

## ARTICULO ORIGINAL

**Comportamiento de la lactancia materna exclusiva en niños de madres con y sin adiestramiento previo**  
**Behaviour of exclusive breastfeeding in children of mothers with and without prior training**

Dra. Pilar Maritza Almaguer Sabina, <sup>(1)</sup> Dra. Mercedes Fonseca Hernández, <sup>(2)</sup> Dr. Luís A. Corona Martínez, <sup>(3)</sup> Dra. Carmen Guerra Cabrera, <sup>(4)</sup> Dr. Alberto Roteta Dorado, <sup>(5)</sup> Dr. Esteban Sánchez Martínez. <sup>(6)</sup>

<sup>1</sup> Especialista de II Grado en Pediatría. MSc. en Atención Integral al Niño. Profesora Asistente. Policlínico Universitario "Octavio de la Concepción y de la Pedraja". Cienfuegos. <sup>2</sup> Especialista de II Grado en Pediatría. MSc. en Pedagogía Médica Superior. Profesor Auxiliar. Hospital Pediátrico Universitario "Paquito González Cueto". Cienfuegos. <sup>3</sup> Dr. en Ciencias Pedagógicas. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular. Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos. <sup>4</sup> Especialista de I Grado en Pediatría. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. MSc. en Atención Integral al Niño. Profesora Asistente. Policlínico Universitario "Octavio de la Concepción y de la Pedraja". Cienfuegos. <sup>5</sup> Especialista de I Grado en Pediatría. MSc. en Atención Integral al Niño. Profesor Instructor. <sup>6</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Policlínico Universitario "Octavio de la Concepción y de la Pedraja". Cienfuegos.

<sup>1</sup> Terminal Professional Degree in Pediatrics. MSc. in General Care for Children. Associate Professor. "Octavio de la Concepción y de la Pedraja" University Polyclinic. Cienfuegos. <sup>2</sup> Terminal Professional Degree in Pediatrics. MSc. in Higher Medical Education. Associate Professor. "Paquito González Cueto" Paediatric University Hospital. Cienfuegos. <sup>3</sup> PhD. in Pedagogical Sciences. Terminal Professional Degree in Internal Medicine. Full Professor. General University Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos. <sup>4</sup> Second Professional Degree in Pediatrics. Terminal Professional Degree in General Medicine. MSc. in General Care for Children. Assistant Professor. "Octavio de la Concepción y de la Pedraja" University Polyclinic. Cienfuegos. <sup>5</sup> Second Professional Degree in Pediatrics. MSc. in General Care for Children. Instructor. <sup>6</sup> Second Professional Degree in General Medicine. Instructor. "Octavio de la Concepción y de la Pedraja" University Polyclinic. Cienfuegos.

**RESUMEN**

**Fundamento:** desde que existe la humanidad la leche materna ha constituido la fuente principal de alimento para el niño pequeño. Contradictoriamente en los últimos años ha existido alarmante tendencia a la declinación en esta práctica.

**Objetivo:** determinar el comportamiento de la lactancia materna exclusiva en niños de madres con y sin adiestramiento previo.

**Métodos:** estudio de intervención comunitaria, cuasi experimental, comparado, prospectivo con dos grupos independientes, uno adiestrado en lactancia materna y

otro no, que incluyó a 160 mujeres que habían parido en los años 2005 y 2006, pertenecientes al Área III de Cienfuegos. Las variables investigadas fueron: edad, ocupación, escolaridad, así como duración de la lactancia materna exclusiva y mixta, e introducción de lactancia artificial y complementaria.

**Resultados:** las madres más jóvenes (42, 5 %) y las estudiantes se encuentran en el grupo de las no adiestradas. La suspensión de la lactancia materna exclusiva y la sustitución de la lactancia mixta por la artificial son más precoces en el grupo de madres no adiestradas (43, 8 % lactó menos de 2 meses). La

**Recibido:** 6 de abril de 2011

**Aprobado:** 10 de mayo de 2011

**Correspondencia:**

Dra. Pilar Almaguer

Policlínica Área III.

Cienfuegos.

**Dirección electrónica:** [pilarma@jagua.cfg.sld.cu](mailto:pilarma@jagua.cfg.sld.cu)

introducción de lactancia materna complementaria fue menor en el grupo de madres no adiestradas (23, 8 % lo hizo de 4 a 5 meses).

**Conclusiones:** el adiestramiento previo al parto o inmediatamente después de este, es una medida sumamente útil para mejorar cuanti-cualitativamente la lactancia materna.

**Palabras clave:** lactancia materna; capacitación; madres

## ABSTRACT

**Background:** Since mankind's onset, breast milk has been the main source of food for little children. Nevertheless, in recent years there has been an alarming trend to the decline of this practice.

**Objective:** To determine the behaviour of exclusive breastfeeding in children of mothers with and without previous training.

**Methods:** A community intervention, quasi-experimental, comparative and prospective study was conducted. The sample, including 160 women who had given birth in 2005 and 2006 and belonged to the Area III Polyclinic of Cienfuegos, was divided into two independent groups: one trained in breastfeeding and the other one not trained. The variables included were: age, occupation, educational level, duration of exclusive and mixed breastfeeding and introduction of artificial and complementary feeding.

**Results:** younger mothers (42, 5%) and those who were still students are in the untrained group. The elimination of exclusive breastfeeding and the replacement of mixed feeding by artificial feeding are more precocious in the untrained mothers group (43, 8% nursed less than 2 months). The introduction of complementary breastfeeding was lower in the group of untrained mothers (23, 8% did so in 4 to 5 months).

**Conclusions:** Training provided before or immediately after delivery is an extremely useful tool to improve quantitatively and qualitatively breastfeeding.

**Key words:** breast feeding; training; mothers

## INTRODUCCIÓN

Desde tiempos inmemoriales, la práctica del amamantamiento se menciona como la única e ideal para la alimentación de los bebés humanos. Se puede señalar que la supervivencia de la raza humana ha dependido de dos actos biológicos fundamentales, el coito fértil y el amamantamiento. <sup>(1)</sup>

La leche segregada por las glándulas mamarias de la madre constituye el primer alimento que recibe el recién nacido y es el medio previsto por la naturaleza para que este se adapte a las condiciones nutritivas nuevas impuestas por la vida extrauterina. <sup>(2)</sup>

La lactancia materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su hijo, desde el punto de vista

nutricional le ofrece todo lo que el niño necesita para crecer y desarrollarse y algo que la distingue de las demás tipos de leche es que va modificando su composición de acuerdo a las necesidades y madurez del niño; desde el punto de vista inmunológico ofrece protección contra enfermedades importantes y frecuentes como las infecciones respiratorias agudas y las diarreicas y previene enfermedades para las cuales aún no existen vacunas; es por todos conocidos el valor afectivo y la solidez de los lazos madre e hijo que se establecen durante la lactancia. Existen sólidas bases científicas que demuestran que la lactancia materna es beneficiosa para el niño, para la madre y para la sociedad, en todos los países del mundo. <sup>(2, 3)</sup>

El estado de salud y de nutrición de las madres y los niños están íntimamente relacionados. Para mejorar la alimentación del lactante y del niño pequeño hay que empezar asegurando el buen estado de salud y nutrición de las mujeres, por derecho propio, en todas las fases de la vida. Los niños tienen derecho a recibir una nutrición adecuada y a acceder a alimentos inocuos y nutritivos. Por todas estas razones y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se recomienda la alimentación exclusiva al pecho durante los primeros 6 meses de la vida del niño y continuar el amamantamiento junto con las comidas complementarias adecuadas hasta los 2 años de edad o más. <sup>(4)</sup>

Las prácticas de alimentación inapropiadas y sus consecuencias son grandes obstáculos al desarrollo socioeconómico sostenible y la reducción de la pobreza. Los esfuerzos de los gobiernos para acelerar el desarrollo económico a largo plazo fracasarán hasta que se hallan asegurado un crecimiento y un desarrollo infantiles óptimos, en especial a través de unas prácticas de alimentación apropiadas. <sup>(4, 5)</sup>

La malnutrición ha sido la causa, directa o indirectamente, del 60 % de los 10,9 millones de defunciones registradas cada año entre los niños menores de 5 años. Más de dos tercios de esas muertes, a menudo relacionadas con unas prácticas inadecuadas de alimentación, ocurren durante el primer año de vida. Tan sólo un 35 % de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros 4 meses de vida, la alimentación complementaria suele comenzar demasiado pronto o demasiado tarde, y con frecuencia los alimentos son nutricionalmente inadecuados e insalubres. <sup>(4, 6)</sup>

Sin embargo, nos encontramos en una situación de transición. Así es posible encontrar prevalencias muy distintas entre países económicamente similares. En algunos países en los que el nivel educacional y socioeconómico de las madres es alto, como los países nórdicos, se ha conseguido a través de campañas de promoción que la prevalencia de lactancia materna sea alta. Sin embargo, a pesar de las evidencias a favor, en otros países occidentales esta prevalencia continúa

siendo baja como por ejemplo en Australia, Norte de Italia y algunas zonas del Reino Unido y Estados Unidos. En los países subdesarrollados la prevalencia es más baja aún. (7)

En Cienfuegos, provincia que incorporó y promovió la LME durante la década de los años 90 con el impulso del movimiento de "Hospitales y Consultorios Amigos del Niño y de la Madre" en esos momentos, muestra sin embargo, según estudios nacionales realizados, que es la provincia en que esta práctica tiene menor prevalencia entre las provincias del país. (7)

Por todo lo anteriormente expresado se realiza esta investigación con el objetivo de determinar el comportamiento de la lactancia materna exclusiva en niños de madres con y sin adiestramiento previo.

**MÉTODOS**

Estudio descriptivo, prospectivo con dos grupos independientes, uno adiestrado en lactancia materna y otro no, que incluyó a 160 mujeres que habían parido en los años 2005 y 2006, pertenecientes al Área III de Cienfuegos..

Las 160 mujeres fueron distribuidas de la siguiente forma:

Grupo estudio: 80 mujeres "no adiestradas" es decir que no recibieron ninguna enseñanza formal sobre lactancia materna antes o inmediatamente después del parto.

Grupo control: 80 mujeres "adiestradas" que recibieron un curso formal y preparado para estos fines, sobre lactancia materna. Estas últimas estaban, a su vez, subdivididas en dos: 40 paridas en el 2005 que fueron adiestradas a partir de la primera consulta de puericultura, dentro de los primeros 7 días después del parto y otras 40 que parieron en el año 2006 y que recibieron el adiestramiento durante el tercer trimestre del embarazo, todas pertenecientes a otros 8 consultorios del consejo popular "Juanita II" de la misma Área III.

Se excluyeron sólo aquellas embarazadas que durante el período de realización de la encuesta habían cambiado las direcciones originales o no se encontraban en el municipio y aquellas con partos gemelares.

La participación fue absolutamente voluntaria.

Los datos se recogieron mediante un formulario de datos elaborado expresamente para este estudio por la autora.

Para validar las diferencias encontradas entre variables se utilizó el estadígrafo no paramétrico Chi Cuadrado para una precisión del 95 % donde  $p \leq 0,05$ .

La medición del riesgo se realizó mediante el estimador del riesgo relativo (RR) denominado Odds Ratio(OR), en inglés, o razón de productos cruzados y su intervalo de confianza para el 95 % (IC).

Los resultados se presentan en tablas con números absolutos y porcentajes.

**RESULTADOS**

Las madres estudiadas presentan un ligero predominio

en el grupo de 30 y más años con 64(40,0 %); en el grupo de menos de 25 años se ubicaron 57 (35,6 %) y solamente 39 mujeres (24,4 %) estaban en edades comprendidas entre 25 y 29 años de edad. Del total de 160 madres incluidas en el estudio 80 pertenecieron al grupo de no adiestradas y 80 a las que sí recibieron adiestramiento.

Una mayor frecuencia del grupo de edad menor de 25 años pertenecen a las no adiestrada (42,5%), mientras solo 23 madres (28,8 %) menores de 25 años fueron adiestradas. Las madres menores de 25 años tuvieron 2 veces más riesgo de no adiestrarse (OR= 1,8) que las mayores de 25 años. De forma general la diferencias entre los grupos de edad fueron clínicamente importantes y significativas desde el punto de vista estadístico (p= 0,019). (Tabla 1).

Tabla 1. Adiestramiento de las madres según edad

Años	No adiestradas		Adiestradas		OR	IC 95%	Total	
	No.	%	No.	%			No.	%
< 25 años	34	42,5	23	28,8	1,8	1,0 - 3,5	57	35,6
25 a 29 años	17	21,2	22	27,4	REFERENCIA		39	24,4
30 y + años	29	36,3	35	43,8			64	40,0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	-----		<b>160</b>	<b>100,0</b>
<b>%</b>		<b>50,0</b>		<b>50,0</b>	-----			<b>100,0</b>

$\chi^2= 3,3$  GL=2 p=0,019

Casi la mitad de las mujeres trabajaban fuera de su casa (46,9 %) un tercio no estudian ni trabajan fuera, salvo la realización de las tareas de ama de casa y el 13,8 % sólo estudian. Las mujeres que sólo estudian pertenecen en un mayor porcentaje a las que no recibieron adiestramiento (23,8 %) contra sólo el 13,8 % para sus controles y presentaron una probabilidad 2 veces mayor de no ser adiestradas (OR= 2,4) que las clasificadas como "su casa". Para las trabajadoras casi no hubo diferencias entre los grupos. Globalmente la ocupación no presentó diferencias estadísticas significativas (p= 0,16). (Tabla 2).

Tabla 2. Adiestramiento de las madres según ocupación

Ocupación	No adiestradas		Adiestradas		OR	IC95%	Total	
	No.	%	No.	%			No.	%
Estudia	19	23,8	11	13,8	2,4	1,0 - 6,0	30	13,8
Trabaja	38	47,5	37	46,2	1,4	0,7 - 2,9	75	46,9
Su casa	23	28,7	32	40,0	REFERENCIA		55	34,3
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	-----		<b>160</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2= 3,62$  GL=2 p=0,16

Las 160 mujeres estudiadas presentan un elevado nivel de escolarización, la mitad con preuniversitario

terminado (53,1 %) y un 21,3 % universitarias, el resto con estudios secundarios.

Las universitarias y las preuniversitarias presentan mayor porcentaje en las no adiestradas, con 23,8 % contra 18,8 de controles adiestrados para las primeras y 56,2 contra 50,0 % para las segundas. Estas son diferencias importantes desde el punto de vista clínico, casi 2 veces más riesgo de no estar adiestradas (OR= 1,96 y 1,8), aunque no fueron estadísticamente significativas. La escolaridad como un todo tampoco presentó diferencias estadísticamente significativa (p= 0,25). (Tabla 3).

Tabla 3. Adiestramiento de las madres según escolaridad

Nivel	No adiestradas		Adiestradas		OR	IC95%	Total	
	No.	%	No.	%			No.	%
Secundaria	16	20,0	25	31,2	REFERENCIA		41	25,6
Pre	45	56,2	40	50,0	1,8	0,8 - 3,75	85	53,1
Universitaria	19	23,8	15	18,8	98	0,8 - 5,0	34	21,3
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	-----		<b>160</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2=2,78$  GL= 2 p= 0,25

La mayor cantidad de madres prolongaron la lactancia materna exclusiva (LME) solo en el periodo comprendido entre 2 a 4 meses, con 65 (40,6%), seguidas de el de menor de 2 meses 59 (36,9%).

Las mujeres que suspenden la LME antes que sus hijos cumplan los 2 meses de vida, pertenecen en un mayor por ciento a las que no recibieron adiestramiento para lactar (43,8 % contra 30 % para sus controles) y tienen una probabilidad 2 veces mayor de suspender la LME (OR=2,5) que las que lactaron entre 2 y 4 meses, en este caso el grupo de referencia por tener más controles que casos 51,2 a 30,0 %.

Para la LME las diferencias entre frecuencias de adiestrada o no, fue muy significativa (p= 0,014)

En las madres que llegaron a lactar hasta 5 y 6 meses la diferencia de porcentajes fue mínima, e inesperadamente, con cierto predominio para las no adiestradas 21,2 a 18,8 % y la probabilidad de lactar hasta ese tiempo fue 2 veces mayor para estas mujeres (OR= 1,96), no obstante la diferencia en este grupo no fue significativa ni clínicamente importante. (Tabla 4).

La introducción de leche artificial, aún manteniendo el pecho, (lactancia mixta) no se produjo en el 26,3 % de las madres no adiestradas contra 11,3 % de las adiestradas, eso significa que las primeras tienen un riesgo 3 veces mayor (OR=3,3) de dar lactancia artificial

Tabla 4. Duración de la lactancia materna exclusiva según adiestramiento de las madres

LME	No adiestradas		Adiestradas		OR	IC95%	Total	
	No.	%	No.	%			No.	%
Nunca	4	5,0	0	0,0	-----		4	2,5
< de 2 meses	35	43,8	24	30,0	2,5	2 - 5,1	59	36,9
2 a 4 meses	24	30,0	41	51,2	REFERENCIA		65	40,6
5 a 6 meses	17	21,2	15	18,8	1,94	8 - 4,6	32	20,0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	-----		<b>160</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2=10,6$  GL=3 p=0,014

a sus hijos que las segundas, diferencias que son clínicamente importante y estadísticamente significativas, de forma similar ocurre con la introducción de la lactancia mixta antes de que el niño cumpla los 2 meses de vida, donde las madres no adiestradas son tres veces más (15 %) que las adiestradas (5 %), por lo que existe un riesgo 4 veces mayor (OR=4,3) para introducir lactancia mixta de forma precoz en las madres no adiestradas. Estas diferencias son clínicamente importantes y estadísticamente significativas.

De forma global las diferencias entre madres adiestradas y no adiestradas para la introducción de la lactancia mixta se mostraron muy significativas (p= 0,008). (Tabla 5).

Tabla 5. Comportamiento de la lactancia mixta según adiestramiento de las madres

LM	No adiestradas		Adiestradas		OR	IC95%	Total	
	No.	%	No.	%			No.	%
Nunca	21	26,3	9	11,3	3,3	1,4 - 7,9	30	18,8
< de 2 meses	12	15,0	4	5,0	4,3	1,3 - 14,1	16	10,0
2 a 4 meses	18	22,5	25	31,2	REFERENCIA		43	26,8
5 a 6 meses	18	22,5	20	25,0			38	23,8
7 y + meses	11	13,7	22	27,5			33	20,6
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	-----		<b>160</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2=13,7$  GL= 4 p= 0,008

La introducción de lactancia materna complementaria no se produjo en el 62,5 % de las madres no adiestradas, contra el 30,0 % de las que recibieron adiestramiento. El riesgo de no dar LMC fue 4 veces mayor (OR=3,9) para las madres no adiestradas, diferencias clínicamente importantes y estadísticamente significativas. La diferencia en la frecuencia de madres adiestradas o no respecto a la LMC fue muy significativa (p= 0,001). (Tabla 6).

Tabla 6. Introducción de la lactancia materna complementaria según adiestramiento de las madres

LMC	No adiestradas		Adiestradas		OR	IC 95%	Total	
	No.	%	No.	%			No.	%
Nunca	50	62,5	24	30,0	3,9	2,0 - 7,5	74	43,3
< 4 meses	3	3,7	6	7,4			9	5,6
4 a 5 meses	19	23,8	31	38,8			50	31,2
6 meses y +	8	10,0	19	23,8	REFERENCIA		27	16,9
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	-----		<b>160</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2=17,5$  GL=3 p=0,001

## DISCUSIÓN

La mayoría de los autores coinciden en que el período de 20 a 34 años es la etapa óptima para la concepción, pues la mujer ya ha completado su maduración biológica y social y está mejor preparada para la procreación, lo que no ocurre en las edades extremas de la vida.

La literatura consultada, no muestra ninguna investigación con diseño similar a este que ahora se presenta, donde se relacionan las variables sociodemográficas estudiadas con el adiestramiento o no de la madre, sí hacen referencia al comportamiento de estas con la duración de la lactancia materna.

Estévez González et al. <sup>(8)</sup> señalan que la edad (ser muy joven) influye de forma inversa en la continuidad de la lactancia materna. En su estudio observó que el grupo de mujeres que continúa con lactancia materna a los 15 días y posteriormente, tiene una edad media superior al grupo de mujeres que abandonan la lactancia materna.

Otros estudios como los de Correa Rancel et al. <sup>(9)</sup> describen que la edad media de las madres fue de 26,1 años: las que iniciaron lactancia 26,2 y las que no la iniciaron 26,3. Cuando se analizó la edad de las madres en el inicio de la lactancia, se observó que el porcentaje de la lactancia materna disminuía con la edad. Entre las que tenían menos de 20 años, la lactancia se llevó a cabo en un 79 % y entre las que tenían más de 35, sólo en un 65 %.

En la experiencia de Quezada Salazar y otros. <sup>(10)</sup> las madres adolescentes, comparadas con las madres adultas, tienen menor probabilidad de iniciar la lactancia. A pesar del número de madres adolescentes y las bajas tasas de lactancia entre mujeres jóvenes, la mayoría de las investigaciones no han explorado el problema y solamente incluyen muestras de poblaciones adultas. La ocupación de la madre es una circunstancia que puede influir en la decisión de comenzar y prolongar la lactancia materna. Es indiscutible que si la madre trabaja fuera del hogar, hecho cada día más generalizado, es difícil conjugar el trabajo y dar el pecho al hijo. Aunque existen disposiciones legales en muchos países que protegen el período de lactancia. También en la madre

que estudia se plantea que tiene mayor riesgo de no iniciar y de abandonar la lactancia materna. El hecho de no trabajar ni estudiar es el que se plantea como más favorecedor para la lactancia materna.

Otros autores plantean que existe una asociación directa y significativa entre la práctica de la lactancia materna y la ocupación de la madre, las amas de casa lactaron más que las que estudiaban o trabajaban. Las amas de casa tienen mayor tiempo y menos preocupaciones para prepararse para la lactancia durante el embarazo. <sup>(11)</sup>

La escolaridad de la madre es un factor que se asocia a la duración de la lactancia materna, aunque no siempre se encuentra una relación directa, es decir, que como sería lógico a mayor escolaridad mayor duración de la lactancia materna, es cierto que a mayor estudio mejor comprensión de mensajes educativos, mejor actitud ante la crianza de los hijos y conductas favorecedoras de la lactancia.

Delgado Becerra <sup>(12)</sup> en un estudio de prevalencia y causas de abandono de la lactancia materna concluyó que: de los factores relacionados con la continuidad de la lactancia materna, el único que resultó estadísticamente significativo fue la escolaridad entre cero y seis años.

Otros autores, en sus trabajos investigativos plantean que el grado de escolaridad materna y la utilización de la lactancia son directamente proporcionales, por lo que son más duraderas en madres de nivel universitario y que ello está relacionado con una mejor información de las ventajas de este tipo de alimentación. <sup>(13, 14)</sup>

Se ha demostrado que existe predominio de las madres con nivel universitario y preuniversitario que lactan a su bebé, lo cual demuestra la gran importancia del nivel cultural de las madres para obtener éxito en esta práctica, pues a medida que aumenta el nivel de escolaridad se incrementa el número de madres que lactan a sus hijos más de un mes. <sup>(12)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan que la lactancia materna sea exclusiva dentro de los primeros seis meses de vida, y que constituya parte importante de la alimentación durante el resto del primer año.

Delgado Becerra y col. <sup>(12)</sup> en su estudio de prevalencia de lactancia materna exclusiva hasta seis meses, encontró que ésta resultó alta (67,6 %), por arriba del 50 % considerada como meta por la OMS y UNICEF con los programas de apoyo a la lactancia materna. Se inició el seguimiento al primer mes con 74,9 %; 13 puntos porcentuales por debajo de 88 % reportado al alta hospitalaria.

Sin duda alguna, tal y como han sugerido otros autores, la decisión de introducir la lactancia artificial o de abandonar la lactancia materna es muy compleja. En ella intervienen muy distintos aspectos. De ahí que la promoción de la LM, para que sea realmente eficaz,

debe abarcar factores tanto prenatales, como perinatales y posnatales.

Hernández Aguilar y col <sup>(15)</sup> en su publicación destacan que en la instauración y el mantenimiento de la lactancia influyen negativamente: la falta de información y apoyo prenatal y posnatal a la madre y su familia; las prácticas y rutinas inadecuadas en las maternidades, en atención primaria y en otros ámbitos de la atención sanitaria; la escasa formación de los profesionales y autoridades sobre lactancia materna; el escaso apoyo social y familiar a la madre que amamanta; la utilización inapropiada de la publicidad de sucedáneos de leche materna en instituciones sanitarias y fuera de las mismas; la visión social de la alimentación con biberón como norma en medios de comunicación, en publicaciones para padres y en libros infantiles; la distribución de muestras de leche artificial, tetinas o chupetes en centros de salud, maternidades, farmacias y comercios; la escasez de medidas de apoyo a la madre lactante con trabajo remunerado en la legislación vigente y en los lugares de trabajo; algunos mitos sociales (miedo a perder la silueta o la deformación de los senos) y el temor a la pérdida de libertad de la mujer que amamanta.

En el abordaje de muchas de estas barreras, el pediatra se encuentra en una situación privilegiada para influir positivamente con su actuación. Mantener al día la formación en lactancia materna y ser un agente activo, capaz de apoyar y promover la lactancia y ayudar en la resolución de los problemas, es un reto gratificante que deparará grandes beneficios para todos: niños, madres, pediatras y sociedad. <sup>(16)</sup>

Como señala Durá Travé, <sup>(17)</sup> la lactancia materna es un fenómeno sociológico multifactorial. Aparte de los factores sociodemográficos y perinatales, existe una serie de factores psicosociales, percepciones y vivencias perinatales difícilmente cuantificables que condicionan el éxito de la lactancia materna.

Amamantar a los niños por los períodos antes señalados es el ideal esperado, pero hay ocasiones en que por diferentes motivos las madres deciden suplementar el

pecho con otro tipo de leche, que si bien no es lo idóneo, es mejor que sustituirla totalmente.

Algunas madres dan a su hijo tanto leche materna como un suplemento de leche artificial. Esto puede ser agotador, pero también ofrece la posibilidad de beneficiarse de las ventajas de ambas.

La situación ideal es que el niño permanezca 6 meses con lactancia materna exclusiva, pasado este período las necesidades nutricionales del niño se modifican, sobre todo porque se deben incrementar los aportes de hierro. Además parece ser que existe un periodo sensible, que se inicia alrededor de los 6 meses, que es crítico para el desarrollo de los mecanismos bucofaríngeos necesarios para la ingesta de alimentos semisólidos, si se deja pasar ese momento pueden aparecer dificultades para la aceptación y tolerancia adecuada de los sólidos. El objetivo del supuesto destete es conseguir introducir los alimentos adecuados (fruta, cereales, verduras, carne, etc.) manteniendo la lactancia hasta al menos el año de edad. <sup>(18, 19)</sup>

La introducción de la alimentación complementaria antes de los 4 meses de edad es usualmente innecesaria y puede conducir a algunos riesgos, implica dificultades como las diarreas, problemas para tragar, manifestaciones de intolerancia diversa, alergia alimentaria o sobrecarga renal de solutos, sin contar con la evidencia creciente de sus consecuencias a largo plazo por sus efectos en el metabolismo del colesterol y las lipoproteínas, así como por el aumento de adiposidad que favorecen el desarrollo de enfermedades crónicas degenerativas desde la niñez y la adolescencia. Autores como Richard Visser, señalan el inicio precoz de la ablactación como uno de los factores ambientales que predisponen a la obesidad infantil. <sup>(19)</sup>

Es sabido que alimentar exclusivamente al niño con el seno materno hasta los seis meses de vida y a partir de ese momento complementar su alimentación con otros tipos de alimentos, manteniendo aún el pecho, es lo ideal para el logro de un crecimiento y desarrollo óptimos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Durán P. Importancia de la leche materna en la alimentación enteral. MedUNAB. 2005; 8 (Supl 1):S30-S36.
2. Cruz M, Molina AJ, Bargañó JM. Lactancia natural. En: Cruz M, Crespo M, Brines J, Jiménez R. Compendio de Pediatría. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 664.
3. Díaz-Arguelles V, Ramírez-Corría M. Lactancia materna: evaluación nutricional en el recién nacido. Rev Cubana Pediatr [revista en Internet].2005 [citada: 3 de marzo de 2005]; 77(2): [aprox.7 p]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312005000200005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312005000200005)
4. Organización Mundial de la Salud. Nutrición del lactante y del niño pequeño. En: Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Informe de la Secretaría. A55/15. Ginebra: OMS; 2003.
5. Díaz Arguelles V, Ramírez Corria M. La alimentación inadecuada del lactante sano y sus consecuencias. Rev Cubana Pediatr [revista en Internet].2005 [citada: 28 de marzo de 2007]; 77(1): [aprox.9 p]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312005000100007&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312005000100007&script=sci_arttext)

6. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayral AS, Duc C, Berchotteau M, Bouchon N, et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine preventive visit: A prospective, randomized, poen trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics*. 2005;115:e139-e46.
7. Dirección Nacional de Estadísticas. Ministerio de Salud Pública. Cuba. Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2006 [Internet]. Cuba: Dirección Nacional de Estadísticas, MINSAP; 2007 [citado 5 Feb 2011]. Disponible en: [http://www.childinfo.org/files/MICS3\\_Cuba\\_FinalReport\\_2006\\_Sp.pdf](http://www.childinfo.org/files/MICS3_Cuba_FinalReport_2006_Sp.pdf).
8. Estévez González MD, Martell Cebrián D, Medina Santana R, García Villanueva E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *An Esp Pediatr*. 2002; 56: 144-50.
9. Correa Rancel M, Correa Rancel E, Méndez Mora D, Gimeno Gil A, Correa Ceballos B, Alberto Bettancourt JC. Estudio de comportamiento en la lactancia materna. *Can Ped*. 2007; 31 (1): 49-54.
10. Quezada Salazar CA, Delgado Becerra A, Arroyo Cabrales LM, Díaz García MA. Prevalencia de lactancia y factores sociodemográficos asociados en madres adolescentes. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2008; 65: 19-25
11. Hwang WJ, Chung WJ, Kang DR, Suh MH. Factors affecting breastfeeding rate and duration. *J Prev Med Public Health*. 2006; 39(1):74-80.
12. Delgado Becerra A, Arroyo Cabrales LM, Díaz García MA, Quezada Salazar CA. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. *Bol Med Hosp Infant Méx*. 2006; 63(1):31-9.
13. Borja Pastor MC, Rico Mari E, Morales Suárez-Varela MM, Úbeda Sansano MI, Codoñer Franch P. Estudio comparativo de la lactancia materna entre dos zonas básicas de salud de la Comunidad Valenciana. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006; 8(31):45-58.
14. Aguirre del Busto R, Álvarez Vázquez J, Armas Vázquez AR, Araujo Gonzáles R, Bacallao Gallestey J, Barrios Osuna I, et al. La Revolución Científico Técnica: su impacto en la esfera de la salud. En: *Lecturas de filosofía, Salud y Sociedad*. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 63 -8.
15. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia Materna de la AEP. *An Pediatr (Barc)*. 2005; 63(4):340-56.
16. Ilabaca J, Atalah E. Tendencia de la lactancia materna en el Servicio de Salud Metropolitano Sur. *Rev Chil Pediatr*. 2002; 73(2): 127-34.
17. Durá Travé V. Evolución de la prevalencia de la lactancia materna en el medio rural. Análisis de catorce años. *Acta Pediátrica Española*. 2000; 58: 191- 98.
18. Ball TM, Wright AL. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. *Pediatrics*. 1999; 103(4pt 2):870-6.
19. Visser R. Plan de acción holístico contra el sobrepeso y la obesidad en niños en Aruba. *Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]*. 2005 [citada: 4 de marzo de 2008]; 31(4): [aprox. 7 p]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-4662005000400014&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-4662005000400014&lng=es&nrm=iso)