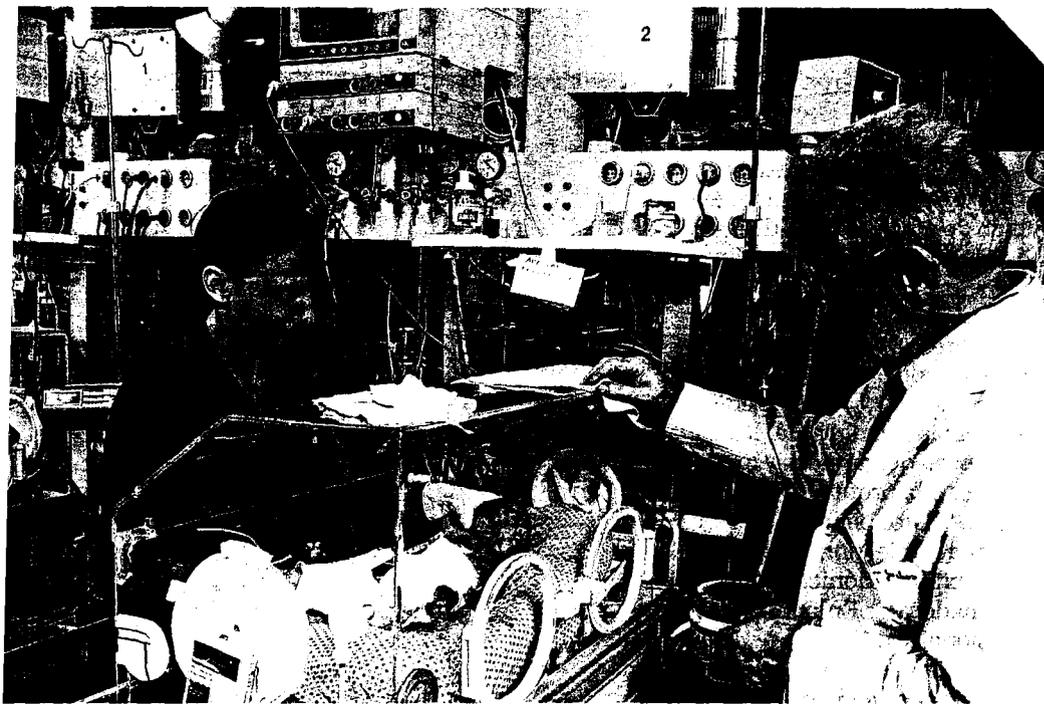
■ ■ ■ Los bebés muy prematuros son alimentados con sonda los primeros tiempos.

el control paso y me saco un poco de leche para dejar, le tomé cariño al lugar, me atendieron muy bien y ahí me hice amigas. Di y recibí a la vez”, destaca Estela Guíñazú.

El 22 de marzo, tras siete meses de embarazo, Estela dio a luz a Jonatan y Nadia. Pesaron 900 gramos y un kilo. Cada tres horas, la mamá se conectaba durante 40 minutos a las bombas extractoras. Parte de lo recaudado iba a sus bebés y el sobrante, al banco. “Mientras, mi esposo me esperaba en el pasillo porque no pueden entrar hombres ahí. Me pone muy contenta haber ayudado a otros bebés y eso que yo tenía miedo de no poder amamantar ni a los míos...” Terminó alimentando mucho más de lo que había imaginado.

Rosalina Gordillo vive a treinta cuadras del hospital. En su barrio, el doctor Sager ya es conocido. Es que el médico llega sin falta día a día, heladerita en mano, a buscar los envases con 180 mililitros de leche. Es lo que la mamá de Santi junta diariamente para dar al banco del Hospital San Martín.

En Brasil son los bomberos y cartoneros quienes recolectan puerta por puerta las donaciones



ción donde la ayudaban a descomprimir extrayendo leche que ella dejaba para que consumieran otros bebés. “Nunca averigüé qué hacían con la leche –recuerda–. Pero si le servía a alguien me parecía genial.”

Sin embargo, y aunque pasó seis de sus 40 años amamantando, María Eugenia no es una fundamentalista de la lactancia; cree que el acto de brindar alimento es lo que realmente vale, independientemente de la fuente del mismo: “Si no se puede dar la teta, una mamadera ofrecida con amor es muy similar”. Ella donó su leche pero no considera fácil recibir leche ajena. “En un momento no pude amamantar a mi hija menor y una vecina se ofreció a darme envases con leche suya. Dije que no y por un tiempo tomé de fórmula. Reconozco que yo no pude aceptarlo.”

Yanina Plaquin alimenta a su hija con leche anónima. Lourdes nació hace veinte días. Vino al mundo con algunas deformaciones congénitas que le impiden alimentarse correctamente. Le pasan leche por sonda pero su mamá no está en condiciones de extraerse varias veces al día porque tiene tres chiquitos más que atender. “Mi esposo consiguió un carro y recoge cartón de la mañana a la noche –explica–. Yo me tengo que ocupar de los nenes y capaz que voy una sola vez al día a sacar me leche. Así que había que completar con otra leche que, gracias al banco, es materna. Para mí es muy importante que mi hija reciba lo mejor, aunque yo no se lo pueda dar por completo.”

LECHE ALTRUISTA

En la Argentina, el valor de la leche materna no se mide en moneda corriente. La donación es voluntaria y altruista. La recepción, gratuita. En otros países la práctica es rentada. Mónica Tesone cuenta que en Estados Unidos la leche materna se compra a US\$ 3 la onza (equivalente a 30 ml). Allí, por otra parte, los adultos también suelen consu-

de leche humana para los bancos. En los Estados Unidos, los empleados del correo son los que cumplen esta función. En La Plata todavía no hay una red armada pero ya hay mujeres como Rosalina que desde casa se sacan leche destinada a bebés internados. “Yo ya estoy trabajando –cuenta la escribana de 28 años– y si no fuera porque me traen los frascos vacíos y los retiran llenos, no podría ofrecer mi leche al banco. Sager hace todo a pulmón. El me explicó cómo esterilizar el equipo, cómo conservar. El mismo supervisó todos mis estudios para corroborar que estén bien. También analizó muestras de mi leche y certificó que el estado es óptimo.”

COMPARTIR LA ABUNDANCIA

La idea de donar la leche fue del marido de Rosalina, Juan Cruz Mateo. Santiago nació hace tres meses en el Hospital Español de La Plata. Al tener una profesión independiente, su mamá no pudo tomarse licencia. Quince días después del parto ya estaba nuevamente en la escribanía. Se extraía leche en el trabajo. Tanta que su hijo no llegaba a tomarla.

De pronto, su freezer se llenó de bolsitas conservadoras: contaron doce litros de leche embolsada. Ahí fue cuando el papá recordó haber leído en el diario que existía un banco. Averiguó y realizó los trámites. “Mi marido aprendió todo el proceso para esterilizar. Lo hacemos juntos. El impulso para donar surgió espontáneamente y nos llena de satisfacción hacerlo”, cuenta.

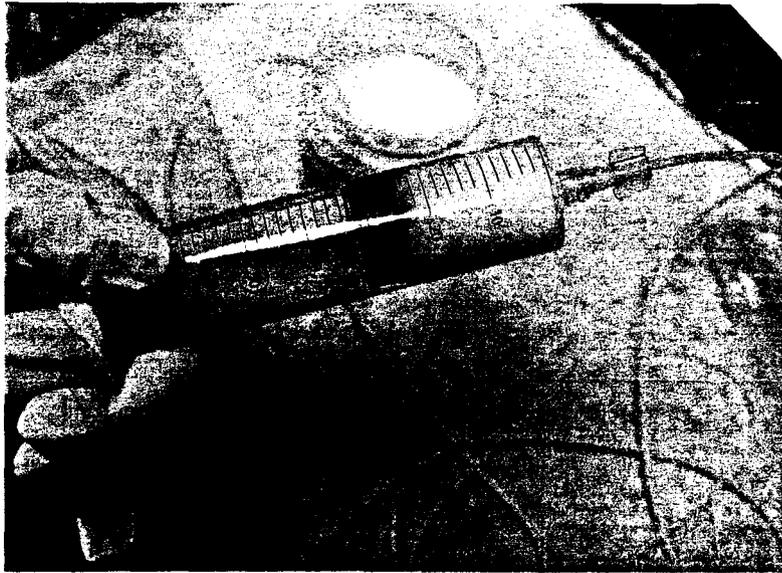
Esto de los bancos de leche humana no es una novedad. Hace un siglo ya existían en el mundo, y en la Argentina se creó el primero en 1921. Pero, a comienzos de la década del ‘80, por el riesgo de contagio de VIH, se prohibió la donación de leche y desaparecieron los bancos. Recién hace una década, gracias a los avances en pasteurización, volvieron a surgir.

En el medio se realizaron prácticas informales. María Eugenia Tiepolt es profesora de Historia y tiene cuatro hijos –de entre 15 y 5 años–. A cada uno lo amamantó durante dieciocho meses. El comienzo de cada etapa de lactancia fue conflictivo, se le congestionaban los pechos, le dolían y debía ir a una funda-

En Estados Unidos la leche materna se paga a razón de 3 dólares los 30 ml, y también la consumen adultos con defensas bajas y otros problemas de salud. En la Argentina, la donación es altruista.

■■■

■■■ Gustavo Sager, fundador del banco de leche de La Plata, supervisa a un bebé junto a una enfermera.



■ Jeringa que se utiliza para medir la cantidad de leche extraída.

mir esta leche que, además de alimento natural, funciona como medicamento para personas inmunodeprimidas, para diarreas intratables, gastroenteritis y quemaduras.

Al quinto mes de embarazo, Vanesa Jaraz se enteró de que dentro de su panza había dos bebés. Sesenta días después de la noticia se produjo el parto así que no hubo curso de lactancia ni charla con puericultoras para conocer las claves básicas del arte de amamantar. Tampoco fue tan sencillo. Las gemelas eran muy pequeñas: Martina pesaba 1,120 kilos y Agustina, apenas 700 gramos. La mamá de 17 años debió esperar a que la más chiquita superara la barrera del kilo para alzarla por primera vez y, aun así, la alimentó con leche suya desde el segundo día de vida. Las primeras semanas sólo tuvo contacto con la bomba extractora. "Cuando pude prender a mi bebita al pecho, descubrí que amamantar era algo completamente diferente", relata. Encontrarse con la mirada de su hija mientras se alimentaba fue un hallazgo. "Y pude hacerlo gracias al banco, ellos me ayudaron a estimular la producción de leche cuando me sacaba mucho para dejar."

Aceptó enseguida la propuesta de donar. "Hay muchos bebés que no pueden tomar el pecho de la madre y yo siento algo muy lindo porque sé que es una ayuda importante -comenta Vanesa-. Y, de alguna manera, siento que por eso mis hijas salieron adelante."

No todas las historias tienen finales tan felices. A Carolina Videla le tocó ser protagonista de una de las otras. Su hija Milagros peleó por la vida todo lo que pudo pero lamentablemente perdió la batalla. Entretanto, su mamá almacenaba leche en el banco. La bebita de Carolina ya no está y hoy el alimento que la naturaleza generó para ella sigue alimentando a otros niños en riesgo. "A mi nena pude darle mi leche mientras vivió pero en el hospital vi mamás buscando desesperadas leche materna para sus hijos. Me hace bien pensar que lo que mi hija ya no va a tomar irá a alguno que lo necesita", dice y se le desgarran las voces. Hoy nada la consuela, lo aclara aunque es evidente, pero reconoce que haber cedido a otros algo suyo tan valioso, al menos la alivia. Sabe que significa necesitar una oportunidad. Esta vez ella no la tuvo pero otro sí, gracias a ella. ■

Primer banco público de leche materna

Una excelente noticia para madres e hijos

10





A mediados del mes pasado fue inaugurado en el hospital San Martín de La Plata el primer banco de leche materna del país, un emprendimiento que permitirá alimentar a bebés prematuros e inmunodeprimidos que, por diversas razones, no pueden ser amamantados. El centro se encargará de recolectar, procesar y controlar la calidad de la leche humana que se administrará a los pequeños pacientes del nosocomio.

El banco de leche es un centro especializado en la recolección, procesamiento y control de calidad de leche humana, un alimento irremplazable que reduce en forma notable la morbilidad y mortalidad infantil. Está demostrado que la leche materna reduce el riesgo de padecer enfermedades infecciosas, alergias o

anemias en los recién nacidos y que, además, permite un mayor desarrollo del sistema nervioso central y del coeficiente intelectual.

La leche procesada en este centro (el cual depende del Servicio de Neonatología del hospital) se entrega bajo prescripción médica a todos los pequeños internados en ese nosocomio que no cuenten con leche de sus madres o que no puedan tomar del pecho materno porque, dada su prematuridad, no han desarrollado la coordinación necesaria para succionar y deglutir.

Este banco permitirá contar con disponibilidad de leche materna, alimento insustituible para una franja de chicos que nacen prematuros o cuyas madres, por problemas diversos, no pueden alimentarlos.

En los hospitales bonaerenses

Se utiliza el Método Mamá Canguro para bebés prematuros

Los hospitales bonaerenses implementaron un sistema para asistir a bebés prematuros con bajo peso, llamado Método Mamá Canguro (MMC), que según especialistas permite acelerar la evolución del recién nacido.

El método, que consiste en colocar al niño en posición vertical sobre el pecho de la madre, debajo de la ropa y sujeto con una faja, está recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para asistir a bebés recién nacidos prematuros, sin problemas médicos.

La técnica, creada en Colombia, es promovida por el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires en hospitales, con el objetivo de incentivar la lactancia materna temprana, fortalecer el vínculo entre la madre y el niño, y humanizar la atención.

"Este método permite humanizar la atención con una evolución más rápida del bebé prematuro, además, acelera los tiempos y completa la gestación que no tuvo dentro del cuerpo de su madre", explicó Alejandra Fontao, directora del Hospital Magdalena V. de Martínez, ubicado en la localidad de Pacheco,



partido bonaerense de Tigre. Especialistas manifestaron que el método "se utiliza para cuidar a bebés que nacen con un peso inferior al kilo y medio" y afirmaron que la denominación Mamá Canguro "responde a la semejanza con la forma en que los canguros cargan a sus crías después del nacimiento".

"La única condición para que una mujer se convierta en mamá canguro es que los médicos confirmen que el estado clínico del recién nacido es óptimo, y que estar fuera de la incubadora y sin otros soportes técnicos no implica ningún riesgo para su salud", informaron los especialistas.

Por su parte, la OMS manifestó que "la aplicación e investigación han dejado claro que el MMC constituye algo más que una alternativa a los

cuidados en incubadora". Se ha puesto de manifiesto que repercute eficazmente en el control de la temperatura, la lactancia materna y el desarrollo de vínculos afectivos referidos a todos los neonatos, al margen de su entorno, peso, edad gestacional y situación clínica", expresó el organismo internacional respecto del método para asistir a bebés prematuros.

El ministro de Salud bonaerense, Caludio Mate, sostuvo que "estamos evaluando la posibilidad de trasladar esta técnica a todos los hospitales, ya que no sólo es beneficioso para el bebé sino que también es una forma de fomentar el amamantamiento y de optimizar la utilización de incubadoras para aquellos niños que realmente las necesitan". Fontao explicó que en el cen-

tro de salud "se realizan 3.500 partos al año, de los cuales el 10 por ciento corresponde a bebés con bajo peso al nacer".

"En rigor, cada día del año, nace un niño o niña antes de lo esperado", sostuvo la directora del hospital, y manifestó que "cuando un bebé nace con bajo peso porque el parto fue prematuro, se lo coloca durante un breve lapso en una incubadora hasta que queda clínicamente estabilizado".

Fontao afirmó que "el paso posterior es la puesta en funcionamiento del método madre canguro. En esta etapa es muy importante el rol de la madre".

"La educación de la mamá y el control de la salud del niño continúa a cargo de todo el servicio: enfermeras neonatólogas, psicólogos, asistentes sociales y médicos, siendo el contacto del personal con la madre en forma continua desde una etapa precoz", expresó la directora del centro de salud. La especialista destacó que "uno de los aspectos sobre los cuales se hace hincapié en este período de adaptación y crecimiento del vínculo madre-hijo, está relacionado con la alimentación, la cual debe ser primordialmente con leche humana".

"Una vez que el bebé alcanza un peso óptimo, se le da el alta y continúa con los controles normales en la sala sanitaria más cercana a su casa o bien en el hospital, si el neonatólogo así lo requiere", explicó la directora del centro de salud.

Embarazo y Nutrición

Para una alimentación saludable

La alimentación adecuada durante el embarazo es de vital importancia tanto para la futura mamá como para que el bebé que está creciendo en su panza nazca con un buen peso. También para preparar la producción de leche materna, que es el alimento ideal para el recién nacido y el único alimento recomendable durante los primeros 6 meses de su vida.

La mayor necesidad de nutrientes comienza en el cuarto mes de embarazo, período en que el feto aumenta rápidamente su tamaño y su peso. Si bien las necesidades aumentan, esto *¡no significa que la embarazada deba comer por dos!*, lo que necesita es tener una alimentación variada y completa, que incluya los 6 grupos básicos de alimentos en su justa proporción.

Es indispensable que asista a los controles médicos para seguir las recomendaciones de acuerdo a cada caso en particular.



Ministerio de Salud
PRESIDENCIA DE LA NACION

PLAN FEDERAL DE SALUD

Argentina

Comer variado
es bueno para vivir con salud.

La alimentación debe ser variada y completa

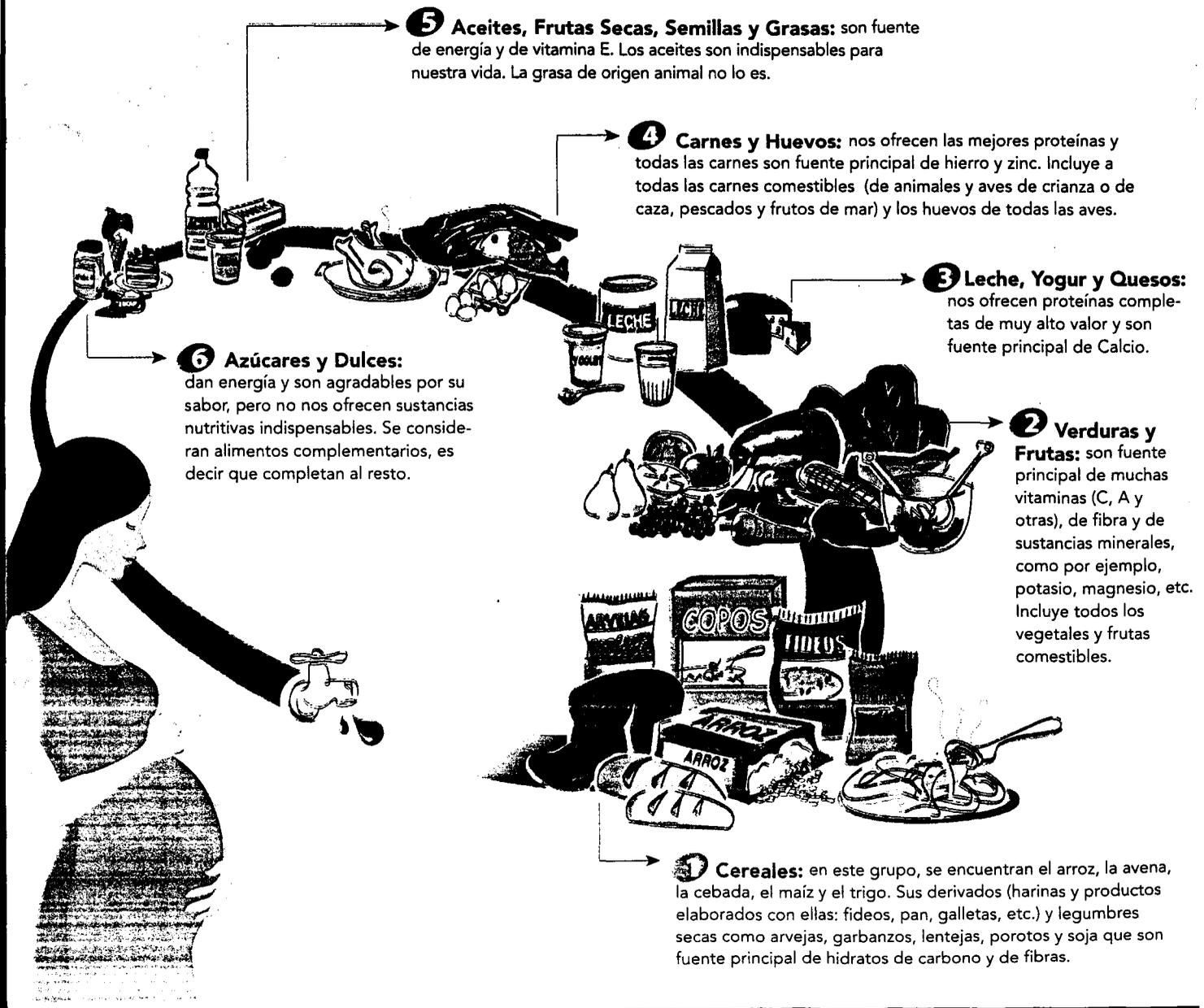
TODOS ESTOS GRUPOS SON IMPORTANTES.

Consumirlos proporcionalmente, en las cantidades aquí mencionadas, ayuda a vivir con salud.

Hay que tener en cuenta que **es más importante la calidad que la cantidad.**

La alimentación debe ser **variada y completa**, para que aporte todos los nutrientes necesarios en sus cantidades óptimas. Para ello debemos observar en la **Gráfica de la Alimentación Saludable**, los 6 grupos de alimentos básicos y las cantidades diarias de cada grupo recomendadas para una mujer embarazada, recordando, de ser necesario, que los planes de alimentación específicos deben ser siempre individuales.

La alimentación equilibrada se logra combinando alimentos de los grupos básicos, porque un solo alimento o grupo no puede proporcionar la energía y los nutrientes que el cuerpo humano necesita para crecer, desarrollarse y funcionar.



Cantidades diarias recomendadas de alimentos

1 Cereales: copos de cereales, panes, harinas, féculas y legumbres

- ½ plato de arroz, polenta u otros cereales cocidos (que hasta 2 veces por semana pueden reemplazarse por 2 porciones de pizza o tarta, ó 2 empanadas). **Más:**
- 3 cucharadas de legumbres cocidas (porotos, arvejas, garbanzos, etc.) para enriquecer sopas, ensaladas u otras preparaciones ó ½ plato de legumbres a la semana). **Más:**
- 3 pancitos chicos. Un pancito chico es igual a:
 - 4 tostadas de pan francés ó
 - 2 rebanadas de pan lacteado ó
 - 2 rebanadas de pan integral ó
 - ½ taza de copos de cereales.

Dos veces por semana se puede reemplazar un pancito por ó galletitas ó 1 factura.

2 Verduras y frutas:

- 1 plato de verduras crudas de diferentes colores (lechuga, zanahoria o remolacha, ají, tomate, repollo; etc.). **Más:**
- 1 plato de verduras cocidas de diferentes colores (chauchas, remolachas, zapallo, zapallito, papas, batatas, cebollas; etc.). **Más:**
- 2 frutas medianas ó 4 chicas ó 2 tazas de frutas cortadas o sus jugos; si es posible incluir una fruta cítrica todos los días.

3 Leche, yogur y queso:

- 3 tazas tamaño desayuno de leche líquida o alguno de sus reemplazos. Una taza de leche líquida es igual a alguna de estas opciones:
 - 2 cucharadas de leche en polvo
 - 1 pote de yogur
 - 1 porción tamaño cajita de fósforos de queso fresco
 - 3 fetas de queso de máquina
 - 6 cucharadas soperas de queso untable entero
 - 3 cucharadas de queso de rallar

4 Carnes y huevos: las cantidades recomendadas son algunas de estas opciones:

- 1 churrasco mediano o 1 bife de costilla o de hígado ó
- ½ plato de carne picada bien cocida o cubitos de mondongo o riñón o lengua ó
- ¼ de pollo chico sin piel o 1 milanesa grande ó
- 1 filet de pescado ó
- 2 costillitas pequeñas de cerdo o cordero.

Una vez por semana se pueden reemplazar por: 4 fetas de fiambre desgrasado tipo jamón cocido, paleta o pastrón más 1 huevo 3 a 4 veces por semana.

5 Aceites, frutas secas, semillas y grasas:

- 4 cucharadas soperas de aceite. **Más:**
- un puñadito de frutas secas o semillas, una o dos veces por semana.

6 Azúcares y dulces:

- 7 cucharaditas de azúcar ó 3 cucharaditas de mermelada o dulce ó 1 feta fina de dulce compacto.

Dos veces por semana se puede reemplazar el azúcar y los dulces por un alfajor chico ó 1 porción de postre o helado.

Es bueno que toda la familia tenga en cuenta los mensajes de las Guías Alimentarias para la Población Argentina.

AADYND, 2000
(www.aadynd.org.ar)
Ministerio de Salud
(www.msal.gov.ar)
(www.ucmisalud.gov.ar)

Para vivir con salud es bueno...

1. Comer con moderación e incluir alimentos variados en cada comida.
2. Consumir todos los días leche, yogures o quesos. Es necesario en todas las edades.
3. Comer diariamente frutas y verduras, de todo tipo y color.
4. Comer una amplia variedad de carnes rojas y blancas retirando la grasa visible.
5. Preparar las comidas con aceite preferentemente crudo y evitar la grasa para cocinar.
6. Disminuir el consumo de azúcar y sal.
7. Consumir variedad de panes, cereales, pastas, harinas, féculas y legumbres.
8. Disminuir el consumo de bebidas alcohólicas y evitarlo en niños, adolescentes, embarazadas y madres lactantes.
9. Tomar abundante cantidad de agua potable a lo largo de todo el día.
10. Aprovechar el momento de las comidas para el encuentro y el diálogo con los otros.

Nutrientes clave en el embarazo

La importancia del calcio, el hierro y el ácido fólico

El calcio es un mineral indispensable para la formación de huesos y dientes, por ello es esencial que la mamá consuma una buena cuota de alimentos del grupo de leches, yogures y quesos que lo contienen en abundante cantidad.

Además, algunos nutrientes como el hierro y el ácido fólico son difíciles de cubrir sólo con la alimentación diaria, su falta puede producir anemia. Por eso el médico debe suplementarlos en forma de medicamentos (pastillas). Por ello, también, es importante incluir una porción de carnes rojas y/o blancas por lo menos una vez al día, y en caso de no consumir carnes se las puede reemplazar por legumbres y cereales acompañadas por una fruta cítrica como postre, para mejorar el aprovechamiento del hierro.

Al mismo tiempo es importante evitar tomar té, mate cocido, café y gaseosas durante o inmediatamente después de las comidas porque estas bebidas e infusiones dificultan la absorción del hierro de los alimentos vegetales.

El ácido fólico es una vitamina que tiene un papel fundamental en el desarrollo del sistema nervioso central del bebé, sobre todo en las primeras semanas del embarazo; su falta puede ocasionar problemas de salud en el niño. A raíz de esto, también, además de tomar el suplemento que indique su médico, es bueno incluir en la alimentación vísceras (hígado, riñón) y verduras de hoja verde como lechuga, espinaca, acelga y brócoli.

¿Cómo debería cambiar la alimentación cuando la madre amamanta a su niño?

A las cantidades diarias indicadas durante el embarazo se necesitaría agregar:

- **Leches, yogures y quesos:** 2 tazas más o su reemplazo.
- **Carnes:** 1 porción pequeña.
- **Hortalizas:** sobre todo verdes o amarillas, y si es posible crudas: 1 porción más de lo habitual; frutas 1 unidad mediana.
- **Aceite:** 1 cucharada sopera más de lo habitual.
- **Pan:** 1 chico.

En este punto es fundamental recordar el primer mensaje de las "Guías Alimentarias para la Población Infantil" Ministerio de Salud, 2006, que nos dice:

"Alimentar a los bebés nada más que con leche materna durante los primeros 6 meses y continuar amamantándolos hasta los 2 años y más. ¡Este es el mejor comienzo para la vida!"

La lactancia materna ofrece innumerables beneficios para el niño, la madre y la familia, y conviene prolongarla por dos años o más:

- La leche materna es el mejor alimento; el más completo que puede recibir el niño menor de 6 meses. Le brinda al bebé todos los elementos que necesita para su crecimiento y desarrollo saludables.
- La leche de la madre está adaptada a las necesidades y posibilidades de su hijo y por ello se digiere más fácilmente que cualquier otra leche.
- Por eso lo ideal es la lactancia exclusiva, y debe ser el único alimento que reciba el niño durante los primeros 6 meses de vida.

Se sugiere consultar estas guías para poder implementar adecuadamente la alimentación en ésta y las siguientes etapas de la alimentación de los más pequeños (www.ucmisalud.gov.ar/publicaciones)

Es recomendable que la embarazada:

- Realice como mínimo 5 controles médicos.
- Lleve una alimentación variada y completa.
- Descanse el mayor tiempo posible (8 hs. nocturnas y 2 hs. durante el día).
- Recuerde que su alimentación necesita ser suplementada con ácido fólico y hierro.



No es recomendable que la embarazada:

- Consuma bebidas alcohólicas de ninguna naturaleza.
- Consuma medicamentos sin indicación de su médico.
- Realice grandes esfuerzos (levantar pesos excesivos, hacer ejercicios extenuantes; etc.)
- Fume.



Ministerio de Salud
PRESIDENCIA DE LA NACION

PLAN FEDERAL DE SALUD

Argentina