

PRÁCTICAS DE SALUD Y NECESIDADES EDUCATIVAS SOBRE LACTANCIA MATERNA E INMUNIZACIONES EN MADRES CON HIJOS(AS) DE HASTA SEIS MESES DE EDAD.

José Ivo Oscar Contreras Briceño¹, Elsy Sosa¹, Mary Marquina¹, Ángela María Quintero².

¹Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela. Tel. (0274) 2403068, fax: (0274) 2403065. bricevos@ula.ve, sosaelsy@cantv.net, marquinap@yahoo.com, ²Hospital del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Mérida. 0416-1772802. angelaquintero@yahoo.com

Resumen

La investigación fue transversal de campo. La población estudiada estuvo conformada por 59 madres con niños(as) hasta seis meses de edad. Resultados: Un poco más de una tercera parte de las madres aún amamantaban exclusivamente (35.7%). El cumplimiento de las inmunizaciones tiene niveles muy altos para la BCG y la Antipolio y menor a la norma nacional en la Pentavalente, y la Antirrotavirus. La causa más frecuente para abandonar la lactancia materna exclusiva fue: el niño no se llenaba y la baja producción de leche. Se relacionaron las prácticas de lactancia materna y las necesidades educativas con los beneficios percibidos y algunas características demográficas. Además, se relacionaron las prácticas sobre inmunizaciones y su relación con las necesidades educativas sobre las enfermedades que pueden prevenir con las vacunas y el deseo de obtener mayor información. El cumplimiento del esquema de inmunizaciones se relacionó con las mismas características demográficas que para lactancia. Todas las estimaciones determinaron que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables estudiadas.

Palabras clave: Lactancia exclusiva, esquema, inmunizaciones, prácticas de salud.

Abstract

Health care practices and educational needs regarding breastfeeding and immunizations in mothers with infants, age birth to six months old.

This research is a cross-sectional study, 59 mothers with infants birth to six months carried out at J. J. Osuna County, Mérida State, Venezuela. Data collection was performed using face-to-face interviews. A little more than 1/3 of the mothers breastfeed exclusively (35.7%). The adherence to the vaccines schedule showed very high levels for BCG and Antipolio, and below national standard for Pentavalente and Anti-rotavirus. The most frequent arguments to stop breastfeeding were: the newborn remained hungry after breastfeeding and mothers' low milk production. Statistic relationship was performed for health care practices and needs about perceived benefits and some mothers' demographic characteristics. The same analysis was performed for immunizations adherence and educational needs about identification of preventable diseases using vaccines and mother desires for getting additional information about vaccinations and the same demographic characteristics used for breastfeeding. Findings showed that there were not significant differences between variables.

Key words: Breastfeeding, adherence of immunization schedule, health care practices.

INTRODUCCIÓN.

Para efecto de la presente investigación, se entiende por prácticas del cuidado materno del infante a todas las acciones que la madre realiza para promover la salud de su hijo(a) con edades comprendidas entre el nacimiento y los seis meses. Según el Ministerio del poder Popular para la Salud venezolano, el Fondo de Población de las Naciones Unidas o (PNUD) por sus siglas en inglés, y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003), estas acciones se resumen en: La nutrición, la higiene, el control periódico de salud, las inmunizaciones, además del crecimiento y desarrollo. Los componentes esenciales establecidos para llevar a cabo lo estipulado por ese ministerio son: La educación permanente al personal de salud, en la que se incluye el profesional de enfermería; la información, la educación y la comunicación con la población y la madre; el fortalecimiento de redes

sociales y de salud y la investigación sobre todos los factores involucrados en la salud de los(as) niños(as). Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2003) sobre el análisis factorial de la mortalidad infantil en el planeta, demuestran que existen tres grandes factores explicativos: El nivel educativo de las madres, por lo menos hasta el segundo ciclo, duplica el riesgo de morir; la residencia en el área rural determina que exista 1.5 mayor probabilidad que un niño menor de cinco años muera, en comparación con los que residen el área urbana; la pobreza extrema eleva el riesgo en 2.5 veces cuando se compara con aquellas familias que no lo son. Según el Ministerio de l poder Popular para la Salud, el PNUD y la OPS (2003), en Venezuela, cinco de cada diez muertes que ocurren en menores de cinco años, son debidas a enfermedades altamente prevenibles y de cada 1000 niños que nacen, muere un promedio de 20 en el primer año de vida. Al

analizar la mortalidad en menores de un año, se evidencia la alta vulnerabilidad de sus causas y que con intervenciones adecuadas, se puedan disminuir estas cifras.

La información de la Unidad de Estadística del Departamento de Epidemiología Regional del estado Mérida (2007), en los años 2006; y el primer trimestre del año 2007, revela que los factores provenientes del embarazo, son los que afectan de forma importante, la salud del bebé durante el primer mes, sin embargo, en el período de 28 días a los 11 meses, los factores inherentes al cuidado empiezan a hacer estragos en el (la) niño(a). La diarrea y la gastroenteritis son las principales enfermedades reportadas, en 2006, la tasa por estas causas fue de 77.7 y aumentó a 115.7 por cada 100.000 nacimientos vivos registrados, en el primer trimestre de 2007. También están presentes otras enfermedades que pueden presentarse por deficiencias del cuidado, tal como la sofocación, el estrangulamiento, la inhalación de alimentos o contenido gástrico y la desnutrición.

Los informes epidemiológicos del Ambulatorio "Juan Alberto Rojas" (2007), principal centro de salud de la parroquia J. J. Osuna, muestran las causas de enfermedad en menores de un año a finales del año 2006. La diarrea está ubicada como tercera causa general con 8% de los casos y en el primer trimestre del 2007 (incluyendo las consultas de medicina de familia y pediatría), sigue en los primeros lugares con el 6% de las causas de consulta. Otros hechos que reflejan algunas falencias en el cuidado de los(as) bebés, son los relacionados con las coberturas de inmunización que no alcanzan valores mínimos aceptables y que el 91.5% de la demanda de consultas para esta edad, se da por motivo de enfermedades, lo que se traduce en que sólo una de cada 10 consultas son solicitadas para llevar un control periódico y para mantener sano al bebé.

En el ámbito social, tradicionalmente la madre ha desempeñado el rol de cuidadora de los hijos, mientras que su cónyuge se concentra en atender las necesidades económicas de la familia; sin embargo, en tiempos recientes, la tendencia al aumento de los hogares monoparentales femeninos, en América Latina y por ende en Venezuela, como lo revelan la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) (1995) y López y Salles (2000), también ha incidido sobre la calidad de vida de la familia, de manera que, como lo mencionan González y Martínez (2004), ellas combinan sus roles, en el marco de las relaciones de solidaridad y conflicto intradoméstico, para satisfacer las necesidades de su familia. Así que el rol de proveedor que regularmente era llevado a

cabo por la parte masculina, ha sido asumido por la mujer porque se ha insertado al ámbito laboral, sin embargo, conserva su papel de cuidadora. En algunos casos delegan momentáneamente a otros miembros de la familia las responsabilidades de su rol tradicional.

Las prácticas de lactancia materna y de inmunizaciones, así como las necesidades educativas sobre estos temas, están influenciadas por las características de funcionamiento de los servicios sanitarios. En este sentido, Benach y Muntaner (2005) consideran que los profesionales de salud indagan con muy poca frecuencia sobre la situación familiar, psicológica, laboral o ambiental de las personas que tratan, incluyendo las madres. Entre las razones que explican esta tendencia, Renaud y Rico (2007) piensan que entre el personal de salud es muy frecuente que la comunicación se concentre en una relación entre anunciantes y consumidores, concepto extraído de las leyes del mercado que se aplican mecánicamente en todo lugar y momento. Por esta razón no se reconocen las diferencias y la complejidad de cada persona, como sujeto imbricado en una espesura social, cultural, económica y psicológica. Vale la pena mencionar, que las prácticas sanitarias convencionales de la gente, también se apoyan en su visión de mundo y en la representación que tienen de sí y de su entorno.

Desde el punto de vista de la edad de la madre, la adolescencia y la maternidad, vividas de manera paralela, generan necesidades de adaptación que pueden no resolverse fácilmente, especialmente en lo que al cuidado del bebé se refiere. En el ámbito familiar, la satisfacción de las necesidades básicas de un(a) hijo(a) menor de seis meses, requiere de la intervención del padre, otros familiares y personas que no tienen vínculo directo con ella. Sobre el particular, Fuster y Ochoa (2000) señalan que la estructura y la dinámica familiar venezolana, atraviesa por un cambio que está determinado por los siguientes factores: El aumento de los divorcios, la incorporación de la mujer al trabajo productivo y el incremento de la cohabitación de parejas sin la formalización del matrimonio.

METODOLOGÍA.

Población: La población estudiada estuvo conformada por 220 madres con niños(as) de hasta seis meses de edad que habitan en la parroquia J. J. Osuna del municipio Libertador, estado Mérida.

Tipo de estudio: Descriptivo de campo.

Muestra y muestreo: La muestra se seleccionó a través del método de estimación del tamaño mínimo, para lo que se utilizó el paquete estadístico

STATSTM, de cuyo cálculo se obtuvo una muestra de 59 madres, con los parámetros de 10% de error máximo aceptable y un nivel de confianza de 95%.

El muestreo fue de tipo no probabilístico, desde el punto de vista de su naturaleza, la muestra se considera homogénea porque, como lo indican Hernández et al. (2006) se requiere que las personas compartan características similares. Los criterios de inclusión de la muestra fueron: Madres con hijos(as) hasta seis meses que residen en la Parroquia J. J. Osuna. El muestreo se llevó a cabo bajo el criterio de oportunidad, de acuerdo con los mismos autores, está conformado por grupos de personas que se reúnen o convergen en algún lugar por motivos distintos a los de la investigación. Las madres invitadas a participar en la investigación, se captaron cuando llevaban a sus niños(as) al Servicio de Inmunizaciones, en la sala de espera de la consulta de Pediatría o de Ginecología del ambulatorio mencionado.

Instrumento. Contenido: La parte I versa sobre las características personales de la encuestada, contiene tres preguntas cerradas y cuatro abiertas relacionadas con: Edad, número de hijos, nivel educativo e ingreso económico. La edad dividida en tres categorías: menores de 20 y de 20 a 34 y mayores de 34 años. El número de hijos se planteó de manera dicotómica en uno y más de un hijo. El nivel educativo se estableció en menor a séptimo y de séptimo grado en adelante, el ingreso económico se dividió en menor de un sueldo mínimo (614.0 Bs. F) y de un sueldo mínimo en adelante. La parte II estructurada por 13 preguntas cerradas y dos abiertas, que evalúan las prácticas de salud de la madre sobre lactancia materna y las necesidades educativas que ella considera que tiene sobre el tema. La práctica de la lactancia materna se dividió en dos categorías: Exclusiva y otras modalidades y las necesidades educativas se realizó mediante una pregunta cerrada dicotómica de si consideraba necesario obtener mayor información sobre el tema. La parte III contiene preguntas cerradas que valoran las prácticas de la madre sobre las inmunizaciones y las necesidades educativas que ella considera que tiene sobre ese aspecto de la salud del niño. Las prácticas sobre vacunas se evaluaron mediante una pregunta dicotómica sobre si el esquema de inmunización estaba completo e incompleto. Por su parte, las necesidades educativas sobre las inmunizaciones definidas fueron: Identificar por lo menos una enfermedad que se puede prevenir con las vacunas y expresar el deseo de obtener mayor información sobre temas de las inmunizaciones

Validación del instrumento: Se utilizó la técnica de Juicio de Expertos que consistió en la valoración del instrumento por cuatro especialistas en el área de

estudio, de la presentación, calidad de redacción de los ítems, pertinencia de las variables con los indicadores, relevancia del contenido y factibilidad de aplicación. Una vez revisado, se elaboró el instrumento definitivo para su aplicación. Además se contó con una planilla firmada por los validadores.

Confiabilidad del instrumento: El instrumento fue sometido a la prueba de Alpha de Cronbach, con la que se obtuvo un estadístico de Alpha: 0.736, confiabilidad aceptable.

Procedimiento de recolección de datos. Se envió una comunicación para solicitar autorización de las autoridades respectivas del Ambulatorio "Juan Alberto Rojas" ubicado en la parroquia J. J. Osuna Rodríguez, a fin de desarrollar el trabajo. Se solicitó un espacio físico para realizar las encuestas. Se solicitaron los datos epidemiológicos disponibles en los registros del ambulatorio sobre las madres con hijos(as) hasta seis meses. Se seleccionó la muestra y se aplicó el instrumento. Para la aplicación del mismo se tomaron en cuenta los criterios de inclusión establecidos y el consentimiento informado de las madres relacionadas para la investigación.

RESULTADOS.

La información aportada por las madres, muestra que independientemente de la edad del niño o la niña, aún amamantan un poco más de una tercera parte (35.7%). En cuanto a las madres que la cesaron, casi un tercio lo hizo antes del primer mes (30.3%). A partir del segundo mes, el cese del amamantamiento, sólo al pecho materno, fue disminuyendo paulatinamente (Tabla 1).

Una de las situaciones que puede llevar a las madres a continuar la lactancia materna exclusiva o mixta, es la identificación de beneficios para ella. Como se puede ver en la tabla 2, casi la mitad (45.8%), no sabe o no reconoce algún tipo de beneficio, un quinto identifica como una ventaja la disminución del peso acumulado durante el embarazo, una de cada seis considera que esa práctica disminuye los gastos económicos de la familia (15.3%), y una de cada 10, siente que el acto del amamantamiento le produce satisfacción emocional (13.6%).

Además de que la madre reconozca las ventajas para ella, las que se refieren al niño son igualmente importantes para continuar la lactancia exclusiva. En la tabla 3 se deja ver que más de dos tercera partes de ellas (67.8%), identifican la propiedad que tiene la leche humana para proteger al bebé de infecciones. Casi la mitad (47.5%), asume que la misma genera una mejor condición nutricional del niño, sin embargo, no mencionan otras bondades afectivas.

Tabla 1. Tiempo de lactancia materna exclusiva según edad del hijo.

Tiempo con lactancia materna exclusiva	Edad del Hijo (Meses)												Total	
	1		2		3		4		5		6			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de un mes	11	18.4	3	5.1	2	3.4			2	3.4			18	30.3
Un mes	3	5.1	2	3.4	1	1.7	1	1.7					7	11.9
Dos meses							2	3.4	2	3.4			4	6.8
Tres meses					3	5.1	2	3.4					5	8.5
Cuatro meses							1	1.7	2	3.4			3	5.1
Cinco meses									1	1.7			1	1.7
Aún le da	8	13.6	1	1.7	5	8.5	3	5.1	2	3.4	2	3.4	21	35.7
Total	22	37.1	6	10.2	11	18.7	9	15.3	9	15.3	2	3.4	59	100.0

Tabla 2. Beneficios percibidos para la madre.

Respuestas	Frecuencia*	%
No sabe	18	30.5
Disminuir el peso acumulado	12	20.3
Menor gasto económico	9	15.3
Ninguno	9	15.3
Satisfacción psicológica	8	13.6
Prevenir la mastitis	2	3.4
Acomodar la matriz después del parto	1	1.7
No se enferma	1	1.7
Todas	1	1.7

* Nota: Pregunta susceptible a respuestas múltiples

Tabla 3. Beneficios percibidos para el bebé

Respuestas	Frecuencia	%
Mayor Protección a infecciones	40	67.8
Mejor nutrición	28	47.5
Contacto madre – hijo más íntimo	2	3.4
Mejores condiciones higiénicas	1	1.7
Ninguna	2	3.4
No sé	1	1.7

Nota: Pregunta susceptible a respuestas múltiples

A pesar que 44.1% de las madres todavía amamanta (35.7% de manera exclusiva y 8.4 % de forma mixta, como lo muestra la tabla 1), el resto decidió en algún momento no hacerlo más. Entre las razones que aducen para tomar esa decisión, 18.6% lo hizo porque sintió que su hijo(a) no se llenaba con la mamada, 11.9% porque que tenía baja producción de leche y 6.8% por rechazo del niño, muy pocas alegan el trabajo, la mastitis, los estudios, el consumo de medicamentos, entre otras causas (Tabla 4).

En muchos casos pudo ocurrir que la madre tomó la decisión bajo la influencia de creencias erróneas o sin

Tabla 4. Causas de la suspensión de la lactancia materna.

Respuestas	Frecuencia	%
Aún amamanta (exclusiva y mixta)	26	44.1
El o la bebé no se llena con la teta	11	18.6
Producción insuficiente de leche	7	11.9
El bebé no quería	4	6.8
Trabajo	3	5.1
Estudio	2	3.4
Mastitis	2	3.4
El o la bebé no duerme toda la noche	1	1.7
Tomando medicamentos	1	1.7
Sustitución por leche en polvo	1	1.7
Caída de las mamas	1	1.7
Total	59	100.0

conocer algunas técnicas que le evitarían situaciones poco saludables a ella y a su bebé.

Dentro de la valoración de las prácticas de salud, específicamente en el área de las inmunizaciones, quizás una de las más elementales para identificar el valor que le dan las madres a la salud de sus hijos(as), tiene que ver con la evaluación del acatamiento del calendario de las vacunas que se le aplican al niño hasta los seis meses de edad.

El Ministerio de l Poder Popular para la Salud (2006) establece que esos niños deben tener las siguientes vacunas: BCG, Antipolio, Antirrotavirus, y Pentavalente. Las de mayor cumplimiento para la edad que tiene el bebé son: La BCG y la Antipolio con 93.2% cada una, luego está la Pentavalente con 81.4% y finalmente la Antirrotavirus con 78.4% (Tabla 5). A pesar de que el porcentaje de vacunación muestra que esta práctica de salud es bastante aceptable, en el caso de la Pentavalente y

especialmente en la Antirrotavirus, se aprecia menor nivel de vacunación, por debajo de la norma nacional.

Tabla 5. Cumplimiento del esquema de vacunación.

Vacuna:	Si		No	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
BCG	55	93.2	4	6.8
Antipolio	55	93.2	4	6.8
Antirrotavirus	46	78.0	13	22.0
Pentavalente	48	81.4	11	18.6

En líneas generales, el porcentaje de cumplimiento del esquema de inmunizaciones fue de 76.3%, principalmente a expensas de la vacuna Antirrotavirus. Las razones expresadas por las madres por las cuales su bebé no tiene el esquema de vacunación completo acorde a la edad, son: En primer lugar, la inexistencia de la vacuna en el servicio de inmunizaciones (6.8%) al momento de llevarlo (a) para tal fin, fiebre en el niño (5.7%), y no recordaba la fecha en la cual le tocaba la vacuna al (a) niño(a). En casos extremos, gripe y recomendación del pediatra, entre otras (Tabla 6).

Tabla 6. Causas del incumplimiento del esquema de inmunizaciones.

Respuestas	Frecuencia	%
Esquema completo según la edad	45	76.3
No había la vacuna	4	6.8
Fiebre en el niño(a)	3	5.7
No recordaba la fecha de la vacuna	2	3.4
Gripe en el niño	1	1.7
Recomendación del pediatra	1	1.7
Estaba cerrado el servicio de inmunizaciones	1	1.7
Mas de una causa	1	2.7

En el tabla 7 se presentan los resultados del estadístico Chi Cuadrado (χ^2) de Pearson y su respectivo nivel de significancia (p), cuando en alguna de las celdas de la tabla de 2x2 se obtuvo una frecuencia menor a 5, se aplicó el Test Exacto de Fisher. Las prácticas básicas seleccionadas fueron la lactancia materna y el cumplimiento del esquema de inmunización.

Para comprobar la primera hipótesis, las necesidades educativas para la lactancia materna, se definieron operacionalmente como la identificación de por lo menos un beneficio para el (la) bebé o no identificar alguno, realizar la misma identificación para la madre y manifestar el deseo de obtener mayor información sobre temas de la lactancia. Por su parte, las necesidades educativas sobre las inmunizaciones definidas fueron: Identificar por lo menos una

enfermedad que se puede prevenir con las vacunas y expresar el deseo de obtener mayor información sobre temas de las inmunizaciones. Con base a que los resultados obtenidos determinan que no existen diferencias estadísticamente significativas en las dos

prácticas de la lactancia materna se contrastó con las siguientes condiciones sociales de las madres: Edad, número de hijos, nivel educativo e ingreso económico. En todos los casos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

La práctica de las inmunizaciones fue fraccionada en dos categorías: Esquema de inmunizaciones completo e incompleto, se establecieron los valores para edad, número de hijos, nivel educativo de la madre e ingreso económico, con las mismas divisiones realizadas para la lactancia materna. En ninguna de las pruebas realizadas se establecen diferencias estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN.

Se presumía que las madres que estuvieran amamantando de manera exclusiva o mixta, conocieran algún beneficio de la lactancia materna y de las inmunizaciones, expresaran el deseo por obtener mayor información sobre ambos temas e identificar algunas enfermedades que previenen las vacunas, demostrarían un comportamiento distinto desde el punto de vista estadístico.

El resultado de la comprobación de hipótesis es similar a los resultados hallados por Kaneko, et al. (2006), en cuanto a madres de 35 años y más, el número de hijos y la estructura familiar, los autores no encontraron diferencias en el comportamiento de las madres al estudiarlo mediante las variables mencionadas. Este resultado plantea la necesidad de realizar estudios valiéndose del enfoque cualitativo como el llevado a cabo por Kelly y Watt (2005).

Los hallazgos de los patrones de conducta sobre la lactancia materna de este estudio, son similares con los reportados por Haiek et al. (2007), Kaneko et al. (2006), y Kelly y Watt (2005). Sin embargo, difieren con las prácticas de lactancia reportadas por Haiek, et al. (2007), pues en su estudio, la incorporación de leche no humana y de alimentos sólidos fueron fundamentalmente, las responsables del cambio de lactancia exclusiva a mixta o complementaria. Los resultados también discrepan de los encontrados por Maestre et al. (2003) en el oriente de Venezuela en el que determinaron que 80% tenían conocimiento escaso acerca de los beneficios de la lactancia materna para el niño.

Tabla 7. Análisis de Chi Cuadrado. Prueba de hipótesis.

Categoría 1	Categoría 2	χ^2	P
HIPÓTESIS 1			
Beneficio para el bebé = Identificación de 1 vs. Otros	Lactancia	= 0.007	0.714**
Beneficio para la madre = Identificación de 1 vs. otros	Exclusiva	0.045	0.832*
Deseo de la madre por obtener más información sobre lactancia materna = Si vs. No	vs. Otros	0.171	0.256**
Información sobre las enfermedades que previenen las vacunas = Por lo menos identifica 1 vs. No identifica	Inmunizaciones según Edad =	0.747	0.388*
Deseo de la madre por obtener más información sobre inmunizaciones = Si vs. No	Completas vs. Incompletas	4.900	0.058**
HIPÓTESIS 2			
Edad = < 20 años vs. 20 a 34		0.002	0.964*
Edad = > 34 años vs. 20 a 34		0.531	0.646**
Numero de Hijos = 1 vs. Más de 1		0.000	0.985*
Nivel Educativo = < de Séptimo vs. De Séptimo y más	Lactancia	= 0.498	0.730**
Tipo de Familia = Nuclear vs. Otros tipos	Exclusiva vs. Otros	0.064	0.800*
Ingreso Económico = Menos de un sueldo mínimo vs. Un sueldo mínimo y más		0.153	0.695*
Edad = <20 años vs. 20 a 34		0.137	0.712*
Edad = > 34 años vs. 20 a 34		0.356	0.055*
Número de Hijos = 1 vs. Más de 1	Inmunizaciones según Edad =	0.378	0.539*
Nivel Educativo = < de séptimo vs. De séptimo y más	Completas vs. Incompletas	0.376	0.730**
Tipo de Familia = Nuclear vs. Otros tipos		0.002	0.960*
Ingreso Económico = Menos de un sueldo mínimo vs. Un sueldo mínimo y más		0.099	0.753*

* Chi Cuadrado de Pearson ** Chi Cuadrado de Fisher: por lo menos una casilla con frecuencia menor a 5. Nota: todos los cálculos fueron realizados en tablas de 2 x 2.

Los datos obtenidos acerca de la identificación de necesidades educativas, revelan el interés demostrado por las madres en conocer algunos pocos aspectos de los temas tratados en esta investigación, cuando en realidad existen un sin fin de conceptos, técnicas, contenidos culturales y elementos volitivos sobre los cuales se puede aprender. Por otra parte, evidencian la necesidad de redimensionar las estrategias de comunicación en salud, en virtud que las madres no tienen características demográficas estandarizadas, son un grupo heterogéneo, desde el punto de vista personal, familiar, social y cultural.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2004) destaca que la lactancia materna tiene las siguientes ventajas: Disminuye el riesgo de enfermedad de los niños y las niñas; se ahorra dinero al no comprar otras leches, biberones, chupos y combustible, integra la familia porque promueve el amor y disminuye los gastos en salud. Adicionalmente, López (1994) destaca las siguientes: La involución uterina más rápida, la mayor comodidad, la menor frecuencia de depresión posparto y del cáncer de mama.

Delgado y Orellana (2004) agregan que el hecho que la madre conozca los beneficios de la leche humana

para ella, el niño, la familia y la sociedad no son garantía de una implementación adecuada y permanencia de su uso, porque su práctica se ve afectada y determinada por muchas variables socioculturales, tales como: La educación prenatal insuficiente, la interrupción inapropiada de la lactancia, disrupción entre las políticas y las prácticas en lactancia y la distribución incontrolada de sucedáneos de la leche materna. Por otro lado, como lo suscriben Denno et al. (2002) y Palda et al. (2004) sólo los programas educativos destinados a afrontar las carencias educativas de salud personales y a promover la lactancia materna durante el embarazo y el posparto, han mostrado evidencias de efectividad. El Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos (2002) asume que un sistema de divulgación sanitaria efectivo, puede incrementar el conocimiento en temas de la calidad de vida, influenciar sobre las creencias y percepciones erróneas, incrementar la demanda de servicios por la población y fortalecer la organización comunitaria. Los programas de educación en salud, como lo indica Jenkins (2005) son una herramienta que puede contribuir con la valorización de la vida, y que su efectividad depende de que los profesionales de salud que interactúan con la población, comprendan y asuman que la conducta humana está

orientada por saberes, creencias, sentimientos y preferencias, al mismo tiempo, deben considerar que las prácticas saludables que se intenten enseñar, tienen que ser seguras y culturalmente aceptables. Entre otras consideraciones para la implementación de cambios de hábitos de salud, vale la pena recordar que todas las transformaciones son valoradas por los beneficios según las recompensas que produce, así como por los costos económicos, de tiempo, de esfuerzo y de conveniencias personales y familiares.

CONCLUSIONES.

Las prácticas de salud sobre la lactancia recomendadas por organismos internacionales versados en esa materia, son llevadas a cabo por una proporción muy reducida de las madres y van disminuyendo gradualmente hasta hacerse casi inexistente en el tercer mes de vida del infante. De igual manera las madres no identifican las ventajas que tiene la lactancia para ella, para el (la) niño(a), en el mejor de los casos mencionan la protección contra infecciones y la mejor condición nutricional del (de la) niño(a). Los motivos más frecuentes que las madres exponían para abandonarla (que el niño no se llenaba con la mamada y la baja producción de leche) están muy relacionados con el conocimiento que tienen sobre cómo llevar a cabo una lactancia materna exitosa.

El seguimiento del esquema de inmunizaciones es una práctica que cumple la mayoría de las madres, las razones que más interrumpieron su cumplimiento fueron: La inexistencia de la vacuna en el servicio de inmunizaciones, fiebre en el (la) niño(a) y que ella no recordaba la fecha que le tocaba la vacuna.

REFERENCIAS.

Ambulatorio Juan Alberto Rojas. 2007. Análisis de los programas. Primer trimestre 2007. (Base de datos Microsoft Excel en DC).

Benach J, Muntaner C. 2005. Aprender a mirar la salud. ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud? Instituto de Altos Estudios en Salud Pública: Maracay, Venezuela.

Comisión Económica Para América Latina. 1995. Panorama Social de América Latina. Disponible: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/27480/PSE2006_Índice_General.pdf. CEPAL: Santiago de Chile. [Consulta: 2007, Septiembre 10]

Delgado M, Orellana J. 2004. Conocimientos maternos sobre conductas óptimas de lactancia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 55, 9 - 17.

Dennos C, Donet E, Gallop R et al. 2002. The effect of peer support on breast-feeding duration among

primiparous women: A randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 166, 21-28.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 2004. Ventajas de la Lactancia Materna. Disponible: <http://www.unicef.org.co/Lactancia/ventajas.htm> [Consulta: 2007, Diciembre 07].

Fuster E, Ochoa G. 2000. *Psicología Social de la familia*. Paidós: Barcelona, España.

González M, Martínez C. 2004. La construcción social de la madre y el padre en tiempos de crisis. *Frónesis* 11. Disponible: www.serbi.luz.edu.ve/pdf/frone/v11n1/art_05.pdf. [Consulta: 2007, Julio 19].

Haiek L, Gauthier D, Brosseau D et al. 2007. Understanding breastfeeding behavior: Rates and shifts in patterns in Québec. *Journal of Human Lacta*, 23, 24-31.

Hernández R, Fernández C, Baptista P. 2006. *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill Interamericana: DF, México.

Instituto Nacional de Salud (EUA). 2002. Making health communication programs work. NIH Publication: Bethesda Maryland. EUA.

Jenkins C. 2005. Mejoremos la salud a todas las edades. Un manual para el cambio de comportamiento. Organización Panamericana de la Salud: Washington.

Kaneko A, Kaneita Y et al. 2006. Factors associated with exclusive breast-feeding in Japan: For activities to support child-rearing with breast-feeding. *J Epidemiol*, 16, 57 - 63. Disponible: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=17572335>. [Consulta: 2007 Septiembre 18].

Kelly Y, Watt R. 2005. Breast-feeding initiation and exclusive duration at 6 months by social class--results from the Millennium Cohort Study. *Public Health Nut*, 8, 417- 421. Disponible: www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=15975188&dopt=Citation. [Consulta: 2007, Septiembre 18]

López I. 1994. *Atención Domiciliaria: Diagnósticos de Enfermería*. McGraw-Hill Interamericana: Madrid.

López M, Salles V. (Eds.) .2000. *Familia, género y pobreza*. Porrúa. DF, México:

Maestre R, Urbano E. et al. 2003. Conocimientos, creencias y actitudes de las madres de la comunidad de cambalache sobre la lactancia materna Puerto Ordaz, estado Bolívar. *Archivo Venezolano de Puericultura y Pediatría*, 66, 45 – 58. Disponible: <http://www.dynabizvenezuela.com/images/dynabiz/ID3749/siteinfo/junio%20corregido.pdf#page=55>

Ministerio de la Salud. 2006. Proyecto Madre. (Presentación de Power Point en DC). Corporación de Salud del estado Mérida. Venezuela.

Ministerio de Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Organización Panamericana de la Salud. 2003. Manual de Procedimientos para la Promoción y el Desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva. Hecho Gráfico: Caracas.

Organización Mundial de la Salud. 2003. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, Alma Ata: 25 años. Disponible: http://www.who.int/entity/chronic_conditions/primar_y_health_care/resolution_wha566_spanish.pdf. [Consulta: 2006, octubre 10].

Palda V, Guise J, Wathen L. 2004. Interventions to promote breast-feeding: Applying the evidence in

clinical practice. Canadian Medical Association Journal, 170, 976 - 978.

Renaud L, Rico, C. 2007. Comunicación y salud: Paradigmas convergentes. Observatorio Journal, 2, 215 - 226

Unidad de Estadística, Departamento de Epidemiología Regional del estado Mérida. Indicadores de Salud del estado Mérida. 2007. (Base de datos en DC). Corporación de Salud del estado Mérida. Venezuela.

Recibido: 15 mayo 2008. Aceptado: 29 junio 2009.

Avendaño 2010. *Actitud estudiantes de educación ante el SIDA. MedULA 19: 12-17.*

ACTITUD DE LOS ESTUDIANTES DE LICENCIATURA EN EDUCACIÓN HACIA EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. MÉRIDA VENEZUELA. 2007.

Eleyda Avendaño, María Crsitina D'Avila

Postgrado de Medicina de Familia. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela.

Resumen

Se determinó la actitud de los estudiantes del último año de Licenciatura en Educación de la Universidad de Los Andes hacia el Virus de Inmunodeficiencia Humana /Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA). Es un estudio descriptivo, de campo y comparativo. Participaron 268 estudiantes de la Universidad de Los Andes, en las sedes de Mérida, Táchira y Trujillo. Se aplicó un instrumento validado por la OREALC/UNESCO. La actitud conductual y cognitiva de los estudiantes reportó diferencia estadísticamente significativa entre las sedes de Mérida y Trujillo, la afectiva entre las sedes de Mérida y Táchira. El 78,7% de los estudiantes manifestaron no tener suficiente información para trabajar en la prevención del VIH/SIDA. En la sede de Mérida recibieron más información sobre el VIH/SIDA en su institución, seguida por la sede Táchira y la de Trujillo. El 98,0% de los estudiantes universitarios encuestados consideraron necesario trabajar el tema de prevención del VIH/SIDA, mostrando una actitud con tendencia medianamente positiva en su componente conductual en las tres sedes, con predominio en la sede de Mérida.

Palabras clave: Actitud, prevención, estudiantes universitarios, VIH, SIDA.

Abstract

Attitude of the students majoring in education towards the acquired immune deficiency syndrome. University of Los Andes. Mérida. Venezuela. 2007.

The attitude of the students majoring in Education towards the Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome (HIV/AIDS) at University Los Andes was determined. This was a descriptive comparative field study in which 268 students of the University of Los Andes participated, at the campuses of Mérida, Táchira and Trujillo. The instrument used was validated by OREALC/UNESCO. The behavioral and cognitive conduct of the students reported a statistically significant difference between the campuses of Mérida and Trujillo. 78.7% of the students stated that they did not have enough information to work on HIV/AIDS prevention. At the campus of Mérida, they received more information about HIV/AIDS; in the second place it is the campus of Táchira, and in the third the one in Trujillo. 98.0% of the college students considered it very necessary to work on HIV/AIDS prevention, showing an attitude ordinarily positive in their behavioral component at the three campuses, predominantly at the campus of Mérida.

Key words: Attitude, prevention, college students, HIV, AIDS.

INTRODUCCIÓN.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es

una de las infecciones que más impacto ha tenido a nivel mundial con consecuencias muy graves para