



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS 'AL CESE
DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA EN LACTANTES
POLICLÍNICA GENEROSO GUARDIA, SANTA LIBRADA,
JUNIO-SEPTIEMBRE DE 1996.**

POR
LIZBETH MARTÍNEZ DE BENÍTEZ

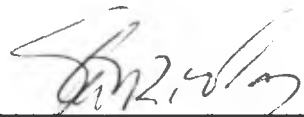
**TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA OPTAR
AL TÍTULO DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN
EPIDEMIOLOGÍA**

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ
DICIEMBRE, 1996

APROBACIÓN

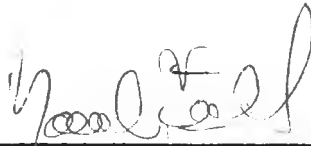
APROBADO POR:

DIRECTOR DE TESIS:



(NOMBRE Y TITULO)

MIEMBRO DEL JURADO:



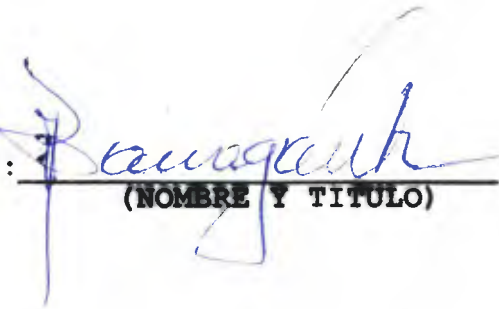
(NOMBRE Y TITULO)

MIEMBRO DEL JURADO:



(NOMBRE Y TITULO)

REPRESENTANTE VICERRECTORIA
DE INVESTIGACIÓN Y POST-GRADO:



(NOMBRE Y TITULO)

FECHA:

11/12/96

TABLA DE CONTENIDO

APROBACIÓN	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
TABLA DE CONTENIDO	v
INDICE DE ILUSTRACIONES	viii
INDICE DE CUADROS	ix
RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
CAPITULO I	6
EL PROBLEMA, TEMA DE ESTUDIO	6
1. Identificación y Definición del Problema	7
2. Formulación del Problema	9
3. Justificación	10
4. Objetivos	12
(a) General	12
(b) Específicos	12
5. Propósitos	13
CAPITULO II	14
MARCO TEORICO	14
1. Generalidades	15
(a) Conceptos Anatómicos y Fisiológicos de las glándulas mamarias	15
(b) Clasificación de la lactancia materna	22
2. Beneficios de la Lactancia Materna	26
(a) Ventajas Nutricionales e Inmunológicas	27
(b) Otros Beneficios de la Lactancia Materna	29
3. Tendencias Internacionales de la Lactancia Materna	35

CONCLUSIONES	106
RECOMENDACIONES	110
ANEXOS	113
BIBLIOGRAFIA	118

INDICE DE ILUSTRACIONES

1.	ESTRUCTURA DE LA GLÁNDULA MAMARIA	17
2.	DIFERENTES ETAPAS DEL DESARROLLO Y ACTIVIDAD FUNCIONAL DE LA GLÁNDULA MAMARIA	18
3.	REFLEJO DE PRODUCCIÓN DE LA LECHE MATERNA	20
4.	REFLEJO DE EYECCIÓN DE LA LECHE MATERNA	21
5.	ESQUEMA DE DEFINICIONES DE LACTANCIA	23
6.	DIFERENCIAS ENTRE LA SUCCIÓN DEL PECHO Y DEL BIBERÓN	31
7.	USO DE LA LACTANCIA Y LA AMENORREA COMO MÉTODO PARA ESPACIAR LOS NACIMIENTOS DURANTE LOS SEIS PRIMEROS MESES POSTPARTO.	34
8.	POSICIONES PARA AMAMANTAR	42
9.	MANIOBRAS DE EXTRACCIÓN MANUAL DE LA LECHE MATERNA .	43
10.	DIFERENTES TIPOS DE PEZONES	45
11.	EJERCICIOS PARA EL PEZÓN RETRÁCTIL	46
12.	DIFERENTES FORMAS Y UBICACIONES DE LAS GRIETAS DEL PEZÓN	48

ÍNDICE DE CUADROS

1.	CRITERIOS PARA LA INCLUSIÓN EN CATEGORÍAS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL	25
2.	PROPORCIÓN DE EXPUESTOS Y NO EXPUESTOS A LOS FACTORES DE RIESGO PARA EL CESE DE LA LACTANCIA MATERNA COMPLETA. POLICLINICA GENEROSO GUARDIA. JUNIO-SEPTIEMBRE 1996.	96
3.	PROPORCIÓN DE EXPUESTOS Y NO EXPUESTOS A LOS FACTORES DE RIESGO PARA EL CESE DE LA LACTANCIA MATERNA COMPLETA. POLICLINICA GENEROSO GUARDIA. JUNIO-SEPTIEMBRE 1996.	97
4.	DESIGUALDAD RELATIVA (OR), LIMITES DE CONFIANZA Y PRUEBA DE SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA PARA LOS FACTORES DE RIESGO AL CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA. POLICLINICA GENEROSO GUARDIA. JUNIO-SEPTIEMBRE DE 1996	98
5.	DESIGUALDAD RELATIVA (OR), LIMITES DE CONFIANZA Y PRUEBA DE SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA, PARA LOS FACTORES DE RIESGO AL CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA. POLICLINICA GENEROSO GUARDIA. JUNIO-SEPTIEMBRE DE 1996.	99
6.	FACTORES DE RIESGO CON ASOCIACIÓN CAUSAL SIGNIFICATIVA PARA EL CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA, CON LAS FRACCIONES DE RIESGO ATRIBUIBLE RESPECTIVAS. POLICLINICA GENEROSO GUARDIA. JUNIO-SEPTIEMBRE DE 1996.	100
7.	DESIGUALDAD RELATIVA (OR), DEL CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA CON RESPECTO A LA EDAD MATERNA ESTRATIFICADA POR LA ESCOLARIDAD DE LA MADRE. POLICLINICA GENEROSO GUARDIA. JUNIO-SEPTIEMBRE DE 1996.	101
8.	DESIGUALDAD RELATIVA (OR), DEL CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA CON RESPECTO A LA ESCOLARIDAD MATERNA ESTRATIFICADA POR LA EDAD MATERNA POLICLINICA GENEROSO GUARDIA. JUNIO-SEPTIEMBRE DE 1996.	102

9. DESIGUALDAD RELATIVA (OR), DEL CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA CON RESPECTO A LA ESCOLARIDAD MATERNA ESTRATIFICADA POR EL INGRESO ECONÓMICO. POLICLINICA GENEROSO GUARDIA. JUNIO-SEPTIEMBRE DE 1996. . . . 103
10. DESIGUALDAD RELATIVA (OR), DEL CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA CON RESPECTO A LA PARIDAD MATERNA ESTRATIFICADA POR LA ESCOLARIDAD MATERNA. POLICLINICA GENEROSO GUARDIA. JUNIO-SEPTIEMBRE DE 1996 104
11. DESIGUALDAD RELATIVA (OR), DEL CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA CON RESPECTO A LA PARIDAD MATERNA ESTRATIFICADA POR EL INGRESO ECONÓMICO. POLICLINICA GENEROSO GUARDIA. JUNIO-SEPTIEMBRE DE 1996. . . . 105

RESUMEN

La lactancia materna completa incluye la lactancia casi exclusiva y exclusiva, siendo esta última, la mejor forma de alimentar a los lactantes desde que nacen hasta los cuatro a seis meses. En este estudio de casos y controles realizado en una institución de salud del Distrito de San Miguelito, Ciudad de Panamá, se investigó la lactancia materna completa en menores de cuatro meses, en relación a algunos factores señalados de riesgo, para el cese prematuro de la misma. De los factores de riesgo estudiados, encontramos con asociación causal altamente significativa para este problema los siguientes: el cese de lactancia materna exclusiva a los dos meses y menos (OR=13.99;LC=5.76-34.76;p=0.000); el trabajo materno fuera del hogar (OR=4.54;LC=2.01-10.3;p=0.000); las recomendaciones del personal de salud para el uso de fórmulas (OR=6.70;LC=2.35-20.06;p=0.000); las recomendaciones familiares y de amistades cercanas para el uso de fórmulas (OR=4.90;LC=2.27-10.70;p=0.000); la falta del alojamiento conjunto (OR=2.74;LC=1.09-6.99;p=0.000); y la falta de conocimiento adecuado materno (OR=5.11;LC=2.04-13.12;p=0.000). De este estudio se deriva, que la lactancia materna exclusiva, es un garante, del mantenimiento de la lactancia materna completa al menos en los primeros cuatro meses de vida del lactante.

SUMMARY

Complete breastfeeding includes quasi-exclusive and exclusive breastfeeding, the later, being the best way of feeding infants from newborn up to six months of age. In this cases and controls study, performed in a health institution in San Miguelito District, of Panamá City, the relation between complete breastfeeding and some factors pointed out as risk for the premature cessation of same, was investigated. Among the risk factors studied, the following were found with a highly significant causal association for the premature cessation of complete breastfeeding: the cessation of exclusive breastfeeding in infants of two months and less (OR=13.99;LC=5.76-34.76;p=0.000); the maternal work outside of home (OR=4.54;LC=2.01-10.3;p=0.000); the recommendations by health personnel for the use of formulas (OR=6.70;LC=2.35-20.06;p=0.000); the recommendations by family and close friends for the use of formulas (OR=4.90;LC=2.27-10.70;p=0.000); lack of mother-child postpartum rooming in procedures (OR=2.74;LC=1.09-6.99;p=0.000); and lack of adequate maternal breastfeeding knowledge (OR=5.11;LC=2.04-13.12;p=0.000). This study shows that the exclusive breastfeeding is a guarantor of the sustainability of the complete breastfeeding for at least, the first four months of age of the infants.

INTRODUCCION

La leche materna tiene enormes ventajas nutricionales frente a las diversas "preparaciones para lactantes" que cada día tratan de asemejar todos sus nutrientes, sin poderlo lograr.

Es más, el proceso investigativo de la leche humana continúa siendo exhaustivo por diversos intereses, permitiendo descubrir nuevos constituyentes y propiedades de adaptación a las necesidades cambiantes del niño que ninguna fórmula puede duplicar.

Si añadimos las ventajas inmunológicas y psicosociales que tiene la leche materna en el desarrollo del lactante, nos encontramos ante una leche única que continúa siendo la mejor y más completa forma de alimentación que debe mantenerse de manera exclusiva, en los primeros cuatro a seis meses de vida.

En forma paradójica, aunque el personal de salud conozca los aspectos positivos de la leche materna y del amamantamiento, su actitud ha sido hasta el momento muy contradictoria y sus acciones han traído como consecuencias el deterioro y casi la nulificación de esta práctica de alimentación.

Por otra parte, esta alimentación no es fácil para muchas mujeres; la llegada de grandes **campañas publicitarias** sobre

las preparaciones comerciales, contribuyen a que la alimentación materna pierda parte de su interés. Estas preparaciones comerciales, son colocadas en un plano muy cómodo y facilitador, "listas para tomar" sin necesidad de preparación, pudiendo ser administradas por cualquier miembro de la familia o el ama de cría, provocando de esta forma en la madre que amamanta, un sentimiento de duda en su actitud.

De igual manera, **la falta de apoyo** de los familiares cercanos y trabajadores de salud, al igual que sus **recomendaciones para el uso de fórmulas, las presiones de la vida urbana, el retorno al trabajo** fuera del hogar, la **falta de información, falta de experiencia y motivación** para el amamantamiento, son algunos factores que pueden ocasionar dificultades para mantener una lactancia materna adecuada.

De acuerdo a la última Encuesta de Hogares de Indicadores Múltiples, realizada en Panamá por MINSA-UNICEF, en Marzo de 1996, los porcentajes de lactancia materna exclusiva a nivel nacional fueron de **32% hasta los cuatro meses; y 25% hasta los seis meses**. Estos porcentajes, hablan de manera indirecta de la existencia de más del 65%, de madres que con justificación o no, enfrentan situaciones que les permiten suspender prematuramente la lactancia materna exclusiva.

Esta disminución de los porcentajes de amamantamiento exclusivo con leche humana en los niños menores de cuatro y seis meses de edad, debe constituirse en motivo de

preocupación para nuestro país el cual no está exento de la morbi-mortalidad infantil por enfermedades infecciosas entre otras, en donde la leche materna tiene un gran papel preventivo.

La asociación causal **directa** de los factores de riesgo, para el cese prematuro de la lactancia materna, **no ha sido muy documentada**. La literatura en general, ha enumerado situaciones que pueden contribuir positiva o negativamente en la utilización de la lactancia materna.

En nuestro país, no existen estudios analíticos a este respecto, por lo cual todo intento para ayudar a la definición de los factores de riesgo para este problema, queda justificado como un pequeño aporte para el conocimiento de los mismos y la orientación de los programas educacionales y promocionales hacia una lactancia materna exitosa.

Para este trabajo, consideramos algunos factores como la edad de cese o suspensión de la lactancia materna exclusiva, edad de la madre, estado civil, grados de escolaridad, ingreso económico, la ocupación fuera del hogar y paridad materna, también consideramos el tiempo de iniciación para la lactancia materna, algunas influencias externas y los conocimientos u orientaciones adecuadas que tenga y reciba la madre sobre lactancia materna.

Nuestro estudio, consta de **cuatro** capítulos desglosados de la siguiente manera: **el primero**, contiene la definición del

problema propiamente, los objetivos, justificación y propósitos del tema investigado; **el segundo**, resume los aspectos relevantes que la literatura explica sobre el tema, las variables del estudio y la hipótesis a probar; **el tercero**, contiene todo lo relacionado con el diseño metodológico del estudio y finalmente **el cuarto** capítulo se dedica a la exposición de los resultados del trabajo, análisis e interpretación de los mismos, para señalar posteriormente las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

Esperamos que nuestro esfuerzo en este trabajo, pueda servir de base para otros estudios futuros que complementen nuestros hallazgos y superen todas nuestras limitaciones para la realización del mismo.

CAPITULO I

EL PROBLEMA, TEMA DE ESTUDIO

1. Identificación y Definición del Problema

La suspensión o cese de la lactancia materna completa de manera prematura, es motivo de preocupación para quienes velamos por la salud de la población, en este caso específico, de la población infantil.

Se considera suspensión prematura en lactancia materna completa, aquella que ocurre antes de los 4-6 meses; tiempo abogado por quienes dictan las recomendaciones internacionales sobre alimentación infantil.

Dichas recomendaciones están bien documentadas y sustentadas en muchos estudios que revelan los beneficios que este tipo de alimentación, le proporciona al niño y a su madre.

Contribuye a nuestra preocupación, el hecho de que esta suspensión prematura, esté ocurriendo en población de estratos socioeconómicos bajos, con alta vulnerabilidad para la influencia negativa de las "falsas concepciones" sobre lactancia y que tienen a su vez, mayor riesgo para la morbimortalidad infantil, que las poblaciones de estratos socioeconómicos más altos.

Por otra parte, aunque se han iniciado proyectos dirigidos hacia la promoción de la lactancia materna, el problema continúa y pareciera que la promoción de la

lactancia, sufre una faceta de "estancamiento" con respecto a todos los logros proyectados.

Para muchos, la promoción de la lactancia materna pareciera convertirse en una imposición, más que una orientación positiva que busca un cambio de actitud para la conducta negativa de nuestros tiempos, contra de la salud de nuestros niños.

Si bien es cierto, se han logrado cambios importantes en el país, desde el punto de vista legal y dentro de los patrones normativos de nuestros hospitales institucionales con el Proyecto "Hospitales Amigos de los niños" de UNICEF-MINSA entre otros, quedan muchas interrogantes acerca de la sostenibilidad de dichos avances.

Uno de los aspectos que puede contribuir en la viabilidad de todos los Proyectos promocionales al respecto en nuestro medio, es el conocimiento de los factores que de alguna forma inciden de forma positiva o negativa en la lactancia materna.

La literatura enumera diversos factores asociados a lactancia materna; ya sea para continuarla o para suspenderla. Con respecto a esto último, en 1991, en México¹ se pone de manifiesto la relevancia de la **maternidad adolescente**, con menos de 20 años (OR=3.75) y la **madre no casada** (OR=2.88) como factores de riesgo significativos para el destete materno precoz.

¹ Vega y González (1993).

Existe una carencia de **estudios analíticos** que permitan una definición más precisa de los aspectos causales sobre este tema.

A nivel internacional hay pocos estudios, pero a nivel nacional, no se documenta ninguno sobre esta línea para permitirnos conocer la relación de los factores señalados en la literatura y la suspensión o continuidad de la lactancia.

En base a todo lo expuesto y con los recursos disponibles, decidimos conocer la posible relación de algunos factores que la literatura señala con riesgo, para el cese prematuro de la lactancia materna completa. Ubicamos el estudio en la Policlínica Generoso Guardia, Santa Librada, Distrito de San Miguelito, por atender población de estratos socioeconómicos bajos y medios y ser de fácil acceso para el investigador, en cuanto a la recolección de los datos.

Sabemos de la complejidad del problema, sin embargo, el inicio de un estudio analítico de algunos aspectos del problema dentro de su gran complejidad, nos permite un grado de avance en el conocimiento más profundo del tema.

2. Formulación del Problema

¿Cuál es la asociación existente entre algunos factores de riesgo maternos y el cese de la lactancia materna completa, en la Policlínica Generoso Guardia, Santa Librada. ?.

3. Justificación

Es irrefutable, la idoneidad de la leche materna como factor indispensable de sobrevivencia del hombre a través de la historia.

El renovado interés en este tema, tiene diversos argumentos entre los cuales consideramos los que a su vez, nos impulsan a la realización de esta investigación y son:

A. La disminución en la frecuencia y duración de la lactancia materna en diferentes poblaciones del mundo.

En España, sólo el 60% de las madres inician la alimentación al pecho y a los **2 meses**, sólo la mantienen el 20%.²

En Sao-Paulo, Brasil, menos del 50% de las mujeres amamantan siquiera un mes.³

En Senegal, Africa Occidental, solamente el 5% de los bebés menores de 5 meses toman leche materna de forma exclusiva.⁴

En América Latina y el Caribe, entre el 35%-60% de los niños reciben leche materna a los seis meses.⁵

² ACPAM, Editor.(1994).

³ Rodríguez et al. (1990).

⁴ Lowe, (1991).

⁵ Rodríguez, et al (sup. cit.)

Panamá, mantiene una lactancia exclusiva en menores de cuatro meses de 32% y en menores de seis meses en un 25%.⁶

B. Estudios realizados en las Filipinas, India, Malasia, Egipto y Chile demuestran que el riesgo de morir a causa de cualquier enfermedad, es casi **el doble** entre niños que no han sido amamantados al pecho, que entre aquellos que sí han sido amamantados.⁷

En Brasil, se demostró que el riesgo de morir por diarrea es de 25 veces mayor en niños no alimentados con leche materna que en aquellos alimentados exclusivamente con leche materna.⁸

C. La suspensión prematura de la lactancia materna, es un problema de alta vulnerabilidad, con adecuados programas de educación y promoción en lactancia materna, como ha sido demostrado en muchos países del mundo.⁹

D. Los costos económicos que representa una alimentación con leche artificial durante el primer año de vida, en muchos países representa del 15%-140% de los ingresos anuales per cápita de una familia, sin incluir los costos de atención médica por mayor morbi-mortalidad que acompañan la alimentación con biberón.¹⁰

⁶ UNICEF-MINSA (1996).

⁷ Rodríguez, et al. (op. cit.)

⁸ Rodríguez, et al. (op. cit.).

⁹ Rodríguez, et al. (op. cit.).

¹⁰ Rodríguez y Schaefer. (1991).

E. Existen, pocos estudios analíticos sobre las causas que inciden en la suspensión de la lactancia materna de forma prematura a nivel internacional, y en nuestro país, no hay estudios analíticos sobre los factores de riesgo asociados al respecto.

F. A nivel internacional y nacional, existen recursos con base legal que favorecen la práctica de la lactancia materna, permitiendo categóricamente, su fomento y la vigilancia del cumplimiento de los acuerdos establecidos.

G. Es importante, el conocimiento de los posibles factores que pueden incidir en la suspensión de la lactancia materna, para colaborar con los proyectos de promoción de la misma, los cuales ya existen en los programas.

4. Objetivos

(a) General

Conocer algunos factores de riesgo asociados al cese prematuro de la lactancia materna completa en los lactantes, durante los primeros cuatro meses de edad en la Policlínica Generoso Guardia, Santa Librada.

(b) Específicos

- Identificar los factores de riesgo en las madres que suspenden prematuramente la lactancia materna

completa.

- Establecer la posible asociación causal entre los factores de riesgo identificados y la suspensión de la lactancia materna completa en lactantes menores de cuatro meses.

5. Propósitos

- Servir de orientación para adecuadas campañas de promoción y educación en lactancia materna.
- Motivar y guiar futuros estudios sobre el tema, en diversos sectores del país.
- Contribuir con los hallazgos, en las revisiones futuras de las normas de los Programas relacionados con el tema de la lactancia.
- Iniciar el conocimiento de los factores de riesgo para el cese prematuro de lactancia materna.
- Motivar al personal de salud, sobre la importancia permanente de su participación activa, en la promoción de la lactancia materna completa.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

1. Generalidades

La lactancia materna es un método sin igual para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante durante los primeros cuatro a seis meses de vida contribuyendo así, a su crecimiento y desarrollo normal.

Los errores que pueden cometerse con la alimentación materna son mínimos si se les comparan con los que se cometen con la alimentación artificial, de tal modo que esta última, nunca podrá verse como la mejor alimentación en el contexto de un desarrollo humano pleno.

En el sentido más general, lactancia materna o lactancia natural se refiere a la forma en que un niño es alimentado con leche, directamente de las **mamas**.

(a) Conceptos Anatómicos y Fisiológicos de las glándulas mamarias

Las mamas, son estructuras anatómicas en las que se encuentran las glándulas mamarias, quienes desde la concepción del niño inician su proceso fisiológico de crecimiento y preparación para la función biológica que deben cumplir durante el amamantamiento.

Cada mama, está situada en la parte anterior del tórax y está constituida por tejido adiposo y fibroso, sirviendo de

un parénquima glandular, compuesto de alvéolos y conductos.¹¹

Cada glándula, tiene unos quince sistemas de conductos, que a partir del pezón, el cual está situado en la parte central de la cara superficial de la mama, se ramifican hacia la parte posterior y terminan en unos saquitos llamados **alvéolos** productores de leche. Existen aproximadamente unos 50,000 en cada mama. Cada alvéolo y su conducto de salida, está rodeado por células capaces de contraerse llamadas mioepiteliales, haciendo que la leche sea expulsada hacia los conductos colectores o **senos lactíferos** (Fig 1).¹²

Estos conductos colectores, se ubican debajo de una estructura anatómica denominada **aréola**, la cual es una zona de piel hiperpigmentada de 2.5 cm, situada en la base del pezón.

La forma y consistencia de las mamas, dependen principalmente del tejido adiposo variando según las características personales, genéticas, edad y paridad de la mujer (Fig 2). En la mujer adulta, las mamas contienen los elementos glandulares bien diferenciados y listos para una intensa actividad secretora, pero sólo logra su desarrollo estructural y funcional completo, en el embarazo y lactancia.¹³

¹¹ Valdés et al. (1994).

¹² OPS, (1990).

¹³ Ramos Galván (1985).

FIGURA 1

ESTRUCTURA DE LA GLÁNDULA MAMARIA

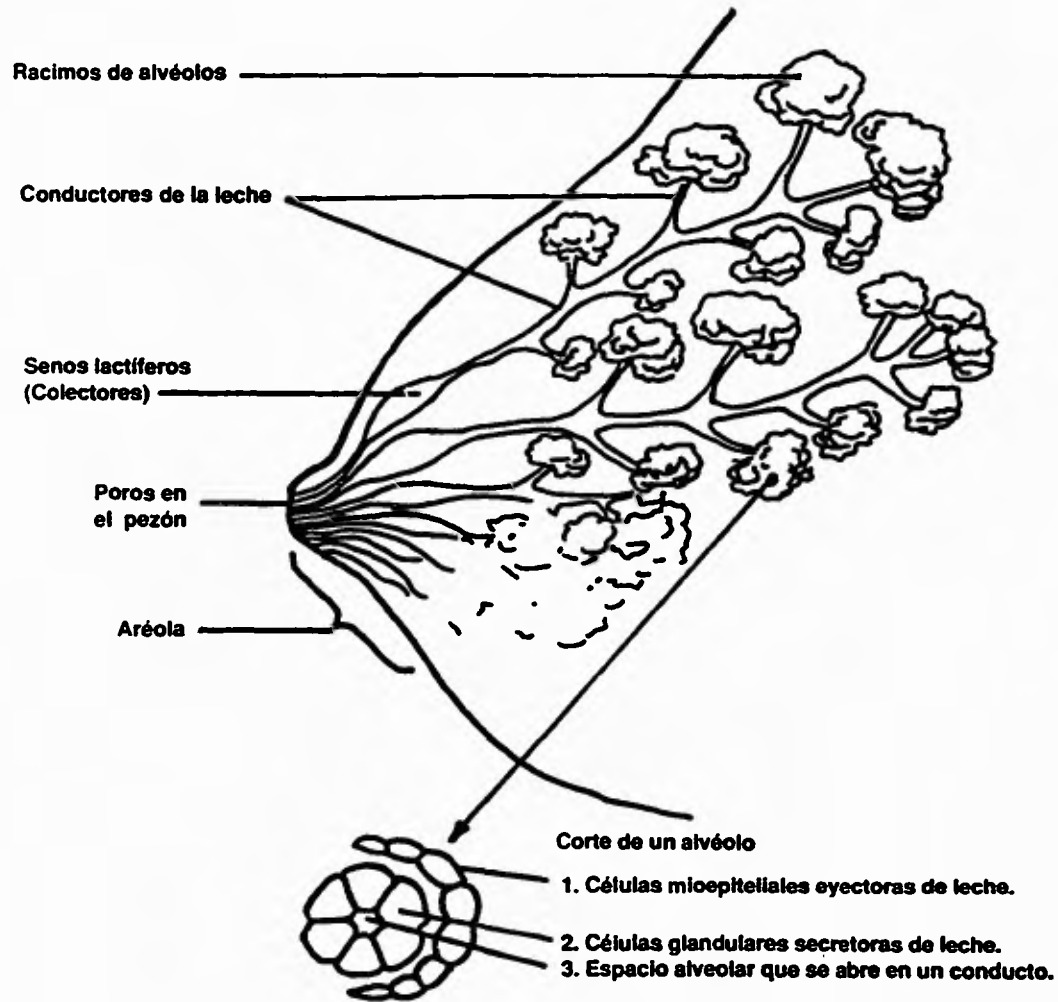


Fig.1. La Oxitocina proveniente de la hipófisis posterior provoca la contracción de las células mioepiteliales, con eyección de leche de las células glandulares secretoras hacia los conductos.

FIGURA 2

DIFERENTES ETAPAS DEL DESARROLLO Y ACTIVIDAD FUNCIONAL DE LA
GLÁNDULA MAMARIA

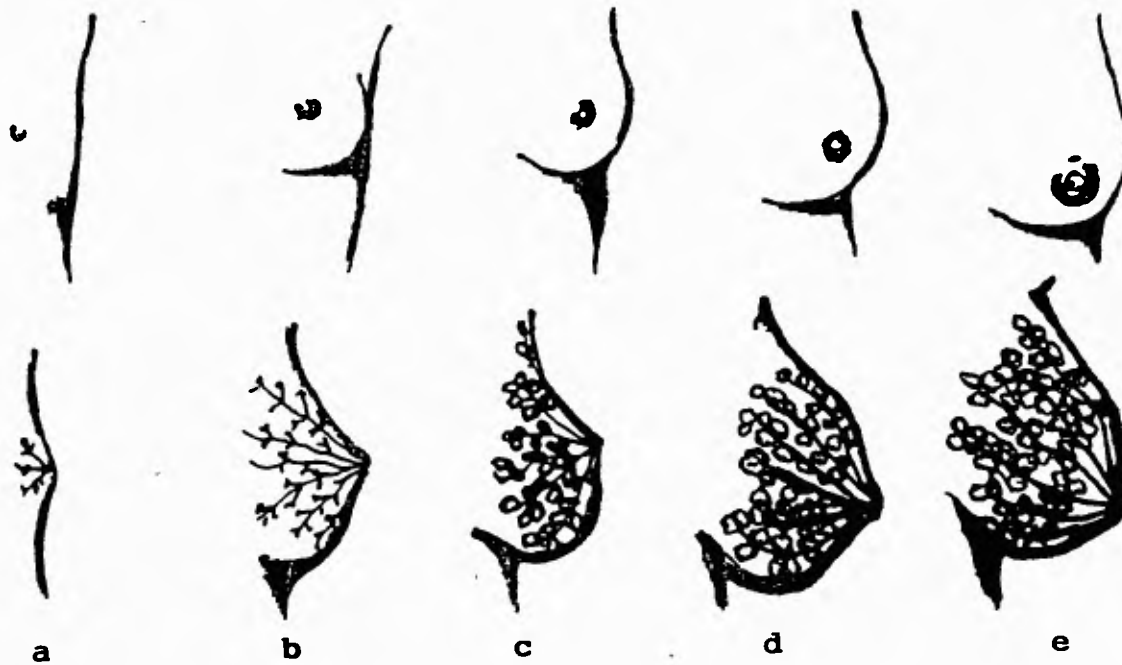


Fig.2. Representación esquemática de la mama en diferentes etapas de su desarrollo y actividad funcional. a. Prepuberal; b. Puberal; c. Adulta; d. Embarazo; e. Lactancia.

Existen cuatro fases de acuerdo al aspecto hormonal, en que se puede dividir la lactancia materna las cuales son:¹⁴

- **Mamogénesis**, la cual incluye todo el desarrollo preparatorio de las mamas.
- **Lactogénesis**, trata de la inducción de la secreción de leche después del parto.
- **Galactopoyesis**, se refiere al mantenimiento de la lactancia.
- **Expulsión** de la leche durante la succión.

Durante la gestación, la glándula mamaria acumula en el lumen de los alvéolos, una sustancia denominada **precalostro**, que en los cuatro días posteriores al parto forma parte del **calostro**, fluido amarillento y espeso de poco volumen y de gran importancia inmunológica para el niño. Cuando el bebé, toma esa primera leche, estimula con su boca la piel del pezón y la aréola, por lo cual en pocos segundos, la glándula hipófisis segrega dos hormonas: la **prolactina** y la **oxitocina**.

La prolactina estimula la producción de leche en los alvéolos (Fig 3) y la oxitocina produce la expulsión de la leche hacia los conductos y senos lactíferos por efecto de la contracción de las células mioepiteliales (Fig 4).¹⁵

¹⁴ Ramos Galván (1985), (op. cit.)

¹⁵ OPS (1990), (op. cit).

FIGURA 3

REFLEJO DE PRODUCCIÓN DE LA LECHE MATERNA

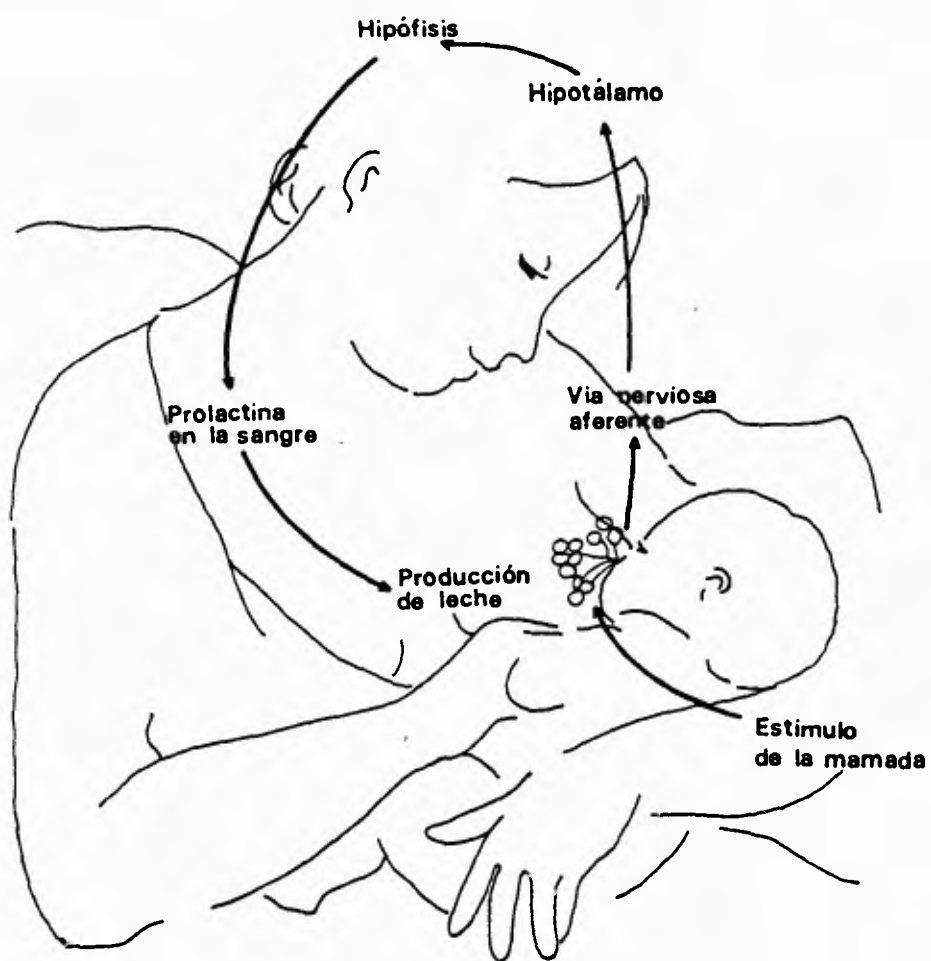


Fig.3. Esquema del reflejo de producción de la leche materna.

FIGURA 4

REFLEJO DE EYECCIÓN DE LA LECHE MATERNA

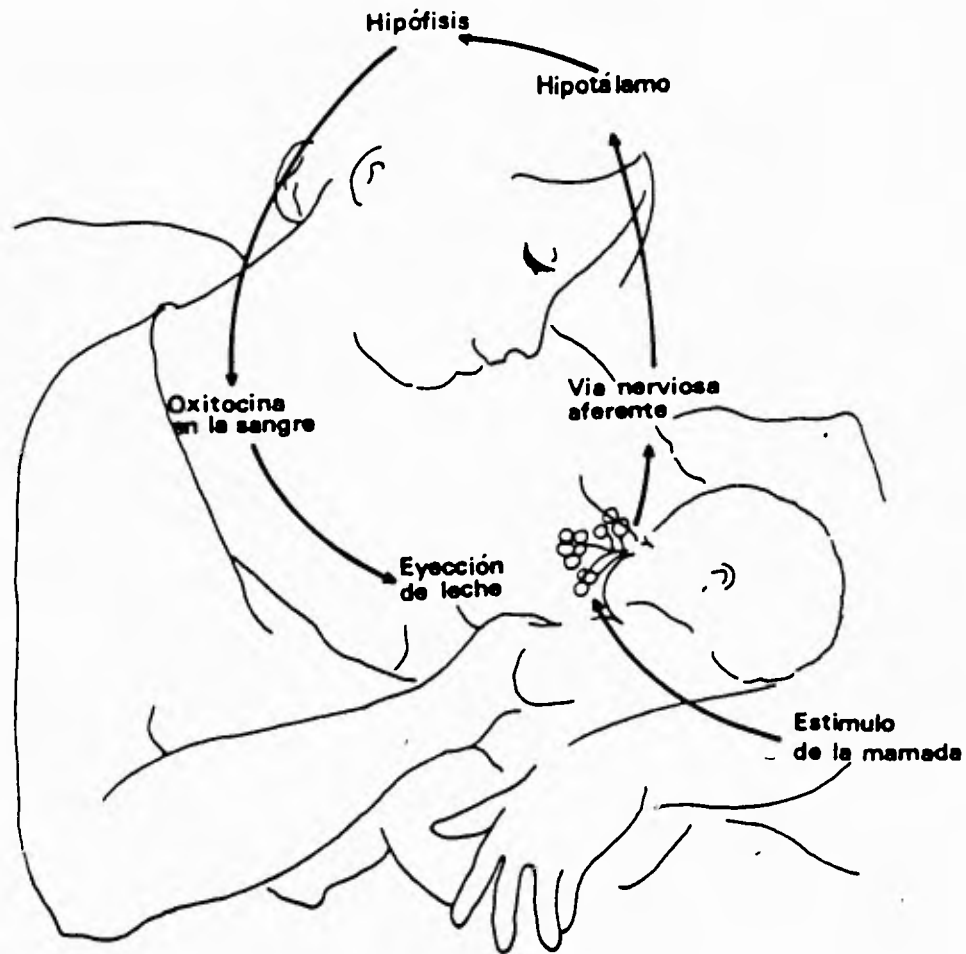


Fig.4. Esquema del reflejo de eyección de la leche materna.

(b) Clasificación de la lactancia materna

La lactancia materna puede clasificarse¹⁶, de modo específico en: (Fig 5)

(b.1) Lactancia materna completa

El término **lactancia materna completa** a su vez se subdivide en:

(b.1.1) exclusiva, cuando el bebé es alimentado exclusivamente con leche materna, sin tomar ningún alimento adicional, sólido o líquido.

(b.1.2) casi exclusiva, cuando ocurre la alimentación al pecho principalmente, pero con muy pequeñas cantidades de otros líquidos como agua, jugos, vitaminas, pero en ningún momento se permiten, otras leches diferentes de la materna.

(b.2) Lactancia materna parcial

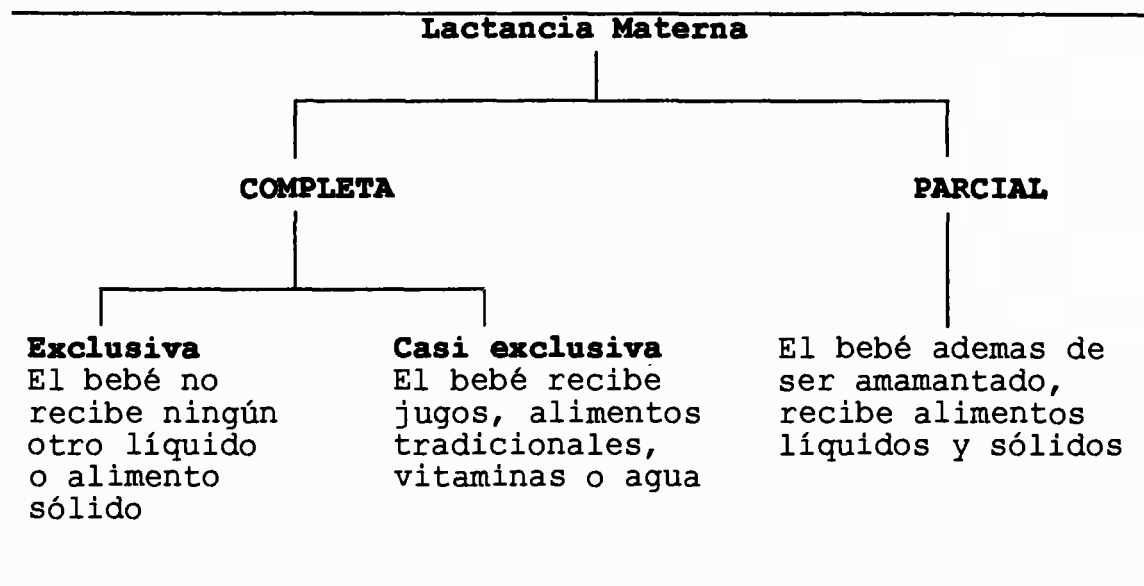
El término Lactancia materna parcial, se usa cuando el lactante, además de mamar, recibe alimentos sólidos o líquidos entre los que se puede incluir a otras leches.¹⁷

¹⁶ Rodríguez, et al.(1990), (op. cit.).

¹⁷ Rodríguez y Shaeffer, (1991), (op. cit.).

FIGURA 5

ESQUEMA DE DEFINICIONES DE LACTANCIA



Fuente: adaptado de Labbok y Krasovec. (1990). Towards consistency in breastfeeding definitions. *Studies in Family Planning*, 21(4), 226-230.

En el mes de Junio de 1991, se celebró en Ginebra, una reunión¹⁸, para llegar a un consenso sobre la definición de indicadores claves de la lactancia natural y metodologías específicas para evaluarla.

Los indicadores propuestos fueron los siguientes:

- Lactancia natural como alimentación exclusiva
- Lactancia natural como alimentación predominante
- Alimentación complementaria oportuna

¹⁸ OPS. (1991).

- Lactancia natural continua al año y los dos años de edad
- Alimentación con biberón.

El propósito principal de formular estos indicadores, fue el tener un conjunto común de medidas para evaluar las prácticas de lactancia materna y el progreso de los programas de promoción. También se definen las categorías de lactancia natural (Cuadro I), las cuales son básicamente las mismas descritas anteriormente, con las siguientes diferencias:

- Cambio en terminología de la categoría "casi exclusiva" a "predominante".
- La aceptación de gotas o jarabes en la categoría de lactancia natural, como alimentación exclusiva.
- La aceptación de ciertos líquidos acostumbrados y otros, en cantidades limitadas, en la categoría de "lactancia natural" como alimentación predominante.

CUADRO I

CRITERIOS PARA LA INCLUSIÓN EN CATEGORÍAS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL

CATEGORÍA DE ALIMENTACIÓN INFANTIL	REQUIERE QUE EL LACTANTE RECIBA	LE PERMITE AL LACTANTE RECIBIR	NO LE PERMITE AL LACTANTE RECIBIR
Lactancia natural exclusiva	Leche materna (incluida leche extraída o de nodriza)	Gotas, jarabes (vitaminas, minerales, medicinas)	Cualquier otra cosa
Lactancia natural como alimentación predominante	Leche materna (incluida leche extraída o de nodriza) como la fuente predominante de alimentación	Líquidos (agua y bebidas a base de agua), jugos de frutas, SRO, líquidos ceremoniales y gotas o jarabes.	Cualquier otra cosa (en particular leche no humana, líquidos basados en alimentos)
Alimentación complementaria oportuna	Leche materna y alimentos sólidos o semisólidos	Cualquier alimento o líquidos incluyendo leche no humana.	
Lactancia natural continua al año y dos años	Leche materna y alimentos sólidos.	Cualquier alimento o líquidos incluyendo leche no humana.	
Alimentación con biberón	Cualquier líquido o alimento semisólido de un biberón.	También permite leche materna en biberón.	

Fuente: Informe de Indicadores para Evaluar las prácticas de Lactancia materna. Ginebra, Suiza, Junio, 1991.

Si bien el biberón no es estrictamente una categoría de "lactancia natural", se considera esencial incluirlo entre los indicadores claves debido a su efecto en la lactancia materna. El objeto es medir la prevalencia de esta modalidad de la alimentación independientemente del contenido del alimento.

2. Beneficios de la Lactancia Materna

Los beneficios de la lactancia materna se han documentado por siglos, sin embargo, los avances en la investigación y la tecnología han promovido un entendimiento mayor de las propiedades únicas e invaluable de la leche materna y los beneficios multidimensionales para la madre como para el niño.

El actual interés en la lactancia materna, se apoya en los siguientes aspectos:

- La fuerte asociación entre supervivencia infantil y lactancia.
- La mejor documentación de los constituyentes nuevo nutricionales e inmunológicos de la leche materna.
- Sus propiedades anticonceptivas para la madre, definidas con más precisión.

Se calcula que anualmente, la lactancia materna podría salvar un millón de vidas infantiles en los países en desarrollo.

Un bebé alimentado exclusivamente al pecho, comparado con un bebé que no ha sido amamantado, tiene un riesgo de 14.2 veces menos, de morir a causa de enfermedades diarreicas; un riesgo de 3.6 veces menos, de morir a causa de infecciones respiratorias y un riesgo de 2.5 veces menos, de morir por otras infecciones.¹⁹

La leche materna se adapta específicamente a las necesidades fisiológicas cambiantes del bebé. Esta realidad, es un indicativo del grado de desconocimiento que aún tenemos sobre la lactancia humana, pues es casi imposible, poder monitorizar todos estos cambios que se dan entre diferentes mujeres o en una misma madre entre ambas mamas, entre todas sus lactadas y aún dentro de una misma lactada.

Sin embargo, dentro de algunas de las ventajas que están mejor documentadas en la actualidad podemos mencionar las siguientes:

(a) Ventajas Nutricionales e Inmunológicas

(a.1) Contiene más nutrientes metabolizados y de fácil digestión, como proteína de suero de leche, materia grasa, lactosa y vitaminas A,C,D,E,K, con un equilibrio específico de aminoácidos.

(a.2) Los minerales (calcio e hierro) se absorben en

¹⁹ Rodríguez et al. (1990), (op. cit.).

forma más eficiente y completa que de otras fuentes.

(a.3) La leche materna por sí sola, satisface las necesidades de hidratación del lactante aún en climas calurosos y húmedos por la concentración apropiada de proteínas y electrolitos.²⁰

(a.4) Disminuye los casos de obesidad durante la lactancia y etapas posteriores.

(a.5) Reduce el número y gravedad de alergias como eczemas y cólicos.

(a.6) Tanto el calostro como la leche materna, contienen propiedades antiinfecciosas con componentes solubles y celulares. Entre los componentes solubles están las inmunoglobulinas (A, M, G), lisozimas y otras enzimas, lactoferrina, factor bífido y otras sustancias inmunorreguladoras. Dentro de los componentes celulares se incluyen los macrófagos, linfocitos, granulocitos neutrófilos y células epiteliales.

Todos estos componentes, además de proporcionar una protección directa contra virus, parásitos, bacterias y probables alergias; también reducen la exposición a los agentes patógenos estimulando el desarrollo apropiado del sistema inmune del lactante.

²⁰ Brown, et al. (1986).

(b) Otros Beneficios de la Lactancia Materna

(b.1) El fortalecimiento de los aspectos psicológicos y conductuales del niño al establecerse el vínculo afectivo entre la madre e hijo durante los primeros días después del parto.

(b.2) Los beneficios económicos que se traducen en una disminución de los costos de alimentación artificial; la cual en el primer año de vida oscila entre \$200.00 y \$300.00, sin incluir los gastos por atención médica debido a la mayor morbi-mortalidad que acompaña este tipo de alimentación, pues además, existe el peligro que por ahorrar dinero, se le dé al niño menos cantidad de leche que la que necesita, exponiéndolo a que se desnutra y enferme.

Los costos del proceso de "maternización" de algunas fórmulas lácteas, son muy elevados, pues las empresas involucradas, cubren sus costos de comercialización y propaganda, que a su vez, les proporcionan ganancias gigantescas.

Se ha calculado en promedio, que un bebé al cumplir seis meses, habrá gastado aproximadamente 13.5 kg de polvo de leche. Si cada lata de leche contiene entre 400 Y 454 gramos de polvo de leche, se habrá gastado entre 33.7 y 29.7 latas de

polvo de leche respectivamente para su alimentación.²¹

El precio de cada lata de leche varía de acuerdo a la casa comercial y los cambios monetarios del mercado, por lo cual los costos son muy altos para una familia de pocos ingresos, como son la mayoría de nuestros países.

(b.3) Favorecer la constitución del tejido óseo y dentario; pues influye en el desarrollo adecuado de los maxilares y disminuye los problemas de malaoclusión anteroposterior quizás por el control del crecimiento craneofacial.

La lactancia materna propicia un movimiento activo y vigoroso de la lengua, carrillo y mandíbula la cual es fortalecida con la frecuencia de succión, diferente al movimiento ejecutado con el biberón (Fig 6).

(b.4) La importancia de la lactancia como el método anticonceptivo más significativo en el mundo, sólo puede ser mencionado por consenso de la comunidad científica. En Italia, en el año de 1988, un grupo de científicos reunidos en **Bellagio**, llegaron a un acuerdo referente a las condiciones en las que el amamantamiento puede ser empleado como un procedimiento efectivo de planificación familiar.

Este acuerdo llamado Consenso de Bellagio, establece que cuando un lactante es alimentado al pecho de forma completa y

²¹ Osorno, (1992).

FIGURA 6

DIFERENCIAS ENTRE LA SUCCIÓN DEL PECHO Y DEL BIBERÓN

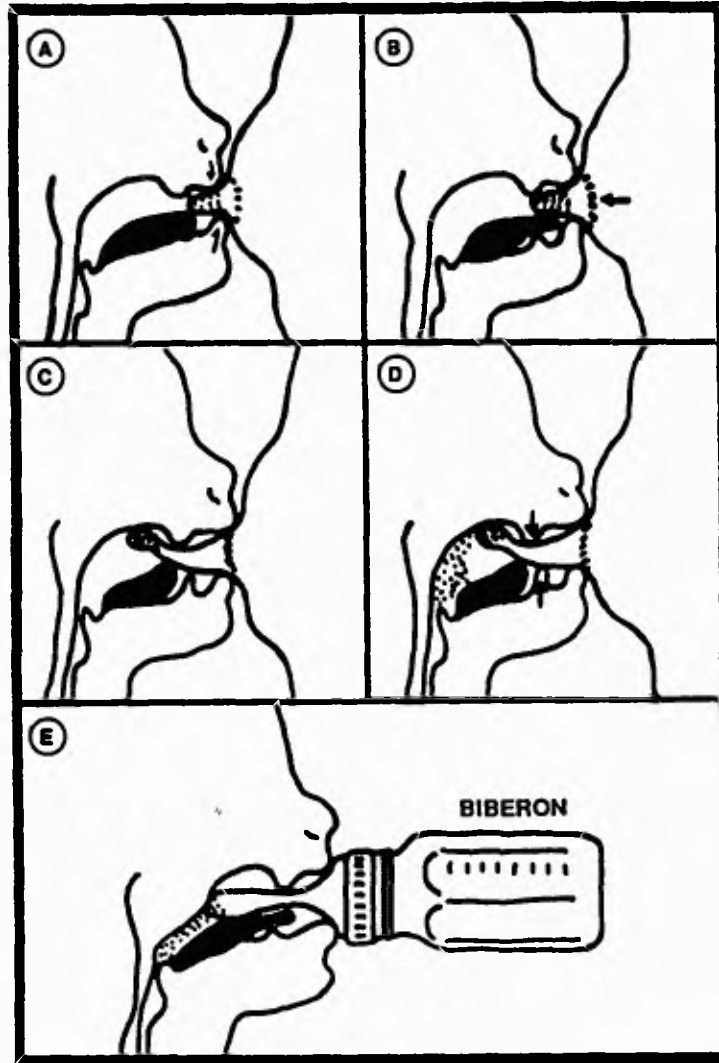


Fig.6. Reproducido de Applebaum R.M.: Métodos actuales para el amamantamiento con éxito. Clínicas Pediátricas de Norteamérica, Febrero, 1970.

ESQUEMAS DEL MECANISMO DE SUCCION EN EL SENO (A-D) Y EL BIBERÓN (E)

A. Los labios del niño sujetan en forma de "C" en la unión cóncava del pezón y la aréola, a la cual se adaptan como un guante. Se contraen los músculos del carrillo.

B. La lengua se impulsa hacia adelante para tocar pezón y aréola.

C. El pezón es atraído hacia el paladar duro cuando la lengua vuelve hacia atrás, de manera que la aréola se introduce en la boca. La acción de la lengua y los carrillos contra el pezón origina presión negativa, y de ello resulta acción verdadera de succión.

D. Las encías comprimen la aréola y expulsan leche hacia la parte posterior de la garganta. La leche fluye sobre el paladar duro desde el sistema de alta presión de la mama hacia las áreas de presión negativa en la porción posterior de la faringe.

E. En cambio, el pezón artificial de caucho del biberón toca el paladar blando (lo cual causa náuseas) y dificulta la acción de la lengua. La lengua se mueve hacia adelante contra la encía para regular el flujo excesivo de leche hacia el esófago. Los labios adoptan disposición en "O"; no hay compresión porque los músculos del carrillo están relajados.

la madre permanece en consecuencia amenorreica, ésta tiene una protección frente al embarazo superior al 98% durante los seis primeros meses que siguen al parto.

Dicho Consenso, aportó las bases científicas del método de planificación familiar que se denominó Método de la Amenorrea de Lactancia (LAM).

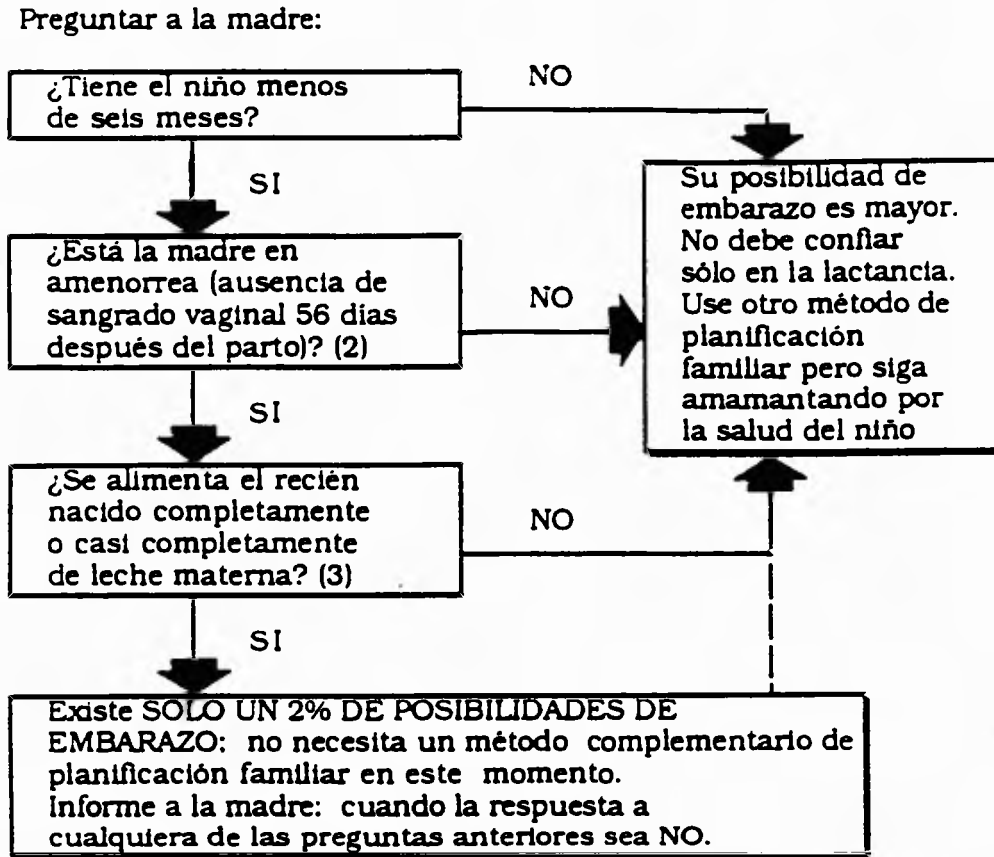
En el método LAM, se le pregunta a la madre si su niño tiene menos de seis meses, si se mantiene en amenorrea y si amamanta al niño de forma completa. Si la respuesta es afirmativa a cada una de las preguntas, se le explica a la madre que su riesgo de embarazo es menor del 2% y por lo tanto no necesita otro método de planificación familiar en el momento. Si la respuesta es negativa a alguna de las tres preguntas, se debe considerar el empleo de un método complementario de planificación familiar para mantener una protección similar (Fig 7).

En cualquier discusión sobre la alimentación infantil, es importante comprender el impacto que tiene la lactancia materna sobre el intervalo entre nacimientos y las consecuencias relacionadas con la provisión de nutrición óptima para la madre, su hijo y cualquier niño subsiguiente.

Es vitalmente importante que el período de lactancia exclusiva requerido para maximizar la protección materna ante un nuevo embarazo, sin métodos artificiales de anticoncepción,

FIGURA 7

USO DE LA LACTANCIA Y LA AMENORREA COMO MÉTODO PARA ESPACIAR LOS NACIMIENTOS DURANTE LOS SEIS PRIMEROS MESES POSTPARTO.



Fuente: Educación en Lactancia para los profesionales de la salud. Rodríguez et al. 1990, pág.189.

sea idéntico al período de amamantamiento total requerido para maximizar la protección del infante ante las enfermedades alérgicas e infecciosas.

La amenorrea prolongada permite también a la madre recobrar sus depósitos de hierro, lo que mejora su estado nutricional y su inmunidad al mismo tiempo que la prepara para proveer una nutrición adecuada a cualquier niño futuro.

3. Tendencias Internacionales de la Lactancia Materna

Por todos los beneficios enunciados anteriormente, pareciera imposible que un método de alimentación de tantas virtudes y tan antiguo como el mismo ser humano, presente tendencias a disminuir en su incidencia y duración, sobretodo entre las mujeres de ciudad, afluentes y de más alto nivel educativo.

Aunque esta tendencia varía de acuerdo al país y región específica, y que todavía en los países en desarrollo, se considera que un 90% de las mujeres amamantan a sus hijos inmediatamente después del parto, es preocupante que en países pobres se documenten situaciones de abandono o acortamiento del tiempo de la lactancia materna.

En las ciudades de Sao Paulo, Brasil, Panamá y San Salvador, por ejemplo, menos de 5% de las mujeres amamantan

durante seis meses o más.²²

La misma referencia anterior, nos informa que en Sao Paulo, las mujeres que amamantan a sus hijos un mes como mínimo, constituyen menos del 50%; y en el Sur de Brasil, se realizó un estudio en 1940, el cual reveló que el 98% de los lactantes se alimentaban al pecho casi exclusivamente, sin embargo en 1974, esta cifra sólo era de un 76%.

América Latina y el Caribe, tienen un promedio de duración de lactancia materna de 2-15 meses y sólo un 35-60% de los niños reciben leche materna a los seis meses. En África y Asia, el promedio de lactancia materna es de 11 meses y el 70% de los niños a los seis meses siguen recibéndola.²³

En Ecuador, en dos ciudades con poblaciones que tienen influencia rural, se realizó un estudio en Agosto de 1979, para conocer las causas de suspensión de lactancia materna.

En dicho estudio se encontró que las mujeres de 20-34 años practicaron la lactancia por un período mayor de seis meses, aquellas que tenían, trabajo no remunerado (oficios domésticos), menor grado de escolaridad y menores ingresos económicos mantenían un período de lactancia materna más prolongada. Las causas para suspender la alimentación al pecho, fueron carencia o insuficiencia de leche, nuevos

²² Rodríguez y Schaefer. (op. cit.).

²³ Rodríguez, et al. (op. cit.)

embarazos, mala aceptación del niño y el factor de crecimiento del niño.²⁴

Existen algunos países industrializados, en donde la tendencia actual es volver a incrementar la incidencia y duración de la lactancia materna, inclusive existen facilidades económicas y legislaciones incentivadoras del proceso. Sin embargo, la magnitud no es lo suficientemente grande como para compensar la disminución en los países en desarrollo.

En Puerto Rico, se realizó un estudio en 5,884 niños para analizar las tendencias del amamantamiento desde 1946 hasta 1982. La proporción que fue amamantada antes de 1960 fue del 59% con una duración media de lactancia de 7.8 meses. Este porcentaje disminuyó en el período de 1970-1974 a un 25% con una duración media de 4.9 meses y en el período de 1980-1982 comenzó un aumento hasta un 38% con una duración media de 3.4 meses de lactancia materna. Este último porcentaje de amamantamiento, se consideró por debajo de los que presentaba América Latina (74-97%) y Estados Unidos (54%) para la misma época.

En este mismo estudio también se demostró, la posible asociación causal de los factores, que pueden contribuir

²⁴ Andrade y Valle. (1981).

positivamente al deseo de amamantar. Entre las multíparas, la presencia de la experiencia previa de lactar, tiene una asociación de 7.3 veces mayor para la lactancia materna que en las multíparas sin esta experiencia previa. Igualmente, la mayor educación formal materna (más de 15 años) presenta mayor asociación causal para la lactancia materna (OR=2.8) con respecto a la presencia de menor educación formal materna (menos de 12 años).²⁵

4. Factores asociados con Lactancia Materna

Son muchos y de gran complejidad, los factores socioculturales, demográficos, educacionales y psicosociales que han contribuido a la disminución de la lactancia materna.

La tecnología moderna y ciertos cambios en la estructura social que modifican el estilo de vida aceleradamente, han permitido relegar a un plano casi insignificante la lactancia materna.

En un estudio, en dos hospitales de Los Angeles-California en el período de 1981-82, en 518 mujeres mexicanas, demostró que el 82% de las mujeres tenían la intención de amamantar a sus hijos antes e inmediatamente después del parto; el regreso al trabajo en los primeros tres meses post-

²⁵ Becerra y Smith. (1990).

parto, condicionaba al 50% de las mujeres a **no** dar pecho materno.

En cuanto a las influencias primarias para alimentar al pecho, se consideraba la del esposo con mayor importancia y posteriormente a los demás miembros del hogar o personal de salud.

Lo importante, es que en lo referente a las influencias, tanto para utilizar el biberón como continuar dando pecho materno, la madre **por sí misma** tomaba la decisión final.²⁶

En uno de los estudios analíticos más recientemente documentados para identificar factores maternos asociados a la duración de la lactancia, realizado en Mexico durante el año de 1991 en 141 madres, se encontró que el 88% de los niños incluidos en el estudio fueron amamantados como máximo por 3 meses y en la mitad de los mismos, la duración no alcanzó el mes de vida.²⁷

El mismo estudio destacó, entre los factores con fuerte asociación al destete precoz, la edad de la madre menor de 20 años (RR= 3.75) y la condición no-casada de la madre (RR= 2.88).²⁸

Los fabricantes de fórmula han lanzado enormes campañas

²⁶ Scrimshaw, et al. (1987).

²⁷ Vega y González. (1993), (op. cit.).

²⁸ Vega y González (1993), (op. cit.).

propagandísticas en los países en desarrollo, dirigiéndolas sobre todo a las mujeres más prósperas e instruídas. Estas campañas han exagerado los méritos de la leche artificial, presentándola como un producto tan bueno o mejor que la leche materna.

El biberón lo han convertido en símbolo de afluencia y buena posición social de tal manera que se han creado diversidades de forma, tamaño, coloraciones y diseños infantiles que resultan mucho más atractivos, "prácticos" y sobretodo menos "bochornosos" que la vista pública de una "mama" con su pezón natural.

Lastimosamente, nuestros profesionales de la salud y las instituciones sanitarias también han sido presas de la influencia del biberón, pues han promovido a menudo su uso y ejecutado prácticas profesionales que menoscaban la lactancia materna.

Entre tales prácticas figuran, la separación de la madre y el niño en las primeras 24 horas, utilizar mucha anestesia en el parto que dificultan el inicio de la lactancia, establecer horarios fijos no espontáneos para alimentar al pecho, administrar biberones con suero o agua azucarada, administrar alimentos complementarios para corregir déficits pondoestaturales en lugar de enseñar mejores técnicas de amamantamiento.

Las técnicas de amamantamiento y conocimiento adecuado para resolver las dificultades que conlleva este proceso, a menudo son desconocidas por los profesionales de la salud.

Los encargados de los diseños de programas para estudiantes de medicina y otras profesiones afines, conceden una jerarquía mínima a la teoría y práctica de la alimentación natural en comparación con el contenido dedicado a la alimentación artificial. Este mismo fenómeno se advierte en la mayoría de los textos y publicaciones científicas destinadas al ámbito médico, pues la mayoría de los textos oficiales asignados a lo interno de las facultades de medicina, no incluyen manuales prácticos y didácticos sobre posiciones y técnicas adecuadas para el amamantamiento al igual que para la extracción manual de la leche materna. (Fig 8 y 9).

Por otro lado, a estos estudiantes no se les brinda orientación adecuada desde su formación inicial, acerca del manejo cotidiano de problemas comunes maternos durante la lactancia, situación que repercute en el futuro, pues cuando son profesionales, tienen dificultades para dar a las madres, las respuestas y orientaciones adecuadas sobre problemas que desconocen, condicionando muchas veces con sus malas respuestas, el cese de la lactancia materna.

También, las investigaciones sobre procedimientos para incrementar la producción de la leche humana o todo lo que

FIGURA 8

POSICIONES PARA AMAMANTAR



Fig.8. Diferentes posiciones para amamantar según Beccar Varela, 1989: a. Posición sentada clásica. b. Posición sentada inversa. c. Posición acostada.

FIGURA 9

MANIOBRAS DE EXTRACCIÓN MANUAL DE LA LECHE MATERNA

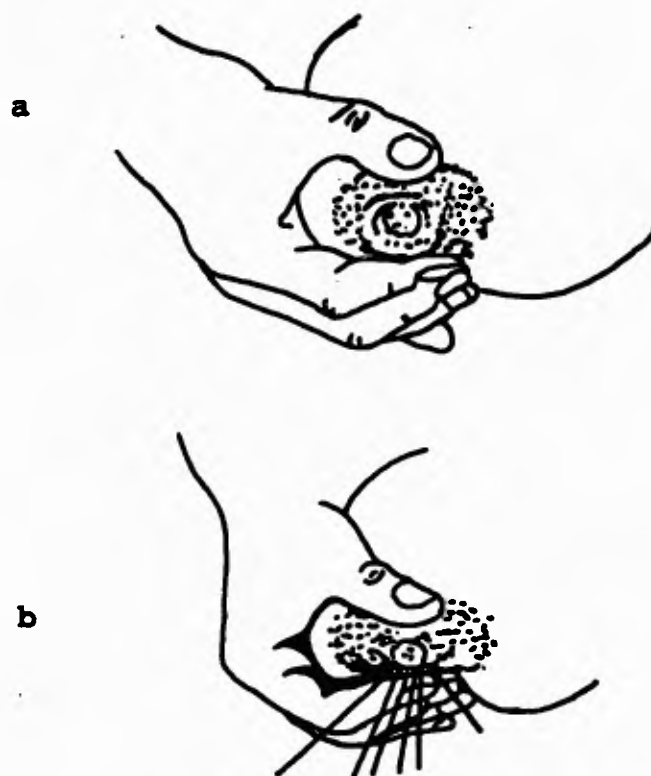


Fig.9. Técnica de la Extracción manual de leche materna.
a. Colocar índice y pulgar extendidos sobre el borde de la areola y luego, empujar la mama hacia atrás. b. Cerrar los dedos en movimiento de pinza, tratando que se toquen por detrás de la areola.

intervenga en la producción insuficiente de la misma, **no han corrido paralelas** a las pretensiones continuas de buscar exhaustivamente, una fórmula láctea que sea nutritivamente idéntica a la humana o al querer producir nuevos y exóticos alimentos infantiles.

El resultado de todo lo antes expuesto, ha ocasionado en las nuevas generaciones de médicos y otros profesionales de la salud, una falta de preparación para el fomento de la alimentación natural en el ámbito comunitario, ya de por sí, bastante desestimulado por la propaganda comercial.

Los profesionales de la salud, que directamente se involucran con el control pre y post natal, deben orientar adecuadamente a las madres sobre lactancia, pues de lo contrario, se reduce el apoyo de la madre y se propicia el fracaso de la misma.

Se ha establecido al control prenatal, como una de las mejores oportunidades de iniciar el fomento de la lactancia materna, y también de detección temprana de algunas situaciones que pueden convertirse en problemas posteriores para la lactancia. Con sólo examinar adecuadamente las mamas de las pacientes, se puede diagnosticar oportunamente, alteraciones en los pezones, que pueden corregirse con ejercicios adecuados, que en fases tempranas del embarazo, evitan posteriores problemas con la lactancia. (Fig 10 y 11).

FIGURA 10

DIFERENTES TIPOS DE PEZONES

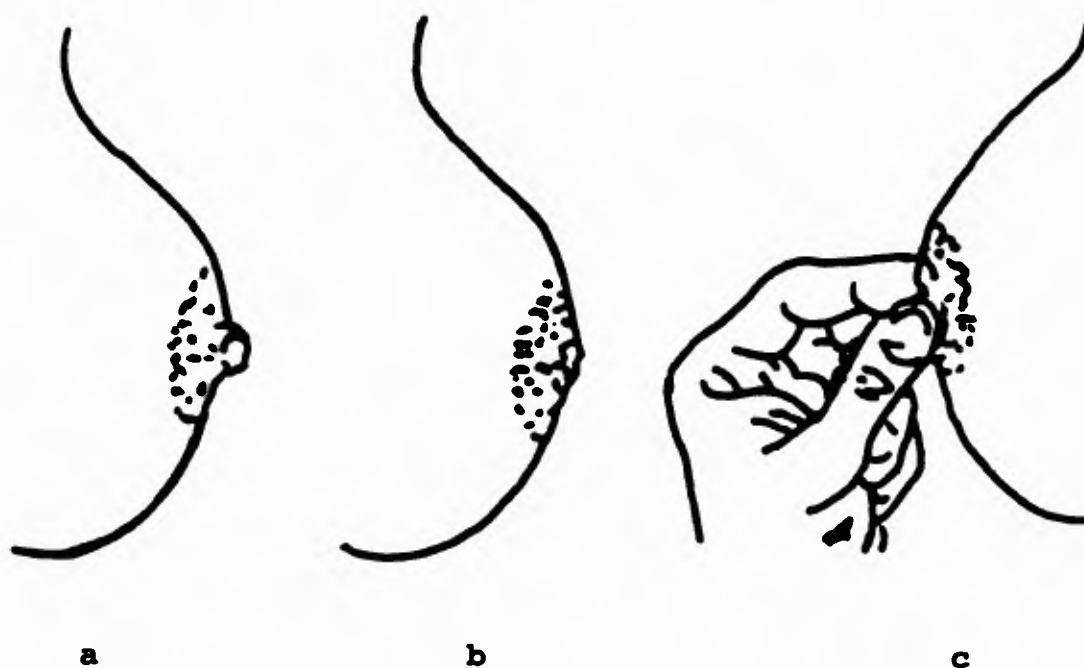


Fig.10. a. Pezón normal; b. Pezón pequeño o plano; c. Pezón retráctil.

FIGURA 11

EJERCICIOS PARA EL PEZÓN RETRÁCTIL

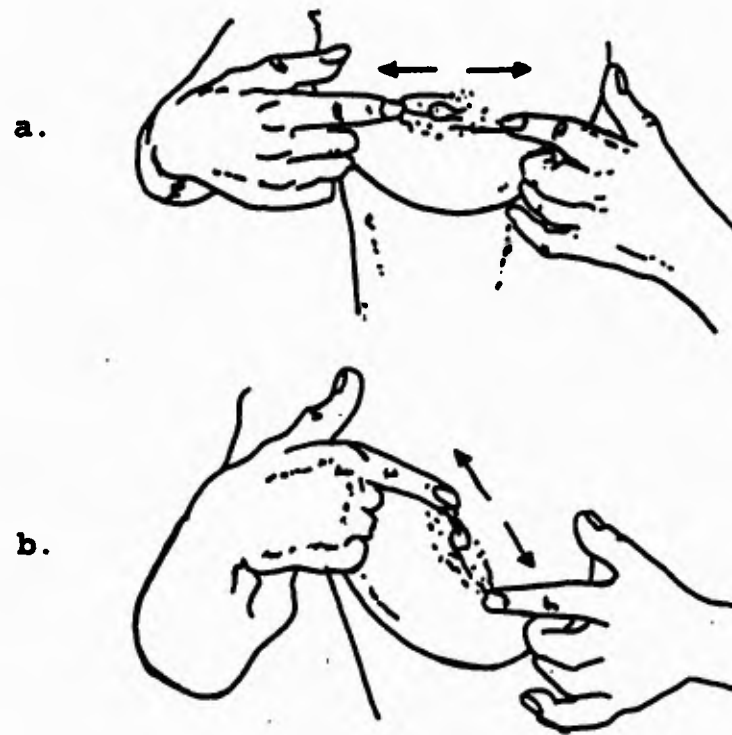


Fig.11. Se describen dos maniobras para corregir el pezón retráctil. a. Poner un dedo a cada lado del pezón y estirar la piel de la aréola en la dirección de las flechas. b. Con el índice y pulgar, sujetar la base del pezón, rotar los dedos como dando cuerda a un reloj y luego, estirar el pezón hacia afuera como indican las flechas.

Durante el momento del parto y después del nacimiento del niño, debe continuarse la orientación de manera coherente y sostenida por todos los profesionales involucrados con la atención de la madre y el niño, enfrentando adecuadamente los problemas comunes al proceso, como por ejemplo las formaciones de grietas en los pezones, las cuales ocurren por no tratar adecuadamente el pezón doloroso producto de una mala posición en el amamantamiento. (Fig. 12)

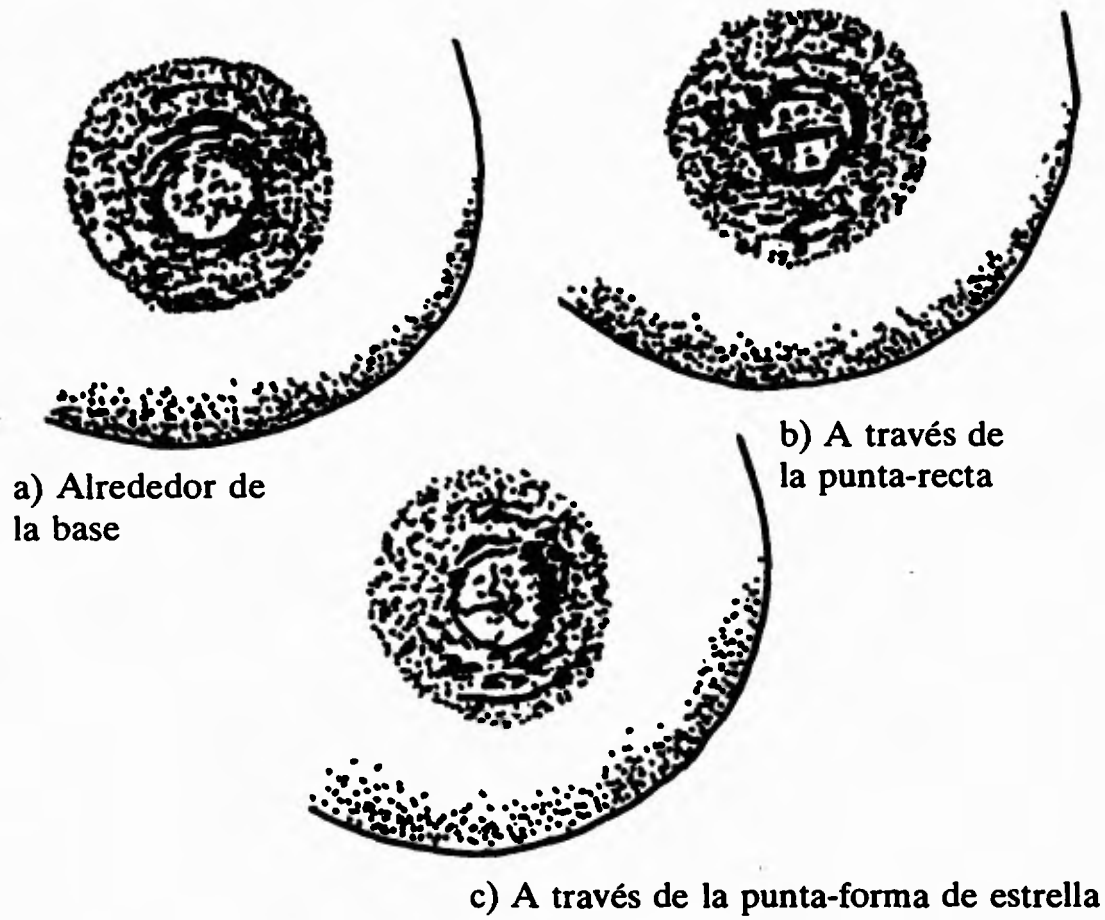
Otro factor considerado, es el problema económico que prevalece en el mundo entero, pues ha aumentado los procesos migratorios del campo a la ciudad, con mayor participación de la mujer en la población económicamente activa. Este hecho ha provocado la desaparición de la familia extendida, con la pérdida del apoyo y asesoramiento de las mujeres que por tradición, les podrían aconsejar sobre el amamantamiento de sus hijos.

Las mismas dificultades económicas, le exigen a la mujer trabajar fuera del hogar para garantizar la supervivencia de la familia y a su vez, esta separación de la madre y el niño durante las horas del trabajo, dificulta la lactancia e impide que se practique en condiciones óptimas.

Aunque se han logrado grandes avances en el mundo, en materia legislativa, como algunas modificaciones en las leyes que protegen al trabajador para que puedan favorecer la

FIGURA 12

DIFERENTES FORMAS Y UBICACIONES DE LAS GRIETAS DEL PEZÓN



lactancia materna, en el caso de las madres que trabajan, estas disposiciones legales aún no se cumplen a cabalidad, o en muchos casos, resultan inoperantes.

Las leyes que protegen la lactancia, existen para un grupo de mujeres, con una licencia de maternidad que permite la alimentación materna a lo sumo por dos meses.

Los permisos para lactar, por muy generosos que sean, en las ciudades no siempre pueden ser utilizados por las madres que trabajan fuera del hogar.

Esto es así, por las distancias, la congestión vehicular, costos del transporte y la carencia de instalaciones adecuadas dentro de la institución donde laboran, que permitan el amamantamiento directo, o la extracción de leche materna, la cual refrigerada o no, se puede llevar posteriormente a sus niños.

Hoy día se conoce, que la leche materna extraída en condiciones higiénicas, puede permanecer sin refrigeración por un período de 12 horas, hasta 72 horas bajo refrigeración (siempre y cuando no sea en la puerta del refrigerador) y hasta dos semanas en el congelador de una refrigeradora ²⁹.

Las guarderías infantiles de uso público, no están situadas cerca de donde la madre trabaja y fomentan más la alimentación artificial que la natural, por lo cual todos

²⁹ Valdés et al. (1990), (op. cit).

estos sucesos anulan las buenas intenciones que pueda tener la madre de mantener la lactancia materna, mientras trabaje fuera del hogar.

En Colombia, a nivel urbano, el 40% de la fuerza laboral está en manos de las mujeres y de éstas, el 70% son trabajadoras informales, es decir, devengan salarios ocasionales, siempre inferiores al mínimo y sin ningún tipo de prestaciones sociales que le protejan la lactancia³⁰.

Las leyes protectoras de la maternidad, hoy día son un factor adicional al desempleo general que aleja a la mujer de las oportunidades de empleo regular y formal.

Esta situación es una realidad silenciosa de nuestros tiempos, donde la víctima es la mujer quien no permanece ignorante ante este hecho y por lo cual, no hay motivación hacia la lactancia materna que se mantenga. Se provoca así, el destete natural de manera inevitable y obligatoria.

Lo más peligroso de esto, es que al sustituir la leche materna, no siempre lo hacen con una leche modificada, sino se emplean féculas de harina con leche entera, muy perjudiciales para el niño, a las que se les permite una indebida propaganda nutritiva.

Los conocimientos que la madre tenga sobre los beneficios de la lactancia y los problemas que pueden presentarse en ese

³⁰ Plata. (1990).

período, condicionan el establecimiento y sostenimiento de la misma. Importa mucho, el cómo poder superar los inconvenientes y el cómo enfrentarse a los "mitos tradicionales" que muchos familiares y amigos cercanos incentivan.

5. Marco Legal Internacional y Nacional

(a) Marco Legal Internacional

El Código Internacional sobre Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna aprobado por la OMS en 1981, tiene como objetivo el fomentar y proteger la lactancia materna como alimento óptimo para los lactantes, por lo menos durante sus primeros seis meses de vida.

Se entiende por sucedáneo de la leche materna, todos los alimentos y bebidas que al ser comercializados, se indique que pueden usarse como sustituto parcial o total de la leche materna.

La importancia de la aprobación y cumplimiento de este Código, radica en que a través de los años, se ha comprobado que las prácticas de comercialización de las compañías de alimentos infantiles perjudican la lactancia materna, pues estimula el uso del biberón, sin embargo, este código permitía la donación de suministros gratis o subsidiados a instituciones de caridad como los orfanatorios y afines.

Esto era utilizado por los fabricantes para distribuirlos en las instalaciones de salud; por lo cual surge la Resolución 39-28 de 1986 , para ser más específica en lo referente a las entregas de muestras gratuitas de sucedáneos de leche a las madres, profesionales e instituciones de salud, con fines promocionales y de mercadeo.

La Asociación Internacional de Fabricantes de Alimentos Infantiles (IFM), se comprometió a terminar con estas prácticas en los países en desarrollo para Diciembre de 1992, en los países industrializados en Junio de 1994, y no interferir con los esfuerzos que realicen la OMS y UNICEF en este sentido.

(b) Marco Legal Nacional

Panamá, contempla diversas leyes para proteger la lactancia y la maternidad, desde la Constitución Política, en el artículo 106, donde expresa que "corresponde al Estado proteger la salud de la madre, del niño y del adolescente garantizando una atención integral durante el proceso de gestación, lactancia, crecimiento y desarrollo en la niñez y adolescencia".

El Código Sanitario, Ley 66 de 10 de Noviembre de 1947, en el artículo 156, numeral 9, párrafo "b", expresa que, "Toda obrera o empleada, pública o particular, tendrá facilidades

para el amamantamiento de su hijo y las instituciones, establecimientos y servicios de importancia, dispondrán de cunas, coches u otras instalaciones adecuadas".

El Código de Trabajo le brinda a las mujeres embarazadas y lactantes ciertos beneficios como la protección de la maternidad y el no poder despedir a esta mujer sin causa justificada en sus artículos 105 y 106, respectivamente. Todo lo relativo al descanso forzoso retribuido por maternidad está en los artículos 107 al 113.

En el artículo 107, del mismo Código, se establece el tiempo de la licencia de gravidez, 6 semanas antes del parto y 8 semanas después del mismo. El artículo 114, reconoce el tiempo remunerado para que la madre pueda lactar al niño, ya sea de 15 minutos cada 3 horas, ó 30 minutos dos veces al día. Los artículos 115 y 116, también contemplan otras consideraciones sobre las jornadas extraordinarias y el establecimiento de guarderías.³¹

El Código de la Familia de 1994, también habla de la protección de las mujeres en estado grávido en sus artículos 719 y 720, en los cuales expresa el derecho al fuero de maternidad para las mujeres que trabajan y en caso de las que carecen de trabajo o de apoyo familiar, deben recibir los

³¹ Código de Trabajo de la República de Panamá. (1972).

servicios de asistencia, educación y atención periódica de los servicios de salud comunitario.³²

6. Lactancia Materna en Panamá

Las encuestas realizadas en nuestro país sobre lactancia materna, nos revelaban hasta 1984, un aumento del período de amamantamiento a 10.3 meses como promedio, en comparación con el año de 1976, donde el promedio era de 7.9 meses.

Estas encuestas no hablaban sobre el tipo de lactancia natural utilizada ya sea completa o parcial.

En 1990, el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, realizaron una encuesta en 20 centros de salud y 9 policlínicas del Area Metropolitana y San Miguelito, con un total de 1228 encuestadas.

Se pudo observar que el 91% de las multíparas y el 27% de las primíparas dieron lactancia a sus hijos entre los 0-4 meses.

En esta encuesta, también se reveló que el 62% de las madres que dan pecho se lo ofrecieron a sus hijos dentro de las dos primeras horas de haber nacido y el 12% después, de las 12 horas.

La alimentación complementaria se inició entre los 0-3

³² Código de la Familia, Rep. Panamá. (1994).

meses de edad en el 58% de las encuestadas, de los cuales el 23% fue por indicación del personal de salud.

Esto último, es importante, pues el pronto establecimiento de la alimentación complementaria disminuye la tendencia de prolongar la lactancia exclusiva y casi exclusiva.

En 1992, en la Primera Encuesta de Prevalencia de Desnutrición de Embarazadas y Niños menores de 5 años realizada por el MINSA, se encontró que el 87.2% de los niños **menores de** cuatro meses estaban siendo amamantados al momento de la encuesta y de éstos el **49%** lo hacía de **forma exclusiva**.

En los **menores de 6 meses**, el 84.5% era amamantado y el 47.8% era de **forma exclusiva**.

En 1994, se realizó la Segunda Encuesta de Prevalencia de Desnutrición por el MINSA, con un 89.1% de niños menores de 4 meses amamantados y de éstos, el **53.1%** lo hacía de **forma exclusiva**.

Se resalta en este estudio, que los niños menores de 2 años que no estaban lactando, tenían 2.4 veces más probabilidades de presentar algún grado de desnutrición que los que tomaban leche materna (OR= 2.4, p=0.000).

En Marzo de 1996, se realizó la Encuesta de Indicadores Múltiples a nivel nacional por UNICEF-MINSA, con una **lactancia materna exclusiva en menores de 4 meses de 32%** y para los

menores de 6 meses de 25%, colocándonos en prevalencias similares a las encontradas en América Latina.

Los esfuerzos para Promover la Lactancia Materna y disminuir el cese prematuro de la misma en el país, han estado presentes desde el año de 1976, con diversas medidas establecidas como son:

- El alojamiento conjunto
- Creaciones de asociaciones y comisiones como la Asociación Pro Lactancia Materna en 1978 (PROLACMA)
- Comisión Nacional Multisectorial para la Promoción de la Lactancia materna (1983)
- Participación en el Seminario-Taller Centroamericano (1980) de Promoción de la Lactancia Materna
- Distribución del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (1983), el cual sirvió de base para el Anteproyecto de Ley en 1989
- Proyectos para la Promoción de la lactancia Materna en Panamá (FLACSOC), Gobierno de Holanda, AID, INCAP, con la participación de la Universidad de Panamá (1984-1987).
- Creación de la Comisión de Prensa y Propaganda, la cual tiene como objetivo, velar porque no se

distorsionen los mensajes propagandísticos, en contra de la salud de los individuos y dentro de éstos, de los niños.

Posteriormente a estos años, el país padece una profunda crisis política y económica, dificultando el monitoreo y supervisión del trabajo realizado y lamentablemente, con grandes retrocesos en los logros anteriores.

Por esta razón en el período de 1990-1993, se elabora el Programa Nacional de Alimentación y Nutrición (PRONAN), se acoge la Declaración de Innocenti sobre la protección, fomento y apoyo de la lactancia materna de 1990 y se crea el Proyecto Hospital Amigo de los Niños y la Promoción de la Lactancia iniciado en 1993 (UNICEF-MINSA), cuyos 10 pasos, constituyen un compromiso del país, y deben ser contemplados en todo servicio de maternidad y cuidado del recién nacido para una Lactancia Materna Exitosa.

Estos 10 pasos son los siguientes:

1. Tener una política de Lactancia Natural escrita que sea periódicamente comunicada al personal.
2. Capacitar a todo el personal para implementar esta política.
3. Informar a toda mujer embarazada sobre los beneficios y el manejo de la Lactancia Natural.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia

inmediatamente después del parto.

5. Enseñar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia, aún si se separan de sus bebés.

6. No darle a los recién nacidos ningún alimento ni bebida, que no sea leche materna.

7. Practicar el alojamiento conjunto durante las 24 horas del día.

8. Fomentar que la Lactancia Natural se dé cada vez que el bebé demande.

9. El niño necesita el cariño y la atención de la madre. No se deben dar chupetes, ni biberones a los niños.

10. Promover el establecimiento de grupos de apoyo a la Lactancia Natural y referir a las madres a éstos, cuando salgan del hospital o clínica.

Nuestras principales maternidades en el país, cumplen con cinco (5) de los diez (10) pasos para una Lactancia Materna exitosa, requisito indispensable para ser designado como Hospital Amigo de los Niños, estos logros se han dado por la implantación del alojamiento conjunto (lo cual es de vital importancia para la pronta instauración de la lactancia materna), la capacitación al personal multidisciplinario de salud, instalación de los "Bancos de Leche" y divulgación masiva por medios de comunicación.

El Ministerio de Salud, en Agosto de 1993, conmemorando

la Semana Mundial de la Lactancia Materna, adquirió un compromiso con UNICEF, resumido en nueve postulados que son los siguientes:

1. Declarar a la lactancia materna como un bien público, por ser el alimento ideal para el ser humano, por sus propiedades nutricionales e inmunológicas.
2. Garantizar que todas las maternidades del país cumplan la totalidad de los diez pasos hacia una lactancia materna exitosa.
3. Reactivar la Comisión Nacional de Lactancia Materna.
4. Promover y apoyar el amamantamiento exclusivo con leche materna hasta los seis meses de edad.
5. Fomentar el mantenimiento de la lactancia, acompañada de alimentación complementaria, hasta por lo menos dos años de edad o más.
6. Utilizar todos los medios disponibles para lograr la aprobación del Anteproyecto de Ley por el cual se Protege y se Fomenta la lactancia materna, basado en los principios y objetivos del Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de leche Materna.
7. Promover la revisión de leyes y reglamentos existentes para proteger los derechos al amamantamiento de las trabajadoras.
8. Mejorar la condición de salud y nutrición de la mujer durante el embarazo y la lactancia. Además deberán eliminarse

los obstáculos al amamantamiento que se presenten en el sistema de Salud, en el lugar de trabajo y la propia comunidad.

9. Motivar a las instituciones educativas y las formadoras de recursos humanos en Salud, a incluir o reforzar los contenidos de Lactancia Materna en sus planes de estudio.

A nivel local de nuestro país, se han realizado diversos esfuerzos para conocer el problema de la lactancia, desde el punto de vista descriptivo.

En Enero de 1995, en Torrijos Carter-San Miguelito, se efectuó un estudio descriptivo acerca de la influencia de los conocimientos maternos sobre lactancia materna; se obtuvo, una relación directa y positiva para las madres con mayor grado de conocimientos sobre lactancia (86.17%) y la mayor duración de la misma (48%).

En el mismo estudio, entre los factores descritos con mayor importancia para la introducción de otras leches y por lo tanto, suspender la lactancia exclusiva, se encontró al **trabajo fuera de casa** con los mayores porcentajes (33% y 20.8%) para las madres con pocos y muchos conocimientos sobre lactancia materna, respectivamente.³³

En Panamá, no existen estudios analíticos al respecto, por lo tanto nuestro trabajo realizado en la Policlínica

³³ Melgar. (1995).

Generoso Guardia, Santa Librada, busca establecer posibles asociaciones causales de algunos factores maternos considerados de riesgo en la literatura, para el cese prematuro de la lactancia materna completa .

Esta Policlínica atiende sectores pobres del país, que están dentro del Distrito de San Miguelito, en donde las repercusiones de esta práctica, se consideran de vital importancia para el mantenimiento de la salud de los niños lactantes.

7. Policlínica Generoso Guardia, Santa Librada

(a) Generalidades

La Policlínica en mención, está situada en la comunidad de Santa Librada, dentro del Corregimiento de Belisario Porras, Distrito de San Miguelito.

Fue fundada en Abril de 1982 y cambia su nombre a Policlínica Generoso Guardia, en 1989.

En un inicio, fue diseñada para atender una población de 11,000 habitantes con un espacio físico de 4,802.7 m².

La población bajo su responsabilidad, incluye predominantemente a los sectores del Corregimiento de Belisario Porras, pero también hay sectores de otros corregimientos del Distrito de San Miguelito.

El mismo año de su fundación ofreció a la población asegurada y no asegurada del área, un total de 35,051 consultas médicas y técnicas y 5,739 consultas odontológicas.

Dichas consultas se han incrementado con los años, a medida que aumentaron los servicios de atención, pues para 1995, el total de consultas médicas y técnicas fue de 145,147 y 14,118 consultas odontológicas.

En la actualidad, la Policlínica consta con 224 funcionarios distribuidos en los servicios de Medicina General, especialidades como Pediatría, Ginecología, Psiquiatría y los servicios de Odontología, Farmacia, Fisioterapia, Rayos-X, Laboratorio, Nutrición, Trabajo Social, Urgencias, Enfermería, Registros médicos, Administración y Mantenimiento.

Funcionan los Programas Materno-Infantil, Escolar y Adolescente, Adulto, Tercera edad, Epidemiología, Pensión e Invalidez y atención general por Morbilidad a niños y adultos.

El Programa materno-infantil, ejecuta las actividades de control de embarazo, atención de puérperas de parto, captación y atención de recién nacidos, crecimiento y desarrollo, visitas domiciliarias, inmunizaciones, charlas educativas e interconsultas a los servicios de apoyo.

Para 1995, el total de consultas dadas a la población menor de 15 años con los recursos disponibles, fue de 5,967;

representando el 72% de las consultas programadas para la población meta, la cual fue de 8,308.

8. Hipótesis

La **hipótesis de trabajo (Ha)**, de nuestro estudio es la siguiente: " Existe asociación entre algunos, factores de riesgo materno y el cese prematuro de la lactancia materna completa".

La **hipótesis nula (Ho)**, se establece en forma negativa de la anterior: " No existe asociación entre algunos factores de riesgo y el cese prematuro de la lactancia materna completa".

9. Variables

(a) Variable Dependiente

Constituye el efecto principal o problema de estudio, que deseamos asociar con otras variables consignadas en la literatura, como posibles factores causales del efecto o problema.

En nuestro estudio esta variable es denominada **dependiente**, pues sus variaciones van a estar determinadas por las otras variables que se han incluido en el estudio.

(a) 1. Cese de Lactancia Materna Completa

Se considera como tal, a la suspensión de la lactancia materna exclusiva y casi exclusiva antes de que el niño haya cumplido los cuatro meses de edad.

Su definición operativa, se obtiene por una pregunta directa a la madre para obtener una respuesta afirmativa o negativa sobre el hecho.

(b) Variables Independientes

Las **variables independientes**, son aquellas consideradas en la literatura, como los posibles factores causales del efecto o problema de estudio.

Se le denominan también variables secundarias para el estudio, a medida que se van identificando y conceptualizando en la literatura. A continuación, presentamos sus respectivas definiciones conceptuales y operativas:

(b) 1. Edad de la madre

Se refiere a los años cumplidos por la madre, al momento de la entrevista.

Operacionalmente, se forman dos grupos de edades para el análisis que son: menores de 20 años y mayores de 20 años. Se

considera para el estudio como grupo de riesgo, a las madres menores de 20 años.

(b) 2. Edad del niño en que se le suspendió la lactancia materna exclusiva

Se define como la edad del niño en meses, hasta la que fue amamantado solamente con pecho materno, sin incluir ningún tipo de líquidos o sólidos; es decir, la edad en que recibió lactancia materna exclusiva, antes de los cuatro meses de vida. La lactancia materna exclusiva forma parte de la lactancia materna completa.

Operacionalmente, se forman dos grupos de edad que son: 2 meses y menos y mayores de 2 meses. El factor de mayor riesgo considerado, es la edad de 2 meses y menos. En este aspecto, es importante señalar que la suspensión exclusiva de la lactancia materna antes de los cuatro meses

(b) 3. Grados de Escolaridad de la madre

Se refiere a los años de estudio o grados, que haya completado la madre al momento de la entrevista.

Operacionalmente, se divide en categorías por años de estudios aprobados: 6 grados y menos (primaria y menos) y más de 6 grados (secundaria y universidad). Aunque, la escolaridad de la madre, es un poco controversial en la literatura, consideramos para nuestro estudio como factor de

riesgo al grupo de seis (6 grados y menos).

(b) 4. Estado civil de la madre

Se establece la condición de **soltera** o **no soltera**. Dentro de las **solteras**, se incluyen todas las condiciones en las que la madre carezca de pareja estable y en las **no solteras**, se consideran a todos los tipos de relación, con pareja estable.

Operacionalmente, se divide en los dos grupos considerado y la madre responde acerca de su condición, en el momento de la entrevista. El factor de riesgo considerado, es el grupo de las madres solteras.

(b) 5. Paridad de la Madre

Se considera que al momento de la entrevista, la madre tenga un sólo hijo (primípara) o haya tenido otros hijos anteriormente (multípara).

Operacionalmente, se utilizan estas dos categorías en la madre: primípara y multípara; siendo el grupo de primíparas, el factor de riesgo considerado en el estudio.

(b) 6. Ocupación fuera del hogar de la madre

Se define como la ocupación remunerada de la madre, fuera del hogar, es decir, la existencia del trabajo materno fuera del hogar.

Operacionalmente, la madre responde de forma afirmativa o negativa a la pregunta directa durante la entrevista y se forman dos grupos. El factor de riesgo que deseamos estudiar, corresponde a la respuesta afirmativa que exprese la madre.

(b) 7. Ingresos Económicos mensuales de la madre

Se incluyen todos los ingresos mensuales que al momento de la entrevista, sean aportados para el sostén materno y de la familia.

Operacionalmente se utilizan dos categorías para definir el ingreso económico de la familia: \$ 300.00/mes y menos, y más de \$ 300.00/mes . El ingreso económico que se analiza como factor de riesgo en el estudio, es el de más de \$ 300.00/mes.

(b) 8. Conocimiento adecuado de la madre sobre lactancia materna

Definimos al conocimiento adecuado de la madre sobre lactancia materna, a todo el que defina a la lactancia materna completa, como la mejor y única alimentación adecuada en los primeros cuatro meses de vida del niño.

Operacionalmente, se utiliza una fusión de dos interrogantes (9 y 10) del cuestionario en anexos y se clasifica en categorías **con conocimiento adecuado**, sólo al escoger las respuestas (9-A y 10-A) del cuestionario y **sin conocimiento adecuado** en base a cualquier otra combinación de

respuestas del mismo cuestionario que no sea la señalada antes. El factor de riesgo, motivo de análisis en el estudio es la falta de conocimiento adecuado (sin conocimiento adecuado).

(b) 9. Orientación adecuada en la madre, sobre lactancia materna

Se define orientación adecuada en la madre, sobre lactancia materna, a toda orientación al respecto, obtenida durante su control prenatal y posteriormente al parto, incluyendo un examen adecuado de sus mamas durante el control del embarazo.

Operacionalmente, se utiliza una fusión de tres preguntas (11, 12 y 13) del cuestionario, para clasificarlas en dos grupos que son: **con orientación adecuada**, sólo si responde afirmativamente y simultáneamente todas las preguntas y **sin orientación adecuada** en base a cualquier posible combinación de respuestas que no sean las señaladas anteriormente. Se considera como factor de riesgo la falta de orientación adecuada recibida por la madre (sin orientación adecuada).

(b) 10. Influencias Externas a la madre

Se define como influencias externas a la madre a todas las situaciones que puedan interferir, de acuerdo a la literatura, en la decisión de la madre para la suspensión de

la lactancia materna completa. En nuestro estudio, contemplamos tres tipos de influencias externas que consideramos de interés que son las siguientes:

- Recomendaciones del **personal de salud**, para el uso de fórmulas de leche antes de los cuatro meses de edad del niño.
- Recomendaciones de los **familiares y amigos cercanos**, para el uso de fórmulas de leche antes de los cuatro meses de edad del niño.
- Influencia de las **propagandas comerciales**, en el uso de las fórmulas de leche, en sustitución de la lactancia materna.

Operacionalmente se clasificaron estas influencias en base a las respuestas afirmativas o negativas a las preguntas (14, 15 y 16) del cuestionario, se establecen dos grupos respectivos para cada tipo de influencia externa. Las respuestas afirmativas para cada tipo de influencia, son consideradas como factor de riesgo en el estudio.

(b) 11. Alojamiento Conjunto

Se define como tal, a la permanencia del niño al nacer, junto a su madre durante todo el período de tiempo que permaneció en la institución de salud.

Operacionalmente, esta variable se divide en dos grupos

en base a las respuestas afirmativas o negativas a la pregunta respectiva del cuestionario, y se determina tanto su presencia **(con alojamiento conjunto)** como su ausencia **(sin alojamiento conjunto)**. El factor de riesgo, considerado para este estudio, es la ausencia del alojamiento conjunto (sin alojamiento conjunto).

(b) 12. Tiempo de inicio de lactancia materna en el niño

Se refiere al tiempo en horas, en que la madre inició la lactancia materna a su niño, después de su nacimiento.

Operacionalmente, se divide en dos grupos por horas de inicio de la lactancia materna en el niño que son: dos horas y menos, y más de dos horas. El tiempo analizado como factor de riesgo para el estudio, es el grupo de más de dos horas; es decir el mayor tiempo en iniciar la lactancia materna en el niño.

CAPITULO III

DISEÑO METODOLOGICO

1. Tipo de Estudio

Se realizó un estudio analítico de casos y controles, sobre los factores de riesgo asociados al cese de lactancia materna completa, en lactantes de 4-18 meses, durante los primeros cuatro meses de vida del niño.

Dicho estudio se efectuó en la Policlínica Generoso Guardia, Santa Librada, durante los meses de Junio a Septiembre de 1996.

Las normas nacionales de atención materno infantil actuales, establecen a la lactancia materna de forma exclusiva, como la única fuente de alimentación aceptable para los lactantes menores de cuatro meses y se contempla para las nuevas normas prontas a implantarse, el aumento de esta forma de alimentación, hasta los seis meses de edad. Posteriormente, se recomienda continuar con la lactancia materna y alimentación complementaria hasta los 18 meses de edad aunque a este respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda continuar amamantando hasta los dos años o más de vida, especialmente en los países en vías de desarrollo.³⁴

Es importante resaltar, que nuestro estudio, ha sido dirigido al establecimiento de las probables asociaciones

³⁴ Valdés et al. (1994), (op. cit.).

causales entre algunos factores maternos de riesgo para el cese de lactancia materna completa y no a la búsqueda de la prevalencia de estos mismos factores.

(a) Definiciones de Caso y Control

Definimos como **Caso**, a todo lactante que **nunca** recibió o **se le haya suspendido** la lactancia materna completa (exclusiva y casi exclusiva), durante sus primeros cuatro meses de edad.

Los **Controles**, se refieren a los lactantes que recibieron lactancia materna completa (exclusiva y casi exclusiva) durante los primeros cuatro meses de vida.

2. Universo y Muestra

La totalidad del universo está constituido, por los niños de cuatro a 18 meses que acudieron acompañados de sus madres a la Policlínica Generoso Guardia, en el período de tiempo previamente establecido.

De este universo, se seleccionó una muestra, determinada por el número de casos y controles necesarios para el estudio, constituyendo la **definición conceptual** de la misma.

La **definición operacional** de la muestra seleccionada, consistió en los primeros cuatro meses de vida de todos los lactantes que fueron escogidos.

El tipo de muestreo utilizado fue del tipo consecutivo,

es decir, se escogieron a los niños, a medida que fueron llegando a la Policlínica Generoso Guardia, en el tiempo establecido y de acuerdo a los criterios de selección e inclusión.

(a) Criterios de Inclusión

Los criterios de inclusión, tanto para los **Casos y Controles**, son los siguientes:

1. Residir en las comunidades aledañas a la Policlínica Generoso Guardia y que estén dentro del Distrito de San Miguelito.
2. Tiempo de residir en el área por lo menos de un año.
3. Que utilicen y conozcan los servicios de la Policlínica Generoso Guardia.

(b) Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión considerados son:

1. Todo niño que haya presentado alguna patología al nacer.
2. Patología en la madre que le haya impedido atender a su niño al nacer.
3. Madre y niño con HIV u otras patologías similares.
4. Residentes de otras áreas no pertenecientes al Distrito de San Miguelito ni a la Policlínica.
5. Residir en el área en un tiempo menor de un año.

(c) Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra, se calculó con la prevalencia nacional de uno de los factores de riesgo materno y la estimación del mismo riesgo, descrito en la literatura.

El riesgo establecido en la literatura, para la maternidad adolescente, es decir, madres con edad menor de 20 años y el cese de lactancia materna es de 3.75³⁵.

La Prevalencia a nivel nacional para la maternidad adolescente, se encuentra en el orden del 20%.

Para el cálculo del tamaño de la muestra, se utilizó el Programa para computadoras denominado Epi-Info-6, en el subprograma Epi-table, con los valores de OR= 3.75, una prevalencia entre los controles del 80%, una certeza del 95%, un poder del 90% y "p" menor del 5%, resultando obtener un total de 63 casos, como muestra mínima para nuestro estudio.

Los **controles** fueron establecidos en una relación de 1:1 para cada **caso**, por lo cual serían necesarios 63 controles. El total de la muestra mínima necesaria para el estudio sería de 126 niños, con sus respectivas madres.

La fórmula que utiliza el Programa Epi Info 6, para la obtención de la muestra, es la siguiente:

³⁵ Vega y González (1993), (op. cit.).

$$N = [pq (1+1/c) * (Z\alpha + Z(1-B))^2] / (P1-P0)^2$$

Donde:

$$P1 = P0 * OR / [1 + P0 (OR-1)]$$

$$p = (P1 + cP0) / (1+c)$$

$$q = 1-p$$

OR= Desigualdad relativa que se va a utilizar.

c= Razón de casos y controles.

Z α = Riesgo Alfa

Z(1-B) = Poder.

P0= Proporción de exposición en la población control.

3. Métodos e Instrumentos de Recolección de Datos

El instrumento de trabajo para registrar la información, consistió en una encuesta, basada en la entrevista personal y directa entre la madre del niño y el encuestador.

La entrevista utilizada, fue del tipo estructurada, en la cual, se establece una estandarización rígida al plantear preguntas idénticas y en el mismo orden, a cada uno de los participantes.

El entrevistador que aplicó la encuesta fue único, profesional, capacitado para la aplicación de la misma.

Para este tipo de entrevista, se elaboró un instrumento, el cual tuvo un período de prueba previo, para realizar las

modificaciones y ajustes respectivos.

Se aplicaron un total de 144 encuestas, obteniéndose 70 casos y 74 controles.

Toda la información recogida, fue introducida a una base de datos creada en el Programa de D-Base III, que luego fue procesada y transferida al Programa Epi-Info 5 para finalmente ser analizada.

4. Plan de Tabulación y análisis

Para esta fase, utilizamos el Programa para computadoras llamado Epi-Info 5, el cual permite, el cálculo de las frecuencias absolutas y relativas de todos los casos y controles del estudio, con sus respectivos análisis por factor de exposición.

El programa Epi-Info 5, produce directamente, **tablas** de los casos y controles para cada factor de riesgo utilizado, permitiendo la realización del análisis estadístico simple y estratificado.

(a) Análisis Estadístico Simple

El Análisis Estadístico Simple, nos permite lo siguiente:

1. Identificar los **casos** y **controles**, y calcular las proporciones de expuestos (p_1) y de no expuestos (p_2), para cada factor de riesgo estudiado, estableciendo comparaciones.

2. Calcular la **significancia estadística** de cada uno de los factores de riesgo escogidos para el estudio.

Las pruebas más utilizadas son, la prueba de chi-cuadrado, la cual se considera significativa con valores mayores a 3.84 y la prueba de Z.³⁶ Cualquier prueba de significancia estadística se traduce en términos de probabilidad o valores de "p", que se acepta significativa, con valores menor a 0.05 (5%).

3. Calcular la **asociación** probable de cada factor de riesgo con el evento, mediante el riesgo relativo. En nuestro estudio, no podemos calcular directamente la incidencia en los expuestos y no expuestos, por lo cual obtendremos una estimación del riesgo relativo. En nuestro caso está dada, por la desigualdad relativa o sus sinónimos que son la razón de productos cruzados, la razón de disparidad u **odds ratio (OR)** en inglés.

Se considera que existe una asociación causal entre el factor de riesgo y el efecto o fenómeno estudiado, cuando la **desigualdad relativa (OR) es mayor a uno (1)**. Es decir, el riesgo de que se presente el problema en la población de estudio, con el factor de exposición relacionado, se considera alto.

Si la **desigualdad relativa (OR) es igual a uno (1)**, se

³⁶ Colimon, (1990).

considera que no hay diferencias para presentar el problema de estudio, entre los expuestos y no expuestos al factor de riesgo relacionado.

Si la **desigualdad relativa (OR) es menor a uno (1)**, se considera que el factor de riesgo relacionado tiene un efecto protector para la presencia del problema de estudio, entre la población expuesta.

4. Otro cálculo importante es el de los **límites de confianza** para el estudio, los cuales son considerados como válidos, cuando el límite inferior y superior están por arriba de uno (1). En los estudios de casos y controles, es muy importante el valor del límite inferior, el cual necesariamente debe ser mayor de uno.

5. El cálculo del porcentaje o fracción de riesgo atribuible (Ra%), representa el porcentaje de riesgo que se atribuye al factor de riesgo, en el grupo expuesto. Puede ser estimado en función de la razón de disparidad (OR) obtenida en el estudio, que a su vez, es una estimación del riesgo relativo.

Su fórmula es la siguiente: $Ra\% = OR - 1 / OR \times 100^{37}$.

(b) Análisis Estadístico Estratificado

El Análisis Estadístico Estratificado, se utiliza para

³⁷ Colimon, (1990), (op. cit.).

determinar la presencia o no de las variables de confusión.

Estas variables, pueden causar distorsión en la estimación del riesgo de un factor de exposición, por el efecto que ellas también producen dentro del análisis simple.

Esta distorsión de las variables de confusión se traduce, en un efecto de anulación, aumento o disminución del riesgo de las otras variables que se relacionan en el estudio.

Para anular esta distorsión, se clasifican por estratos para cada variable probable de confusión y dentro de cada uno de estos estratos, se investiga la probable asociación de las variables del estudio y el problema o efecto.

El Programa Epi-Info 5, permite de forma directa este análisis, a través del uso de las tablas comparativas de casos y controles para cada factor de exposición y en la misma comparación, se le adiciona, el factor que se considera de confusión para obtener los estratos respectivos.

Utilizando el cálculo estadístico del estimador ponderado de la desigualdad relativa (OR) de Mantel - Haenszel, se determina la influencia de las variables de confusión sobre las variables del estudio.

Al comparar las desigualdades relativas (OR) cruda y la ponderada o ajustada, se puede determinar si hay diferencias con cada variable de confusión, que se haya estratificado. Si las desigualdades relativas (OR) comparadas, son iguales o

variable de confusión presente en el estudio, que influya en los resultados obtenidos.

Como posibles factores de confusión para el estudio, analizaremos al ingreso económico, la escolaridad y la edad materna.

Para la investigación, se utilizaron recursos financieros propios del investigador y recursos técnicos de los Programas de Computadora ya señalados anteriormente, que resumimos así:

- Word Perfect 5.2
- Word Perfect 6.0
- D-Base III
- Epi-Info 5
- Epi-Info 6.

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACION DE DATOS

1. Análisis Estadístico

(a) Análisis Estadístico Simple

De las 144 entrevistas realizadas, se identificaron 70 casos y 74 controles. A todos los casos y controles se les calculó sus proporciones de exposición (p_1 y p_2) para los diversos factores de riesgo del estudio y se establecieron las comparaciones respectivas. (Cuadro II) , (Cuadro III)

En este aspecto, es importante recordar que:

p_1 = se refiere a la proporción de los casos expuestos al factor de riesgo y se obtiene de la relación de los casos expuestos entre el total de casos o total de la población con el efecto positivo. ($p_1 = a/a+c$)

p_2 = se refiere a la proporción de los controles expuestos al factor de riesgo y se obtiene de la relación de los controles expuestos entre el total de controles o total de la población con el efecto negativo. ($p_2 = b/b+d$)

De igual manera, se buscó la posible asociación causal (OR), con sus pruebas de significancia estadística y límites de confianza correspondientes, entre los factores de riesgo estudiados y el cese de lactancia materna completa antes de los cuatro meses de edad, motivo de nuestro estudio.

(Cuadro IV) , (Cuadro V).

los casos expuestos fue del 2.9%, mientras que la de los controles fue de 13.5%, resultando una mayor proporción en este último grupo ($p_2 > p_1$). El OR, fue de 0.19 con límites de confianza de 0.02-0.94 y un valor de $p= 0.044$, sin asociación causal para el problema, sino por el contrario; este grupo de edad en el estudio, se comporta como un factor de protección para el problema.

Con el **cese de lactancia exclusiva en niños de dos meses y menos**, la proporción de los casos expuestos fue del 82.9% y de los controles expuestos fue del 25.7%. La mayor proporción fue de los casos ($p_1 > p_2$). El OR, fue de 13.99, con límites de confianza de 5.76-34.76 y $p=0.00$, con una asociación causal, altamente significativa.

La **escolaridad materna de seis grados y menos (0-6)** presentó una proporción de exposición de casos de 12.9% y de exposición de controles de 16.2%. Con un ligero aumento en los controles, ($p_2 > p_1$). El OR, en este caso fue de 0.76, con límites de confianza de 0.27-2.14, el valor de $p= 0.57$, sin ninguna asociación, ni significancia estadística.

El **estado civil de la madre soltera**, obtuvo una proporción de casos expuestos de 5.7%, y de controles expuestos de 4.1%. Hay un leve aumento entre los casos ($p_1 > p_2$). El valor del OR, fue de 1.43, con límites de 0.26-8.56 con un valor de $p= 0.64$. Con una asociación causal, no

significativa.

La **paridad materna en primíparas**, obtuvo una proporción de exposición en los casos de 40% y en los controles de 44.6% resultando esta última, mayor ($p_2 > p_1$). El valor de OR, fue de 0.83 con límites de confianza de 0.40-1.71 y un valor de $p=0.58$, sin asociación, ni significancia estadística.

El **trabajo materno fuera del hogar**, tiene una proporción de casos expuestos de 51.4% y de controles expuestos de 18.9%. La proporción de los casos es mayor ($p_1 > p_2$). El valor de OR, fue de 4.54, con límites de confianza de 2.01-10.37 y un valor de $p=0.00$, con una asociación causal, altamente significativa.

El **ingreso económico mayor a \$ 300.00**, presentó una proporción de casos expuestos de 34.3% y de controles expuestos de 29.7%, ligeramente superior en los casos, ($p_1 > p_2$). El valor de OR fue de 1.23, con límites de confianza de 0.57-2.66 y un valor de $p=0.56$, sin asociación causal, significativa.

Para la **recomendación de fórmulas por el personal de salud**, obtuvimos una proporción de casos expuestos de 37.1% y de controles expuestos de 8.1%. Observamos que los casos expuestos tienen mayor proporción, ($p_1 > p_2$). El valor de OR fue de 6.70, con límites de confianza de 2.35-20.06 y un valor de $p=0.00$, demostrando una asociación causal, altamente significativa.

En el caso de las **recomendaciones familiares y amigos cercanos para el uso de fórmulas de leche**, la proporción de los casos expuestos fue de 71.4% y de controles expuestos de 33.8%, resultando mayor, la de casos expuestos, ($p_1 > p_2$). El valor de OR, fue de 4.90, con límites de 2.27-10.70 y valor de $p=0.00$, con asociación causal, altamente significativa.

La **influencia de las propagandas comerciales en el uso de fórmulas de leche**, las proporciones de casos expuestos y controles expuestos tuvo pocas diferencias, resultando ligeramente superior la de casos expuestos con 78.6% y los controles con 71.6%, ($p_1 > p_2$). El valor de OR, fue de 1.45, con límites de confianza de 0.63-3.36 y un valor de $p=0.33$, sin asociación causal, significativa.

La condición de permanecer, **sin alojamiento conjunto** entre la madre y el niño, presentó proporciones de casos expuestos de 30% y controles expuestos de 13.5%. Los casos expuestos resultaron mayores, ($p_1 > p_2$). El valor de OR, fue de 2.74, con límites de confianza de 1.09-6.99 y valor de $p=0.02$, con una asociación causal, significativa.

El **tiempo más largo (2 horas y más) para la iniciación del pecho materno** presentó proporciones de casos expuestos de 40% y de controles expuestos de 24.3%, siendo mayores los casos expuestos ($p_1 > p_2$). El valor del OR, fue de 2.07, con límites de 0.96-4.53, con un valor de $p=0.07$, con una

asociación causal, no significativa.

Las madres que resultaron casos, **sin conocimiento adecuado**, tuvieron una proporción de 41.4% y los controles expuestos de 12.2%. Los casos expuestos fueron mayores, ($p_1 > p_2$). El valor de OR, fue de 5.11, con límites de 2.04-13.12 y un valor de $p=0.00$, con asociación causal, altamente significativa.

Para la condición, **sin orientación adecuada** en la madre, los casos expuestos fueron de 70%, proporción un poco más alta que en los controles, en los cuales fue de 59.5%. ($p_1 > p_2$). El valor de OR, fue de 1.59, con límites de confianza de 0.75-3.39 y un valor de $p=0.19$, sin una asociación causal que fuese significativa estadísticamente.

El porcentaje o fracción de riesgo atribuible (Ra%), fue calculado en función de la razón de disparidad (OR) obtenida para cada factor de riesgo con asociación causal significativa, para el cese de la lactancia materna completa. (Cuadro VI).

(b) Análisis Estadístico Estratificado

Realizamos un análisis por estratos, para algunos de los factores de riesgo estudiados en los cuales se esperaba una asociación causal significativa para el cese de la lactancia materna completa sin poder encontrarla; como fueron la edad,

escolaridad y la paridad materna. El propósito de este análisis fue el de controlar las variables de confusión que pudieran influir en los resultados, alterando los mismos.

Analizamos para **la edad materna y el cese de lactancia materna completa**, el posible factor de confusión de la escolaridad materna, sin encontrar diferencias en el nivel de asociación causal ni significancia estadística para el problema, pero sí con la persistencia del factor de protección. (Cuadro VII).

En el caso de la **escolaridad materna y el cese de lactancia materna completa**, estratificamos por la edad y el ingreso económico materno, sin encontrar asociación ni significancia estadística en los valores ajustados del OR, comparativamente con los valores del OR crudo. (Cuadro VIII), (Cuadro IX).

Para la paridad materna y el cese de lactancia materna completa, estratificamos por escolaridad e ingreso económico materno, sin encontrar asociación causal ni significancia estadística en los valores del OR ajustado, en comparación con los valores del OR crudo. (Cuadro X), (Cuadro XI).

2. Interpretación de los Datos

Las proporciones de exposición, tanto para los casos como para los controles, nos permiten una idea general de lo que podemos esperar entre los grupos de comparación; es decir, si el factor de riesgo que deseamos estudiar, puede ser el responsable de la producción del problema, entonces, debemos esperar una mayor proporción de casos expuestos al factor de riesgo, que de controles expuestos. (Cuadro II) , (Cuadro III)

De esta manera tenemos, que de los **14 factores de riesgo** estudiados, **las mayores proporciones de casos expuestos** , con respecto a los controles fueron **ocho** y son los siguientes: el cese de lactancia exclusiva en niños de dos meses y menos (de 82.9% vs 25.7%), el trabajo materno fuera del hogar (con 51.4% vs 18.9%), las recomendaciones del personal de salud y de los familiares para el uso de fórmulas (37.1% vs 8.1 y 71.4% vs 33.8% respectivamente), la falta de alojamiento conjunto (30% vs 13.5%), la falta de conocimiento adecuado de la madre (41.4% vs 12.2%), el mayor tiempo de inicio de pecho materno al nacer (40% vs 24.3%), la falta de orientación adecuada en la madre (70% vs 59.5%).

Los factores de riesgo con **leve aumento en las proporciones de casos fueron tres**, que son: el estado civil de

la madre soltera (5.7% vs 4.1%), el ingreso económico mayor de \$ 300.00 (34.3% vs 29.7%) y la influencia de las propagandas comerciales (78.6% vs 71.6%).

Los factores de riesgo que **no presentaron mayores proporciones de casos** fueron tres, que son: la edad materna menor de 20 años (2.9% vs 13.5%), la escolaridad materna menor de seis grados (12.9% vs 16.2%), la paridad materna de primípara (40% vs 44.6%).

De todos los factores de riesgo estudiados **seis, de los ocho** que obtuvieron las mayores proporciones de casos expuestos al factor de riesgo estudiado, presentaron asociación causal significativa, para el cese de lactancia materna completa y fueron:

1. El cese de lactancia exclusiva en los niños de dos meses y menos.
2. El trabajo materno fuera del hogar.
3. Las recomendaciones del personal de salud para el uso de fórmulas de leche.
4. Las recomendaciones de los familiares para el uso de fórmulas de leche.
5. La falta del alojamiento conjunto.
6. La falta de conocimiento adecuado de la madre.

De todos estos factores, el **cese de la lactancia exclusiva en los niños de dos meses de edad y menos**, presentó

la mayor asociación causal, estadísticamente significativa, para el cese de la lactancia materna completa.

Las madres que suspenden la lactancia exclusiva en niños de dos meses y menos, tienen un riesgo de 13.99 veces más, de suspender la lactancia materna completa, que las madres que continúan la misma a sus niños, en edades mayores a los dos meses. (Cuadro IV, pág. 98).

El **trabajo materno fuera del hogar**, aparece como un factor de riesgo, con un OR de 4.54 veces mayor de suspender la lactancia materna completa, con respecto a las madres que no trabajan fuera del hogar. (Cuadro IV, pág. 98).

La exposición a las **recomendaciones por parte del personal de salud para el uso de fórmulas** en los niños, tuvo un riesgo de 6.7 veces mayor para la suspensión de la lactancia materna completa en las madres expuestas, que en las no expuestas. (Cuadro V, pág. 99).

De igual manera, la exposición a las **recomendaciones de familiares y amigos cercanos para el uso de fórmulas** de leche, tuvo un riesgo de 4.9 veces mayor para que las madres expuestas, suspendan la lactancia materna completa en sus niños. (Cuadro V, pág. 99).

La **falta de alojamiento conjunto** de la madre y el niño al nacer, tuvo un riesgo de 2.74 veces más para el cese de la lactancia materna completa, que las madres que se alojaban con

sus niños. (Cuadro V, pág. 99).

La **falta de conocimiento adecuado** de la madre sobre lactancia materna, tuvo un riesgo de 5.11 veces más para la suspensión de la lactancia materna completa que en las madres con conocimiento adecuado del tema. (Cuadro V, pág. 99).

Los factores que en nuestro estudio, **no tuvieron** asociación causal **significativa**, ni siquiera con el análisis estratificado en aquellas en que éste, se les pudo realizar fueron las siguientes:

1. Edad materna menor de 20 años.
2. El estado civil soltera en la madre.
3. La condición de paridad de primípara.
4. La menor escolaridad materna.
5. El ingreso económico mayor de \$ 300.00.
6. Las influencias de las propagandas comerciales para el uso de las fórmulas de leche.
7. La falta de orientación adecuada de la madre.
8. El mayor tiempo de inicio de la lactancia al nacer el niño.

La literatura, los contempla como factores de riesgo para el cese de la lactancia materna completa y aunque en nuestro estudio, no se hayan podido establecer como factores causales del problema, no se descarta el hecho probable de que puedan serlo, en otras circunstancias diferentes.

En cuanto a las influencias de las propagandas comerciales para el uso de fórmulas, podemos considerar de gran valor, la aprobación de los aspectos legales que han provocado una gran disminución en el país de las mismas, hecho que probablemente, esté iniciando sus efectos en la población.

La edad materna menor de 20 años, fue un factor muy limitado en nuestro estudio, debido a las condiciones que exige la institución, donde fue realizado. La mayoría de las madres que acuden a la misma, son aseguradas activas o beneficiarias, condiciones que para una madre menor de 20 años, no siempre son factibles.

Por otra parte, esta edad, se comporta como un factor de protección para el problema y no como un factor de riesgo para el problema.

No pudimos realizar el análisis estratificado de la edad materna menor de 20 años para algunos factores de interés como por ejemplo: el ingreso económico, trabajo materno fuera del hogar, estado civil y la falta de conocimiento adecuado; por no contar en algunos estratos del análisis, con los **casos para el cese de lactancia materna completa** en este grupo de edad.

Para el trabajo materno fuera del hogar no hubo **ni casos ni controles en la edad materna menor de 20 años**, lo cual nos hacía suponer que ninguna madre del estudio en este grupo de edad, trabajaba.

Al estratificar la edad menor de 20 años, por el estado civil de soltera, no hubo **casos** y sólo un control. Estos análisis, nos permitieron deducir, que todas las madres menores de 20 años de nuestro estudio, eran beneficiarias.

La estratificación de la edad por el grado de escolaridad, no mostró asociación causal significativa para el problema, pero sí persistió el factor de protección en las madres menores de 20 años, con mayor grado de escolaridad. (Cuadro VII).

La estratificación de la escolaridad materna por edad e ingreso económico materno, no mostraron asociación causal significativa en los valores ajustados del OR, por lo cual podemos inferir que tanto la edad como el ingreso económico materno no actúan como factores de confusión para el problema. (Cuadro VIII), (Cuadro IX).

En cuanto a la paridad materna, se estratificó por la escolaridad y el ingreso económico, sin encontrar asociación causal significativa en los valores del OR ajustado, por lo cual ambos factores no actúan como distractores para el problema de estudio. (Cuadro X), (Cuadro XI).

Finalmente, con los cálculos de la fracción atribuible para los factores de riesgo, con asociación causal significativa (Cuadro VI), podemos decir que la fracción de riesgo para la suspensión de la lactancia materna completa, se

atribuye en un 92.9% al cese de lactancia exclusiva en niños de dos meses y menos; en un 85.1% a las recomendaciones del personal de salud para usar fórmulas; en un 80.4%, a la falta de conocimiento adecuado; en un 78%, al trabajo materno fuera del hogar; en un 79.6% a las recomendaciones familiares para usar fórmulas y en un 63.5%, a la ausencia del alojamiento conjunto.

Todos estos factores, son vulnerables con buenos programas educativos.

CUADRO II

PROPORCIÓN DE EXPUESTOS Y NO EXPUESTOS A LOS FACTORES DE RIESGO PARA EL CESE DE LA LACTANCIA MATERNA COMPLETA. POLICLINICA GENEROSO GUARDIA. JUNIO-SEPTIEMBRE 1996.

FACTORES DE RIESGO	TOTAL		CASOS		CONTROLES	
	N°	%	N°	%	N°	%
TOTAL	144.0	100.0	70.0	100.0	74.0	100.0
EDAD MATERNA						
< 20 AÑOS	12.0	8.3	2.0	2.9	10.0	13.5
20 AÑOS Y >	132.0	91.7	68.0	97.1	64.0	86.5
CESE DE LACTANCIA EXCLUSIVA						
0-2 MESES	77.0	53.5	58.0	82.9	19.0	25.7
> 2 MESES	67.0	46.5	12.0	17.1	55.0	74.3
ESCOLARIDAD MATERNA						
0-6 GRADOS	21.0	14.6	9.0	12.9	12.0	16.2
> 6 GRADOS	123.0	85.4	61.0	87.1	62.0	83.8
ESTADO CIVIL						
SOLTERA	7.0	4.9	4.0	5.7	3.0	4.1
NO SOLTERA	137.0	95.1	66.0	94.3	71.0	95.9
PARIDAD MATERNA						
PRIMIPARA	61.0	42.4	28.0	40.0	33.0	44.6
MULTIPARA	83.0	57.6	42.0	60.0	41.0	55.4
TRABAJO FUERA DEL HOGAR						
SI	50.0	34.7	36.0	51.4	14.0	18.9
NO	94.0	65.3	34.0	48.6	60.0	81.1
INGRESO ECONOMICO						
MAYOR A \$ 300.00	46.0	31.9	24.0	34.3	22.0	29.7
\$ 300.00 Y MENOS	98.0	68.1	46.0	65.7	52	70.3

FUENTE: ENCUESTA DE LOS FACTORES DE RIESGO AL CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA EN LACTANTES. POLICLINICA GENEROSO GUARDIA. JUNIO-SEPTIEMBRE DE 1996.

CUADRO III

PROPORCIÓN DE EXPUESTOS Y NO EXPUESTOS A LOS FACTORES DE RIESGO PARA EL CESE DE LA LACTANCIA MATERNA COMPLETA. POLICLINICA GENEROSO GUARDIA. JUNIO-SEPTIEMBRE 1996.

FACTORES DE RIESGO	TOTAL		CASOS		CONTROLES	
	N°	%	N°	%	N°	%
TOTAL	144	100.0	70	100.0	74	100.0
RECOMENDACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD FÓRMULAS DE LECHE						
SI	32	22.2	26	37.1	6	8.1
NO	112	77.8	44	62.9	68	91.9
RECOMENDACIÓN DEL FAMILIAR DE FÓRMULAS DE LECHE						
SI	75	52.1	50	71.4	25	33.8
NO	69	47.9	20	28.6	49	66.2
INFLUENCIA DE PROPAGANDAS EN USO DE FÓRM/LECHE						
SI	108	75.0	55	78.6	53	71.6
NO	36	25.0	15	21.4	21	28.4
ALOJAMIENTO CONJUNTO						
SIN	31	21.5	21	30.0	10	13.5
CON	113	78.5	49	70.0	64	86.5
TIEMPO DE INICIO DE PECHO MATERNO						
> 2 HORAS	46	31.9	28	40.0	18	24.3
2 HORAS Y <	98	68.1	42	60.0	56	75.7
CONOCIMIENTO ADECUADO						
SIN	38	26.4	29	41.4	9	12.2
CON	106	73.6	41	58.6	65	87.8
ORIENTACIÓN ADECUADA						
SIN	93	64.6	49	70.0	44	59.5
CON	51	35.4	21	30.0	30	40.5

FUENTE: ENCUESTA DE LOS FACTORES DE RIESGO AL CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA EN LACTANTES. POLICLINICA GENEROSO GUARDIA. JUNIO-SEPTIEMBRE DE 1996.

CUADRO IV

DESIGUALDAD RELATIVA (OR), LÍMITES DE CONFIANZA Y PRUEBA DE SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA PARA LOS FACTORES DE RIESGO AL CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA. POLICLINICA GENEROSO GUARDIA. JUNIO-SEPTIEMBRE DE 1996

FACTORES DE RIESGO	CASOS	CONTROLES	OR	LIMITES DE CONFIANZA	X ²	VALOR DE "p"
EDAD MATERNA						
< 20 AÑOS	2	10	0.19	0.02	4.04	0.04
20 AÑOS Y >	68	64		0.94		
CESE DE LACTANCIA EXCLUSIVA EN						
0-2 MESES	58	19	13.99	5.76	47.28	0.00
> 2 MESES	12	55		34.76		
ESCOLARIDAD MATERNA						
0-6 GRADOS	9	12	0.76	0.27	0.33	0.57
> 6 GRADOS	61	62		2.14		
ESTADO CIVIL						
SOLTERA	4	3	1.43	0.26	0.21	0.64
NO SOLTERA	66	71		8.56		
PARIDAD MATERNA						
PRIMIPARA	28	33	0.83	0.40	0.31	0.58
MULTIPARA	42	41		1.71		
TRABAJO FUERA DEL HOGAR						
SI	36	14	4.54	2.01	16.77	0.00
NO	34	60		10.37		
INGRESO ECONOMICO						
> \$ 300.00	24	22	1.23	0.57	0.34	0.56
\$300.00 Y <	46	52		2.66		

FUENTE: ENCUESTA DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CESE DE LA LACTANCIA MATERNA COMPLETA. POLICLINICA GENEROSO GUARDIA. JUNIO-SEPTIEMBRE DE 1996.

CUADRO V

DESIGUALDAD RELATIVA (OR), LÍMITES DE CONFIANZA Y PRUEBA DE SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA, PARA LOS FACTORES DE RIESGO AL CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA. POLICLINICA GENEROSO GUARDIA. JUNIO-SEPTIEMBRE DE 1996.

FACTORES DE RIESGO	CASOS	CONTROLES	OR	LIMITES CONFIANZA	X²	VALOR DE "p"
RECOMENDACIÓN PERSONAL SALUD FÓRMULAS/LECHE						
SI	26	6	6.70	2.35	17.55	0.00
NO	44	68		20.06		
RECOMENDACIÓN DEL FAMILIAR DE FÓRMULAS/ LECHE						
SI	50	25	4.90	2.27	20.43	0.00
NO	20	49		10.70		
INFLUENCIA DE PROPAGANDAS DE FÓRM./LECHE						
SI	55	53	1.45	0.63	0.93	0.33
NO	15	21		3.36		
ALOJAMIENTO CONJUNTO						
SIN	21	10	2.74	1.09	5.79	0.02
CON	49	64		6.99		
TIEMPO DE INICIO/ PECHO						
> 2 HORAS	28	18	2.07	0.95	3.38	0.07
2 HRASY <	42	56		4.55		
CONOCIMIENTO ADECUADO						
SIN	29	9	5.11	2.04	15.86	0.00
CON	41	65		13.12		
ORIENTACIÓN ADECUADA						
SIN	49	44	1.59	0.75	1.75	0.19
CON	21	30		3.39		

FUENTE: ENCUESTA DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CESE DE LA LACTANCIA MATERNA COMPLETA. POLICLINICA GENEROSO GUARDIA. JUNIO-SEPTIEMBRE DE 1996.

CUADRO VI

**FACTORES DE RIESGO CON ASOCIACIÓN CAUSAL SIGNIFICATIVA
PARA EL CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA, CON LAS
FRACCIONES DE RIESGO ATRIBUIBLE RESPECTIVAS.
POLICLINICA GENEROSO GUARDIA. JUNIO-SEPTIEMBRE DE 1996.**

FACTORES DE RIESGO	CASOS	CONTROLES	OR	LIMITES CONFIANZA	RA%	RANGO DEL RA%
CESE DE LACTANCIA EXCLUSIVA						
0-2 MESES	58	19	13.99	5.76	92.9	83.9
> 2 MESES	12	55		34.76		
TRABAJO MATERNO FUERA DEL HOGAR						
SI	36	14	4.54	2.01	78.0	53.5
NO	34	60		10.37		
RECOMENDACIÓN PERSONAL SALUD FÓRMULAS LECHE						
SI	26	6	6.70	2.35	85.1	60.8
NO	44	68		20.06		
CONOCIMIENTO ADECUADO						
SIN	29	9	5.11	2.04	80.4	54.5
CON	41	65		13.12		
RECOMENDACIÓN DEL FAMILIAR DE FÓRMULAS/LECHE						
SI	50	25	4.90	2.27	79.6	58.6
NO	20	49		10.70		
ALOJAMIENTO CONJUNTO						
SIN	21	10	2.74	1.09	63.5%	15.6
CON	49	64		6.99		

FUENTE: ENCUESTA DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CESE DE LA LACTANCIA MATERNA COMPLETA EN LACTANTES. POLICLINICA GENEROSO GUARDIA. JUNIO-SEPTIEMBRE DE 1996.

CUADRO VII

DESIGUALDAD RELATIVA (OR), DEL CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA CON RESPECTO A LA EDAD MATERNA ESTRATIFICADA POR LA ESCOLARIDAD DE LA MADRE. POLICLINICA GENEROSO GUARDIA. JUNIO-SEPTIEMBRE DE 1996.

FACTOR DE RIESGO	CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA		
	CASOS	CONTROLES	
EDAD			
< 20 AÑOS	2	10	OR= 0.19 LC= 0.02-0.94 X ² = P= 0.044
20 AÑOS Y >	68	64	

ANÁLISIS ESTRATIFICADO POR LA ESCOLARIDAD DE LA MADRE

FACTOR DE CONFUSIÓN	FACTOR DE RIESGO	CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA		
		CASOS	CONTROLES	
	EDAD			
ESCOLARIDAD 0-6 GRADOS	< 20 AÑOS	1	2	OR= 0.63 LC= 0.02-12.13 X ² = 0.13 P= 0.71
	20 AÑOS Y >	8	10	
	EDAD			
ESCOLARIDAD > 6 GRADOS	< 20 AÑOS	1	8	OR= 0.11 LC= 0.01-0.95 X ² = 4.21 P= 0.04
	20 AÑOS Y >	60	54	

AJUSTE DE LA DESIGUALDAD RELATIVA, SEGUN MANTEL HAENSZEL

OR= 0.20
LC= 0.04-0.93
X²= 3.82
P= 0.05

FUENTE: ENCUESTA PARA LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA EN LACTANTES. POLICLINICA GENEROSO GUARDIA. JUNIO-SEPTIEMBRE DE 1996

CUADRO VIII

DESIGUALDAD RELATIVA (OR), DEL CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA CON RESPECTO A LA ESCOLARIDAD MATERNA ESTRATIFICADA POR LA EDAD MATERNA POLICLINICA GENEROSO GUARDIA. JUNIO-SEPTIEMBRE DE 1996.

FACTOR DE RIESGO	CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA		
	CASOS	CONTROLES	
ESCOLARIDAD			
0-6 GRADOS	9	12	OR= 0.76 LC= 0.27-2.14 X ² = 0.33 P= 0.57
> 6 GRADOS	61	62	

ANÁLISIS ESTRATIFICADO POR LA EDAD DE LA MADRE

FACTOR DE CONFUSIÓN	FACTOR DE RIESGO	CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA		
		CASOS	CONTROLES	
EDAD < 20 AÑOS	ESCOLARIDAD			
	0-6 GRADOS	1	2	OR= 4.00 LC= 0.03-352.33 X ² = 0.80 P= 0.37
	> 6 GRADOS	1	8	
EDAD > 20 AÑOS	ESCOLARIDAD			
	0-6 GRADOS	8	10	OR= 0.72 LC= 0.24-2.18 X ² = 0.15 P= 0.69
	> 6 GRADOS	60	54	

AJUSTE DE LA DESIGUALDAD RELATIVA, SEGUN MANTEL HAENSZEL

OR= 0.84
LC= 0.32-2.15
X²= 0.02
P= 0.89

FUENTE: ENCUESTA PARA LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA EN LACTANTES. POLICLINICA GENEROSO GUARDIA. JUNIO-SEPTIEMBRE DE 1996

CUADRO IX

**DESIGUALDAD RELATIVA (OR), DEL CESE DE LACTANCIA
MATERNA COMPLETA CON RESPECTO A LA ESCOLARIDAD MATERNA
ESTRATIFICADA POR EL INGRESO ECONÓMICO DE LA MADRE.
POLICLINICA GENEROSO GUARDIA. JUNIO-SEPTIEMBRE DE 1996.**

FACTOR DE RIESGO	CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA		
	CASOS	CONTROLES	
ESCOLARIDAD			
0-6 GRADOS	9	12	OR= 0.76 LC= 0.27-2.14 X ² = 0.33 P= 0.57
> 6 GRADOS	61	62	

ANÁLISIS ESTRATIFICADO POR EL INGRESO ECONÓMICO DE LA MADRE

FACTOR DE CONFUSIÓN	FACTOR DE RIESGO	CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA		
		CASOS	CONTROLES	
INGRESO > \$300.00	ESCOLARIDAD			
	0-6 GRADOS	2	2	OR= 0.91 LC= 0.08-10.41 X ² = 0.01 P= 0.92
> 6 GRADOS	22	20		
INGRESO \$300.00 Y <	ESCOLARIDAD			
	0-6 GRADOS	7	10	OR= 0.75 LC= 0.23-2.46 X ² = 0.27 P= 0.60
> 6 GRADOS	39	42		

AJUSTE DE LA DESIGUALDAD RELATIVA, SEGUN MANTEL HAENSZEL

OR= 0.78
LC= 0.31-2.01
X²= 0.07
P= 0.788

FUENTE: ENCUESTA PARA LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA EN LACTANTES. POLICLINICA GENEROSO GUARDIA. JUNIO-SEPTIEMBRE DE 1996

CUADRO X

**DESIGUALDAD RELATIVA (OR), DEL CESE DE LACTANCIA
MATERNA COMPLETA CON RESPECTO A LA PARIDAD MATERNA
ESTRATIFICADA POR LA ESCOLARIDAD MATERNA.
POLICLINICA GENEROSO GUARDIA. JUNIO-SEPTIEMBRE DE
1996.**

FACTOR DE RIESGO	CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA		
	CASOS	CONTROLES	
PARIDAD MATERNA			OR= 0.83 LC= 0.40-1.71 X ² = 0.31 P= 0.58
PRIMÍPARA	28	33	
MULTÍPARA	42	41	

ANÁLISIS ESTRATIFICADO POR LA ESCOLARIDAD DE LA MADRE

FACTOR DE CONFUSIÓN	FACTOR DE RIESGO	CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA		
		CASOS	CONTROLES	
ESCOLARIDAD 0-6 GRADOS	PARIDAD PRIMÍPARA	2	4	OR= 0.57 LC= 0.05-5.86 X ² = 0.31 P= 0.577
	MULTÍPARA	7	8	
ESCOLARIDAD > 6 GRADOS	PARIDAD PRIMÍPARA	26	29	OR= 0.85 LC= 0.39-1.84 X ² = 0.21 P= 0.64
	MULTÍPARA	35	33	

AJUSTE DE LA DESIGUALDAD RELATIVA, SEGUN MANTEL HAENSZEL

OR= 0.81
LC= 0.41-1.57
X²= 0.21
P= 0.649

FUENTE: ENCUESTA PARA LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA EN LACTANTES. POLICLINICA GENEROSO GUARDIA. JUNIO-SEPTIEMBRE DE 1996

CUADRO XI

DESIGUALDAD RELATIVA (OR), DEL CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA CON RESPECTO A LA PARIDAD MATERNA ESTRATIFICADA POR EL INGRESO ECONÓMICO DE LA MADRE. POLICLINICA GENEROSO GUARDIA. JUNIO-SEPTIEMBRE DE 1996.

FACTOR DE RIESGO	CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA		
	CASOS	CONTROLES	
PARIDAD MATERNA			OR= 0.83 LC= 0.40-1.71 X ² = 0.31 P= 0.58
PRIMÍPARA	28	33	
MULTÍPARA	42	41	

ANÁLISIS ESTRATIFICADO POR EL INGRESO ECONÓMICO DE LA MADRE

FACTOR DE CONFUSIÓN	FACTOR DE RIESGO	CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA		
		CASOS	CONTROLES	
INGRESO > \$300.00	PARIDAD			OR= 0.41 LC= 0.13-1.89 X ² = 1.39 P= 0.238
	PRIMÍPARA	10	13	
	MULTÍPARA	14	9	
INGRESO \$300.00 Y <	PARIDAD			OR= 1.03 LC= 0.42-2.53 X ² = 0.00 P= 0.946
	PRIMÍPARA	18	20	
	MULTÍPARA	28	32	

AJUSTE DE LA DESIGUALDAD RELATIVA, SEGUN MANTEL HAENSZEL

OR= 0.81
LC= 0.42-1.57
X²= 0.20
P= 0.652

FUENTE: ENCUESTA PARA LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA EN LACTANTES. POLICLINICA GENEROSO GUARDIA. JUNIO-SEPTIEMBRE DE 1996.

CONCLUSIONES

1. Aunque existen factores de riesgo descritos en la literatura que pueden estar asociados al problema de la suspensión prematura de la lactancia natural completa; los **estudios analíticos** que expliquen el grado de asociación, **son escasos** internacionalmente y **nulos** a nivel nacional.
2. De todos los factores de riesgo, con asociación significativa en el estudio, el cese de lactancia exclusiva en niños de dos meses y menos, fue el que **mayor** fuerza de asociación presentó con el problema. Estos resultados, corroboran la gran importancia de la sostenibilidad de la lactancia exclusiva materna en el niño, el mayor tiempo posible para que al menos, se pueda continuar con el amamantamiento de forma completa hasta los cuatro meses de edad.
3. El trabajo materno fuera del hogar, obtuvo una asociación causal significativa con el problema, demostrando la importancia de este factor con respecto a la participación creciente de la mujer, en nuestra población económicamente activa.
4. Las recomendaciones del personal de salud para el uso de fórmulas, como factor de riesgo para el problema de estudio,

presentó una asociación causal, altamente significativa; demostrándose cuantitativamente, la importancia y urgencia del conocimiento adecuado en lactancia materna, que **debe** poseer este grupo de personal tan influyente.

5. Las recomendaciones del grupo familiar y de amigos íntimos, para el uso de fórmulas, fue otro factor con asociación causal, altamente significativa demostrando, la importancia de la influencia determinante que para el sostenimiento de la lactancia materna, tiene este grupo de personas.

6. La falta del alojamiento conjunto entre la madre y el niño en el postparto, tuvo asociación causal, significativa; lo cual fortalece, los aspectos que la literatura expone al respecto.

7. La falta de conocimiento adecuado de la madre para la presencia del problema de estudio, tuvo una asociación altamente significativa, lo cual también está de acuerdo con lo expuesto en la literatura y en lineamientos lógicos.

8. La fracción de riesgo atribuible para cada factor de riesgo con asociación causal significativa, mostró **cifras elevadas en orden descendente** para: el cese de lactancia exclusiva en niños de dos meses y menos, las recomendaciones del personal de salud en el uso temprano de fórmulas, la falta de conocimiento adecuado de la madre, las recomendaciones de

familiares y amigos en el uso temprano de fórmulas, el trabajo materno fuera del hogar y la falta de alojamiento conjunto.

9. Los factores de riesgo que no tuvieron asociación causal significativa en nuestro estudio, fueron la edad de la madre menor de 20 años, el estado civil de soltera, menor escolaridad materna, el ingreso económico mayor, la influencia de las propagandas comerciales en el uso de fórmulas, el mayor tiempo de inicio de lactancia materna al nacer y la falta de orientación adecuada de la madre.

10. Los factores de riesgo que no tuvieron asociación causal significativa en nuestro estudio, **no son** descartados como factores de riesgo asociados al problema en nuestro medio, pues bajo diferentes circunstancias, en las cuales se superen nuestras limitaciones, los resultados pueden ser positivos.

11. La edad materna de 20 años y menos, en nuestro estudio, se comporta como un factor protector para el cese de lactancia materna completa, lo cual nos indica que esta variable por sí misma, no constituye un factor de riesgo para el problema de estudio sino cuando está asociada a otras condiciones desfavorables.

12. Es importante, conocer la fuerza de asociación significativa de los factores de riesgo investigados, con el problema, para revisar los logros obtenidos hasta el momento con las acciones presentes y plantearnos nuevas estrategias

futuras.

13. El conocimiento de la fracción de riesgo atribuible de cada factor de exposición, permite una priorización en el planteamiento de las mejores estrategias, para enfrentar el problema.

RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios similares, en diferentes sectores del país, para poder establecer comparaciones que nos permitan adquirir conocimientos de mayor profundidad, respecto a este problema tan complejo.
2. Revisar las campañas educativas actuales sobre el tema de la lactancia, e introducir los hallazgos encontrados en el estudio, para reforzar el uso de la lactancia exclusiva en los cuatro a seis meses de vida del lactante, como garante, del mayor sostenimiento de la lactancia materna en general.
3. Insistir en la coordinación con las entidades rectoras educativas, para una inclusión adecuada del tema de lactancia natural completa, dentro de los programas educativos de los estudiantes desde el nivel básico, preferiblemente.
4. Insistir en la coordinación con las facultades de medicina y enfermería dentro del país, la inclusión del tema de lactancia natural completa, con las concepciones actualizadas sobre el tema y adicionando el conocimiento práctico de los problemas frecuentes del amamantamiento.
5. Vigilar que se mantengan a un nivel óptimo, los logros obtenidos, respecto al cumplimiento de los aspectos legales aprobados y a las prácticas hospitalarias introducidas que

favorecen el mantenimiento de la lactancia materna.

6. Elaborar, campañas educativas en sindicatos de trabajadoras y otras organizaciones femeninas, sobre la compatibilidad del trabajo materno fuera del hogar y el mantenimiento de la lactancia natural completa después del término del período de licencia que dictan nuestras leyes.

7. Realizar, estudios similares que permitan analizar los factores de riesgo que no fueron significativos en este estudio, para ampliar el conocimiento y seleccionar de acuerdo a nuestras características poblacionales, cuáles factores de riesgo, de todos los que expresa la literatura, pueden ser importantes en nuestro medio.

8. Realizar evaluaciones periódicas, acerca del cumplimiento de las normas actuales en lactancia materna, para conocer las limitaciones existentes en la obtención de los logros esperados, dentro de cada institución o región de salud del país.

9. Motivar a todo el personal multidisciplinario de salud y la población en general, sobre la importancia del mantenimiento de la lactancia materna en cualquiera de sus modalidades en el lactante, especialmente la lactancia completa, en los primeros cuatro a seis meses de vida.

10. Nunca olvidar, que en todo proceso educativo sobre lactancia materna, es más importante la transmisión adecuada

de todos los beneficios que proporciona la misma, para la salud del niño, que criticar la conducta materna que finalmente decida su utilización y el tiempo de su mantenimiento.

ANEXOS



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CESE DE LACTANCIA MATERNA
COMPLETA EN LACTANTES. SANTA LIBRADA. JUNIO-AGOSTO 1996.**

1. ¿ LE HA DADO SOLAMENTE PECHO MATERNO A SU BEBE, DESDE QUE NACIÓ HASTA LOS CUATRO MESES?
SI _____ NO _____
2. EDAD DE LA MADRE (AÑOS):
< 20 _____ 20 y MÁS _____
3. EDAD DEL NIÑO HASTA LA QUE LE DIÓ SOLAMENTE PECHO , SIN OTROS LÍQUIDOS:
0-2 meses _____ ; > 2 meses _____
4. GRADOS DE ESCOLARIDAD QUE HAYA COMPLETADO LA MADRE:
0-6 GRADOS _____ ; MÁS DE 6 GRADOS _____
5. ESTADO CIVIL DE LA MADRE:
SOLTERA _____ ; NO SOLTERA _____
6. PARIDAD DE LA MADRE:
PRIMIPARA _____ MULTIPARA _____
7. OCUPACIÓN REMUNERADA DE LA MADRE FUERA DEL HOGAR:
SI TIENE _____ NO TIENE _____
8. INGRESOS FAMILIARES MENSUALES SON :
\$ 300 Y MENOS _____ ; MAS DE \$ 300 _____
9. CON RESPECTO A LAS PREPARACIONES LÁCTEAS, LA LECHE MATERNA ES:
A- MEJOR _____ B- IGUAL/PEOR _____
10. LA MEJOR FORMA DE ALIMENTAR A SU BEBE EN LOS PRIMEROS 4 MESES ES:
A- _____ PECHO SOLAMENTE;
B- _____ DAR UNA COMBINACIÓN DE:
- PECHO+ BIBERÓN
- PECHO+ BIBERÓN+ COMIDITAS/BEBE

11. RECIBIÓ USTED, ORIENTACIÓN, DEL PERSONAL DE SALUD DURANTE SU CONTROL PRENATAL, SOBRE LACTANCIA MATERNA?
SI _____ NO _____
12. DURANTE EL CONTROL PRENATAL, FUERON EXAMINADOS SUS MAMAS Y SUS PEZONES ?
SI _____ NO _____
13. RECIBIÓ ORIENTACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LACTANCIA MATERNA, DESPUÉS QUE SU NIÑO NACIÓ?:
SI _____ NO _____
14. EL PERSONAL DE SALUD LE HA RECOMENDADO ALGUNA FÓRMULA DE LECHE DURANTE LOS PRIMEROS 4 MESES DE SU BEBE ?
SI _____ NO _____
15. SUS FAMILIARES O AMIGOS CERCANOS LE HAN ACONSEJADO QUE UTILICE ALGUNA FÓRMULA DE LECHE, EN LOS PRIMEROS 4 MESES DE SU BEBE ?
SI _____ NO _____
16. CONSIDERA USTED QUE HAY MÁS PROPAGANDAS COMERCIALES SOBRE LAS FÓRMULAS DE LECHE, QUE DE LACTANCIA MATERNA:
SI _____ NO _____
17. CUANDO SU BEBE NACIÓ, PERMANECIÓ JUNTO A USTED TODO EL TIEMPO QUE ESTUVO EN EL HOSPITAL?
SI _____ NO _____
18. EN QUÉ TIEMPO, DESPUÉS DE NACER SU BEBE, LE DIO PECHO MATERNO?
2 HORAS Y MENOS _____
MAS DE 2 HORAS _____

**INSTRUCTIVO PARA LA ENCUESTA SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO
ASOCIADOS AL CESE DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA EN
LACTANTES. SANTA LIBRADA. JUNIO-AGOSTO DE 1996.**

1. Marque con una X, el espacio correspondiente con la respuesta afirmativa o negativa que le dé el entrevistado.
2. Marque con una X en el espacio de cada grupo de edad, la edad de la madre en años cumplidos al momento de la entrevista.
3. Marque con una X, el espacio que incluya la edad del niño en meses, hasta la cual, la madre le dió lactancia materna exclusiva.
4. Marque con una X, el espacio de contenga los grados de escolaridad que haya completado la madre al momento de la entrevista.
5. Marque con una X, el espacio correspondiente con la condición de soltera, ó de no soltera, de la madre.
6. Marque con una X, el espacio que contenga la condición de la madre, de primiparidad (si sólo ha tenido un hijo) y multiparidad (si ha tenido más de un hijo).
7. Marque con una X, el espacio con la condición afirmativa o negativa respectiva, para la ocupación o trabajo materno remunerado, fuera del hogar.
8. Marcar con una X, el espacio correspondiente al grupo de ingresos familiares mensuales, en los cuales se encuentre el ingreso económico de la familia de cada entrevistada.
9. Marcar con una X, el espacio que contenga la respuesta que escoja la madre, sobre la leche materna al compararla con las demás preparaciones lácteas.
10. Marcar con una X, el espacio que contenga la respuesta que escoja la madre sobre la mejor forma de alimentar a su niño en los primeros cuatro meses de edad.

11. Marcar con una X, el espacio que tenga la respuesta afirmativa o negativa que la madre escoja, para la orientación recibida sobre lactancia materna por el personal de salud, durante el control prenatal.
12. Marque con una X, el espacio que contenga la respuesta afirmativa o negativa que la madre escoja, para la realización del examen de las mamas y pezones durante su control prenatal.
13. Marque con una X, el espacio que contenga la respuesta afirmativa o negativa que la madre escoja, para la orientación recibida sobre lactancia materna por el personal de salud, durante el período posterior al nacimiento del niño.
14. Marque con una X, el espacio que incluya la respuesta ya sea afirmativa o negativa, que la madre escoja, para la recomendación dada por el personal de salud, de utilizar alguna fórmula de leche durante los primeros cuatro meses de edad del niño.
15. Marque con una X, el espacio que tenga la respuesta afirmativa o negativa que escoja la madre, para la recomendación por los familiares o amigos cercanos de utilizar alguna fórmula de leche, en los primeros cuatro meses de edad del niño.
16. Marque con una X, el espacio que contenga la respuesta afirmativa o negativa que la madre escoja, para la existencia de mayores propagandas comerciales sobre fórmulas de leche, que de lactancia materna.
17. Marque con una X, el espacio que tenga la respuesta afirmativa o negativa que la madre escoja, para la permanencia del niño junto a ella, después del nacimiento del niño mientras estuvo en el hospital.
18. Marque con una X, el espacio que incluya el tiempo en horas, en el cual la madre le inició el pecho materno a su bebé, después de su nacimiento.

BIBLIOGRAFIA

1. **ACPAM**, EDITORES, 1994. Lactancia Materna. Manual para Profesionales. Barcelona, España, 1-86.
2. **AHLBOM, A. NORELL, S.**, 1987. Fundamentos de Epidemiología. la edición, Madrid, España.
3. **AKRE, J.** EDITOR, 1992. Alimentación Infantil. Bases Fisiológicas. INCAP, OPS/OMS, Junio, Guatemala.
4. **ALBAIZETA, D., VERA, E.**, Módulo de Capacitación Básico para la Promoción y Mantenimiento de la Lactancia Materna. Ministerio de Salud de la Nación. Dpto. Materno Infantil, Argentina, 9-31.
5. **ALVAREZ**, EDITORIAL 1994. Código de la Familia. Ley # 3 de 17 de Mayo de 1994. Panamá.
6. **AMADOR, M., SILVA, L., y VALDÉS, F.**, 1994. Tendencias de la lactancia materna en Cuba y las Américas. Boletín de OPS 116 (3), 205-209.
7. **ANÓNIMO**, Centro de Documentación sobre Nutrición Materno Infantil, Lactancia y Destete. Ministerio de Salud-Caja de Seguro Social-Comisión Nacional de Lactancia Materna. Proyecto Nacional de Promoción de Lactancia Materna, Panamá.
8. **ANÓNIMO**, ;Los niños primero!. Revista trimestral de UNICEF, vol 1, año 1, (3), Panamá, 2-28.

9. **ANÓNIMO**, 1980. Seminario sobre Alimentación Materno Infantil y Promoción de la Lactancia Materna. Memorias e Informe final, OMS-OPS-AID. Octubre, Colombia, 1-68.
10. **ANÓNIMO**, 1980. Report of the Task Force on the Assesment of the Scientific Evidence Relating to Infant-Feeding, Practice and Infant Health. Supplement. Pediatrics, Oct., Vol 74(4), Part 2. USA.
11. **ANÓNIMO**, 1996. Lactancia Materna en Panamá. Un camino recorrido. Ministerio de Salud, Depto Materno Infantil-UNICEF. Enero, Panamá, 1-40.
12. **ANÓNIMO**, 1994. Manejo y Promoción de la Lactancia Materna en Hospitales Amigos del Niño. Ministerio de Salud-UNICEF. Panamá.
13. **ANÓNIMO**, 1989. Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural. OMS-UNICEF. Ginebra, 1-38.
14. **ANÓNIMO**, 1994. Lactancia materna y la mujer trabajadora. Boletín Manantial. Proyecto Hospital Amigo de los Niños. Año 1, vol(2), Depto Materno-Infantil y UNICEF, Diciembre, Panamá.
15. **ANÓNIMO**, 1994. Lineamientos generales para formación de grupos de apoyo. Proyecto Hospital Amigo de los Niños. Lactancia Materna. UNICEF. Panamá.
16. **ANDRADE, A., VALLE, E.** 1981. Lactancia Materna: causas de suspensión en dos ciudades de Ecuador. Boletín de OPS

91(5): 408-415

17. **ARANGO, R.E., HERNÁNDEZ, N.** Manual para Monitoras de Grupos de Apoyo en Lactancia Materna. UNICEF-Liga de Leche Materna, Guatemala, 1-60.

18. **ARAUJO, V., COUTHINO, M., FALCAO, E. y MACEDO, D.,** 1991. El Crecimiento de los Niños alimentados exclusivamente con leche materna durante los seis primeros meses de vida. Brasil. Boletín de OPS, 111(1), 311-315.

19. **BARRÍA, M.,** 1992. Madres que trabajan: Experiencia de Panamá. Investigación no publicada, auspiciada por OPS-INCAP, Junio, 63pág.

20. **BAUTISTA, L.,** 1996. Duración de la lactancia materna en la República Dominicana. Boletín de OPS, 120 (5), 414-422.

21. **BECCAR, C.,** 1990. Módulo para capacitación sobre lactancia materna. OPS/OMS. Serie Paltex N° 20, 49 pág.

22. **BECERRA, J., SMITH, J.** 1990. Breastfeeding Patterns in Puerto Rico. American Journal of Public Health. June 1990, Vol.80(6) 694-697.

23. **BRADLEY, B.A., BALDWIN, S.B.,** 1993. La lactancia materna: una tecnología de destete del hogar que ha sido abandonada. Nairobi, Kenya, Africa.

24. **CANALES, F.H., ALVARADO, E.L. y PINEDA, E.B.** 1989. Metodología de la Investigación. OPS-OMS.

25. **COLIMON, K.,** 1990. Fundamentos de Epidemiología.

Medellín, Colombia, 2a edición, 331 pág.

26. **CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ**, 1994. Estadísticas del trabajo, volumen I, Encuesta continua de hogares. Panamá.
27. **COONEY, K., LABBOK, M., COLY, S.** 1993. La lactancia como una cuestión de la mujer: la salud, la planificación familiar, el trabajo y el feminismo. Septiembre, OPS, 73 pág.
28. **DAVIS, E.** 1994. Situación de las Mujeres Rurales en Panamá. Investigación auspiciada por la ONU-FAO. Fundación para la Promoción de la Mujer. Panamá, Marzo, págs. 50-52.
29. **DE LA TORRE, J.** 1970. Enfermedades del Recién Nacido. La Prensa Mexicana.
30. **DORANTES, L.**, 1987. Investigación Clínica, México.D.F., 275 pág.
31. **GUERRERO, R., GONZÁLEZ, C., MEDINA, E.**, 1981. Epidemiología. Fondo Educativo Interamericano, S.A., Estados Unidos de Norteamérica.
32. **HELSING, E., SAVAGE, F.**, 1985. Guía práctica para una buena lactancia. Editorial Pax-México, Marzo, 17-278 .
33. **INTERAMERICANA, EDITORIAL.** 1987. Amamantamiento. Clínicas de Perinatología, Volumen 1, México, 1-199.
34. **JENICEK, M., CLÉROUX, R.** 1987. Epidemiología. Salvat Editores, Barcelona, España.
35. **LILIENTFELD, A., LILIENTFELD, D.**, 1982. Fundamentos de

Epidemiología. Fondo Educativo Interamericano, S.A., Estados Unidos de Norteamérica.

36. **LWANGA, S. K., LEMESHOW, S.** 1991. Determinación del tamaño de las muestras en los estudios sanitarios. OMS, Ginebra.
37. **MAC MAHON, B., PUGH, T.,** 1988. Principios y métodos de Epidemiología. México. La Prensa Médica. 2ª edición.
38. **MELGAR, I.,** 1995. Influencia que tiene el grado de conocimientos que posee la madre acerca de la lactancia materna y la introducción temprana de otras leches en la comunidad de Torrijos-Carter, San Miguelito. Trabajo inédito del curso de Metodología de la Investigación Educativa, Post-Grado de Docencia Superior, Facultad de Educación, Universidad de Panamá. Enero. 1-18.
39. **MORLEY, D.** 1977. Prioridades en la salud infantil. Editorial Pax-México, 87-108.
40. **MORTON, R., HEBEL, J. R.,** 1985. Bioestadística y Epidemiología, 2a edición, México. 156 pág.
41. **NESTEC, S.A. EDITORIAL,** 1989. Biología de la Leche materna. Resumen del 15º Seminario de Nestlé Nutrition, Vevey, Suiza, 3-43.
42. **O'Gara, C., Canahuati, J. y Moore A.,** 1994. Todas las madres son madres que trabajan: La lactancia y el trabajo mujer. International Journal of Gynecology & Obstetrics 47

Suppl. 31-37.

43. **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**, 1991. Conocimientos actuales sobre nutrición. Sexta edición, Publicación Científica (532).
44. **OSORNO, J.**, 1989. Cómo ayudarles a las mamás a amamantar. Revisión y adaptación para América Central. Guatemala, Julio, 9-155.
45. **OSORNO, J.**, 1992. Hacia una feliz lactancia materna. Texto práctico para profesionales de la Salud. Ministerio de Salud de Colombia-UNICEF, 17-223.
46. **PLATA RUEDA, E.**, 1990. El Pediatra Eficiente. Bogotá, Colombia, Diciembre, .
47. **PEREIRA, A.**, 1980. Alimentación infantil. CEASPA. Serie estudios de la realidad, Panamá, 1-139.
48. **RAMOS GALVÁN, R.**, 1985. Alimentación normal en niños y adolescentes. México.
49. **ROBERTS, K.**, 1984. Manual de Problemas clínicos en Pediatría. Editorial Interamericana, Madrid, España.
50. **RODRÍGUEZ, R., SCHAEFER, L.**, 1991. Nuevos Conceptos de Lactancia, su Promoción y la Educación de los Profesionales de la Salud. Washington D.C. Boletín de OPS 111 (1) 1-13.
51. **RODRÍGUEZ, R., SCHAEFER, L., y YUNES, J.**, 1990. Educación en Lactancia. OPS, Washington D.C., U. de Georgetown.

52. **ROEDER, H.**, 1995. Panamá; Niñez y Políticas Sociales. MIPPE-UNICEF. Panamá, Mayo.
53. **SAADEH, R., BENBOUZID, D.**, 1991. Lactancia materna y espaciamiento de los nacimientos: importancia de la obtención de información para las políticas de salud pública. Boletín de OPS, 111(2):122-130, Ginebra, Suiza.
54. **SABULSKY, J., BATROUNI, L., CARBALLO, R., REYNA, S., QUIROGA, D., ROITTER, H., GOROSTIAGA, H., y BRIZUELA M.**, 1995. Alimentación en el primer mes de vida, por estratos sociales, Córdoba, Argentina. Boletín de OPS 119 (1),15-25.
55. **SCHLESSELMAN, J.J.**, 1982. Case-Control Studies. New York, Oxford University Press.
56. **SCRIMSHAW, S., ENGLE, P., ARNOLD, L. y HAYNES, K.**, 1987. Factors Affecting Breastfeeding among Women of Mexican Origin or Descent in Los Angeles. American Journal of Public Health, April, Vol 77, (4), 467-470.
57. **STANZIOLA, E., AROSEMENA DE RODRÍGUEZ, L.**, 1977. Lactancia Materna, Edad del Destete y Trastornos psicologicos ligados a este. Boletín # 12 de Sociedad Panameña de Pediatría, Julio.
58. **STANZIOLA, E., DUARTE, O., RAMÍREZ, M.** 1993. Encuesta de Conocimientos y Actitudes sobre la lactancia materna en madres que acuden a los Servicios de Salud de las Regiones Metropolitana y San Miguelito, Año 1991. Panamá, Ministerio

de Salud, 10 pág.

59. **VALDÉS, V., PÉREZ, A., LABBOK, M.** 1994. Lactancia para la madre y el niño. Publicaciones Técnicas Mediterráneo. Santiago, Chile, 142 pág.

60. **VEGA LÓPEZ, M.G., GONZÁLEZ, PÉREZ G.,** 1993. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia en áreas periféricas de Guadalajara, México. Boletín de OPS 115(2) 118-126.

61. **WANDER, S.A.E.,** 1977. Pautas sobre Nutrición Infantil. Parte I,II,III, Estocolmo, Supls (262), 3-49 y (302), 4-30.