



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL

**DESTETE PRECOZ EN LACTANTES QUE CONCURREN
A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL
HCFFAA
NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2002**

AUTORES:

Br. Alegre, Andrea
Br. Bueno, Marcelo
Br. Castillo, Adriana
Br. Dávila, Javier

TUTORES:

Lic. Enf. Correa, Ana
Lic. Enf. Pérez, Mercedes

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2003

INDICE:

• Introducción	Pág.	4
• Justificación	Pág.	5
• Destete	Pág.	6
• Resultados de la Investigación	Pág.	7
• <i>Causas del Destete Precoz</i>		
• <i>Momento del Destete Precoz</i>		
• <i>Información Materna</i>		
• <i>Opinión Materna</i>		
• <i>Causa según el momento en el cual se produce</i>		
• <i>Causa del Destete Precoz según edad de la madre</i>		
• <i>Causa del Destete Precoz según nivel de Instrucción Materna</i>		
• <i>Momento del Destete Precoz según edad de la madre</i>		
• <i>Momento del Destete Precoz según el nivel de Instrucción Materna</i>		
• <i>Momento del destete Precoz según información Materna</i>		
• <i>Opinión de la Madre acerca de cuando destetar según edad de la misma</i>		
• Análisis	Pág.	16
• Conclusiones	Pág.	18
• Sugerencias	Pág.	19
• Bibliografía	Pág.	20
• ANEXOS	Pág.	21

Introducción:

El siguiente estudio se llevó a cabo por cuatro estudiantes del Curso de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería, pertenecientes a la Escuela de Sanidad de las Fuerzas Armadas (E.S.F.F.A.A.) en convenio con el Instituto Nacional de Enfermería (I.N.D.E.); como forma de acreditación de su tesis final de graduación.

El Destete es un proceso que se inicia con la introducción del primer alimento a la dieta del lactante, independientemente de continuar siendo amamantado.

El Destete es un proceso de transición durante el cual el niño se transforma de lactante en omnívoro; donde completa su maduración física y su desarrollo psíquico (luego de su nacimiento) que lo harán capaz de asimilar sin dificultades otros tipos de nutrientes que hasta el momento habían sido aportados exclusivamente por el pecho materno.

Se toma para nuestro estudio, la edad que tiene el lactante cuando comienza con este proceso; que continuará paulatinamente hasta el abandono total de la lactancia.

La OMS recomienda dar pecho directo exclusivo hasta los 6 meses de vida; para luego ir introduciendo gradualmente alimentos sólidos, ir sacando secciones de lactadas hasta suprimir el pecho directo totalmente. (**Declaración de Inocenti; 1990 OMS/ UNICEF**).

Con estas pautas dictadas por la OMS, sobre nutrición infantil el MSP lleva adelante su campaña de calificación de Hospitales y centros de atención privadas, como "**Hospitales Amigos del Niño**", a aquellos centros de atención que presenten especial hincapié a políticas de promoción y protección de la Lactancia. (Anexo N°1)

La lactancia materna según diferentes encuestas desarrolladas en el país en el siglo XX, permiten visualizar la caída que tuvo la práctica del amamantamiento, especialmente a partir de los años 50. (Anexo N°1)

Los resultados encontrados en las últimas encuestas 1996,97 y 99; muestran una mejoría en la situación, en el estudio de 1999 con una media de: 144 días, (**Encuesta realizada por Grupos Mori sobre mantenimiento de la lactancia en nuestro país**).

Dado que no se conoce información previa sobre el destete en la población de esta Institución, consideramos oportuno investigar cuales son las causas por las que se produce el Destete precoz.

Para realizar este estudio nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuales son las causas más frecuentes del destete precoz, en niños de hasta un año de edad, que concurren a la consulta externa de pediatría del HCFFAA en el periodo comprendido entre el 2 de diciembre y el 13 de diciembre del 2002, en el horario de 8 a 16 horas?

Se realizó un estudio descriptivo- retrospectivo de corte transversal, con el objetivo de conocer las causas más frecuentes del destete precoz, donde se entrevistó en total a n=112 madres con sus hijos que concurren a la consulta Externa de Pediatría.

El método utilizado fue la entrevista estructurada donde se completo el instrumento creado para dicho estudio. (Anexo N°2)

Se incluyeron en la muestra a todos los lactantes, que comenzaron con su periodo de destete antes de los 6 meses de vida.

Justificación

El interés por el tema surge de la inquietud del grupo investigador en cuanto a la prevención de la salud en áreas de primer nivel de atención de enfermería materno infantil, observándose la problemática del destete y las consecuencias negativas que la introducción complementaria precoz, tiene antes de los 6 meses (destete precoz/ OMS); sobre la salud del binomio madre-hijo.

Existen tendencias auspiciosas que fomentan la promoción y mantenimiento de la lactancia materna, como forma de disminuir los riesgos de enfermedades infecciosas y parasitarias por la posibilidad de contaminación de los alimentos y por inmadurez del sistema inmunitario; donde se elevan los riesgos de alergias por contacto temprano con determinadas proteínas; aumentando el número episodios de diarrea por inmadurez del aparato digestivo; riesgos de anemia por déficit de hierro y probablemente riesgos de nuevos embarazos de las madres que no usan otro método anticonceptivo, como forma de planificación familiar fundamentalmente en países en vías de desarrollo.

Contrariamente a lo que se cree el destete no significa la suspensión total del pecho de forma brusca; sino que es un proceso que comienza con la introducción del primer alimento diferente de la leche materna.

Se conoce poco acerca del destete, fundamentalmente a nivel de la sociedad y este se realiza según las creencias socioculturales maternas y familiares.

Pretendemos ampliar nuestro cuerpo de conocimientos sobre el destete y como forma de contribuir a la sociedad, fundamentalmente en la promoción de una vida nutricional sana, para los lactantes.

Inculcando una cultura acerca del destete en la sociedad, para que este se realice en forma, adecuada, informada y guiada por el personal de salud (equipo multidisciplinario); apoyada en el fomento de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida podremos incidir de manera efectiva sobre la salud de los lactantes.

Según cifras oficiales obtenidas por el MSP se producen al año 56000 nacimientos, de los cuales 33 mil nacen en mutualistas y 23 mil en hospitales estatales. Según información brindada por el Departamento de Estadística y Registros Médicos en el IICFFAA nacen aproximadamente 1200 niños al año (1189 en el año 2001).

El presente informe se refiere a un estudio sobre las causas por las cuales se produce el destete precoz en la población de lactantes de esta institución.

INSTITUTO NACIONAL ENFERMERIA
BIBLIOTECA
HOSPITAL DE CLINICAS
AV. ITALIA S/N 3er PISO
MONTEVIDEO - URUGUAY

Destete

Contrariamente a lo que se cree, el destete no significa la suspensión total del pecho materno, sino que es un proceso que se inicia con la introducción del primer alimento que no sea leche materna. El destete es un período de transición en que el niño cambia progresivamente su forma de alimentarse.

El nexo de la lactancia no se rompe abruptamente sino que de forma paulatina; la leche materna, que es la única fuente de nutrientes en los primeros meses, va siendo substituida por otras fuentes: los alimentos sólidos.

El destete es un proceso gradual que abarca la segunda mitad del primer año de vida del niño y durante el cual se rompen algunos de los lazos afectivos entre la madre y el hijo, lazos que se forjaron incluso antes del momento del nacimiento y se reforzaron durante el amamantamiento.

La leche humana, aporta todos los nutrientes que necesita el lactante durante los primeros 6 meses de vida.

Se ha llegado a determinar que existen una serie de desventajas y de riesgos asociados a la alimentación complementaria temprana:

Riesgos de la alimentación complementaria precoz(antes del 6to. Mes)

- Disminución de la leche materna consecuentemente con la menor frecuencia de succión del niño.
- Obstaculización de la absorción de hierro de la leche materna, con el consiguiente riesgo de anemia.
- Absorción de moléculas proteicas enteras. Riesgo de alergias.
- Mayor riesgo de enfermedades infecciosas y parasitarias por posibilidad de contaminación de los alimentos y por inmadurez del sistema inmunitario.
- Insatisfacción en la necesidad de chupar y riesgo de adquirir hábitos disfuncionales de succión.
- Incorporación prematura de texturas y sabores que interfieren con el proceso de discriminación sensorial progresivo.
- Riesgos de caries de biberón por incorporación de azúcar a la leche o alimentos.

Hacia los 6 meses de edad el lactante se halla en condiciones de enfrentarse a la carga de solutos resultantes del metabolismo de los nuevos alimentos que se comienzan a introducir a esta edad.

En este momento el tracto gastrointestinal ha madurado lo suficiente para procesar nutrientes más complejos y es menos sensible a los alimentos potencialmente alérgicos. Comienza la erupción de los dientes, lo que facilita que los bebés muerdan y mastiquen.

Además el reflejo de estrucción ha desaparecido y la deglución es más coordinada lo que le permite al niño aceptar fácilmente los sólidos.

La OMS recomienda dar pecho directo exclusivo hasta los 6 meses de vida; para luego ir introduciendo gradualmente alimentos sólidos, ir sacando secciones de lactadas hasta suprimir el pecho directo totalmente.(Declaración de Inocenti; 1990 OMS/UNICEF).

Resultados de la investigación

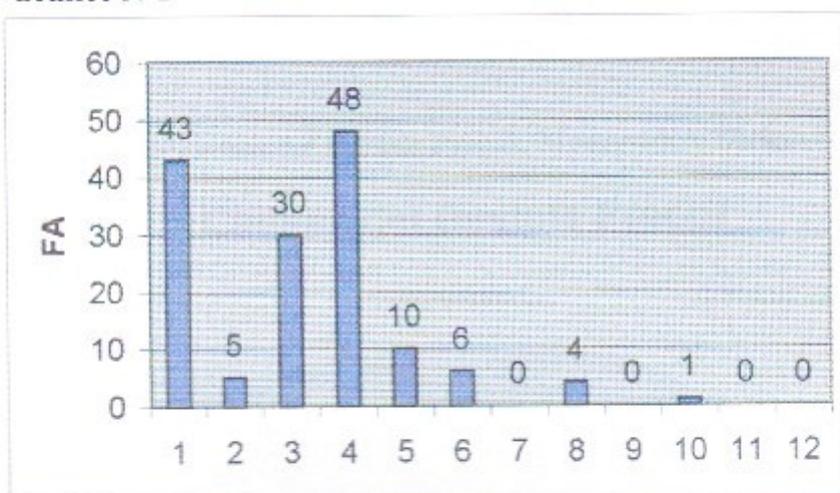
Un total de **112** madres, comenzaron con el destete de sus hijos (lactantes) antes de los **6 meses**. El **61%** aún continuaban siendo amamantados al momento del estudio, mientras un **39%** habían sido destetados.

De estos 112 lactantes, un **59%** (66), correspondían al sexo masculino, mientras que un **41%** (46), eran de sexo femenino.

Tabla 1
Causas del Destete precoz. Montevideo. Diciembre 2002

Causas del destete precoz	FA	FR%
Indicación Médica	48	32,6%
Cantidad de leche insuficiente	43	29,3%
Trabajo Materno	30	20,4%
No succionaba	10	6,8%
Decisión Materna	6	4,0%
Otras	10	6,9%
	147	100%

Gráfico N°1



Un total de **80** (71%) madres citaron una sola causa como motivo del destete, **28** (25%) madres citaron dos causas como motivo de destete, y **4** (4%) madres citaron tres causas. Ninguna madre citó más de tres motivos por los cuales comenzó con el periodo de destete de su hijo, sumando en total, **n= 147** causas citadas.

Tabla 2
Cantidad de respuestas dadas por la madre. Montevideo. Diciembre 2002

Nº de respuestas dadas por la madre	FA	FR%
1	80	71,4
2	28	25
3	4	3,6
	112	100

Gráfico N°2
Porcentaje de respuestas dadas por la madre. Montevideo. Diciembre 2002

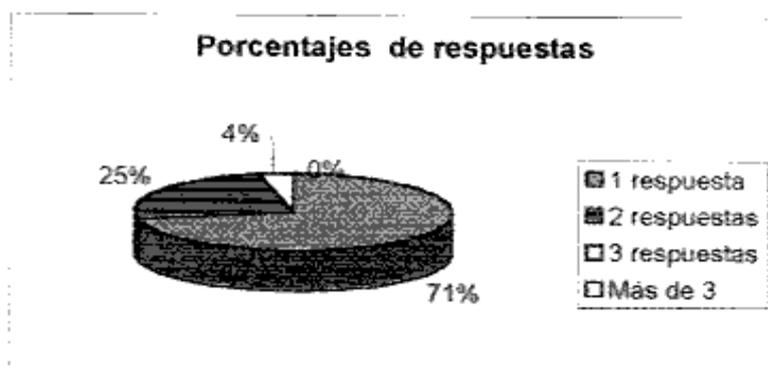
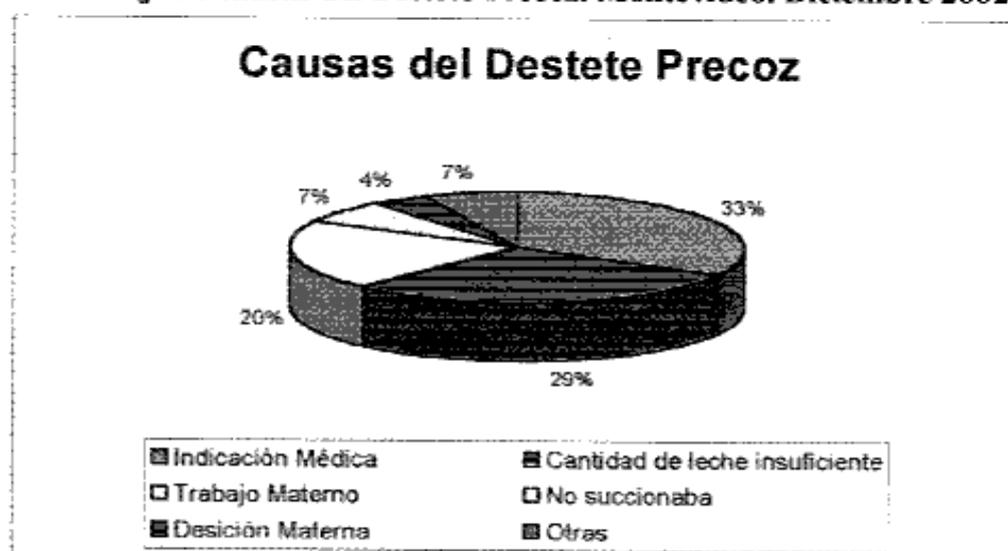


Gráfico N°3
Porcentaje de causas del Destete Precoz. Montevideo. Diciembre 2002



El 32,6% de las madres refirió como causa de destete la indicación médica.
 El 29,3% de las madres tomo como causa del destete la cantidad de leche insuficiente, mientras que un 20,4% refirió el trabajo materno como causa del destete.
 Con porcentajes menores se observaron las causas: no succionaba el niño(6,8%), decisión materna(4%), calidad de leche inadecuada(3,4%), entre otras.

Tabla 3
Momento del destete precoz. Montevideo. Diciembre 2002

Momento del Destete Precoz	FA	FR%
1 -30 días	10	9
31 -60 días	21	19
61 -90 días	23	20,5
91 -120 días	28	25
121-150 días	23	20,5
151-180 días	7	6
	112	100

Gráfico N°4



Encontramos que un **25%** de los lactantes comienzan con su proceso de destete precozmente, entre los 91 - 120 días de vida y con un porcentaje de **20,5%** a entre los 61 - 90 días de vida. También con porcentaje de **20,5%** a aquellos que comienzan con su proceso de destete entre los 121 - 150 días de vida. Un **19%** entre los 31- 60 días de vida

La media de edad del destete precoz se ubicó en **90,5 días** con un desvío estándar de **11,9 días**. La mediana de edad del destete precoz se ubicó en los **93,1 días**.

Tabla 4
Información de la madre acerca del Destete. Montevideo. Diciembre 2002

Información acerca del destete	FA	FR	FR%
SI Posee	68	0,607	60,7%
No Posee	44	0,393	39,3%
	112	1	100%

Se observó que el 61% de las madres entrevistadas referían tener conocimientos acerca de cuando comenzar el período de Destete.

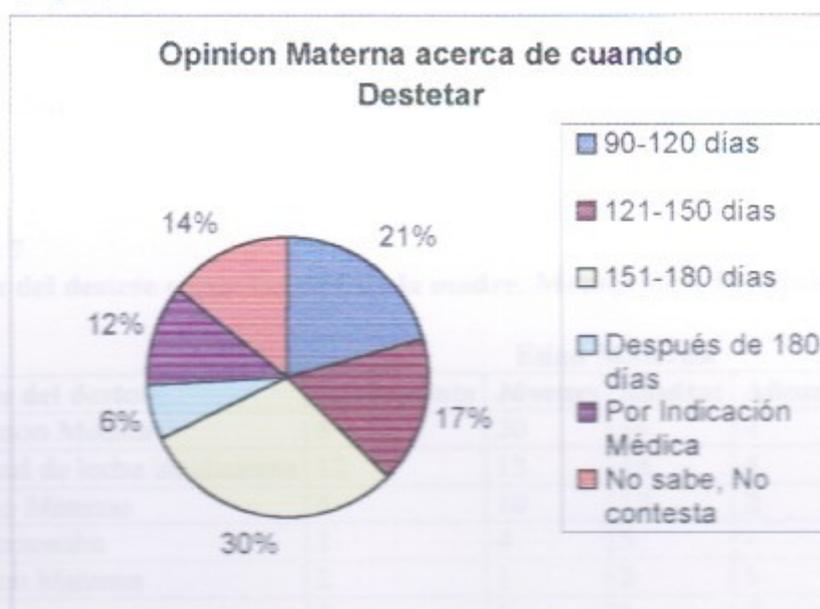
Gráfico N°5



Tabla 5
Opinión materna acerca de cuando comenzar el destete. Montevideo. Diciembre 2002.

Opinión Materna	FA	FR%
90-120 días	23	20,5
121-150 días	19	17
151-180 días	34	30,3
Mayor a 181 días	7	6,3
Indicación Médica	13	11,6
No sabe, no contesta	16	14,3
	112	100

Gráfico N°6



Según la opinión materna acerca del período ideal para comenzar el destete se encontró que un 30,3% refirió entre los 151-180 días, un 20,5% entre los 90-120 días, un 17% entre los 121-150 días. Un 14,3% no sabe. El 11,6% de las madres citó la indicación médica y solamente el 6,3% de las madres contesto luego de los 181 días de vida (6 meses).

Tabla 6
Causa del Destete según el momento en el cual se produce. Montevideo. Diciembre 2002.

Causas del destete precoz	Momento del destete precoz(días)						Total
	1-30	31-60	61-90	91-120	121-150	151-180	
Indicación Médica	8	7	5	16	11	1	48
Cantidad de leche insuficiente	6	8	9	10	6	4	43
Trabajo Materno	1	5	10	7	5	2	30
No succionaba	1	2	2	2	2	1	10
Decisión Materna	-	-	-	2	3	1	6
Otras	1	1	4	2	2	-	10
Total	17	23	30	39	29	9	147

Según manifiestan las madres, el 47% de los lactantes entre 1 y 30 días comenzaron con su periodo de destete por indicación médica.

Lactantes entre los 31-60 días de vida, el 35% lo hizo por cantidad de leche insuficiente, mientras que el 30% por indicación médica.

Entre 61-90 días de vida el 33% comenzaron su periodo de destete por causa de trabajo materno y un 30% por cantidad de leche insuficiente.

Entre los 91-120 días el 41% por indicación médica, mientras que un 25,6% por cantidad de leche insuficiente.

Entre los 121-150 días de vida el 38% por indicación médica.

Por último entre los 151-180 días de vida el 44% de ellos por cantidad de leche insuficiente.

Tabla 7
Causas del destete según la edad de la madre. Montevideo. Diciembre 2002.

Causas del destete	Edad Materna				Total
	Adolescente	Jóvenes	Adultas	Añosas	
Indicación Médica	8	20	16	4	48
Cantidad de leche insuficiente	12	13	14	4	43
Trabajo Materno	5	10	13	2	30
No succionaba	1	4	5	-	10
Decisión Materna	2	1	2	1	6
Otras	2	5	1	2	10
Total	30	53	51	13	147

Un 40% de las madres adolescentes iniciaron el destete a sus hijos a causa de cantidad de leche insuficiente.

El 37,7% de las madres jóvenes, por indicación médica.

Un 31,4% de las madres adultas, por indicación médica, mientras que un 25,5% a causa del trabajo materno.

El 30,8 % de las madres añosas , a causa de cantidad de leche insuficiente y con un 30,8% por indicación Médica.

Tabla 8
Causas del destete precoz según nivel de instrucción materno. Montevideo.
Diciembre 2002.

Causas del Destete	Primaria	Secundaria	Terciaria	TOTAL
Indicación Médica	5	37	6	48
Cantidaddelecheinsuficiente	4	34	5	43
Trabajo Materno	6	21	3	30
No succionaba	1	8	1	10
Decisión Materna	1	4	1	6
Otras	3	5	2	10
Total	19	110	18	147

Entre las madres que terminaron sus estudios dentro de la primaria, el 31,5% comenzaron con el destete por causas de trabajo materno y un 21% por cantidad de leche insuficiente.

Las madres que culminaron sus estudios en secundaria, el 31% lo hicieron por cantidad de leche insuficiente y el 19% por trabajo materno, según citaron las madres entrevistadas.

Aquellas madres que cursaban o culminaron estudios terciarios, el 28% comenzaron con el destete por causas de cantidad de leche insuficiente y un 17% por causas de trabajo materno.

Tabla 9
Momento del destete precoz según edad de la madre. Montevideo. Diciembre 2002.

Momento del Destete Precoz	Edad de la madre				Total
	Adolescente	Joven	Adulta	Añosa	
1 a 30 días	2	6	2	-	10
31 a 60 días	1	5	14	1	21
61 a 90 días	5	10	7	1	23
91 a 120 días	8	16	2	2	28
121 a 150 días	6	-	12	5	23
151 a 180 días	1	1	5	-	7
Total	23	38	42	9	112

El 35% de las madres adolescentes iniciaron el destete a sus hijos entre 91-120 días. El 42% de las madres jóvenes iniciaron el destete entre los 91-120 días.

El 33% de las madres adultas iniciaron el destete entre 31-60 días, el 55% de las madres añosas lo hicieron entre 121-150.

Tabla 10
Momento del Destete precoz según el nivel de instrucción materna. Montevideo. Diciembre 2002.

Momento del Destete Precoz	Nivel de Instrucción			Total
	Primaria	Secundaria	Terciaria	
1 a 30 días	1	9	0	10
31 a 60 días	7	12	2	21
61 a 90 días	5	16	2	23
91 a 120 días	3	23	2	28
121 a 150 días	1	18	4	23
151 a 180 días	0	4	3	7
Total	17	82	13	112

El 41% de las madres, que finalizaron sus estudios en primaria comenzaron el período de destete entre 31-60 días.

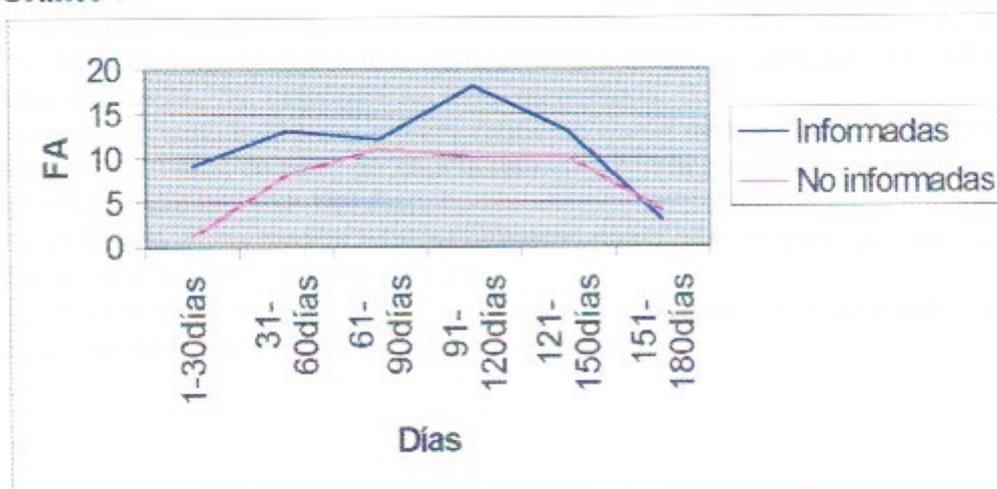
Un 28% de las madres con nivel de secundaria entre los 91-120 días, mientras que un 22% entre los 121 a 150 días.

Entre las madres con estudios terciarios encontramos que el 31%, entre los 121-150 días y un 23% entre los 151-180 días.

Tabla 11
Momento del destete precoz según información materna. Montevideo. Diciembre 2002.

Momento del destete precoz	SI		NO		Total
	FA	FR%	FA	FR%	
1-30 días	9	13,23	1	2,3	10
31-60 días	13	19,11	8	18,2	21
61-90 días	12	17,64	11	25	23
91-120 días	18	26,5	10	22,7	28
121-150 días	13	19,11	10	22,7	23
151-180 días	3	4,4	4	9,1	7
Total	68	100	44	100	112

Gráfico 7



El **26,5%** de las madres que referían encontrarse informadas iniciaron el destete entre los 91 y 120 días. Seguidas por un **19,1%** a aquellas madres que lo hicieron entre los 31 y 60 días y con igual porcentaje entre los 121 y 150 días.

Entre las madres que refirieron no encontrarse informadas, un **25 %** destetaron entre los 61 y 90 días de vida del lactante.

Tabla 12

Opinión de la madre acerca de cuando destetar según la edad de la misma.
Montevideo. Diciembre 2002.

Opinión materna acerca de cuando Destetar	Edad de las madres								Total
	Adolescentes		Jóvenes		Adultas		Añosas		
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	
90 a 120 días	3	13	13	34	6	14	1	11	23
121 a 150 días	3	13	7	18	8	19	1	11	19
151 a 180 días	9	39,1	10	26	12	29	3	33	34
Después de 180 días	2	8,7	2	5,5	2	5	1	11	7
Indicación Médica	1	4,5	3	8	8	19	1	11	13
No sabe, no contesta	5	21,7	3	8	6	14	2	22	16
Total	23	100%	38	100%	42	100%	9	100%	112

Entre las madres adolescentes incluidas en nuestro estudio, encontramos: que un 39,1% de las mismas referían que el destete debería comenzar entre los 151-180 días, mientras que un 21,7% respondió no sabe- no contesta.

Entre las madres jóvenes el 34% refirieron que el destete debía comenzarse entre los 90-120 días, en tanto un 26,3% refirieron que la edad correcta se encuentra comprendida entre los 151-180 días.

El 28,6% de las madres adultas refirieron que la edad propicia para comenzar el destete es entre los 151-180 días de vida.

El 33% de las madres añosas opinan que se debe iniciar el destete entre los 151-180 días, mientras que un 22% no sabe- no contesta.

Análisis

De los datos obtenidos en nuestra investigación encontramos que, de un total de 112 lactantes que comenzaron con el destete precozmente las tres causas principales fueron: por indicación médica con un 33%; cantidad de leche insuficiente 29%; trabajo materno 20,4%, según referencia materna.

Entre estas causas un 20% de las madres refirieron más de una respuesta para el comienzo del proceso de Destete, por lo que podemos decir que en el porcentaje encontrado por indicación médica(no comprobado en la historia clínica); podríamos encontrar trabajo materno y cantidad de leche insuficiente; la causa indicación médica en algunos casos puede ser secundaria a otra causa referida por las madre.

En cuanto a el momento en que se produce el destete precoz, vemos que los porcentajes mayores se ubican entre los 31 y 150 días de vida del lactante, donde predomina la edad del destete entre 91 y 120 días, la media encontrada se ubicó en los 90,5 días con un desvío estándar de 11,9 días y una mediana de 93,1 días; periodo coincidente con la reinserción laboral materna y con la crisis transitoria de la lactancia(Anexo N°1).

En relación a la media alcanzada en el estudio realizado en 1999 (por grupos Mori, sobre Mantenimiento de la Lactancia en nuestro País) con 144 días de vida, existe un descenso en la media encontrada en la edad del destete. Cabe observar en relación al mismo estudio una mediana de 120 días y un descenso a 93,1 días en nuestro estudio.

Si bien los resultados no son del todo comparables, nos ayudan a observar el comportamiento de esta población con respecto al destete en relación al último estudio realizado a nivel nacional en 1999.

En referencia a la información materna, el 67,8% de ellas opina que el momento adecuado para comenzar el destete es entre los 90-180, solamente (según citan las madres) alrededor de un 6% comienzan con el proceso del destete entre los 151-180 días de vida del lactante(5-6 meses).

Causa del destete según el momento en el que se produce

En relación a la causa del destete según el momento en que se produce, vemos que siguen predominando las tres causas principales ya antes mencionadas, observando que los resultados son muy heterogéneos y diversos.

El 57,6% de las causas referidas por la madre como trabajo materno, comenzaron el período de destete entre los 61-120 días de vida del lactante.

Causas del destete según la edad materna

En lo que se refiere a causa del destete según la edad materna continúan predominando las tres cosas principales estando distribuidos los porcentajes en forma similar entre las categorías de la edad materna

Las madres adolescentes refieren destetar precozmente por cantidad de leche insuficiente(40%) y por indicación médica(27%) fundamentalmente.

Las madres jóvenes refieren destetar precozmente a sus hijos un 38% por indicación médica, un 24% por cantidad de leche insuficiente y un 19% por trabajo materno.

Las madres adultas y añosas mantienen aprox. las mismas tendencias citadas por las madres jóvenes.

Causas del Destete Precoz según nivel de instrucción materno

Observamos que no existe una relación marcada entre la causa por la cual se produce el destete y el nivel de instrucción materno, ya que los resultados de la investigación no nos sugieren conclusiones contundentes.

Momento del destete precoz según edad de la madre

En cuanto al nivel de instrucción y el momento del destete precoz podemos ver que a mayor nivel de instrucción, mayor es la edad en que se produce el destete.

Momento del destete precoz según información de la madre

No existe relación entre el momento en que se produce el destete precoz y la información materna, dado que encontramos en ambas categorías valores ampliamente distribuidos, entre aquellas que referían encontrarse informadas y aquellas que citaban no tener información sobre el tema.

Opinión de la madre acerca de cuando destetar según la edad de la misma

Entre las categorías de las edades maternas, encontramos que el mayor porcentaje de opinión sobre edad propicia para comenzar el destete están entre 151-180 días.

Conclusiones

Las conclusiones obtenidas a través de nuestro estudio son:

- Las causas más frecuentes del Destete Precoz, citadas por la madre, son:
 1. Indicación Médica
 2. Cantidad de leche insuficiente
 3. Trabajo MaternoEsta última coincide con el reintegro laboral, entre los 61-120 días
- El Destete Precoz se produce con Mayor frecuencia en edades entre 61-150 días con una media de 90,5 días.
- No vemos relación entre las causas del Destete Precoz y el momento en el cual se produce.
- No podemos inferir relación entre la causa del Destete Precoz y el nivel de instrucción materna.
- En referencia a la opinión que poseen las madres acerca de cuando comenzar el Destete, solo el 6% de las madres se acercaron a la edad recomendada por la OMS.
- Observamos que a mayor nivel de instrucción materna, mayor es el momento en que se produce el Destete.
- La edad materna no condiciona la edad en la que se produce el Destete.

Sugerencias.

Para mejorar la duración de la lactancia materna y para lograr que las causas del destete se ajusten a una decisión materna informada o a un proceso natural de separación entre madre e hijo se plantea a modo de sugerencias:

1. Continuar y haciendo hincapié en la promoción de la lactancia e incluir el periodo de destete en las políticas llevadas a cabo por el estado/ Institución, como forma de orientar a las madres en este periodo tan crucial en la transformación dietética del lactante.
2. Es necesario insistir en la información a la comunidad de modo de corregir gradualmente errores infundidos en mitos y creencias; para aumentar los periodos de lactancia como forma de actuar sobre el destete precoz.
3. Se deberían de instrumentar mecanismos que permitan realizar un seguimiento adecuado a los niños; tanto dentro del ámbito hospitalario como en sus domicilios(consulta de enfermería/ visita domiciliaria).
4. Plantar a nivel Institucional la necesidad de contar con un recurso humano de enfermería profesional en el área con la finalidad de implementar un programa de seguimiento del lactante, como forma de fomentar la salud del mismo detectando problemas y actuando sobre ellos fomentando la educación de las madres en cuanto a el destete para que este se lleve a cabo con éxito.
5. Como forma de incidir en las causas encontradas de, Cantidad de leche insuficiente y Trabajo materno, creemos en la necesidad de hacer hincapié en estas áreas desde el punto de vista de la enfermería, desde los primeros momentos en que la madres se encuentra embarazada, educando a las madres acerca del Destete e informando sobre las legislaciones existentes de apoyo a la lactancia. Tarea que puede desarrollar un profesional de Enfermería en la consulta Externa de gineco-obstetricia.
6. Creemos también en la necesidad de estrechar la relación del equipo multidisciplinario, acentuando el trabajo en equipo como forma de unificar los criterios, como forma de elevar la atención de los lactantes.
7. En cuanto al 33 % de las madres que destetan por indicación médica, llama la atención este alto porcentaje. El grupo investigador extiende la interrogante para un futuro trabajo de investigación en relación a: ¿por qué la tercera parte de los Destetados Precozmente, lo son a causa de Indicaciones Médicas, citadas por las madres de la consulta Externa de Pediatría del HCFFAA?

Bibliografía:

- **OPS-OMS; "Manual sobre Normas y Procedimientos. Programa de Investigación y Capacitación en Salud Pública, Washington D.C.; Julio 1997.**
- **NORA D' OLIVEIRA;"Lactancia Materna Prolongada- Elementos para la reflexión", Red Uruguaya de Apoyo a la nutrición Infantil; 2001.**
- **DONNA L. WONG; "Enfermería Pediátrica", Harcourt- Brace, 1998.**
- **María Inés Bove – Florencia Cerruti , Cuando y por que se produce el destete en el Uruguay ; 2001, Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición Infantil**
- **Lactancia Materna (Contenidos Técnicos para Profesionales de la Salud MSP , Comisión Nacional de la Lactancia Materna; UNICEF ; 1995.**
- **Canales- Pineda; " Metodología de la Investigación", Manual para el desarrollo del personal de salud. Serie Paltex, 2 da Edición- OPS 1994.**
- **CENSO 2001; " Departamento de Estadísticas y Registros Médicos"; HCFFAA- Montevideo Marzo 2002.**
- **Direcciones en Internet:**
- **<http://www.tuytubebe.com.uy>**
- **<http://www.drscope.com.uy>**

Índice de Anexos:

• <i>Anexo N°1- Marco Teórico</i>	<i>Pág.</i>	<i>24</i>
• <i>Anexo N°2- Protocolo de Investigación</i>	<i>Pág.</i>	<i>42</i>
• <i>Anexo N°3- Caracterización Materna</i>	<i>Pág.</i>	<i>53</i>
• <i>Anexo N°4- Glosario</i>	<i>Pág.</i>	<i>56</i>

ANEXOS

ANEXO N°1

ANEXO N°1

Marco teórico

Destete

Contrariamente a lo que se cree, el destete no significa la suspensión total del pecho materno, sino que es un proceso que se inicia con la introducción del primer alimento que no sea leche materna. El destete es un período de transición en que el niño cambia progresivamente su forma de alimentarse.

El nexo de la lactancia no se rompe abruptamente sino que de forma paulatina; la leche materna, que es la única fuente de nutrientes en los primeros meses, va siendo substituida por otras fuentes: los alimentos sólidos. A este período de transición durante el cual el niño se convierte de lactante en omnívoro se le conoce con el nombre de **DESTETE**, y representa uno de los eventos dietéticos cruciales en la vida del niño.

El destete es un proceso gradual que abarca la segunda mitad del primer año de vida del niño y durante el cual se rompen algunos de los lazos afectivos entre la madre y el hijo, lazos que se forjaron incluso antes del momento del nacimiento y se reforzaron durante el amamantamiento. Pero simultáneamente el niño crea nuevas relaciones afectivas con otros seres del mundo que lo rodean. Deja de ser el feto exógeno, como se le ha llamado, unido a la madre por el pecho de está y dependiendo totalmente de esté para sobrevivir, y comienza a intentar saciar su curiosidad y el deseo innato de independencia. Los horizontes del pequeño se amplían, gatea y empieza a explorar un mundo nuevo en el cual aprende a conocer, reconocer, apreciar y habituarse a los alimentos sólidos.

Se ha considerado tradicionalmente entre los 4 y 6 meses como la edad apropiada para iniciar el destete, fisiológicamente, a los 6 meses el niño está completamente desarrollado para hacer uso biológico de alimentos complementarios a la leche humana. Antes de los 4 meses es en general totalmente injustificado administrar otros alimentos que la leche materna, tanto desde el punto de vista fisiológico como psicológico y emocional.

No podemos decir en que momento dado, a que edad exacta, va a comenzar el destete; ni tampoco es posible identificar un punto en el tiempo cuando categóricamente termina la lactancia.

Los problemas ocasionados por los malos hábitos de destete son debidos generalmente a que los alimentos semisólidos son introducidos en la dieta abruptamente, o demasiado temprano en la vida del niño, antes de que este preparado fisiológicamente para utilizarlos.

La alimentación del niño durante el destete consume tiempo y requiere paciencia. Cuando las madres tienen que dedicar gran parte de su tiempo al trabajo en el hogar o fuera del mismo, o cuando la responsabilidad de alimentar al pequeño se delega a otras personas, hay más probabilidades que no se alimente correctamente. La educación es la estrategia fundamental para conseguir que el destete se lleve a cabo con éxito, educación que debe iniciarse mucho antes que comience el destete.

Los alimentos sólidos y semisólidos progresivamente substituyen a la leche materna como fuente de nutrientes y la dieta del niño puede ser tan variada como la permita la dieta familiar, dependiendo de la disponibilidad de alimentos, su costo y la tolerancia del niño a los mismos.

Conforme el niño va creciendo y aproximándose al primer año de vida, tanto la frecuencia como el volumen de los alimentos de destete van aumentando y reemplazando las sesiones de amamantamiento y la consistencia del alimento puede ir

haciéndose más sólida: por ejemplo, el pescado y el huevo pueden aplastarse con un tenedor y la carne desmenuzarse meticulosamente.

El destete del bebe casi siempre puede hacerse sin esfuerzo cuando se hace de manera gradual. No hay incomodidad para la madre o para el bebe y la cantidad de leche que se produce disminuye poco a poco. Muchos bebes pasan directamente del pecho a la taza.

El destete guiado por el bebe se va produciendo a su propio ritmo y va omitiendo sesiones de lactancia. Cada vez más toma de una taza y consume comidas sólidas, con las que va sustituyendo la lactancia.

Cuando el destete es guiado por la madre esta es la que decide cuales de las tomas se deben de suspender. Si el bebe tiene menos de 6 meses probablemente le ofrecerá un biberón. De acuerdo con la velocidad con la cual la madre desea destetar al bebe puede esperar desde varios días hasta semanas antes de eliminar otra toma. Con frecuencia, la última que se elimina es la de irse a dormir.

La producción de leche por lo general disminuye en unos pocos días de forma gradual, hasta terminar completamente con la secreción.

El destete es entonces un proceso que se inicia con la introducción del primer alimento que no sea la leche materna, por lo dicho anteriormente el destete es un periodo de transición en que el niño cambia progresivamente su forma de alimentarse.

Desde el punto de vista de las necesidades nutricionales, de las necesidades metabólicas, tanto de asimilación como de excreción y de la seguridad inmunológica, no se reconoce ninguna ventaja en la introducción de alimentos complementarios antes de los 6 meses, pudiendo en cambio significar riesgos. Desde el punto de vista funcional de las estructuras oro faríngeas, el amamantamiento es la forma de alimentación que el niño debe tener hasta los 6 meses para asegurar un buen desarrollo anatómico y funcional de dichas estructuras. La aparición de los primeros dientes, el aumento de la discriminación sensorial con la aceptación de nuevas texturas y sabores, el aumento de la secreción salival (amilasa) y la posibilidad de deglutir somáticamente juntando los labios sin extruir la lengua, indican que las estructuras bucales tienen la madurez suficiente para recibir alimentos de consistencia más densa, proporcionados en una cuchara.

Desde el punto de vista neuromotor, entre los 6 y los 7 meses el niño es capaz de sentarse sin apoyo y usar sus manos para explorar nuevas sensaciones. Eventualmente podría voltearse, tomar los alimentos que están cerca y llevárselos a la boca.

Por último desde el punto de vista psicoafectivo y emocional, después de los 6 meses el niño es capaz de integrar a más personas y situaciones a sus experiencias de interacción social. Esto le permite independizarse del pecho y de las atenciones exclusivas de su madre para satisfacer sus nuevas necesidades.

La decisión de cuando empezar la alimentación complementaria, depende tanto de la edad cronológica del niño como de la manifestación de los signos que demuestren un desarrollo adecuado en sus diferentes aspectos. Aunque con algunas excepciones y diferencias individuales, la mayoría de los niños alcanza la madurez necesaria para iniciar el destete alrededor de los 6 meses.

Hacia el primer año de vida el niño ha desarrollado habilidades para alimentarse con una dieta progresivamente más sólida, una dieta muy similar a la de la familia y que proporciona todos los nutrientes que necesita, en términos de cantidad y calidad. La leche materna ya no es estrictamente necesaria.

Técnicas de alimentación en el destete:

El destete debe de hacerse en forma progresiva, iniciándose alrededor de los 6 meses, respetando las condiciones y circunstancias individuales.

Se puede empezar introduciendo una fruta con cereal o con puré de verduras a mediodía, sin reemplazar la mamada. El niño debe de seguir tomando leche materna en los horarios habituales (4 o más veces en el día y una vez en la noche). Cuando el niño es capaz de ingerir una cantidad de papilla adecuada, reemplazar la mamada de mediodía. La segunda comida se introduce en la misma forma alrededor de los 8 meses.

El primer alimento complementario tipo papilla debe ser licuado- espeso, pero no seco, de sabor neutro, sin azúcar ni sal. Lo más importante es que no tenga grumos ni trozos de fibra que estimulen el reflejo de extrusión.

La incorporación de nuevos alimentos y sabores debe ser de acuerdo a un esquema que permita al niño reconocerlos aceptarlos con gusto, y a la madre observar sus reacciones frente a ellos. Se puede agregar un nuevo alimento cada tres días, si hay una reacción adversa o un rechazo muy evidente es recomendable suprimirlo, ya que pueda deberse a un rechazo fisiológico.

Es importante no saborizar el paladar del niño con lo dulce. Habitualmente se transmite a los hijos los patrones gustatorios de la madre o quién prepara los alimentos.

La temperatura ideal del alimento es más o menos 37°. No es conveniente enfriar el alimento delante del niño; la espera y manifestaciones de riesgo a quemarse le producen ansiedad y temor.

La cuchara con que se proporcionan los alimentos debe ser pequeña, de contr5onos lisos y suaves y llevar una pequeña cantidad de alimentos cada vez. Se le acerca la cuchara y el niño abre la boca, ponerla adentro de manera que recoja el alimento con el labio superior al cerrar la boca.

Al igual que en el amamantamiento se debe proporcionar el alimento desde el frente, de manera que el niño no tenga que girar la cabeza para recibirlo, ya que eso obliga a una función asimétrica del complejo mandíbulo-hioideo-laríngeo, tanto en la apertura y cierre de la boca como en la deglución.

El niño debe estar sentado, con un apoyo corporal seguro, con sus manos descubiertas.

El niño tiene un ritmo horario para sus necesidades biológicas. Se debe respetar rigurosamente en el caso de alimentación, evitando que el hambre le provoque ansiedad e inquietud.

Las rutinas ayudan al niño a organizar sus patrones de interacción social. Es recomendable que el alimento sea dado siempre en el mismo lugar, por la misma persona, con un entorno agradable y tranquilo, usando utensilios que el niño identifique como propios.

Historia del Destete

Tanto en oriente como en occidente las mujeres amamantaban por períodos más prolongados que las mujeres occidentales de hoy. Entre los antiguos Hebreos el destete se producía a los 3 años, con un período de amamantamiento de 24 meses. -

En una comunidad estudiada (población antigua de Guatemala) continuaban amamantando durante el período que se formaban los premolares (18 meses). Antes de los 2 años comenzaban a comer sólidos; continuando con la leche materna hasta mucho después. En la antigua Grecia se valoraba la lactancia, pero el destete era más temprano (6 meses de lactancia natural y luego 1 mes con leche de vaca). -

Los Romanos, pensaban en que el destete debía producirse cuando tuvieran 3 años o terminaran de formarse los dientes de los niños. Como los Romanos además restringían la cantidad de mamadas para evitar la sobrealimentación con lo cual se llegaba a destetes más tempranos de los recomendados. Se han encontrado signos de raquitismo en los cuerpos de niños en tumbas Romanas que podría deberse a estas causas.

En la Europa Medieval el destete se producía entre el 1er. y 3er. Año de vida. En los S XVI y S XVII los curas y médicos condenaban la práctica de contratar las amas de leche en cuanto los niños podían adquirir los vicios de las mismas a través del pecho.

En la edad media las mujeres ricas parecían considerar que el dar de mamar las hacía verse viejas; no podían vestirse a la moda y sus senos se verían caídos.

También retrasaban su fertilidad; tan valorada en una época en la cual se tenían 10 a 12 hijos: Aún si una mujer quisiera amamantar directamente a su hijo; su marido lo prohibiría en cuanto que: "Una mujer que acepta amamantar, aunque sea a su propio hijo se transformaba en una persona fuera de moda y poco gentil tanto como un caballero que bebe dice malas palabras y es profano".

En algunas zonas de Europa; Alemania; Rusia y Escandinavia confiaban en la lactancia artificial. Consideraban que la lactancia natural era innecesaria e indecorosa. Hasta la moda de vestir influía y atentaba contra la práctica del amamantamiento; los corsés usados a veces desde los 3 años; provocaban pechos chatos; deformados y hasta invertidos.

Entre los S XVI y S XVIII se comenzó con la práctica de alimentación artificial y las enfermedades gastrointestinales causadas por alimentos contaminados, se volvieron epidemias.

También surge como culpable del destete temprano lo práctico de la alimentación mixta; en la Francia del S XVIII la alimentación infantil incluía (lactancia materna, nodrizas, lactancia artificial con leche animal y el panado un alimento a base de pan, agua y condimentos). -

Los destetes eran producidos en forma abrupta, los niños eran retirados de las casa de las amas de leche; o están eran despedidas; o el ama o la madre se ponían sustancias amargas en el pecho o asustaban a los niños para no acercarse al pecho.

A fines del S XVIII en Gran Bretaña el destete se producía a los 7 meses.

En el S XIX la edad recomendada para el destete era de 9 meses aunque pareciera que muchas mujeres destetaban aún antes. Esto se debía a que, revolución industrial de por medio las mujeres pobres trabajaban en fábricas y las mujeres ricas de clase social alta, comenzaban a incorporarse a organizaciones voluntarias.

A fines del S XIX la ciencia se confundía con el progreso. Se consideraba científico dar preparados a los bebés, las madres consideraban más avanzado dar estos alimentos que su propia leche. Tendencia muy poderosa que influyó profundamente en la duración de la lactancia materna.

La idea de que los adultos debían controlar los impulsos naturales de los niños se extendió más allá de la alimentación. Atzar o amamantar a un bebé que llora era cultivar la vagancia y la falta de autocontrol.-

En el S XX se analizan varias razones para la pérdida de la práctica del amamantamiento los nacimientos se hicieron más seguros, pero dificultaban el establecimiento de la lactancia, ya que despegaban al lactante de su madre por largos períodos en donde eran alimentados artificialmente.

El cambiante patrón de vida familiar era otro elemento a tener en cuenta, las familias fueron cada vez más pequeñas y aisladas separadas de la generación anterior. Ya no se daba el apoyo de la comunidad a la mujer que amamantaba. La medicina y la nutrición valoraban la tecnología llegando a la conclusión de que los alimentos industriales eran mejores porque podían ser medidos y controlados para cubrir las necesidades dietéticas.

La actitud occidental de considerar el pecho como un objeto sexual también ha ido en contra de la práctica del amamantamiento y los motivos estéticos también tuvieron su lugar.

En los años 20' la mujer deseaba independizarse y amamantando parecía no ser posible. A pesar de esta tendencia algunos hospitales comenzaron con la práctica del alojamiento conjunto y así hubo un resurgimiento de la lactancia.

En nuestro país en los años 70', cuando la caída de la práctica del amamantamiento llega a su máxima expresión. Con anterioridad el Dr. Morquio destacado pediatra señalaba la importancia de la lactancia-"El niño alimentado a pecho; rara vez enferma y excepcionalmente muere".-

A pesar de esta y otra recomendaciones la práctica del amamantamiento fue en descenso y recién comienza su resurgimiento a partir de los años 90'.-

Estas tendencias favorables siguen su curso en todo el mundo. Aunque recuperar la cultura del amamantamiento está significando todo un esfuerzo.

Parecería entonces que tanto en oriente como en occidente a lo largo de la historia, las mujeres amamantaban durante períodos más prolongados de tiempo que las mujeres de hoy.

Consideraciones psicosociales

Las madres que amamantan por tiempos más prolongados relatan sentirse a gusto y muy próximas a sus hijos. Estos a su vez, parecen sentirse a gusto y muy próximos a sus hijos. Estos, a su vez parecen sentirse muy cómodos con esta situación. Entonces surge la pregunta de por qué, entonces, esta situación se vuelve conflictiva. Concientes de la multiplicidad de factores que entran en juego y para conocer qué dicen los estudios más recientes en relación a esto, realizamos una búsqueda bibliográfica sobre estos temas.

La Dra. Ruth Lawrence cita un estudio realizado por CS Ford en 46 sociedades todavía no alcanzadas por la industrialización y que mantienen patrones ancestrales de crianza. Una investigación antropológica sobre ellas reveló que las tribus que destetaban tardíamente eran pacíficas, mientras que las que lo hacían bruscamente a los 6 meses y practicaban otras medidas disciplinarias eran belicosas.

D. Sepúlveda y cols., en un estudio denominado "Lactancia Materna: algunos factores psicosociales y biológicos que la influyen", llegan a la conclusión que los factores que intervienen en el momento del destete se relacionan a la madre, el niño y al grupo sociocultural al que pertenecen.

Grummer-Strawn dice que la lactancia prolongada beneficia la salud de los niños en los países en desarrollo y que la duración y frecuencia de la lactancia materna parece ir en aumento. Sin embargo, se perciben cambios en las características de la población de estos países que parecen estar influyendo negativamente en la lactancia materna. Este autor recomienda tener en cuenta estos factores para desarrollar políticas de promoción de la lactancia materna, especialmente en estos países considerados más vulnerables.

P.L. Rice realizó un estudio sobre un grupo étnico en Melbourne, estas mujeres realizan una lactancia prolongada y la conclusión es que es muy importante tener en cuenta las creencias y prácticas culturales para poder promover la lactancia materna en forma efectiva.

Este mismo autor también en Australia se llevó a cabo un estudio sobre los factores asociados a la duración de la lactancia materna, y se encontró una asociación positiva entre el nivel de educación y edad de la madre y la duración de la lactancia.

Los hijos varones también dice este estudio parecen ser destetados antes que las niñas.

R. Pérez Escamilla estudio los patrones de lactancia natural en América Latina y el Caribe. Según sus resultados, dentro de cada País, la lactancia natural fue más prolongada en zonas urbanas que rurales. Las mujeres con niveles bajos de educación amamantaron durante más tiempo a sus hijos que las madres de educación más avanzada.

L.D. Hammer y cols, en un estudio entre otros resultados llegaron a la conclusión de que las madres de más edad amamantan por más tiempo que las más jóvenes. Así también los hijos primogénitos son destetados antes que los otros hijos.

El Dr. J.P. Call, es profesor y Jefe de la División de Psiquiatría del Adolescente y del Niño en el Colegio de Medicina de la Universidad de California. Este autor manifiesta que existen muchos temores y miedos a la lactancia materna prolongada. Según el la idea generalizada de que debemos lograr la independencia del niño en los primeros 2 o 3 años de vida, pensando incluso que deben ser independientes a los 6 meses, sencillamente no es válida. Call cita a Mary Ainsworth, una excelente investigadora de la infancia que muestra que los bebés muy apegados y socialmente dependientes de sus madres al año o a los dos años de edad, no serán inútiles enredados a la relación madre-hijo cuando mayores. Ellos tienen menos ansiedad al entrar al colegio y más dominio de sí mismos a los cinco años.

Según Call, está es una de las grandes incomprensiones y una de las grandes discusiones de nuestra sociedad de nuestra sociedad actual. La tendencia de nuestra sociedad de intentar hacer independientes a los bebés demasiado pronto, probablemente propicia un número significativo de los problemas que sufre la sociedad actual. La pseudo independencia lleva a la constitución de un falso Yo y se presenta en los niños que no han tenido suficientes experiencias enriquecedoras y recíprocas con otros seres humanos para definir el propio Yo. Muchas personas crecen con esta independencia defensiva, cuando en realidad son muy dependientes, ansiosos, descontentos de lo que son y no se conocen a sí mismos.

El amamantamiento prolongado tendría aplicaciones muy interesantes en búsqueda de la seguridad interior. Según Call, el amamantamiento prolongado se convierte en un objeto transicional como puede ser un juguete. Ayuda a la definitiva y sana separación del niño de su madre.

Para Freud desde el punto de vista del psicoanálisis clásico un amamantamiento de seis o nueve meses sería de poco tiempo.

Por último veremos el estudio realizado por Fergusson y Woodward que se titula "Lactancia Materna y Ajuste Psicosocial". Se examinó una muestra de 999 casos. Se estudió su ajuste Psicosocial entre los 15 y 18 años. Se encontró que la lactancia materna estaba significativamente asociada con la percepción de los adolescentes de los cuidados maternos.

Los chicos amamantados por más tiempo manifestaban tener buenas relaciones con sus padres y percibían a sus madres como atentas a sus necesidades y menos sobre protectoras comparadas con lo que manifestaban los chicos alimentados a fórmula sobre sus propias madres.

Nutrición del Lactante

La leche humana es la dieta más deseable y completa para el lactante durante los primeros 6 meses de vida. El bebé normal que recibe leche materna no necesita suplementos vitamínicos o minerales a excepción del fluor y del hierro a partir de los 4 meses (cuando ya se han agotado las reservas de hierro fetal).-

Los suplementos de vitamina D se encuentran indicados para facilitar la fijación del calcio.

La leche humana, aporta todos los nutrientes que necesita el lactante durante los primeros 6 meses de vida.

Propiedades únicas de la leche humana: promueve el crecimiento y desarrollo, tiene propiedades inmunológicas antivirales y antibacterianas que protegen al bebé contra muchas infecciones y enfermedades, así como también previenen de la respuesta alérgica. Contiene factores de crecimiento, enzimas digestivas y proteínas que promueven el proceso de maduración de los órganos y tejidos.

La leche entera de vaca sin modificar, desnatada y otros afines no son aceptadas como fuente principal de nutrición de los lactantes, debido a que no son bien digeridos, el aumento de riesgo de contaminación y a la carencia de los componentes necesarios para un crecimiento adecuado.

No se recomiendan los alimentos sólidos antes de los 4 a 6 meses de vida. Durante los primeros meses los alimentos sólidos, no son compatibles con la capacidad del tracto gastrointestinal ni con las necesidades nutricionales del lactante.

Si se suministran a niños muy pequeños, se les expone a antígenos alimentarios, que pueden producir reacciones alérgicas a la proteína del alimento.

El reflejo de extrusión (protrusión) es fuerte y empuja a la comida fuera de la boca, además, la reacción instintiva de los lactantes cuando se les alimenta es chupar.

Debido a sus limitadas capacidades motoras, son incapaces de empujar el alimento de forma deliberada o de evitarlo.

De todo esto se deduce que la introducción precoz del alimento sólido resulta de un tipo de alimentación forzada.

Los lactantes fisiológicamente y por su desarrollo, están en un periodo de transición entre los 4 a 6 meses de edad.

Durante los primeros meses todos los nutrientes son proporcionados por la leche materna, se van produciendo los cambios fisiológicos necesarios para poder utilizar los alimentos sólidos del adulto. Por ejemplo para la degradación de los polisacáridos tales como el almidón, se necesita la amilasa pancreática, la cual se halla presente en muy escasas cantidades o está totalmente ausente antes de los 6 meses de edad. Los azúcares de la leche, sin embargo, no representan ningún problema para ser digeridos desde el momento del nacimiento, puesto que las disacaridasas que digieren la maltosa y la lactosa se hallan presentes desde el nacimiento. La capacidad de digerir las proteínas está bien desarrollada al nacer, pero debe evitarse que el niño las consuma en grandes cantidades dado que la excesiva concentración de solutos renales a que daría lugar, podría producir un imbalance ácido básico y acidosis metabólica. Para la digestión de las grasas se necesita la lipasa pancreática y las sales biliares, pero durante los primeros meses de vida la concentración de estas es baja debido a la inmadurez de los sistemas hepático y pancreático. Sin embargo, la digestión de las grasas presentes en la leche materna no representan ningún problema, dado que la misma leche de la madre contiene lipasa, además de la lipasa lingual que produce el niño.

Durante la segunda mitad del primer año, la leche humana continúa siendo la fuente principal de nutrición. El cambio principal de los hábitos alimentarios lo constituye la adición de alimentos sólidos en la dieta.

Hacia los 6 meses de edad el lactante se halla en condiciones de enfrentarse a la carga de solutos resultantes del metabolismo de los nuevos alimentos que se comienzan a introducir a esta edad.

En este momento el tracto gastrointestinal ha madurado lo suficiente para procesar nutrientes más complejos y es menos sensible a los alimentos potencialmente alergénicos. Comienza la erupción de los dientes, lo que facilita que los bebés muerdan y mastiquen.

Además el reflejo de estrucción ha desaparecido y la deglución es más coordinada lo que le permite al niño aceptar fácilmente los sólidos.

Riesgos de la alimentación complementaria precoz (antes del 6to. Mes)

Se ha llegado a determinar que existen una serie de desventajas y de riesgos asociados a la alimentación complementaria temprana:

- Interferencia con el patrón alimentario del niño al alterar la frecuencia y ritmo de alimentación según libre demanda.
- Disminución de la leche materna consecuentemente con la menor frecuencia de succión del niño. Riesgo de incremento ponderal inadecuado.
- Déficit en la ingesta de agua al ingerir menor volumen de leche.
- Depositiones menos fluidas y riesgo de estreñimiento.
- Obstaculización de la absorción de hierro de la leche materna, con el consiguiente riesgo de anemia ferrópica.
- Absorción de moléculas proteicas enteras. Riesgo de alergias.
- Dificultad en la digestión de los almidones (polisacáridos) por falta de amilasa pancreática antes de los 6 meses, con los consiguientes episodios de diarrea y falta de incremento ponderal.
- Mayor riesgo de enfermedades infecciosas y parasitarias por posibilidad de contaminación de los alimentos y por inmadurez del sistema inmunitario.
- Alteración de los patrones funcionales básicos de la oro faringe.
- Disfunción labial y lingual en la deglución y en el cierre bucal.
- Insatisfacción en la necesidad de chupar y riesgo de adquirir hábitos disfuncionales de succión.
- Incorporación prematura de texturas y sabores que interfieren con el proceso de discriminación sensorial progresivo.
- Inducción al rechazo a ciertos alimentos por asociación condicionada.
- Regurgitación frecuente por la persistencia del reflejo de expulsión.
- Incorporación del hábito de consumo de azúcar.
- Riesgos de caries de biberón por incorporación de azúcar a la leche o alimentos.
- Riesgo de un nuevo embarazo de la madre que no usa otro método de planificación familiar.

Recomendaciones Internacionales acerca de la introducción de nuevos alimentos en el lactante

Cuando ya la inmensa mayoría de expertos de todo el mundo han acordado que 6 meses de lactancia materna exclusiva constituyen el estándar ideal de alimentación infantil, la Organización Mundial de la Salud (OMS) persiste en una posición ambigua que confunde y abre un abanico de incógnitas alrededor del tema.

Haciendo un poco de historia, esta es la cronología que incluye un histórico documento "madre" del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, así como las últimas resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) donde se hace referencia al tema.

En 1974 la reunión de expertos sobre Alimentación del Lactante y Niño Pequeño recomienda: "La lactancia materna exclusiva (LME) por 4 a 6 meses".

En 1990 la Declaración de Inocenti, redactada conjuntamente por la OMS / UNICEF, en una reunión que tuvo lugar en Florencia, Italia el 30/08/1990 copatrocinada por la agencia de los EEUU para el Desarrollo Internacional (OSD). La declaración se refiere a las recomendaciones para proteger, fomentar y apoyar la lactancia. Su texto dice: "Todas las mujeres deberían poder alimentar a sus hijos exclusivamente con leche materna desde su nacimiento hasta los 4 a 6 meses de edad". "Deberían seguir amamantando hasta los 2 años o más, dando al niño al mismo tiempo alimentos, complementarios apropiados y en cantidades suficientes".

En 1992, la Resolución 45/34 de la AMS, declara "Reafirmando que durante los primeros 4 a 6 meses de vida, no se requiere para satisfacer las necesidades nutricionales normales del lactante ningún otro alimento o líquido a parte de la leche materna, ni siquiera agua y que desde aproximadamente la edad de 6 meses se debe empezar a dar a los lactantes para satisfacer sus crecientes necesidades nutricionales, además de la leche materna, diversos alimentos ricos en energía, y que estén disponibles en la localidad.

En 1994 la Resolución 47.5 de la AMS establece "se propicien prácticas adecuadas de alimentación complementaria a partir de lo 6 meses de edad aproximadamente insistiendo en la conveniencia de continuar el amamantamiento y alimentar frecuentemente con alimentos locales salubres en cantidad suficiente"

Año 2000. Consulta técnica sobre alimentación del lactante y el niño pequeño OMS / UNICEF – Ginebra, 13 al 17 de marzo del 2000. Luego de 21 años OMS / UNICEF convocaron a una nueva consulta de técnicos para actualizar las recomendaciones internacionales sobre alimentación del lactante y el niño pequeño, cuya anterior había sido celebrada en 1979 oportunidad en que se fundaba la RED IBFAN (Red Internacional De Grupos Pro Alimentación Infantil)

*Ginebra, Suiza, Marzo 17 del 2000.
En la época en que se realizó la reunión de Inocenti en 1990 las evidencias acerca de la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida era limitado y la recomendación de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna exclusiva por 4 a 6 meses era aceptable.*

Durante los siguientes 10 años se han acumulado nuevos estudios adicionales en relación a la importancia biológica en relación a la lactancia materna exclusiva y el desarrollo del niño (neurológico, inmunológico, metabólico y en términos de desarrollo motor), así como un cuidadoso trabajo realizado clarificando la fisiología de la lactancia y la producción de la leche.

Simultáneamente , estudios que se están llevando a cabo demuestran el significativo riesgo para la salud infantil y la lactancia, la producción de leche y la infertilidad lactacional , de la introducción prematura de alimentos complementarios y o reemplazos de la lactancia materna .

Existe ahora suficiente evidencia científica y epidemiológica para cambiar la recomendada duración de la lactancia exclusiva a alrededor de los 6 meses .

Resultado de una revisión sistemática de 3000 referencias bibliográficas realizada por expertos de la OMS.(Ginebra 28 a 30 de marzo del 2001)

Una revisión sistemática las actuales evidencias científicas sobre la duración óptima de la lactancia materna exclusiva identificó y resumió estudios comparando lactancia materna exclusiva por 4 a 6 meses, versus 6 meses , en términos de crecimiento, niveles de hierro de los lactantes, morbilidad, enfermedad atópica, desarrollo motor, pérdida de peso post parto, y amenorrea. Debería destacarse que la revisión estuvo basada en dos pequeños ensayos controlados y 17 estudios observacionales de variada calidad y origen geográfico.

- La evidencia no sugiere un efecto adverso de la lactancia materna exclusiva por 6 meses.
- Demuestra además niveles más pobres de hierro en lactantes amamantados en forma exclusiva hasta los 6 meses en relación a los de 4 meses que continuaron con lactancia materna parcial hasta los 6 meses.
- La información disponible sugiere que la lactancia materna exclusiva por 6 meses posee un efecto protector contra la infección gastrointestinal .
- La evidencia no demuestra un efecto protector contra infecciones del tracto respiratorio en lactantes amamantados en forma exclusiva durante 6 meses comparados con los de 4 a 6 meses.
- La información es insuficiente como para sacar cualquier inferencia en relación al desarrollo neuromotor .
- Los resultados de 2 ensayos controlados en Honduras indican que la lactancia materna exclusiva por 6 meses versus 4 meses confiere una ventaja en relación a la prolongación de la amenorrea por lactancia en madres que amamantan frecuentemente (esto es 10 a 14 veces por día).
Los mismos ensayos de Honduras demostraron mayor pérdida de peso post parto en las madres que amamantaron en forma exclusiva por 6 meses comparadas con las que lo hicieron por 4 meses .
- En el marco de los países en vías de desarrollo la mas importante ventaja potencial se relaciona a morbimortalidad asociada a enfermedades infecciosas, esencialmente a la infección gastrointestinal (enfermedad diarreica).

En resumen, la consulta de expertos concluye que la lactancia materna exclusiva por 6 meses confiere beneficios para el lactante y la madre, recomienda además , la

introducción de alimentos complementarios (a partir del 6 mes) y continuación de la lactancia a partir de entonces .

La consulta de expertos reconoce que la lactancia materna exclusiva a los 6 meses es aún infrecuente . Sin embargo , también resalta que a habido incrementos sustanciales sobre el tiempo en varios países , donde se dispone de apoyo a la lactancia. Un prerrequisito para la implementación de éstas recomendaciones es la provisión de un adecuado apoyo social y nutricional a la mujer que amamanta.

Hospital amigo del niño y de la madre

En una reunión conjunta celebrada por OMS y UNICEF en el año 1989 para tratar el tema "Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural" los expertos definieron las políticas y recomendaciones para promover la lactancia materna como una estrategia para mejorar la calidad de vida de los niños del mundo.

El componente central de la declaración está contenido en un código que recomienda 10 pasos básicos para lograr una lactancia exitosa.

Estas recomendaciones forman a su vez la base de la iniciativa de los Hospitales Amigo del Niño y de la Madre (IHANM).

1. Disponer de una política escrita relativa a la lactancia que en forma sistemática se ponga en conocimiento de todo el personal del equipo de salud.
2. Capacitar a todo el personal del hospital de forma que esté en condiciones de poner en práctica esta política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia y la forma de ponerlo en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia dentro de la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y como mantener la lactancia, incluso si han de separarse de hijos.
6. No dar a los recién nacidos mas que la leche materna, sin otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.
7. Facilitar la habitación conjunta de la madre y el niño las 24 horas.
8. Fomentar la lactancia a libre demanda.
9. No dar chupetes a los niños amamantados.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a la salida del hospital.

Opinión pública acerca de la duración de la Lactancia.

A los efectos de conocer la percepción de los uruguayos respecto de la duración oportuna de la lactancia, se llevaron a cabo dos estudios de opinión pública, realizados, por equipos Mori ^{*1-2} para el Programa de Promoción de la Lactancia Materna del MSP. El estudio de 1999 monitorea las principales variables estudiadas en 1996, en muestras de similares características ^{*3}, lo que permite realizar algunos análisis comparativos.

- **Período ideal de la Lactancia**

Las opiniones recogidas en torno al período ideal de la lactancia son muy heterogéneas. No obstante, para el 61% de los entrevistados en 1999, la lactancia debe extenderse más de los 6 meses. Esta cifra es 3 % superior a la observada en 1996. Es de destacar que la proporción de Uruguayos que opina que la lactancia debe extenderse más allá del año se incrementó de 7% en 1996 a 18% en 1999.

Fue en el nivel socioeconómico medio donde predominaron las respuestas a favor de periodos ideales más prolongados de lactancia.

- **Las razones que pueden impedir la Lactancia**

Las razones por las cuales consideran los uruguayos que las madres no pueden amamantar son en primer lugar las enfermedades de causa materna con un 46%, siendo mencionada entre las dos razones más importantes por el 54% de los entrevistados.

En segundo lugar se citaron impedimentos relacionados con la leche de la madre ("no tener leche", "la leche no alimenta") aspecto que fue destacado en primer lugar por el 18% de los entrevistados y reunió el 22 % de dos menciones.

Finalmente, la actividad materna laboral fue encontrada como la principal razón por un 10% de los entrevistados, reuniendo el 14 % del total de menciones de los respondientes.

Interesa destacar el descenso de respuestas en torno a la calidad y cantidad de la leche materna: de un 31% observado en la suma de menciones de 1996 al 22% recogido en 1999.

El análisis de las razones que pueden impedir la lactancia por nivel socioeconómico pone en evidencia la existencia de mitos fuertemente arraigados en toda la población uruguaya, sin hacer distinción por nivel socioeconómico. A esta conclusión se llega observando la homogeneidad en las respuestas "no tener leche" y "que la leche no alimenta" en todos los niveles estudiados. Por otra parte, interesa observar también como a mayor nivel socioeconómico aumenta la percepción del trabajo materno como un obstáculo para la lactancia, lo cual podría explicarse por una mayor inserción en el mercado laboral por parte de las mujeres de niveles más altos.

*1 Cerruti, F Bove, M. I. Aspectos culturales del amamantamiento en el Uruguay. Datos basados en una encuesta de opinión pública. MSP, UNICEF, Editorial Arca Montevideo, 1998.

*2 Estudio de opinión Pública sobre Lactancia Materna realizada por Equipos Mori Para el Programa de Promoción de la Lactancia Materna. Montevideo, 1999.

*3 El universo de estudio se definió como la población mayor de 18 años residente en 1200 hogares particulares de Montevideo y áreas urbanas de ciudades de más de 10000 habitantes. La encuesta se realizó a partir de la incorporación de un set de preguntas para el estudio en el sistema de Encuesta regular de la consultora Equipos Mori. La información fue analizada por sexo, edad y nivel socioeconómico de los entrevistados.

- La edad más conveniente para abandonar la lactancia

Se analizó también la opinión de los uruguayos acerca de la edad más conveniente para abandonar la lactancia. En 1999, con respecto a 1996 se advierte un claro corrimiento de las respuestas hacia edades más tardías, siendo especialmente notorio el incremento de 20% a 32% para las respuesta "al año".

El 65% de la población de nivel medio se inclinaba por edades más allá del noveno mes. Los valores más bajos en la suma de estas categorías ("a partir del noveno mes", "al año" y "después del año") se observan en el nivel alto, en el cual de todas maneras, un 51% de los entrevistados entienden que la edad apropiada para el cese de lactancia debe ser mayor que el noveno mes.

Edad en la que se produce el Destete en el Uruguay

En el cuadro de la parte posterior se observa la duración media de la lactancia según diferentes encuestas desarrolladas en el país en el siglo XX. Si bien son resultados que no son estrictamente comparables, ya que los estudios han sido desarrollados con metodologías diferentes y en distintas muestras de población, los mismos permiten visualizar la caída que tuvo la práctica del amamantamiento, especialmente a partir de los años 50, llegando a su máxima expresión en la década de los 70. Los resultados encontrados en las últimas encuestas -1996/97 y 99- muestran una mejora de la situación de la lactancia materna en el país. Tanto la mediana se sitúa por encima de los valores encontrados en las últimas décadas.

Años	Media(días)	Mediana(días)	Mediana(meses)	Área
1916 (1)	152	S/d	S/d	Consultorios del consejo del niño
1949-50 (2)	126	105	3,5	Montevideo
1976-77 (3)	75	45	1,5	Montevideo e Interior
1989 (4)	72	73	2,4	Montevideo e Interior
1992 (5)	57	58	1,9	Montevideo
1996-97 (6)	111	90	3,0	Montevideo e Interior
1999 (7)	144	120	4,0	Montevideo e Interior

* 1 Caprario, E. "La Lactancia materna en la clase obrera de Montevideo, Abril de 1916. Actas y trabajos. El siglo ilustrado, 1917.

* 2 Bauzá, C.A.; Stabile, A. "Informe estadístico sobre la alimentación del lactante menor de 12 meses de bajo nivel socioeconómico en Montevideo". Arch. Pediat. Uruguay. 23:171-183.1952.

* 3 Díaz Rosello, J.L; Bauzá, C. "Estudio epidemiológico sobre prácticas de la Lactancia". Arch. Pediat. Uruguay. 50 (3): 129, 1979.-

* 4 Illa, M; Arbulo, S. Y col. Primera Encuesta de Morbilidad y tratamiento de diarrea e infección respiratoria aguda y Lactancia Materna. MSP. Departamento de Nutrición y Alimentación. OPS/OMS, 1989.

En estos mismos estudios se observa que la edad media del destete en niños de Montevideo y del Interior del país, asistidos tanto en servicios públicos como privados. La mediana de edad de los niños cuando se produce el destete se elevó desde los tres meses de edad en 1996-97 hasta los 4 meses en un período de 2 años. En la encuesta de 1996-97 la duración de la lactancia era similar en Montevideo y en el Interior del país(ambas zonas presentaban una mediana de 3 meses). En 1999, Montevideo presenta una mayor duración(mediana de 4 meses) que el Interior del país(la mediana permanece en 3 meses). En Montevideo e Interior los valores más prolongados se observaron en los niños que son asistidos en el sector privado, los cuales muestran similares guarismos en ambas zonas geográficas(la mediana está ubicada en los 5 meses).

La mayor frecuencia y duración de la Lactancia en 1999 se presentaba mayoritariamente en el sector privado. Los niños asistidos por estos últimos(mediana: 5 meses) son amamantados por más tiempo que los atendidos por los servicios públicos(mediana: 3 meses).

Se observa también que la duración de la lactancia materna en los servicios públicos y privados de Montevideo y del Interior del país. En el sector privado es donde se registró la mayor frecuencia y duración de la lactancia en ambas regiones del país. Los servicios que han trabajado por la iniciativa Hospital Amigo del Niño de OMS y UNICEF(IIAN) y que han sido acreditados por practicar los 10 pasos para una Lactancia exitosa, presentaron una duración media de la lactancia un mes y medio superior al resto.

Diversos estudios *2,3 han demostrado que las madres adolescentes *4 destetan a sus hijos más precozmente que las adultas. En la encuesta de 1996-97 no se encontraron diferencias notorias entre la edad promedio del destete de los hijos de madres adolescentes y no adolescentes. Sin embargo, en 1999 sí se advierten diferencias importantes, siendo en promedio más de un mes prolongado el amamantamiento en las adultas en relación con las adolescentes. Las madres adultas en 1999 aumentaron en forma significativa el período de amamantamiento de sus hijos en relación con 1996-97.- En las adolescentes no se evidenciaron cambios.

*2 Bauzá, C.A.; Stabile, A.: "Informe estadístico sobre la alimentación del Lactante menor de 12 meses de bajo nivel socioeconómico en Montevideo". Arch. Pediat. Uruguay. 23:171- 183. 1952.

*3 Díaz Rosselló, J.L.; Bauzá, C.: "Estudio epidemiológico sobre prácticas de la lactancia". Arch. Pediat. Uruguay. 50 (3): 129, 1979.

*4 La Oms define: la adolescencia como el período de la vida del hombre comprendido entre los 10 y 20 años.

Motivos por los que se produce el destete en el Uruguay

Se revisaron y compararon los resultados obtenidos por los siguientes estudios realizados en e Uruguay:

- Schiaffino *1 estudió cuales fueron los motivos invocados por 1342 madres como causa del destete.
- Illa *2 investigó la causa principal del destete en 197 lactantes, en el departamento de Montevideo en una Encuesta de Lactancia Materna, Diarrea e Infecciones respiratorias Agudas.
- En 1999, en la segunda encuesta nacional sobre prevalencia de lactancia materna realizada por el Programa de Promoción de la Lactancia Materna *3 se estudiaron los motivos por los que 776 lactantes menores de 24 meses dejaron de tomar el pecho materno.

Si bien los resultados pueden no ser estrictamente comparables, debido a las metodologías empleadas así como la categorización de las respuestas obtenidas, resulta interesante contrastar los resultados encontrados.

El motivo más frecuente invocado por las madres en todos los estudios resultó ser la creencia de que su leche no era suficiente alimento o no era de buena calidad para el niño.

En segundo lugar, también coincidiendo en todas las encuestas aparece la ocupación laboral materna, a pesar de que, en el estudio de 1999, su incidencia como causa del destete parece haber disminuido.

En tercer lugar es ocupado en 1981 y 1989 por la "indicación Médica". La incidencia de este factor como decisivo en el cese de la lactancia ha ido disminuyendo a lo largo del tiempo, pasando de determinar el 7,1% de los destetes en 1981 al 3,0 % en 1999. De todas maneras son elementos para continuar trabajando, ya que, tal como lo recomienda la OMS y el UNICEF, son mínimas las circunstancias que deberían conducir a un profesional a recomendar la interrupción permanente de la lactancia materna.

En 1999, el tercer lugar correspondió al destete natural o espontáneo.

Motivos del Destete	1981	1989	1999
Cantidad de leche insuficiente o de mala calidad	64,7	57,4	45,2
Trabajo materno	8,1	15,2	12,5
Indicación Médica	7,1	8,6	3,0
Decisión Materna	6,8	3,6	6,0
Rechazo del Pecho	6,9	6,1	2,9
Enfermedad Materna	3,8	5,1	4,0
Pezones umbilicados, agrietados	-	-	2,6
Ingestión de medicamentos ACO	-	1,5	0,9
Enfermedad del niño	1,3	-	0,9
Destete natural	-	-	11,5
Nuevo embarazo	-	-	2,5
Otros motivos	1,3	2,5	8,1

Por último en la categoría "Otros Motivos" se citaron circunstancias tales como: "cirugía mamaria", "angustia materna por fallecimiento de familiar", "accidente materno", "displasia de cadera del niño por enfermedad de otro hijo".

El motivo del Destete según la edad en que se produce.

Los destetes producidos antes del año del niño son motivados, mayoritariamente, por la creencia de que la leche materna no es suficiente o su calidad no es la adecuada. Esto es independiente del mes en que ocurre el abandono de la lactancia. La cifra máxima de destetes por insuficiente calidad de leche (55,5%) se registró en los niños de tres meses de edad, en la que se presentan con especial frecuencia las "crisis transitorias de la lactancia" *8.

El trabajo materno aparece como causa del destete ya desde el primer año de vida del niño, pero cobra mayor intensidad a partir de la edad de 5 meses (17,2%). Este hecho evidencia la necesidad de implementar medidas de protección apropiadas para la mujer trabajadora durante la lactancia, al tiempo de reforzar la información y el apoyo que desde los servicios de salud se pueden ofrecer para la combinación del trabajo y la lactancia.

El 11,8% de destetes ocurridos en el primer mes por enfermedad materna, cifra significativamente más elevada que la que se registra en los siguientes meses, hace pensar en las patologías asociadas con la lactancia como mastitis y otras. En estos casos, a pesar de que la suspensión de la lactancia está contraindicada, el destete ocurre en numerosos casos por una indicación médica no acertada, por mala información por parte de la madre o por falta de apoyo suficiente.

Las causas relacionadas con una mala técnica, como problemas con los pezones, rechazo del pecho, aparecen como era de esperar, con mayor frecuencia, determinando el destete (15%) en el primer mes de vida del niño. La decisión materna de abandonar la lactancia se presenta con mayor fuerza en el primer mes (7,7%) y a partir de esta edad disminuye para recobrar importancia recién en el grupo de 6 a 11 meses.

La mayor proporción de indicaciones médicas (6,1%) se observó en el grupo de 12 a 18 meses, coincidente con la edad mínima recomendada en las normas nacionales de lactancia *9.

Es interesante como el "nuevo embarazo" recién aparece como causa de destete a partir de los 6 meses, sugiriendo la influencia del método de lactancia y amenorrea *10 como método anticonceptivo para las madres de niños menores de 6 meses

*8 "Es frecuente que las madres consulten entre los 2 y 3 meses posparto porque el niño que antes quedaba satisfecho con mamas regulares cada tres o cuatro horas, ahora parece quedar con hambre, pidiendo de mamar con más frecuencia, incluso en la noche. Ella siente que tiene menos leche, pero a pesar al niño hay un incremento normal del peso. A esto se le llama crisis transitoria de la lactancia. Dicha crisis se debe a que el niño ha duplicado su peso y este requiere de mayor volumen de leche. La forma de obtenerlo es mamando con mayor frecuencia, generando un mayor estímulo a la glándula mamaria. La madre responde a ello incrementando su producción". Schellhorn, H; Valdés, V.: Lactancia Materna, contenidos técnicos para profesionales de la salud. Ministerio de Salud, UNICEF, Santiago de Chile 1995.

*9 Normas Nacionales de Lactancia Materna. Programa de Promoción de la lactancia Materna. Comisión Nacional de Lactancia Materna, MSP Montevideo, 1997.

*10 Si la madre permanece en amenorrea, la lactancia materna exclusiva evita el embarazo durante los primeros seis meses después del parto, en el 98% de los casos. Schellhorn, H; Valdés, V.: Lactancia Materna contenidos técnicos para profesionales de la Salud. Ministerio de Salud, UNICEF, Santiago de Chile, 1995.

El motivo de destete según Iniciativa Hospital Amigo del Niño

La iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) fue propuesta por la OMS/ UNICEF para alentar a los hospitales, establecimientos, servicios de salud y en particular a las salas de maternidad a adoptar las prácticas que aseguren promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva en el recién nacido y que se entregue a las madres la información pertinente para asegurar una lactancia exitosa. De esta forma se evitan las prácticas hospitalarias que interfiere con la lactancia, la separación de la madre y el recién nacido, el uso de chupetes y mamaderas, la complementación innecesaria del bebé, etc. En los servicios acreditados en el país como HAN o como consultorios Amigos del Niño (CAN) los motivos de indicación médica (enfermedad del niño, uso de ACO), los problemas de técnicas de amamantamiento (problemas con los pezones, el niño no succionaba) y, aunque fueron significativamente menores (41,4% contra 47,1%), aún continúan siendo elevados los motivos originados en falsas creencias. Esto sugiere que el cumplimiento de los 10 pasos para una lactancia exitosa propuesta por la OMS y UNICEF pueden modificar las causas de destete entre sus usuarias, pero evidencian lo fuertemente arraigadas que permanecen algunas creencias y mitos dentro de la población uruguaya, formando una cultura del amamantamiento cuya alteración posiblemente demande muchos años más de trabajo.

En el Uruguay al momento de la realización de la encuesta los HAN eran mayoritariamente privados, donde la inserción laboral de las madres es mayor. El 72,1% de las madres trabajaban en tanto solamente el 35,1% de las asistidas en el resto de los servicios. Analizadas las causas de destete solamente entre las mujeres que trabajaban al momento de las encuesta, puede verse que contrariamente a lo que podía interpretarse primariamente, el trabajo como causa de destete fue de 18,6% en los HAN y de 23,3% en los servicios no acreditados. Esto pone en evidencia que, con una adecuada preparación en el embarazo y con un apoyo oportuno y suficiente, las madres pueden combinar trabajo y lactancia en mayor medida.

ANEXO N°2

ANEXO N°2

Protocolo de Investigación**Introducción:**

El siguiente estudio se llevará a cabo por cuatro estudiantes del curso de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería, pertenecientes a la Escuela Sanidad de las Fuerzas Armadas (E.S.F.F.AA.) en convenio con el Instituto Nacional de Enfermería (I.N.D.E.); como forma de acreditación de su tesis final de graduación.

Para ello realizaremos un estudio descriptivo- retrospectivo de corte transversal.

Se tomarán en cuenta para dicho estudio a los lactantes que concurran a la consulta externa de pediatría del HCFFAA durante el periodo establecido y se entrevistará a la madre(binomio madre e hijo), recabando, de esta manera la información necesaria para dicho estudio.

Se tomarán en cuenta a niños de hasta 1 año de edad de edad, ya que el Destete debe de hacerse en forma progresiva y gradual a partir de los seis meses. Antes de los seis meses de vida el Destete se considera precoz.

Se pedirá autorización a la persona a cargo del lactante para recabar los datos, que se registrarán en un instrumento creado para tal fin donde se encuentran las variables de estudio; haciendo hincapié que dicho estudio es totalmente reservado; informando además la finalidad del mismo.

Problema:

¿Cuáles son las causas más frecuentes del destete precoz en niños de hasta un año de edad, que concurren a la consulta externa de pediatría del HCFFAA en el lapso comprendido entre el 2 de diciembre y el 13 de diciembre del 2002, en el horario de 8 a 16 horas?

Justificación:

El Destete es un proceso que se inicia con la introducción del primer alimento a la dieta del niño.

A este período de transición durante el cual el niño se transforma de lactante en omnívoro se le conoce con el nombre de Destete y representa uno de los eventos dietéticos cruciales en su vida.

Se ha considerado tradicionalmente entre los 4 y 6 meses de edad apropiada para iniciar el destete, fisiológicamente a los seis meses de edad el niño está completamente desarrollado para hacer uso biológico de alimentos complementarios a la leche materna. Antes de los seis meses es en general totalmente injustificado administrar otros alimentos que la leche materna, tanto desde el punto de vista fisiológico como psicológico y emocional.

La OMS recomienda dar pecho directo exclusivo hasta los 6 meses de vida; para luego ir introduciendo gradualmente alimentos sólidos, ir sacando secciones de lactadas hasta suprimir el pecho directo totalmente.(Declaración de Inocenti; 1990 OMS/ UNICEF).

La lactancia materna según diferentes encuestas desarrolladas en el país en el siglo XX, permiten visualizar la caída que tuvo la práctica del amamantamiento, especialmente a partir de los años 50 con una media de: 126 días.

Los resultados encontrados en las últimas encuestas 1996,97 y 99, muestran una mejoría en la situación con una media de: 144 días, (Encuesta realizada por Grupos Mori sobre mantenimiento de la lactancia en nuestro país).

En el HCFFAA se produjeron 1.189 nacimientos durante el 2001(Censo 2001 del Depto. de Estadísticas y Registros Médicos), en la consulta externa de pediatría se observa que el Subprograma ADUANA se cumple con ciertas limitaciones, no se realiza un seguimiento adecuado, únicamente se tiene contacto con los mismos si son traídos a consulta.

Como dato estadístico encontramos que: 11.623 consultas se realizaron en pediatría, con 1.212 consultas con Lactantes, con un promedio de 3,3 consultas diarias de Lactantes(este promedio se acrecienta ya que el número de lactantes fuera de lista es de aprox. 5 por día), durante el ejercicio 2001(Depto. de Estadísticas y Registros Médicos).

No existe información previa sobre las causas y edad en la que se produce el destete en la población de esta Institución, por lo cual queremos conocer las causas por las cuales se produce el destete y si este se realiza en forma precoz o adecuada a edad recomendada para el niño amamantado.

Objetivos del Estudio

Objetivo General:

- Determinar las causas más frecuentes del destete precoz en una población de niños de hasta un año de vida , que concurren a la consulta externa del HICFFAA del 2 al 13 de diciembre del 2002.

Objetivos Específicos:

- Identificar las causas por las cuales se produce el Destete Precoz.
- Identificar el momento en el cual se produce el Destete Precoz.
- Determinar si las madres e encuentran informadas acerca del Destete.
- Identificar las causas del Destete precoz según el momento en el tiempo en el cual se produce.
- Determinar el momento en la cual se produce el destete precoz según la información de la madre.
- Determinar el momento en la cual se produce el destete precoz según el nivel de instrucción de la madre.
- Determinar el momento del destete precoz según la edad de la madre.
- Identificar las causas del destete precoz según la edad de la madre.

Metodología

Tipo de estudio: se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal.

Área de estudio: Consulta Externa de pediatría del HCFFAA, ubicado en la zona de "La Blanqueada" entre las calles Av. Centenario, Av. 8 de Octubre y Jaime Cibils (Montevideo) en un lapso comprendido entre el 2-12-2002 al 13-12-2002; de lunes a viernes en horario de 8:00 a 16:00 horas.

Población: Todos los niños menores de un año de edad que hayan introducido su primer alimento antes de los 6 meses de vida.

Muestra: Todos los niños de hasta un año de edad que hayan comenzado su periodo de destete antes de los seis meses de edad; que concurren a la consulta externa de pediatría del H.C.F.F.AA. en el período comprendido entre el 2-12-2002 al 13-12-2002; de lunes a viernes en horario de 8:00 a 16:00 horas.

Tipo de muestreo: El tipo de muestreo utilizado será por conveniencia

Criterios de Exclusión e Inclusión:

Inclusión: se incluirán en la muestra a todos los lactantes, de hasta seis meses de edad que hayan introducido cualquier alimento a su dieta, diferente de la leche materna.

Exclusión: se excluirá a todos los lactantes que hayan introducido alimentos luego de los seis meses de vida.

Método e instrumento: se realizarán entrevistas estructuradas, realizadas a partir de un cuestionario, a todas las madres que concurren con el lactante a la policlínica de pediatría en el tiempo y horario previamente establecidos.

Aspectos Éticos: se mantendrá en anonimato a las personas se explicitaron los fines de la investigación y cualquier persona que desee acceder al trabajo podrá hacerlo. El cuestionario será aplicado por el entrevistador de esta forma el entrevistado no tendrá por que saber leer o escribir. Se respetaran las abstenciones a ciertas preguntas que puedan resultar incómodas o que no quieran ser respondidas, también aquellas personas que no accedan a la entrevista.

VARIABLES

- **CAUSA DEL DESTETE SEGÚN REFERENCIA MATERNA:**

Tipo de variable: cualitativa- nominal

Definición: Causa, razón o motivo por el cual se introdujeron nuevos alimentos a la dieta del niño.

Indicadores: 1 -Cantidad de leche insuficiente.(Def. El niño no se satisface totalmente con la cantidad de leche que mama del pecho materno.)

2-Calidad de leche inadecuada.(Def. Mala calidad de la leche de pecho directo)

3-Trabajo materno.(Def. Reintegro a la actividad laboral por parte de la madre)

4-Indicación médica.(Def. Abandono del pecho directo exclusivo o introducción de algún complemento, ambos por indicación médica.)

5-No succionaba.(Def. El niño no succiona)

6-Decisión materna.(Def. Decisión materna de no amamantar)

7-Enfermedad materna.(Def. Enfermedad materna por la cual fue imposible amamantar)

8-Enfermedad del niño.(Def. Enfermedad del niño por la cual abandono el acto de amamantar)

9-Problemas con los pezones.(Def. Problemas que presentaron los pezones haciendo imposible amamantar)

10-Tomar anticonceptivos.(Def. Decisión materna de tomar anticonceptivos ACO)

11-Nuevo embarazo.(Def. Nuevo embarazo, materno)

12-Otras.(Def. Otras causas citadas por la madre por las cuales se abandono la lactancia)

- **MOMENTO en el cual se produce el destete precoz:**

Tipo de variable: cuantitativa- discreta

Definición:

Momento en el tiempo medido en días de vida en el cual el niño recibe el primer alimento diferente del pecho directo, tomándose esta fecha como comienzo del periodo de destete. **Indicadores:** Días de vida cumplidos al momento de la investigación.

- **OPINIÓN sobre el momento en el cual debe de comenzar el destete. Tipo de variable:** cualitativa

Definición:

Información que tiene la madre acerca de a que edad debe de comenzar el destete con la introducción del primer alimento diferente de la leche materna.

Indicadores: Días de vida cumplidos que debe de tener el niño para comenzar a introducir los alimentos medido en días cumplidos .

- **INFORMACIÓN que tiene la madre acerca de a que edad debe de comenzar el destete. Tipo de variable:** cualitativa

Definición:

Información que tiene la madre acerca de a que edad debe de comenzar el destete con la introducción del primer alimento diferente de la leche materna.

Operacionalización: Si conoce información- No conoce información

- **NIVEL de instrucción de la madre:**

Tipo de variable: cualitativa- ordinal

Definición:

Ultimo año alcanzado en la enseñanza curricular.

Indicadores: - Primaria
-Secundaria
-Terciaria

- **EDAD de la madre:**

Tipo de variable: cuantitativa- continúa

Definición: Edad cronológica desde el momento de su nacimiento al momento de la entrevista. Años cumplidos al momento de la investigación. Escala: Razón

- **ESTADO CIVIL de la madre:**

Tipo de variable: cualitativa- nominal

Definición:

Situación jurídica frente al registro civil.

Indicadores: Casado, Soltero, Viudo, Divorciado, Unión estable.

- **EDAD del lactante:**

Tipo de variable: cuantitativa- continúa

Definición:

Edad cronológica desde el momento de su nacimiento al momento de la investigación.

Medida en meses/ días cumplidos. Escala: Razón.

- **SEXO del lactante:**

Tipo de variable: cualitativa.

Definición:

Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer o en general al macho de la hembra. Escala: nominal. **Indicadores:** Masculino o Femenino.

- **AMAMANTAMIENTO:**

Tipo de variable: cualitativa. Escala: Nominal.

Definición:

Acción y efecto de amamantar. De administrar pecho.

Indicadores: SI – Amamanta
NO – No Amamanta

Plan de tabulación y análisis

Una vez recolectados los datos se procederá a la codificación de los resultados formulados. La información será volcada a mapas de tabulación en donde se realizará la tabulación de los datos.

Habrán algunas preguntas abiertas cuya codificación tendrá que hacerse de acuerdo a las respuestas obtenidas.

Categorización de las variables:

- Características del destete
- Causas del destete
- Factores que influyen sobre el destete

Variables a ser presentadas en cuadros tanto en forma individual como cruzadas por cada área:

A- Características del destete.

Edad del destete precoz

Distribución por sexo de los lactantes destetados precozmente

B- Causas del Destete

Motivos por el cual se produce el Destete

C- Factores que influyen sobre el Destete

Madres que aún Amamantan

Edad de las madres

Estado civil de las madres

Información de la madre acerca de cuando realizar el destete y en que forma

Opinión de la madre, acerca de cuando debe comenzar con el destete

Nivel de Instrucción materna

El análisis será de tipo descriptivo, utilizándose la distribución de frecuencias, porcentajes.

Dentro del análisis cuantificaremos el número de niños amamantados y destetados por sexo y edad, la edad en la cual se produce el destete precoz; su frecuencia. Cuantificaremos las causas por las cuales se produce el Destete. Si la madre se encuentra o no informada acerca de cuando y como debe comenzar a destetar a su hijo. Cuantificaremos la cantidad de madres que aún amamantan aún luego de haber comenzado a destetar a su hijo.

Caracterizaremos las madres según su edad, su nivel de instrucción, su estado civil y la opinión acerca de está de cuando comenzar el destete.

Se realizarán además cálculos de medidas de tendencia central y variabilidad.

CUESTIONARIO

FECHA:

MADRE:

Edad

Est. Civil: C V S D UF

NIÑO:

Sexo

Edad

Nivel de Instrucción de la madre:

¿Cuál fue el último año de enseñanza que cursó?

Primaria.....Secundaria.....Terciaria.....

¿Ya introdujo otros alimentos, aunque fuere agua, a la dieta del lactante?

SI**NO**

¿Está dando de amamantar en este momento?

SI**NO**

¿A que edad se introdujo el primer alimento en la dieta del lactante?

¿Cuál fue la o las causas por las cuales introdujo los alimento en la dieta del lactante?

1-Cantidad de leche insuficiente.

2-Calidad de leche inadecuada.

3-Trabajo materno

4-Indicación médica.

5-No succionaba

6-Decisión materna.

7-Enfermedad materna.

8-Enfermedad del niño

9-Problemas con los pezones.

10-Tomar anticonceptivos

11-Nuevo embarazo.

12-Otras.

¿Tiene información acerca de a que edad introducir el primer alimento en la dieta del lactante?

SI**NO**

¿A que edad, cree debe introducir el primer alimento a la dieta del lactante?

Entrevista realizada por:-----

“CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES”

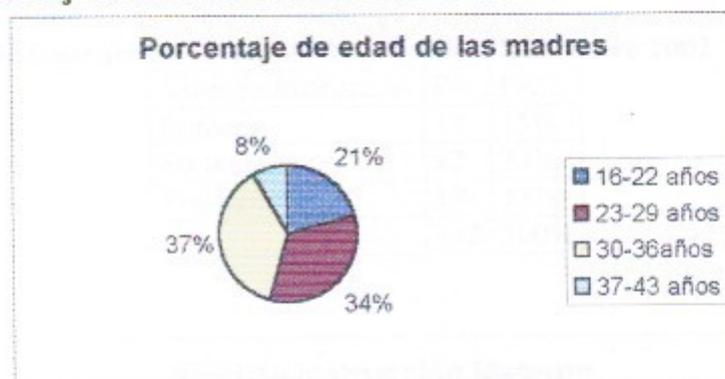
ACTIVIDAD	25/ 29 Noviembre.	2/ 6 Diciembre	2/6 Diciembre	9/13 Diciembre	16/20 Diciembre.	2003 Febrero
-Presentación de carta solicitando el espacio Práctico para la realización del Estudio a la Dirección de la Institución.						
-Toma y recolección de Datos						
-Tabulación y análisis de los datos obtenidos. Conclusiones. Entrega del Informe final						
-Defensa del Estudio realizado.						

ANEXO N°3

ANEXO N°3

CARACTERIZACIÓN DE LAS MADRES**Edad de las madres entrevistadas. Montevideo. Diciembre 2002.**

Edad de la madre	FA	FR%
16-22 años	23	20,5
23-29 años	38	34
30-36 años	42	37,5
37-43 años	9	8
	112	100%

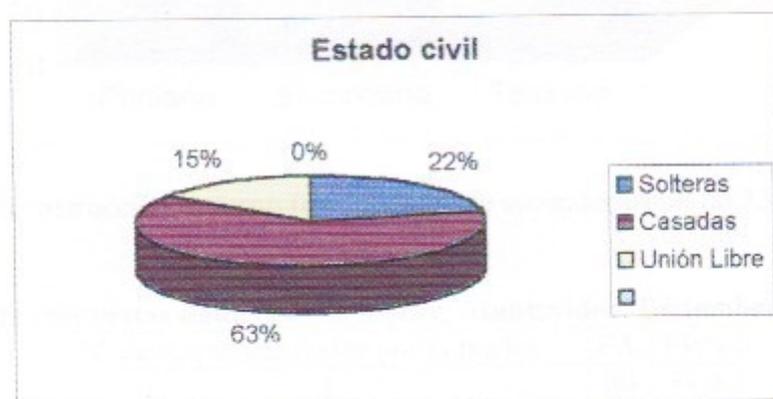
**Porcentaje de edad de las madres. Montevideo. Diciembre 2002**

El **37,5%** de las madres encuestadas se encuentran comprendidas entre los **30-36 años** de edad. Un **34%** de las madres ubicadas entre los **23-29 años**.

La media de edad materna se ubico en los **28,8 años** con un desvió estándar de **1,5 años**. La mediana se ubicó en los **28,94 años**.

Estado Civil de las madres entrevistadas. Montevideo. Diciembre 2002.

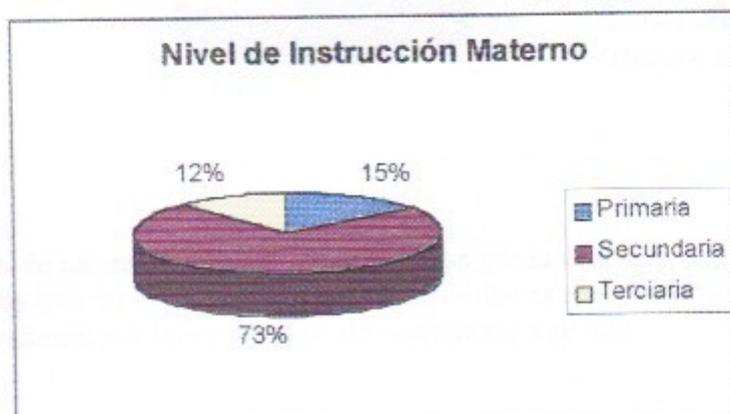
Estado Civil	FA	FR%
Soltera	25	22
Casada	70	63
Divorciada	-	-
Viuda	-	-
Unión Estable	7	15
	12	100



El 63 % de las madres entrevistadas eran casadas, un 22% solteras y un 15% se encontraban en unión estable. No se encontraron madres que refirieran encontrarse divorciadas o viudas.

Nivel de Instrucción materno. Montevideo. Diciembre 2002

Nivel de Instrucción	FA	FR%
Primaria	17	15%
Secundaria	82	73%
Terciaria	13	12%
	112	100%



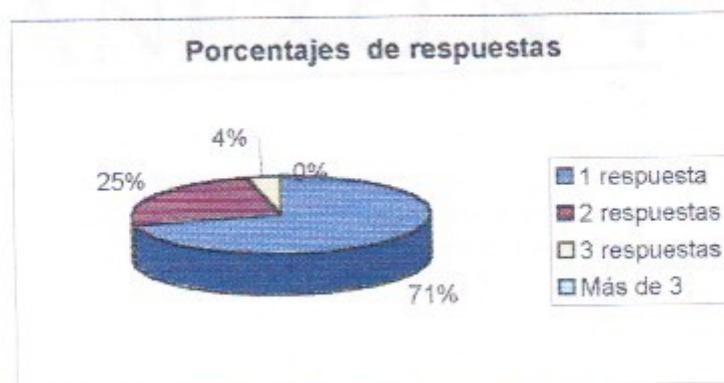


El nivel de instrucción materno fue básicamente secundaria con un **73%**.

Cantidad de respuestas dadas por la madre. Montevideo. Diciembre 2002

Nº de respuestas dadas por la madre	FA	FR%
1	80	71,4
2	28	25
3	4	3,6
	112	100

Porcentaje de respuestas dadas por la madre. Montevideo. Diciembre 2002



El **71%** de las madres refirió una sola causa por la cual se produjo el destete de su hijo, mientras que un **25%** de las mismas refirió dos causas. Un **4%** de las madres mencionó tres causas por las cuales dejó de amamantar a su hijo.

ANEXO N°4

ANEXO N° 4

GLOSARIO

Adolescente: Período de crisis etapa particular que se encuentra comprendida entre los 12-19 años de edad. Caracterizada por cambios, fundamentalmente búsqueda de sí mismo y de su identidad del individuo, tendencia grupal, necesidades de interactuar y de fantasear, crisis religiosa, educación sexual, actividad social reivindicarte, separación progresiva de los padres, cambios de humor y de los estados de ánimo.

Finaliza cuando tiene la capacidad de mantenerse y establecer compromisos profesionales, independencia económica, establece una identidad sexual mediante relaciones sexuales saludables y estables.

En el estudio nos referimos a las madres adolescentes comprendidas entre los 12 y 19 años.

Adulta: persona que ha completado su madurez alcanzando determinado grado de perfección, estabilidad laboral y a formado una familia. Período comprendido entre 27 y 35 años para nuestro estudio.

Añosa: En términos gineco obstétricos se llama a aquella mujer, que tiene familia luego de los 35 años cuando la madurez de su sistema reproductor y su edad fértil comienzan a disminuir. En el estudio nos referimos a madres mayores de 35 años.

Alimentación complementaria: se llama alimentación complementaria a la alimentación que se introduce, además del pecho directo, a la dieta del niño antes de los seis meses de vida, que es lo recomendado por la OMS. Puede ser producto de una indicación médica o por decisión materna.

Consulta de Enfermería: Actividad independiente de enfermería que consiste en el encuentro de la enfermera y el usuario, en donde la aplicación del PAE es fundamental para brindar una atención calificada.

El término consulta a sido utilizado de diversas formas en función de su aplicación a diferentes actividades, aunque estén elementos comunes que la definen:

-La consulta es un proceso de interacción entre el consultante y un consultor, en interés del cliente.

- El consultante solicita atención para aumentar su capacidad de tratar un problema, crisis, una necesidad que permita contribuir a mejorar la salud de la persona o del grupo que es responsable.

Características de la consulta:

- 1- Humana
- 2- Personal
- 3- Contribuye a elevar la calidad de asistencia
- 4- Aporta en la atención en equipo
- 5- Actividad relevante en el primer nivel de Atención

Tipos de Consulta

- 1) A demanda: el usuario acude al servicio por iniciativa propia para resolver un problema o satisfacer necesidades de salud.
- 2) Programada: el profesional de enfermería juntamente con el usuario.

Proceso de la Consulta:

- 1) Planificación de la Consulta
- 2) Preparación del entorno(adecuar el entorno físico, equipos y materiales, establecer áreas, determinar el tiempo de la consulta, determinar a quien atender primero,
- 3) Preparación del Enfermero
- 4) Desarrollo de la Consulta(Presentación del enfermero, aplicación del PAE)
- 5) Finalización de la consulta

Destete: Acción y efecto de Destetar de dejar de administrar pecho directo.

El Destete es un proceso que se inicia con la introducción del primer alimento a la dieta del niño. A este período de transición durante el cual el niño se transforma de lactante en omnívoro se le conoce con el nombre de Destete y representa uno de los eventos dietéticos cruciales en su vida.

Destetado: Niño que ha terminado con el Proceso de destete, abandonando totalmente el pecho materno.

Destete Precoz: Es el Proceso de Destete que se comienza antes de los seis meses de vida del lactante.

Joven: Persona comprendida entre la adolescencia y la madurez. Con algunas variantes se consideran entre los 20-27 años.

Lactante: Se considera al niño de hasta un año de vida como edad cronológica independientemente de su continúa amamantando o no.

Pecho Directo Exclusivo: Se llama pecho directo exclusivo a la alimentación exclusiva a pecho materno mantenida por el lactante.

Reinserción Laboral: Momento en el tiempo cuando la madre se reintegra a su actividad laboral luego de haber hecho uso de su licencia maternal.

Visita domiciliaria

Es el encuentro del equipo de salud con la familia o usuario en su lugar de residencia, siendo una de las acciones primarias para llevar a cabo la atención integral a la salud.
Clasificación según el objetivo de Enfermería

- 1) Visita domiciliaria de captación espontánea, es aquella en que el objetivo es establecer un primer contacto con la familia o el usuario y detectar situaciones existentes(sin tener información previa)
- 2) Visita domiciliaria de captación programada, el objetivo es conocer la situación de una familia o usuario teniendo información previa de la misma.
- 3) Visita domiciliaria de seguimiento o controles aquella que se realiza con el objetivo de controlar y evaluar la evolución de la situación de salud que motivo la visita la puesta en práctica del plan de acción programada juntamente con la familia o usuario.

Técnicas que intervienen en la visita domiciliaria, Observación, Entrevista.

Pasos a seguir en la visita domiciliaria

- 1) Planificación de la visita
- 2) Acercamiento al barrio
- 3) Identificación de la vivienda
- 4) Presentación y entrevista a la familia o usuario /a
- 5) Valoración desde el punto de vista de enfermería, esta valoración física-psico- social y ambiental se realizará con la profundidad de acuerdo a:
 - objetivo de la visita
 - grado de confianza y comunicación alcanzados en la entrevista
 - condiciones ambientales: intimidad, comodidades de la habitación
 - disponibilidad de tiempo del técnico y de la familia
- 6) Registros(si es necesario realizar registros acordar con la familia lo que se va a tomar nota y como)
- 7) Cierre de la visita, realizando una evaluación conjunta de la familia, recogiendo sugerencias para próximas instancias