

**ARTICULO ORIGINAL**

**EDUCACION EN LACTANCIA MATERNA DURANTE EL CONTROL PRENATAL, HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN, DICIEMBRE 1993 - ABRIL 1994**

*Francisco de Paula Gómez Vélez<sup>#</sup>, César Augusto Hernández Herrera<sup>#</sup>*

**RESUMEN**

*Gómez FP, Hernández CA. Educación en lactancia materna durante el control prenatal. Hospital General de Medellín, Diciembre 1993- Abril 1994. CES Med 1995; 9:136-145*

Para evaluar la educación sobre lactancia materna durante el control prenatal, se realizó un estudio descriptivo y prospectivo en 399 maternas postparto del Hospital General de Medellín, entre diciembre de 1993 y abril de 1994. 382 realizaron control prenatal (95.8%). El promedio de consultas fue 5.46. Se encontró que 37% tenían primaria completa o incompleta y 57% bachillerato completo o incompleto. 81.5% vivían en el área metropolitana y el 51% eran primigestantes. Recibieron instrucciones sobre amamantamiento el 85.3% de las que hicieron control prenatal; 67.8% alimentar al pecho cada vez que el niño lo pida, 39% mantener cantidad apropiada, 12.3% cómo recolectar la leche, 23% recibió charlas o videos y 3.7% fue instruido sobre grupos de apoyo. En las encuestadas que no hicieron control prenatal el porcentaje fue 23.5%, 11.8% y 5.0% en las tres primeras instrucciones sobre amamantamiento y 0% en cada una de las dos últimas.

**Palabras claves:** Educación, Lactancia materna, Control prenatal.

**SUMMARY**

*Gómez FP, Hernández CA. Breastfeeding information during prenatal controls. Hospital General de Medellín, December 1993-April 1994. CES Med 1995; 9:136-145*

A descriptive and prospective study was performed to evaluate breastfeeding education during prenatal controls on 399 postpartum patients at the Hospital General de Medellín between december 1993 and april 1994. Prenatal consultation was done by 382 patients (95.8%) with an average of 5.46 visits. Complete or incomplete elementary school education was received by 37% of the patients, incomplete or complete high school education was received by 57%. Of them, 81.5% lived in the metropolitan area and 51% were primigravidas. Instructions about breastfeeding were received by 85.3% of the patients attending prenatal controls, 67.8% about breastfeeding on the child's demand, 39% about maintaining adequate quantities, 12.3% on milk recolection. Videos about breastfeeding or talks about the issue were attended by 23% and 3.7% were instructed on Support Groups. On the group of non-prenatally controled mothers, the percentages were 23.5%, 11.8%, 5.9% on the breastfeeding instructions. None of them received instructions on the last two issues.

**Key words:** Education, Breastfeeding, Prenatal controls.

**INTRODUCCION**

Los servicios de salud han adoptado programas de control prenatal que se suponen son los más adecuados para sus madres gestantes en cada región y se ha logrado de forma variable la integración de las comunidades con la conciencia de la importancia del control prenatal como una forma de prevenir y/o atenuar patologías o complicaciones del embarazo y el parto.<sup>1, 2, 3</sup>

El control prenatal, se supone, cumple además de un papel de tipo médico, un papel educador e integrador de la materna al proceso de "esperar y tener un hijo".<sup>4</sup>

La lactancia materna es la mejor forma de alimentación para el niño y es, además, una forma de prevenir la desnutrición infantil, de disminuir la inciden-

cia de enfermedad diarreica aguda, infecciones respiratorias, alergias y otras enfermedades en niños.

El total de episodios de patologías en infantes es casi tres veces mayor en niños no alimentados con leche materna, como lo muestra la siguiente tabla:

Enfermedades	Amamantados	No amamantados
Otitis media	3.7	9.1
Inf. Resp. bajo	1.1	5.6
E.D.A. vómito	3.5	6.9
Hospitalización	1.0	3.0
Total de episodios	8.2	21.1

The Cunningham As: Breastfeeding and morbidity in industrialized countries.

<sup>#</sup> Médico, Estudiante del programa de Gerencia de la Salud Pública, Convenio CES-EAFIT.

Asesora: Yolanda Torres de Galvis, MD, MSP.

Para este trabajo se recibió apoyo y financiación de la Fundación para la Educación Superior, FES.

Esto es sin duda un factor importante en la carga económica que deben absorber los servicios de salud y obviamente la población afectada, sin tener en cuenta que el costo de sucedáneos de la leche es casi inalcanzable para amplios sectores poblacionales (v.gr. alimentar adecuadamente un bebé con leche artificial equivale a más o menos al 25% del salario mínimo de un colombiano).

La educación en lactancia materna es el proceso por medio del cual se imparte información y enseñanza básica para un amamantamiento exitoso y la formulación de soluciones prácticas para posibles problemas de más frecuente aparición, además de la ubicación y aprendizaje en la utilización de grupos de apoyo.

Para una educación adecuada en lactancia materna exitosa es necesario tener tres elementos:

**Agente:** En este caso el personal de salud.

**Tiempo:** Que se dé durante todo el control prenatal (tiempo determinado mínimo 6 meses).

**Receptor:** La materna e incluso la familia o el padre de la futura criatura.

**Grupo de apoyo:** Que se refiere a la reunión de personas cuya única finalidad es preparar a la materna para el amamantamiento y una vez ésta comience, brindar instrucciones, principalmente telefónicas, cuando se presente cualquier inconveniente, buscando con esto evitar que la madre esté sola ante las dificultades que puedan entorpecer una lactancia exitosa.

El presente estudio descriptivo, evalúa la educación en lactancia materna que recibirá un grupo de gestantes durante su control prenatal en el Hospital General de Medellín.

## METODOLOGIA

El estudio fue realizado en maternas postparto en el Hospital General de Medellín.

Tomando como población total el número de partos en promedio durante 3 meses (2.300), se calculó un tamaño muestral de 399. Para la selección de la muestra se utilizó un listado diario numerado de las camas de maternidad ocupadas en ese momento; luego se hizo un muestreo aleatorio simple sin remplazo de casos, utilizando una tabla de números aleatorios. La toma de la muestra se realizó entre los meses de diciembre de 1993 y abril de 1994.

Se diseñó una encuesta que fue analizada por los investigadores. Después de discutir su validez con 30 encuestas, se le hicieron modificaciones y se definió un instrumento con preguntas abiertas y cerradas con tres capítulos. En el primero se diligenció la información general de cada encuestada; el segundo estuvo dirigido a las pacientes que hicieron control prenatal (17 preguntas, una con 5 ítems); y el tercero

fue diseñado para madres que no hicieron control prenatal (10 preguntas, una con 5 ítems).

El instrumento fue aplicado por una sola persona previamente capacitada a las encuestadas. Se hicieron 400 encuestas, pero se descartó una por estar mal elaborada.

Se conformó una base de datos en el programa EPI-INFO. Para el procesamiento y análisis de la información se utilizaron medidas de proporción; de desviación estándar, promedios y chi cuadrado. Se aplicaron pruebas de significancia cuando fueron necesarias y se realizó una inferencia a la población del Hospital General de Medellín.

## RESULTADOS

La muestra se conformó con 399 pacientes que estaban en su postparto inmediato. Para un adecuado estudio de la muestra se decidió agruparla según tres grupos etáreos: adolescente (menor de 18 años), adulta (entre 19 y 35 años) y añosa (de 36 años y más). Se encontró que 18% eran adolescentes, 75% adultas y 7% añosas.

La distribución porcentual según el estado civil fue la siguiente: 28% solteras, 34.8% casadas, 35.3% en unión libre y 1.6% divorciadas.

La variable años de estudio indicó 37% de personas con primaria (completa o incompleta) y 54% con bachillerato (completo o incompleto). Solo el 5.5% tenía algún estudio universitario.

La mayoría de las pacientes (65.25%) eran de la ciudad de Medellín, 16.25% del resto del área metropolitana, 17.5% de otros municipios de Antioquia y 1.0% de otros departamentos o sin información.

Con respecto a la ocupación de las madres se encontró que 60.75% eran amas de casa; 8.5% estudiantes o profesionales y 22.25% se catalogaron a sí mismas como sin oficio.

Más de la mitad eran madres por primera vez (51%); 38% tenían 3 hijos y 11% más de 4 hijos. El máximo encontrado de hijos para una madre fue de 12. La media fue de 1.89 por cada paciente encuestada.

El compañero de las encuestadas tenía un grado de escolaridad similar al de las mismas y su oficio era de tipo no calificado en el 76.8% de los casos; el 8% eran desempleados.

El 15% de las madres de la muestra estuvieron hospitalizadas durante el embarazo.

Se encontró un alto porcentaje de encuestadas que informaron asistencia al control prenatal: 95.8%. De ellas, la gran mayoría lo realizó en instituciones como la Dirección Seccional de Salud de Antioquia (27.5%) y Metrosalud (53.1%) (ver Tabla 1) El 90.9% de las encuestadas tenía un carné que verificaba un control prenatal organizado.

**TABLA 1**  
**DISTRIBUCION SEGUN LUGAR DE CONSULTA PRENATAL.**  
**EDUCACION EN LACTANCIA MATERNA DURANTE EL C.P.**  
**HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN.**  
**Diciembre 1993 - Abril 1994**

Lugar control	FRECUCENCIA		PORCENTAJE	
	No.	Acum.	%	Acum.
DSSS	105	105	27.5	27.5
Metrosalud	203	308	53.1	80.6
ISS	2	310	0.5	81.2
MD particular	30	340	7.9	89.0
Otro	42	382	11.0	100
<b>TOTALES</b>		<b>382</b>		<b>100%</b>

El número de consultas durante el control prenatal de las encuestadas que lo realizó, varió entre 1 y 16, con una media de 5.46 (DS = 1.85).

El promedio de consultas médicas durante el control prenatal fue de 4.06 por materna (DS = 2.27); 0.8% no tuvo ningún control con el médico y 2.2% tuvo más de 8 citas médicas.

La consulta con enfermera se hizo en un promedio de 3 veces por quienes dijeron que las habían atendido enfermeras (auxiliar o enfermera profesional). El 49.7% de las encuestadas no fue atendido nunca por enfermera.

El 35.7% de las encuestadas pertenecía al control prenatal de alto riesgo obstétrico. El inicio del control prenatal se realizó antes o durante el tercer mes en el 65.2% de los casos, 16% durante el 4o. mes y 18.9% después del 5o. mes.

El examen mamario a las encuestadas fue realizado durante el control prenatal (20.9% por la enfermera y 50% por el médico). 28.8% no tuvo examen mamario.

Las madres recibieron instrucciones sobre el cuidado de las mamas en el 21.7% por la enfermera, 38.7% por el médico y 1.3% por otros; el 38.7% no recibió instrucciones.

Con respecto a si se le recomendó, durante el control prenatal, amamantar a su futuro hijo el 85.3% respondió afirmativamente y el 14.7% que no. Durante el control prenatal el médico recomendó el amamantamiento al bebé en el 66.8% de las encuestas y la enfermera en el 27.4%; sólo al 5.9% se lo recomendó otra persona diferente.

Acerca de instrucciones específicas sobre el amamantamiento por parte del personal de salud a las

madres en control prenatal se encontró:(ver Tabla 2).

- Sobre la importancia de amamantar al bebé cada vez que lo pida, 67.8% respondió afirmativamente.

- 67.3% de las encuestadas recibieron instrucción acerca de la importancia de estar madre e hijo juntos.

- De cómo mantener cantidad adecuada de leche materna solo un 39% de las mamás recibieron alguna instrucción.

- 39.8% de las encuestadas fueron orientadas sobre cómo colocar su bebé al pecho.

- La instrucción de alimentar al bebé con leche materna durante 6 meses como mínimo, fue dada al 31.7% de las maternas.

- El 12.3% de las madres recibieron alguna instrucción de cómo recolectar su leche para brindársela posteriormente a su hijo.

- Conferencias, charlas o videos sobre amamantamiento recibieron el 23% de las gestantes.

El 78.3%, en cambio, pudo observar algún afiche o cartelera que hiciera alusión a la lactancia materna en la institución donde realizaban su control.

- Al 18.3% de las madres les informaron de la existencia de los problemas más comunes que ocurren durante el amamantamiento y la forma de solucionarlos.

- Las ventajas de la lactancia materna fueron informadas al 45% de las madres por el personal de salud.

- Al 3.7% de las madres se les informó de algún grupo de apoyo a la lactancia materna al cual pudieran dirigirse durante el amamantamiento.

Las madres que habían realizado alguna vez control prenatal antes del actual fueron el 78.9% y de



**TABLA 2**  
**COMPARACION DE LA DISTRIBUCION EN LAS RECOMENDACIONES SOBRE**  
**LACTANCIA MATERNA ENTRE QUIENES HICIERON CONTROL PRENATAL Y LAS QUE NO**  
**LO HICIERON. ESTUDIO SOBRE EDUCACION EN LACTANCIA MATERNA DURANTE EL**  
**CONTROL PRENATAL**  
**HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN, DICIEMBRE 1993-ABRIL 1994**

DATO  Recomendaciones	CON CONTROL PRENATAL				SIN CONTROL PRENATAL					
	SI		NO		TOTAL	SI		NO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%	
Amamantamiento	326	85.34	56	14.65	382	4	23.5	13	76.5	17
Amamantar cada vez que pida	259	67.8	123	32.2	382	2	11.8	15	88.2	17
Estar juntos	257	67.3	125	32.7	382	2	11.8	15	88.2	17
Buena cantidad	149	39	233	61	382	1	5.9	16	94.1	17
Colocación del bebé al pecho	152	39.8	230	60.2	382	1	5.9	16	94.1	17
Alimentación meses, exclusiv.	121	31.7	261	68.3	382	1	5.9	16	94.1	17
Recolección y almacenamiento	47	12.3	335	87.7	382	0	0	17	100	17
Conferencias o películas	88	23.0	294	77.0	382	0	0	17	100	17
Afiches o carteleras	299	78.3	83	21.7	382	0	0	0	0	17
Información prob. más comunes	70	18.3	312	81.7	382	0	0	17	100	17
Ventajas de L.M.	172	45.0	210	55.0	382	0	0	17	100	17
Grupo de apoyo	14	3.7	368	96.3	382	0	0	17	100	17

ellas el 48.3% recibió instrucciones sobre lactancia materna.

La información obtenida de quienes no realizaron control prenatal correspondió a 17 personas (4.2% de las 399 encuestadas, con los resultados que se consignan en la Tabla 2.

- Acerca de quien fue la persona que le brindó instrucciones sobre el cuidado de las mamas, 88.2% no señaló a nadie, el 5.9% identificó a algún familiar y el 5.9% restante a alguno del área de la salud.

- Sólo al 23.5% alguien le recomendó amamantar, definiéndose en el 50% a un familiar y en el 50% a otra persona.

- Sobre instrucciones específicas con relación al amamantamiento: al 11.8% se les dijo sobre la importancia de amamantar al bebé a libre demanda y sobre el estar siempre juntos.

- Al 5.9% de las madres alguien les informó acerca de cómo mantener buena cantidad de leche; igual porcentaje se encontró acerca de como colocar el bebé al pecho y de alimentarlo por lo menos 6 meses.

Ninguna madre respondió afirmativamente a alguna de las preguntas relativas a: instrucciones para recolectar su alimento, haber visto películas o escuchado charlas sobre lactancia materna, tener información sobre los problemas más frecuentes durante la lactancia materna, ventajas de la lactancia materna o conocimiento de grupos de apoyo para el amamantamiento.

De las madres que no realizaron control prenatal, el 66.7% había realizado control prenatal durante un embarazo anterior, y de ellas el 44.4% afirmó que había recibido alguna instrucción sobre lactancia materna.

## DISCUSION

### Edad

La muestra estaba conformada por madres que tenían un promedio de edad de 24,9 años, con una desviación estándar de 6,47.

El grupo compuesto por mujeres adolescentes (13-18 años) es casi la quinta parte de la muestra. Este hecho pudiera pasar inadvertido si no se mira con cuidado la difícil situación que generalmente atraviesan estas jóvenes madres, donde se conjugan el madresolterismo, que en el medio colombiano es un síntoma preocupante de todo un cambio cultural y de una problemática social acentuada.<sup>5,6</sup>

Igualmente la adolescente se enfrenta a un reto vital sumo, como es gestar y criar a su hijo, en la mayoría de casos sin contar con el apoyo familiar y sin tener la madurez síquica y cultural que le permita un adecuado proceso con su hijo.

La lactancia materna es, en gran medida, un proceso cultural de socialización, es aprendida y requiere del apoyo del núcleo familiar de la madre;<sup>7</sup> requiere igualmente de un compromiso de la misma con el amamantamiento como parte de la cadena de sucesos que ocurren en el binomio madre-hijo. Algunas de estas adolescentes han tenido sus hijos a causa de un embarazo no deseado, cosa que dificultaría, sin el adecuado apoyo, la lactancia materna. Aquí queda manifiesto que los programas de alimentación natural deben tener muy en cuenta ese estrato poblacional para lograr adecuado impacto, y cualquier intento por establecer estrategias de fomento al amamantamiento debe identificar a las madres adolescentes cuidadosamente, tanto en el control prenatal como después del parto.

### Estado civil

En la condición civil de las encuestadas se observa que un 28% eran solteras y que como la madre adolescente -no importa aquí tanto la edad- su situación es realmente precaria al enfrentar sola, a veces con varios hijos más, el advenimiento de otro hijo.

La madre soltera es por lo general cabeza de familia o un miembro familiar que no aporta; su condición es de "arrimada".<sup>5</sup> Al carecer con frecuencia de los medios y encontrarse en una situación económica difícil, el amamantamiento a veces no es posible, porque el fenómeno de la bajada y eyección de la leche está íntimamente ligado a factores síquicos que facilitan o impiden su normal evolución.<sup>8,9</sup> En el Hospital General de Medellín es una observación frecuente entre madres con dificultades económicas o sometidas a intenso estrés por la carencia de apoyo familiar suficiente.<sup>10</sup> Igualmente el madresolterismo es un síntoma social evidente de transformación social y cultural que afecta los pueblos de América

Latina, dándose situaciones específicas como la atomización del núcleo familiar y el ingreso de la mujer a los ciclos de producción económica, no siempre bien pagos<sup>11</sup> o a la economía informal. El hecho de observar este gran porcentaje de mujeres solteras en la muestra confirma, en gran medida, lo anterior: así pues, queda una gran franja de población femenina a la que es necesario dar el apoyo educativo específico, como la insistencia en el amamantamiento temprano, forma de recolección de leche materna, etc.<sup>12</sup>

34.8% de las encuestadas se definieron como casadas, dato que se puede cuestionar, debido a que algunas señoras se describen como tales por vergüenza o prejuicios frente al encuestador y no reconocen su estado de unión libre. Parece importante recalcar sobre el estado civil de las encuestadas porque el amamantamiento es y ha sido, a través de los tiempos, una forma de vínculo familiar, donde madre e hijo son el centro de la atención de su núcleo familiar.

Al analizar cuidadosamente, hay datos que sugieren una problemática social y familiar delicada, como que 8.2% de las encuestadas no saben qué oficio realiza su compañero; también, que este último fuera informado como fallecido en el 3% de los casos y que en el 35.3% de las veces las madres conviven en unión libre. Así se vislumbran fenómenos como falta de comunicación y apoyo en la pareja, con prejuicios y condicionamientos que definen relaciones familiares, como el machismo o la dependencia; la violencia de la región se convierte en un gran estigma que marca la dinámica de relación<sup>5</sup> y la inestabilidad conyugal se muestra como un fenómeno que alcanza proporciones considerables dentro de esta sociedad.

### Escolaridad

El 2.5% de las encuestadas son analfabetas y el 17% tienen estudios de primaria incompleta; se conforma así un grueso porcentaje de población femenina que está en condiciones innegables de educación postergada. El 42% de las madres informa secundaria incompleta y solo un 12.5% ha terminado su bachillerato. La observación de este fenómeno puede explicarse porque la población afluyente al Hospital General de Medellín es en su mayoría de estratos socioeconómicos 1, 2 y 3, en los cuales hay dificultad real para acceder a la educación y en los que la deserción escolar es alta debido a múltiples causas, como dificultades económicas, ingreso al sector laboral, violencia, etc (Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, Minsalud, 1993).

El nivel de educación del compañero de las encuestadas que lo tienen es similar al de ellas y sin diferencias evidentes, situación que se correlaciona con el hecho de que el compañero proviene de un

estrato socioeconómico similar al de su cónyuge y está sometido a similares condiciones.

### Lugar de residencia

Las encuestadas provenían en su mayoría del municipio de Medellín (65.25%); 16.25% del resto del área metropolitana. Las instituciones mayormente responsables de la atención prenatal de las madres son Metrosalud y, en menor escala, el Instituto de Seguros Sociales (ISS) y la Dirección Seccional de Salud de Antioquia (DSSA). De otros municipios de Antioquia provenían 17.5% de las maternas, donde es la DSSA la que atiende el control prenatal. El 1% venía de otros departamentos.

El Hospital General de Medellín es un centro de tercer nivel de atención, en el cual las consultas son remitidas en el 80% y que provienen de la ciudad de Medellín, su área metropolitana o del resto del Departamento. Existen, pues, algunas diferencias porque el 81.5% de las encuestadas es del área metropolitana y el resto son de municipios pequeños del Departamento, donde aún hay diferencias sociales y culturales con la gran urbe, que posiblemente facilitan que se dé una alimentación materna más frecuente y prolongada. Sin embargo, no hay diferencias, como se verá más adelante, entre el factor educación en lactancia materna y el lugar de residencia de la gestante o la institución que realiza el control prenatal.

### Oficio

El quehacer diario de las madres encuestadas exige análisis particular: 60.75% informan ser amas de casa, la mayor parte de la muestra; sin embargo, es necesario recordar que hay una captación subjetiva por parte de las mismas de lo que es una "ama de casa" debido a que algunas no lo son y en realidad son personas sin oficio que viven todavía en la casa paterna. Con respecto a las madres que se catalogan como sin oficio, hay un grueso porcentaje (22.25%), lo que se asocia con frecuencia a mujeres adolescentes o jóvenes, generalmente solteras y que conviven con sus padres u otro familiar.<sup>5</sup>

La madre que labora fuera de su hogar (madre trabajadora) es el 11.25%; las estudiantes fueron el 5.5%. Estos dos grupos son de especial importancia porque al conformar el 16.75% de todas las madres, tiene características que le son comunes, como limitantes de horario para amamantar, tener que separarse tempranamente de sus hijos o estar sometidas a situaciones externas apremiantes que se dan en sus hijos o lugares de estudio.<sup>14</sup>

El oficio del compañero guarda proporción al de

las encuestadas: 76.8% realiza un trabajo no calificado; son profesionales o técnicos solo el 2.06% y sin oficio el 7.99%. Como se había dicho anteriormente, el 8.24% de las señoras no sabían que hacía el compañero y 3% de éstos habían fallecido.

Se conforma un panorama económico que muestra a las claras las dificultades de las madres encuestadas. En Colombia alimentar adecuadamente a un niño con sucedáneos de la leche tiene un costo aproximado entre el 25 y el 30% del salario mínimo, lo que contrasta con el costo en países como Inglaterra, USA y Holanda, se asemeja a naciones como Indonesia y Filipinas y es menor que el de Bangladesh.<sup>15</sup>

A esta onerosa carga se debe sumar el sobrecosto por enfermedades infantiles, como desnutrición, enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda, alergias, hospitalizaciones (que se dan en una relación hasta de 3 a 1 con respecto a niños amamantados exclusivamente)<sup>16</sup> y que deben asumir los padres y los servicios de salud.

### Paridad

El 51% de las encuestadas eran madres por primera vez y 45.3% tenían hasta 3 hijos. La anterior observación es importante por varias razones: primero, porque estos datos se sujetan a un cambio en las tasas de natalidad y fecundidad de Colombia y Antioquia, (las tasas de fecundidad total para Colombia han variado de 6.7 en 1968 a 3.6 en 1980, con tasas urbana de 3.0 y rural de 4.1);<sup>17, 18</sup> segundo, este cambio es paralelo a una transición social en la que se afectan muchos valores, entre ellos el amamantamiento que se ve atropellado "por una cultura de biberón", auspiciada por países industrializados y empresas con ánimo de lucro, amén de personal de salud incorrectamente informado.

### Hospitalización durante el embarazo

Un porcentaje alto de las gestantes (15%) fue hospitalizado durante su embarazo. Ello se corresponde perfectamente con la alta proporción de madres que finalmente son remitidas al Hospital General.

El 35.7% de las señoras pertenecían al grupo de alto riesgo obstétrico. No encontramos asociación entre haber sido hospitalizadas y tener alguna diferencia fundamental en educación sobre lactancia materna con las madres que no lo fueron. Ello pone en evidencia que no existen programas educativos a nivel hospitalario, ni grupos de apoyo que aprovechen la estadía de una madre en los hospitales para no solo fomentar la alimentación materna, sino realizar una labor de educación y prevención en salud integral.



## Control prenatal

Es importante definir claramente qué es asistencia prenatal o control prenatal, pues existen múltiples definiciones del mismo y enfoques científicos diferentes según su final y concentración.<sup>1,3,4,19</sup>

Se enfrenta entonces una situación difícil en el aspecto técnico y funcional del control prenatal, que se acrecienta aún más por la definición subjetiva y acomodaticia que cada funcionario de salud tiene; ni se diga de lo que cada materna define como control prenatal: para algunas asistir al control prenatal es haber sido revisada por el médico una o dos veces y además tardíamente. Por ello es posible que el hallazgo de 95.2% de madres que dicen haber realizado asistencia prenatal no sea correcto; la tenencia de un carné de control prenatal en el que figuran de forma organizada todos los datos médicos de la paciente, no es, como en principio se suponía la forma de verificar la asistencia "real" al control prenatal, pues aunque el 90.9% de las encuestadas afirmaron tener ese carné muchas de ellas tenían consignados pocos registros de control y otras registraban controles tardíos.

El número aceptado de sesiones en el control prenatal en Colombia es de 6 a 8;<sup>19,20</sup> el promedio de consultas durante el control prenatal fue de 5.9 en el período 1986-1989. Se observa que en la muestra existió un promedio de 5.46 controles -DS de 1.85-, que es bajo, pero que se ajusta a la media observada en esta región del país.

El control prenatal en pacientes de riesgo obstétrico se muestra como un dato prominente (35.7%), cosa que no debe sorprender por el tipo de pacientes que se reciben en el Hospital General de Medellín como se había puntualizado anteriormente. Sí sorprende que no haya diferencias en lo que a educación en lactancia materna se refiere con relación a las madres que realizaban su control prenatal de bajo riesgo.

El promedio de consultas de alto riesgo obstétrico fue de 8.3 por paciente, considerablemente mayor que el de las de control prenatal normal y, como se observó más tarde, generó algunas diferencias en sensibilización y fomento a la lactancia materna. Aunque también el control prenatal de alto riesgo obstétrico está impregnado del concepto mecanicista del control prenatal, donde se les puntualiza demasiado en la enfermedad que precisamente les da la connotación de alto riesgo. Sus citas son específicas para "controlar" una noxa establecida. La educación en lactancia materna se modifica por el contacto más frecuente y estrecho con el personal salud.

La asociación entre el número de consultas de alto riesgo obstétrico por médico y el examen mamario

es válida (chi cuadrado de 13.20, = 0.00422346 y 3 grados de libertad). Es clara, sobre todo para el médico, la asociación entre el número de consultas de alto riesgo obstétrico e instrucciones para el cuidado del seno, y quién le recomendó amamantar.

Pertinente es recordar que el control prenatal de alto riesgo obstétrico lo realiza el médico y no otro personal de salud; esta puede muy bien ser la razón por la cual las pruebas de significancia son positivas para una asociación estadística entre este profesional y las indicaciones relativas al fomento de la lactancia materna.

*Examen de las mamas.* Durante el control prenatal el examen de los senos debería ser la puerta de entrada al mundo de la lactancia materna; el profesional médico o paramédico, con el interrogatorio sobre problemas pasados del seno, estén relacionados o no con el amamantamiento, o de la madre, quizás pueda detectar patologías que incidan en un óptimo proceso futuro de alimentación del bebé.<sup>8</sup>

En el presente estudio se encontró que del total de encuestadas que hicieron control prenatal, se les examinaron los senos al 71.2% (50% por el médico, 20.9% por la enfermera y 0.39% por otra persona diferente).

Con estos datos se observa como un procedimiento sencillo, sin riesgo para la paciente y con tanto interés futuro, se deja de realizar casi en una tercera parte de todos los controles prenatales. Las posibles explicaciones para este fenómeno estarían en el evento de que la consulta médica o de enfermería se limita a la parte técnica de detección precoz de problemas obstétricos o incluso, podría estar en relación con el tiempo limitado de consultas en las instituciones locales de salud, que está por el orden de 15 minutos por paciente, lo que imposibilita una adecuada educación.

Pero, además, se deben anotar dos hechos cotidianos en este medio: el primero, relacionado con el bajo interés de los profesionales para proceder al examen anotado, no dando la importancia que éste tiene para la detección de problemas relacionados con el amamantamiento; y el segundo, aún más preocupante, es el rechazo de algunas pacientes a ese examen argumentando desde un falso pudor hasta la no necesidad del procedimiento para la "patología" consultada.

*Instrucciones sobre el cuidado del seno.* La cultura colombiana no prodiga los cuidados necesarios al seno. Es frecuente el hallazgo de patologías en un examen de rutina sin que la paciente hubiese detectado antes el problema; además, es considerado un órgano sexual<sup>21,22</sup> y ello le confiere un carácter pudoroso que no permite su adecuado cuidado.

Durante el control prenatal las instrucciones sobre el normal cuidado del seno se dejan para un segundo plano, dando prioridad al examen obstétrico, con el cual se realiza el dictamen perinatal del caso.<sup>23</sup>

El estudio muestra este dato claramente, pues del total de encuestadas que hicieron control prenatal el 38.32% recibieron instrucciones por el médico y el 21.52% por la enfermera.

*Recomendaciones de amamantar.* Los dos procesos inherentes a un embarazo que llega felizmente a término, el producto de la concepción a través del parto y su consecuente e inminente alimentación, se diera por sentado que todas las madres deberían estar dispuestas a este proceso natural, pero a pesar de ello, históricamente el amamantamiento se ha puesto en tela de juicio, incluso anteponiendo cuestiones estéticas. Con lo anterior no sorprende el dato de que del 14.7% de las encuestadas que hicieron control prenatal nadie haya hecho recomendación sobre alimentación al pecho. La explicación estaría en el corto tiempo de algunos controles prenatales, que no permitiría impartir instrucciones adecuadas o incluso por el hecho hipotético de que todos dan por entendido el proceso de amamantamiento por la madre, lo cual no es cierto.<sup>7</sup>

*Quién hizo la recomendación de amamantar.* Por lo antes expuesto, todo proceso de consulta debería servir para fomentar la educación en cualquier tópico de la medicina; y no es sólo el médico quien estaría obligado a este mandato hipocrático sino también la enfermera, quien con su instrucción profesional es la mano derecha de la prevención en materia de salud;<sup>24</sup> ésto, aunado a su condición de mujer, la solidariza mucho más con la madre futura para prodigarle un cuidado especial y unas normas específicas. El estudio muestra un dato bajo al respecto: el médico recomendó amamantar a las dos terceras partes de todas las encuestadas que hicieron control prenatal y la enfermera solo hizo la recomendación en un poco más de una cuarta parte de las madres durante la consulta. Este dato está afectado porque un porcentaje alto (49.7%) de las pacientes no fue revisado por enfermera. Cabe anotar un hecho de altísima significación: la mayoría de las pacientes de estratos bajos e incluso medio bajo, confunden en una sola denominación a la enfermera con el médico; con frecuencia se le oye decir "doctora" o "doctor", sin hacer la diferenciación, encontrando que para algunas maternidades pudiera ser exactamente lo mismo.

*Instrucciones recibidas sobre lactancia materna.* Cada una de las instrucciones anotadas en el instrumento va denotando un grado mayor de complejidad, tanto para su explicación como para su comprensión, y ésto se refleja en los resultados finales.

Aquí se observa cómo a mayor complejidad y efectividad, menor porcentaje de encuestadas dan una respuesta positiva. La gran mayoría de los profesionales médicos y paramédicos que han participado en un control prenatal le informan a la madre que den al bebé el alimento cada vez que éste lo pida y que el binomio madre-hijo debe permanecer junto. En el estudio la respuesta afirmativa en estos dos planteamientos fue del 67.8% y 67.3% respectivamente pero las recomendaciones o instrucciones más complejas o que requieren de mayor tiempo para su correcta explicación y entendimiento<sup>25</sup> muestran un resultado porcentual decreciente.

- Cómo mantener buena cantidad de leche materna, sí: 39%

- Cómo colocar al bebé al pecho, sí: 39.8%

- Alimentación materna exclusiva por lo menos 6 meses, sí: 31.7%

- Cómo recolectar y almacenar la leche materna, sí: 12.3%.

Estos datos pueden reflejar dos aspectos: uno, la falta de tiempo e interés que tiene el profesional que hace el control prenatal para examinar, anotar en la historia clínica los datos encontrados y dar explicación a la paciente sobre su condición de embarazo y su futura condición de madre -que debe prodigar una alimentación al pecho-; dos, el aspecto cultural en estas maternidades, que desconocen los asuntos relacionados con el amamantamiento; como se anotó en otro análisis anterior, el proceso de "explicación" se da sobre tópicos muy obstétricos y poco sobre el futuro post-parto y la lactancia materna.

*Recibió conferencias y vio afiches.* Se nota en las respuestas a estas dos preguntas el aspecto institucional de la atención en las maternidades encuestadas y que hicieron control prenatal: si vieron afiches o carteleros en el sitio donde hizo el control prenatal, se observó una respuesta afirmativa alta (78.3%), pero si vieron alguna película o charla sobre lactancia materna la respuesta afirmativa bajó dramáticamente (23%). Es explicable este cambio porque el hecho de poner afiches y carteleros es una forma más pasiva de fomento que el esfuerzo continuado de capacitación y sensibilización que requiere el personal para llevar a cabo conferencias de lactancia materna y mayor compromiso institucional. Esta falta de compromiso institucional se refleja en las respuestas siguientes del cuestionario:

- Le informaron sobre problemas más comunes durante la lactancia materna y sus soluciones: sí: 18.3%,

- Le informaron sobre la importancia de la lactancia materna: sí 45%,

- Le informaron sobre grupos de apoyo para solución de problemas del amamantamiento: sí: 3.7%.



Todas estas preguntas están relacionadas con la consulta prenatal y con el manejo educativo durante la misma con la materna. Para ello debe existir predisposición del profesional para impartir la instrucción y conocimiento de este para una adecuada educación que puede llegar a las madres en un lenguaje claro y que sea fácilmente comprensible para ellas.

*Madres que no realizaron control prenatal.* Del total de encuestadas, solo 17 (4.8%) dijeron no haber realizado ningún tipo de control prenatal.

Es importante recordar que de las madres que realizaron control prenatal, el 4% había asistido a una o dos consultas; también, que el 9.5% de ellas inició su asistencia médica después del sexto mes de embarazo.

El no realizar control prenatal supone un análisis hipotético interesante y a la vez preocupante de la situación maternoinfantil en el medio local; los servicios de salud han procurado cubrir la totalidad de la población que les es asignada, utilizando estrategias de servicios variados; pero la realidad es que sus recursos son insuficientes y en vastas zonas de la geografía colombiana la población está desprotegida. La accesibilidad y oportunidad a los servicios de salud no es óptima. Existe además una brecha cultural entre los servicios de salud y la población que atienden; por años los funcionarios de salud no han sabido comunicarse con las gentes y la mayoría de veces - acaso siempre- han realizado larga perorata sin sentido para sus interlocutores. Los servicios de salud no han logrado sensibilizar a la población objeto de su trabajo.<sup>26</sup> Súmese a lo anterior la pobreza y la falta de educación de un amplio sector de nuestra gente. Queda pues establecido un gran obstáculo para realizar programas preventivos de salud, como el control prenatal, que deben prestar organismos de salud y otros sectores: económico, social, educativo, etc.

*Información del cuidado de las mamas.* Se advierte a primera vista que a 15 de las madres nadie les indicó que debían preparar y cuidar sus mamas para el futuro hijo. Solo a una madre un familiar le habló de ese tópico.

*Recomendación de amamantar.* Entre las madres encuestadas, sólo a cuatro se les recomendó amamantar y solo en dos de los cuatro casos fue un familiar quien lo hizo; las dos restantes recibieron la indicación de otros -vecinos, amigas, etc.- Las cifras hablan por sí mismas: las madres están casi solas.

*Instrucciones específicas del amamantamiento.* Al igual que sucedía con las madres que realizaron control prenatal, mientras más específica o compleja es la instrucción, menos dada. Es importante recalcar que ciertas recomendaciones en realidad no son complejas, pero sí supuestos necesarios para una lactan-

cia exitosa, como el estar madre e hijo juntos, amamantar a libre demanda o colocar el niño al pecho.

A cada una de las siguientes recomendaciones dos madres respondieron afirmativamente: importancia de amamantar a libre demanda y el estar madre e hijo juntos.

A cada una de las siguientes indicaciones una madre respondió afirmativamente: cómo mantener suficiente cantidad de leche, cómo colocar el bebé al pecho o alimentarlo por lo menos 6 meses. No hubo madres que hubieran recibido charlas o películas de lactancia materna, o información sobre grupos de apoyo o sobre las ventajas de la alimentación natural. Tampoco hubo maternas que recibieran alguna instrucción de cómo recolectar su alimento o sobre los problemas más frecuentes. Los datos anteriores son dicentes y muestran que :

- Se da por sentado entre las personas que el amamantamiento es un proceso automático.
- Que existe una concepción generalizada de "con la lactancia materna no se presentaron dificultades".
- El biberón es una manera fácil de solucionar problemas.

En suma, la lactancia materna como valor cultural está casi ausente entre gran parte de la población estudiada que no realiza control prenatal. También es posible que el resultado sea parte de la segregación familiar de estas madres, que finalmente están sumergidas en un mundo de incomunicación.<sup>5</sup>

El control prenatal surge como un factor importante de prevención. Después de comparar datos entre madres que realizaron control prenatal y quienes no lo hicieron, se puede decir sin temor a equivocaciones que las segundas están desprotegidas por completo en cuanto a la educación en lactancia materna se refiere -seguramente en todos los otros aspectos factibles de prevención-. El control prenatal es, aunque deficientemente, importante para ofrecer a las madres un buen soporte para su alimentación natural.

## CONCLUSIONES

- Toda gestante, cualquiera que sea su condición social, intelectual o religiosa, debe ser instruida en detalle sobre la lactancia materna y los grupos de apoyo, para que esta sea exitosa.

- En el pasado, y hasta la fecha, se han dado la mayoría de las instrucciones sobre lactancia materna en el postparto inmediato o mediato, olvidando que el control prenatal es el momento de mayor receptibilidad de la madre para introyectar todas las enseñanzas en este campo.

- La educación en lactancia materna no debe ser puntual o de una sola consulta; debe ser un proceso que involucre a todo el personal médico y paramédico

y durante todo control prenatal.

- Se observa que a medida que aumenta la especificidad y complejidad en relación con las instrucciones sobre lactancia, baja el número de maternas que las reciben.

- Del grupo de madres que hicieron control prenatal se puede concluir que sí recibieron instrucciones sobre lactancia materna; para ello se comparó con el grupo que no lo hizo, el cual tuvo bajo porcentaje de instrucciones en este campo.

- La educación para lactancia materna en el control prenatal debe tener sólido respaldo de los entes gubernamentales y las instituciones de salud, buscando con ello el apoyo al amamantamiento, desde el inicio de la educación primaria del individuo, para que ésta no se haga al momento del embarazo.

El contacto continuado con el médico que se da en el control prenatal por alto riesgo obstétrico debe aumentar la posibilidad de recibir instrucciones sobre lactancia materna.

- El grupo de madres que no hizo control prenatal recibió muy poca instrucción sobre lactancia materna, lo que las deja en desprotección total sobre la educación en este campo.

- El control prenatal debe ser dinámico, buscando que tanto el personal de salud que lo realiza, como la materna, tenga una empatía excelente y se utilicen las charlas como el método educativo básico.

- Hay dos grupos de madres que deben tener tratamiento especial: las adolescentes y las solteras, identificando sus dificultades más frecuentes para ofrecerles apoyo adecuado, tanto en lactancia materna como en aspectos relacionados con el binomio madre-hijo.

- Es necesario que el control prenatal tenga formas, para que se incremente el tiempo del mismo, la temática dirigida a obtener excelentes resultados del binomio madre-hijo antes, durante y después del parto, y la posibilidad de influenciar en la familia sobre el significado de un nuevo ser en su seno.

## BIBLIOGRAFIA

1. Pritchard JA, MacDonald PC. Williams Obstetrics. 15 th ed. New York: Appleton Century Crafts, 1976.
2. Niswander UR. Manual de Obstetricia, Diagnóstico y tratamiento. Barcelona: Salvat Editores, 1986.
3. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), OPS-OMS. Tecnologías Perinatales. Publicación Científica CLAP No. 1255. Montevideo. Marzo de 1992.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Serie de informes técnicos No. 428. Ginebra, 1969.
5. Rico de Alonso A. Madres solteras adolescentes. Bogotá: Plaza y Janés Editores, 1986.
6. Population Reference Bureau (PRB). La actividad sexual y la maternidad entre las adolescentes en América Latina y el Caribe. Riesgos y consecuencias. Washington D.C., 1992.
7. Savage K. Helping mothers to breastfeed. Bogotá: Ed. Gente Nueva, 1987. 152 pag.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS) Protección y apoyo de la lactancia natural. Ginebra, 1989.
9. Riordan J, Auerbach K. Breastfeeding and human lactation. Boston: Jones and Bartlett Press, 1992.
10. Gómez FP. Informe del Proyecto Promotoras en Lactancia Materna voluntaria para UNICEF. Sin publicar. 1994.
11. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La salud materna: un perenne desafío. Serie de publicaciones: Comunicación para la salud No. 1. Washington: OPS, 1991.
12. Secretaría de Salud de Mexico. Manual de Alojamiento Conjunto y Lactancia Materna, 1981. 26 pag.
13. Romero E. Breastfeeding intentions and practice among hispanic mothers in Southern California. Pediatrics, Vol 84 No 4, 1989.
14. Mothers and children. Boletín sobre alimentación infantil y nutrición materna. Washington, 1990.
15. Lawrence AR. Breastfeeding, a guide for the medical profession. St. Louis: Mosby, 1989:652.
16. Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud. Encuesta nacional sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud: 1986-1989. Mujer y reproducción humana. Bogotá: Imprenta del INS, 1990.
17. Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud. Encuesta Nacional sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud: 1986-1989. Fecundidad y mortalidad. Bogotá: Imprenta del INS, 1990.
18. Dirección Seccional de Salud de Antioquia (DSSA). Protocolos de atención materna y perinatal con enfoques de riesgo. Medellín: DSSA CAD La Alpujarra, 1994.
19. Instituto de Seguros Sociales (ISS). Control Prenatal. ISS Seccional Antioquia. Programa C.P., 1986.
20. Masters W, Johnson V. La sexualidad humana. Barcelona: Ed. Grijalbo S.A., 1987.
21. Enciclopedia de la sexualidad. Tomo II. Barcelona: Ed. Océano, 1993.
22. Relucio Clavano N. The results of change in hospital practices, Baguio General Hospital and Medical Center, Philippines, Assignment Children, Vol. No. 55, 1981.
23. Dugas BW. Tratado de enfermería práctica. 4a. ed. Ed. Mexico: Interamericana, 1978.
24. A.I.D. Lactancia materna. Guía para el personal de salud. Perú. Abril de 1989.
25. Ilich I. Némesis médica. Barcelona: Ed. Seix Barral, 1975.