



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA MATERNO-INFANTIL**

ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. CENTRO DE SALUD “JARDINES DEL HIPÓDROMO” AGOSTO 2004

AUTORES:

Br. Alzugaray, Gimena
Br. Lemos, Rinna
Br. Terrasi, Verónica

TUTOR:

Lic. Enf. Pérez, Mercedes

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

Montevideo, 2004

INDICE

Contenido	Página
I- Resumen	3
II- Introducción	4
III-Fundamentación.....	5
IV-Planteamiento del problema	6
V- Objetivos.....	6
VI- Marco Teórico.....	7
VII-Aspectos metodológicos.....	21
VIII-Resultados	25
IX- Análisis e interpretación de datos	41
X - Conclusiones	43
XI- Recomendaciones.....	44
XII- Bibliografía.....	45
XIII-Índice de Anexos.....	46

RESUMEN

Debido a la importancia preponderante de la lactancia materna sobre el desarrollo y crecimiento eficaz del niño y considerando las consecuencias negativas provocadas por el destete precoz, se realizó un estudio de carácter descriptivo de corte transversal, utilizando la técnica de recolección de datos basada en la entrevista semiestructurada.

Dicho estudio tuvo como objetivo conocer las características de las madres adolescentes y adultas jóvenes que abandonaron precozmente la lactancia, las cuales concurren a control pediátrico en el Centro de Salud "Jardines del Hipódromo" en el mes de Agosto de 2004.

El universo y la muestra estuvieron compuestas por 58 madres, 50% adolescentes y 50% adultas jóvenes, cuyas edades oscilaron entre 16 y 35 años. Las variables objeto de estudio fueron las siguientes: edad materna, nivel de instrucción, horas de la madre fuera de la casa, número de gestas, conocimiento sobre lactancia, destete y edad del lactante.

Luego de finalizada la investigación se concluye que la mayoría de las mujeres (63.8%) independientemente de ser adolescentes o adultas jóvenes destetan a sus hijos en forma parcial. El destete precoz se produce con un mayor porcentaje (27.6%) en las madres adolescentes dentro del 2º mes de vida del lactante, mientras que en las madres adultas jóvenes (44.8%) se da dentro del primer mes.

Se pudo observar que en ambas poblaciones, a mayor nivel de instrucción el destete total es menor y a su vez este destete total se dio en mayor porcentaje en madres multigestas (41.2%) y en adolescentes (41.4%), a pesar de que se comprobó que las adolescentes poseen mayor información sobre las ventajas de la lactancia materna.

Palabras claves: lactancia materna y destete precoz.

INTRODUCCIÓN

El tema fue abordado por tres estudiantes de generación noventa y ocho, correspondiente a la tesis de investigación, requisito para culminar la carrera de Licenciatura en Enfermería. El tema seleccionado fue abandono precoz de la lactancia materna, dentro del cual caracterizamos a las madres que efectuaron dicho abandono.

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

Este proceso de impacto sanitario y social afecta de forma conjunta al binomio madre - hijo y a todo su entorno familiar.

La investigación se llevó a cabo en nuestro país, en la ciudad de Montevideo, en una institución perteneciente al Ministerio de Salud Pública (MSP), Centro de Salud "Jardines del Hipódromo", ubicado en una zona periférica de dicha ciudad.

Se abordó un estudio de carácter descriptivo, de corte transversal, utilizando la técnica de recolección de datos a través de la entrevista semiestructurada sobre la base de un formulario(anexo 2), a través de una lista de preguntas (abiertas y cerradas) preestablecidas; de donde se extrajo la información de las madres cuyas edades oscilaron entre 16 y 35 años. Se trabajó con este rango ya que es relevante para nuestra investigación.

El universo estuvo compuesto por todas las madres que abandonaron precozmente la lactancia las cuales llevaron a control pediátrico a sus hijos con edades hasta los seis meses cumplidos, al Centro de Salud Jardines del Hipódromo en el mes de Agosto 2004.

Las variables objeto de estudio fueron las siguientes : edad materna, nivel de instrucción, horas de la madre fuera de la casa, número de gestas, conocimiento sobre lactancia, destete y edad del lactante.

FUNDAMENTACIÓN

Con respecto a la importancia y magnitud del problema; es considerable la tasa de mortalidad infantil que existe en nuestro país (15/1000 en el 2003)¹, siendo la lactancia materna en los niños hasta los 6 meses de vida un factor ponderante que influye positivamente en la disminución de este problema de tanta incidencia.

Nuestro interés surge a través del conocimiento basado en la realidad que vive actualmente el Uruguay con un claro problema en cuanto al Abandono de la Lactancia.

En las últimas décadas, la práctica de la lactancia materna ha ido decreciendo a medida que avanza la civilización y la modernidad, la sustitución de la leche materna por alimentos de inferior calidad, ha llevado a un aumento en los índices de desnutrición y otras patologías en niños menores de 1 año.

En la 3ª Encuesta Nacional de Lactancia Materna realizada en el año 2003, por la Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil / UNICEF.

Se estudiaron 2986 niños de los cuales 765 eran menores de seis meses.

Los resultados obtenidos fueron comparados con dos encuestas de idéntica metodología realizadas en 1996 y 1999 a través del apoyo de UNICEF al entonces Programa de Promoción de la Lactancia Materna del MSP.

La media de duración de la lactancia materna exclusiva aumentó de 2.1 meses en 1996 a 2.6 meses en 1999, para luego permanecer incambiada en 2003.

Destacando en forma específica al grupo de madres adolescentes se detectó en 1999 un aumento en la tasa de lactancia exclusiva 62.8% contra 35.1% en 1996, sin embargo este indicador cae con respecto al 99 en el 2003 a 57.4%.

Según estudios encontrados en la revisión bibliográfica respecto al tema se destaca que:

- las madres adolescentes, reciben menor información en cuanto a lactancia materna que las madres adultas.
- las madres adolescentes destetan a sus hijos en edades más tempranas y suministran más precozmente alimentos semisólidos que las madres adultas.
- las madres adolescentes tienen menor nivel escolar que las madres adultas por lo cual estas últimas lactan más y por más tiempo.

Es por todos estos motivos que queremos trabajar con una población específica del Uruguay (Jardines del Hipódromo) y poder observar cuánto nuestra realidad se asemeja a los estudios encontrados.

¹ Datos provisionales de tabulaciones aún en etapa de procesamiento y depuración, suministrados por el MSP. Dirección General de la Salud, Departamento de Información Poblacional Estadística.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Título: Caracterización de las madres que abandonaron precozmente la lactancia exclusiva en el Centro de Salud “Jardines”, Agosto 2004.

Área problema: Abandono precoz de la lactancia materna exclusiva.

Problema: ¿Cuáles son las características de las madres adolescentes y adultas jóvenes que abandonaron precozmente la lactancia exclusiva las cuales concurren a control pediátrico en el Centro de Salud “Jardines del Hipódromo” en el mes de Agosto de 2004 ?.

OBJETIVOS

General:

■ Conocer las características de las madres adolescentes y adultas jóvenes que abandonaron precozmente la lactancia exclusiva, las cuales concurren a control pediátrico en el Centro de Salud “Jardines del Hipódromo” en el mes de Agosto de 2004.

Específicos:

■ Caracterizar a las madres adolescentes que abandonaron precozmente la lactancia según: edad, nivel de instrucción, horas de la madre fuera de la casa, número de gestas, conocimiento sobre lactancia, destete y edad del lactante.

■ Caracterizar a las madres adultas jóvenes que abandonaron precozmente la lactancia según: edad, nivel de instrucción, horas de la madre fuera de la casa, número de gestas, conocimiento sobre lactancia, destete y edad del lactante.

■ Establecer un paralelismo entre las características de las madres adolescentes y adultas jóvenes que abandonaron precozmente la lactancia exclusiva.

MARCO TEÓRICO

Lactancia Materna:

La lactancia materna exclusiva (LM) es el proceso a través del cual el recién nacido no recibe ningún otro líquido o sólido fuera de la leche materna, (directa o extraída) solo permite agregar vitaminas, minerales en gotas o jarabes.

Es el único alimento que es capaz de aportar todos los nutrientes que el niño necesita, garantizando de esta manera el adecuado crecimiento y desarrollo bio-psicosocial.

La leche humana es el alimento ideal para el lactante durante sus primeros meses de vida, por sus condiciones intrínsecas, pero más que nada por los cuidados y la seguridad afectiva que se brindan en el acto de amamantar, estableciéndose una estrecha relación entre el binomio madre-hijo.

El amamantamiento es el camino por el cual el niño inicia su aprendizaje social. Por un extremo está el crecimiento y desarrollo, no solo del aparato digestivo sino del individuo todo, con sus aptitudes psicomotoras y sus reacciones emocionales.

Por el otro extremo está la sociedad e inmersa en ella la familia; de ésta dependerá que un niño reciba lo necesario en forma adecuada y que la experiencia sea o no gratificante y estimuladora para él.

La mayoría de los componentes de la leche humana y de vaca son similares; sin embargo, existen diferencias significativas tanto cuantitativas como cualitativas en sus componentes, que determinan que no se comporten en la misma forma respecto a la nutrición y protección inmunológicas del recién nacido y del lactante.

La leche materna tiene propiedades antibacterianas y antivirales, contiene inmunoglobulinas (Ig), macrófagos, granulocitos, linfocitos T y B y otros factores que inhiben el crecimiento bacteriano.

La inmunoglobulina A es la principal, cuya concentración alcanza 100 a 140 mg/100 ml, en cambio la leche de vaca (LV) fresca contiene 3 mg/100 ml de IgA.

Además ofrece diversos beneficios inmunológicos que protegen al niño de diversas infecciones digestivas y respiratorias, así como también previenen la respuesta alérgica.

Este alimento contiene cantidades adecuadas de vitamina A, E, C y complejo B, siendo escasa la presencia de vitamina D pero que igual se absorbe rápidamente.

En la LV tanto las vitaminas C, D y E son bajas predominando en mayor cantidad la vitamina K.

La relación entre el calcio-fósforo en la leche humana es de 2 por 1, en cambio la LV es rica en calcio pero la relación calcio-fósforo es baja.

Ambos tipos de leche son deficientes en hierro, pero la humana se absorbe mejor (70%) que la de vaca (10%).

La leche humana es menos opaca, más azulada y más fluida que la leche de vaca.

La osmolaridad de la leche vaca (350 mosm) es significativamente mayor que la leche humana, determinando en el niño una carga renal de solutos significativamente mayor. Esto quiere decir que el niño que es amamantado no necesita una ingesta suplementaria de agua, en cambio el niño que es alimentado con LV, sí debe recibir agua como suplemento de su dieta.

La leche materna tiene una densidad alrededor de 1030 dl, su PH es próximo a la neutralidad, su tenor en proteínas es casi 1/3 del de la LV; pero la distribución es de 40% de caseína y 60% de lactalbúmina (la cual produce coágulos de leche fácilmente digeribles).

En cambio la leche de vaca es muy rica en caseína de la que se absorbe el 50% produciendo coágulos de leche grandes duros y difíciles de digerir.

Otra característica que hay que destacar en la leche humana es el contenido relativamente bajo de fenilalanina y tiroxina que se adapta muy bien a la limitada capacidad para el metabolismo de estos aminoácidos en el recién nacido.

El valor calórico de la LM es superior a la LV, conteniendo 7.5g% de lactosa frente a 4.7g% de la leche de vaca; además la leche humana posee oligosacáridos que apenas están presentes en la LV.

Las grasas sí bien tienen un tenor similar en ambas leches (3.5g%), están constituidas en un 50% por ácidos grasos insaturados en la leche humana, mejorando la absorción y digestión.

Es mayor la lentitud del tránsito digestivo del niño que recibe LV, transcurriendo alrededor de 14 horas entre la tomada de la mamadera y la llegada del alimento al ciego; en tanto en el niño criado a pecho directo dicho período es de 6-9 horas.

El tiempo de digestión de la leche humana es de 1 hora y media, mientras que la de vaca es de 3 horas.

Para un recién nacido la primera mamadera de LV significa una doble frustración, por la calidad del alimento y por la forma de dárselo. Es posible humanizar la técnica, pero lo que es absolutamente imposible es "maternizar" la calidad de la leche de vaca.²

Los niños criados a pecho tienen un aspecto más saludable y fresco, la piel más elástica y sonrosada, la mirada más vivaz, su panículo adiposo es normal y no excesivo, sus carnes son más tónicas y sus huesos rara vez se deforman, presentan un ascenso regular de peso, y su temperatura es normal y hay un mejor desarrollo físico y psíquico, sus periodos de actividad y sueño son más equilibrados, el aspecto sonriente y feliz traduce el estado de salud, la mayor satisfacción oral y la seguridad y estabilización emocional.

² LAWRENCE RUTH A. La Lactancia Materna, 4ª edición. (Mosby)

La madre que brinda a su hijo tal alimento el cual siempre está a punto, fresco, puro, con condiciones higiénicas y a una temperatura ideal, sin pérdidas de tiempo y de economía está a salvo de cometer errores de preparación y ofrecer una leche alterada, contaminada o de difícil digestión para el niño.

Los niños criados con LV son más inestables desde el punto de vista psíquico y físico padecen con más frecuencia trastornos nutritivos y digestivos así como diversas infecciones.³

La mujer que amamanta a su hijo experimenta una involución uterina más rápida, con lo que disminuye el riesgo de hemorragias y acelera el regreso de su cuerpo al estado previo al embarazo.

Además se ha probado que cuanto más prolongada sea la lactancia menor es el riesgo de desarrollar en un futuro cáncer de mama.

Sobre la importancia de la alimentación natural durante la lactancia y los beneficios que conlleva con respecto a la alimentación artificial, se han realizado numerosos estudios.

UNICEF, en el estudio publicado en 1986, sobre el estado mundial de la infancia afirma que se ha comprobado que, en las comunidades pobres del mundo en desarrollo, los niños alimentados con mamadera tienen una probabilidad 2 o 3 veces mayor de morir en la infancia que los niños alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros meses de vida.⁴

Dada la gran cantidad de beneficios que proporciona la LM es muy importante que la mujer embarazada y puérpera reciban una correcta información y educación para lograr una lactancia materna exitosa y así evitar un destete precoz.

Para que la lactancia materna sea exitosa requiere de tres puntos fundamentales siendo éstos, una madre (mejor una pareja) intensamente motivada para ello, un niño saludable, que coopere con una succión vigorosa, y un profesional convencido auténticamente de las ventajas de la crianza a pecho, que pueda comprender y estimular a los padres y al niño a tales actitudes.⁵

Destete natural:

El destete se inicia con la introducción del primer alimento que no sea la leche materna; es un período de transición en que el niño cambia progresivamente su forma de alimentarse.

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.

³ Lactancia Materna "Contenidos técnicos para profesionales de la salud" 1997 Chile.

⁴ GOMEZ GARCÍA M. CARMEN, "ENFERMERÍA" Enfermería Pediátrica; Ed. Masson-Salvat. 1992 Barcelona España.

⁵ LAWRENCE RUTH A. La Lactancia Materna, 4ª edición. (Mosby)

El Comité de Nutrición de la Sociedad Uruguaya de Pediatría elaboró una Recomendación sobre la Alimentación en el Primer Año de Vida; la misma se ha basado en el documento de OPS-OMS "La Alimentación del Niño menor de seis años en América Latina."

En estas Recomendaciones se manifiesta que:

- "Se considera que el alimento ideal del lactante durante el primer año de vida es la leche materna. Se recomienda alimentar con pecho exclusivo hasta el sexto mes de vida."

- "No hay plazo para indicar el término de la lactancia natural. En general, después del año se recomienda el reemplazo gradual de la leche materna por lácteos de origen vacuno."⁶

Fisiológicamente a los seis meses el niño está completamente desarrollado para hacer uso biológico de alimentos complementarios a la leche humana. 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.

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

Desde el punto de vista de las necesidades nutricionales y 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 seis 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 seis 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.⁷

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

Estos problemas traen aparejados desventajas y riesgos asociados a la alimentación complementaria temprana, como ser:

- ❑ Interferencia con el patrón alimentario del niño al alterar la frecuencia y ritmo de alimentación según libre demanda.
- ❑ Disminución de la leche materna consecuente con la menor frecuencia de succión del niño. Riesgo de incremento ponderal inadecuado.
- ❑ Déficit en la ingesta de agua al ingerir menos volumen de leche materna.

⁶ D'OLIVERA NORA, "Lactancia Materna Prolongada": elementos para la reflexión. Montevideo Uruguay 2001

⁷ Lactancia Materna "Contenidos técnicos para profesionales de la salud" 1997 Chile.

- ❑ Deposiciones menos fluidas y riesgo de estreñimiento.
- ❑ Obstaculización de la absorción de hierro de la leche materna, con el consiguiente riesgo de anemia ferropénica.
- ❑ Absorción de moléculas proteicas enteras. Riesgo de alergias.
- ❑ Dificultad en la digestión de los almidones (polisacáridos) por falta de amilasa pancreática antes de los seis 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 prematuras de texturas y sabores que interfieren con el proceso de discriminación sensorial progresivo.
- ❑ Inducción al rechazo a ciertos alimentos vinculado a la asociación condicionada.
- ❑ Regurgitación frecuente.
- ❑ Incorporación del hábito de consumo de azúcar.
- ❑ Riesgo de caries de biberón por incorporación de azúcar a la leche o alimentos.

Los alimentos sólidos y semisólidos progresivamente sustituyen 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.

El destete guiado por el bebé se va produciendo a su propio ritmo y va omitiendo sesiones de lactancia. Cada vez consume más alimentos sólidos, con lo que va sustituyendo el pecho.

Cuando el destete es guiado por la madre ésta es la que decide cuales de las tomas se deben de suspender. Si el bebé tiene menos de seis meses probablemente le ofrecerá una mamadera.

De acuerdo con la velocidad con la cual la madre desee destetar al bebé 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.

Técnicas de alimentación en el destete:

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

Se puede empezar introduciendo una fruta con cereal o con puré de verduras al mediodía, sin remplazar la mamadera. El niño debe de seguir tomando la leche materna en los horarios habituales (cuatro 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 del mediodía. La segunda comida se introduce de la misma forma alrededor de los ocho 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 y 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 de quién prepara los alimentos.

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

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 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 importante y 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.

Destete precoz:

Es la introducción de cualquier otro alimento que no sea leche materna antes del periodo de tiempo considerado ideal para la OMS (leche materna exclusiva hasta los 6 meses de vida).

Es un proceso por el cual se cambia de un método de alimentación a otro; y tiene su inicio en el momento que se introduce un alimento distinto de la leche humana; que puede indicar el cese total o no de la lactancia materna, así como la adición de otros alimentos a la dieta del recién nacido; lo que hace que el lactante se acostumbre a algo distinto de la leche de su madre.

Desde el punto de vista fisiológico, el destete es un proceso complejo que abarca adaptaciones nutricionales, microbiológicas, bioquímicas, inmunológicas y psicológicas.⁸

⁸ LAWRENCE RUTH A. La Lactancia Materna, 4ª edición. (Mosby)

Historia del destete:

Tanto en oriente como en occidente las mujeres amamantaban por periodos más prolongados que las mujeres de hoy. Entre los antiguos hebreos el destete se producía a los tres años, con un periodo de amamantamiento de veinticuatro meses.

En una comunidad estudiada (población antigua de Guatemala) continuaban amamantando durante el periodo que se formaban los premolares (dieciocho meses). Antes de los dos 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 (seis meses de lactancia natural y luego un mes con leche de vaca).

Los romanos pensaban que el destete debía producirse cuando tuvieran tres años o terminaran de formarse los dientes. 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 primer y tercer año de vida. En los siglos XVI y XVII los curas y médicos condenaban la práctica de contratar las nodrizas, ya que los niños podrían adquirir los vicios de las mismas a través del pecho.

En la edad media ya existían varias restricciones culturales, las mujeres parecían considerar que el dar de mamar las haría verse viejas; no podrían vestirse a la moda y sus senos se verían caídos.

El no poder dar de mamar mientras se menstruaba, o no tener relaciones sexuales durante todo el periodo de lactancia, atentó contra ésta de manera significativa.

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 corset usados a veces desde los tres años provocaban pechos chatos, deformados y hasta invertidos.

Entre los siglos XVI y XVII se comenzó a experimentar con alimentación artificial y las enfermedades gastrointestinales causadas por alimentos contaminados se volvieron epidemias. Ignorantes de las verdaderas causas de estas enfermedades, muchos médicos lo adjudicaban al alimento en exceso, fuera el pecho o cualquier otro. La solución era restringir la alimentación de tal manera que el bebé nunca estaba satisfecho. Estas limitaciones seguramente disminuyeron la producción de leche de las madres, que tenían entonces que destetar temprano lo quisieran o no.

Otra causa del destete era la práctica de la alimentación mixta. Los niños eran alimentados con pan mojado desde los tres meses y caldo de carne aún antes.

El destete era producido de forma abrupta, los niños eran retirados de las casas de las nodrizas, o éstas eran despedidas; o se ponían sustancias amargas en el pecho o asustaban al niño para que no se prendiera al pecho.

En Francia en el siglo XVIII la alimentación infantil incluía lactancia materna, nodrizas, lactancia artificial con leche animal y el panade, un alimento a base de pan, agua y condimentos.

En Gran Bretaña el destete se producía alrededor del séptimo mes.

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

A fines del siglo 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. Alzar o amamantar a un bebé que llora era cultivar la vagancia y la falta de autocontrol.

En el siglo XX se analizaban varias razones para la pérdida de la práctica del amamantamiento. Los nacimientos en los hospitales 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 o de la familia 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.

Gradualmente estos procedimientos se fueron perfeccionando hasta lograr los actuales derivados lácteos empleados en la lactancia artificial. La aparición de estos sustitutos de la leche humana, con sistemas de comercialización y venta, muchas veces inadecuados, tuvo consecuencias desfavorables con un progresivo abandono de la lactancia materna.

Poco a poco se fue observando un resurgimiento de la práctica de la lactancia materna. Algunos hospitales comenzaron con la práctica del alojamiento conjunto, surgieron grupos de apoyo como La Leche League, un conjunto de madres decididas a hacer valer su derecho a alimentar a sus hijos como ellas querían, de la manera natural.

De madre a madre se fue diseminando este mensaje y más mujeres lograron amamantar.

A fines de los sesenta y principios de los setenta las mujeres comenzaron a luchar contra las rutinas hospitalarias, los consejos médicos y la opinión de sus parientes por el derecho a amamantar a sus hijos. Dejaron de ponerles horarios a sus tomas y de forzar comidas sólidas a sus bebés antes de que éstos pudieran digerirlas.

El Dr. Morquio decía “que el niño alimentado a pecho rara vez se enferma y excepcionalmente muere”, “que la leche de pecho es el mejor alimento y el mejor medicamento para el lactante enfermo” y “que no hay ningún alimento artificial, cualquiera sea su composición y preparación que responda a principios exactos y seguros”; a pesar de estas recomendaciones la práctica del amamantamiento fue en descenso, y recién comenzó su resurgimiento a partir de los noventa.

Estas tendencias favorables siguen su curso en todo el mundo, aunque recuperar la cultura del amamantamiento está significando todo un esfuerzo, pero la realidad es auspiciosa si se continúa trabajando.

Anatomía y Fisiología de la Lactancia:

La glándula mamaria está formada por 15 a 20 lóbulos, separados entre sí por tabiques de tejido conjuntivo; cada lóbulo está formado por un conjunto de lobulillos, constituidos por una masa de alvéolos, en donde se produce la leche. Los cuales están revestidos por células mioepiteliales, cuya contracción hace que la leche secretada pase a los canalículos y de ellos a los canales lácteos. Éstos en su parte distal poseen una dilatación o seno galactóforo que desemboca en el pezón.

Podemos distinguir dos procesos en la lactancia:

1 - la producción de leche en los alvéolos o *lactogénesis* en la que interviene la prolactina.

2 - la salida o eyección de leche de la mama, o *lactopoyesis* que se debe a la acción de la oxitocina.

Durante la gestación existen tasas elevadas de prolactina, pero su acción sobre la secreción láctea es inhibida por los estrógenos.

Después del parto tras la expulsión de la placenta se produce una rápida disminución de la tasa de estrógenos, lo que hace que aumente la tasa de prolactina.

Esta hormona estimula las enzimas específicas para la síntesis de proteínas y lactosa de la leche, iniciándose la secreción láctea.

Una vez que se ha instaurado la lactación, el amamantamiento de la misma exige concentraciones elevadas y continuas de prolactina. La succión es el estímulo fisiológico más importante para la secreción de prolactina. También actúa como estímulo el vaciamiento completo de la mama. Durante la succión se estimulan los receptores propioceptivos situados en el pezón y la areola. Los impulsos se transmiten por vía nerviosa al área hipotalámica y de ahí a la hipófisis anterior donde se libera la prolactina.

Al cabo de uno a tres minutos de iniciada la succión, los estímulos actúan sobre la hipófisis anterior, poniendo en marcha la secreción de oxitocina. Esta hormona provoca la concentración de las células mioepiteliales que rodean los alvéolos de forma que la leche es expedita hacia los senos galactóforos.

Para el mantenimiento de la lactación, tan importante es la acción de la prolactina para secretar leche, como la de la oxitocina para drenarla, pero ha de tenerse en cuenta que mientras la prolactina se produce de manera permanente, aunque en cantidad mayor durante la succión, la oxitocina se secreta solo cuando se induce el reflejo de eyección.

Este reflejo está muy influido por factores psicológicos y así se sabe que la ansiedad materna, el estrés o la fatiga pueden inhibir el reflejo de eyección, que por lo contrario es aumentado por la confianza materna y su seguridad en la lactación. En algunas madres el reflejo puede ser desencadenado simplemente por la visión de su hijo, el llanto del niño o incluso el pensar en la lactación.

Cuando por alguna circunstancia el reflejo de eyección es inhibido, la secreción predomina sobre la excreción y la leche se acumula ocurriendo ingurgitación mamaria y aplanamiento del pezón lo que hace que el niño no pueda tomar adecuadamente el pecho. De esta forma se establece un círculo vicioso ya que la éxtasis de la leche acabará condicionando atrofia de las células secretoras y el cese de la lactación.

Los diferentes tipos de leche que se producen en la glándula mamaria son el *calostro*, *leche de transición*, *leche madura* y *leche de pretérmino*.

El calostro es un líquido amarillento y espeso de alta densidad y poco volumen, se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto a razón de 2 a 20ml/mamada. Siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido.

Contiene menor cantidad de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), y algunos minerales como el sodio (NA) y el zinc (ZN); también contiene una gran cantidad de inmunoglobulina A que junto a la lactoferrina (proteína que capta el hierro) y a una gran cantidad de linfocitos y macrófagos le dan al recién nacido una suficiente protección contra gérmenes y alérgenos del medio ambiente.

El calostro es perfecto para las necesidades específicas del recién nacido, el escaso volumen permite al niño organizar progresivamente su succión deglución y respiración.

Además facilita la eliminación del meconio evitando hiperbilirrubinemia neonatal.

Las inmunoglobulinas cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos.

Facilita la reproducción del lactobacilo bifido en el lumen (luz del intestino) del recién nacido.

Los antioxidantes y la quinonas protegen al niño del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica.

Los factores de crecimiento estimulan la maduración de los sistemas del niño.

La leche de transición es la que se produce entre el 4º y 15º día posparto, día a día va variando hasta alcanzar las características de la leche madura.

Cuando la lactancia está en regresión la leche involuciona y pasa por una etapa calostrál, antes de desaparecer totalmente.

El volumen promedio de leche madura producido es de 700 a 900ml/día, durante los primeros seis meses posparto y de 500ml/día en el segundo semestre y aporta 75Kcal/100ml.

Las madres que tienen un parto antes de término producen una leche diferente durante las primeras semanas, la cual posee mayor cantidad de proteínas y menor cantidad de lactosa que la leche madura. Siendo la adecuada para el bebé de pretérmino el cual requiere cantidades más elevadas de proteínas; también posee una cantidad más elevada de lactoferrina e inmunoglobulina A.

Regresión de la glándula mamaria después de la lactancia:

Si no se extrae la leche del pecho la glándula se distiende enormemente y la producción de leche se extingue gradualmente. La producción se debe en parte a la falta de estímulo de succión, que normalmente inicia el reflejo neurohormonal que mantiene la secreción de prolactina. Quizás un efecto mayor se debe a la compresión de los vasos sanguíneos, que causa una disminución del flujo, dificultando la llegada de la oxitocina al mioepitelio. Los alvéolos están muy distendidos y el epitelio muy aplastado. La secreción que permanece en los alvéolos y conductos es reabsorbida.

Hay un colapso gradual de los alvéolos y un aumento de tejido conectivo perialveolar. Los elementos glandulares vuelven gradualmente a su estado de reposo. Aumenta el tejido adiposo, y la presencia de macrófagos. La glándula no vuelve del todo a su estado previo al embarazo, pues los alvéolos no involucionan del todo, y algunos persisten como cordones sólidos y dispersos de células epiteliales.⁹

Al microscopio se observa un aumento de los procesos autofágicos y heterofágicos en los primeros días tras el destete. Aumentan las enzimas lisosómicas, mientras disminuyen el resto de las demás enzimas.

Destete brusco:

En éste tipo de destete la capacidad secretora de la glándula mamaria cambia tras el cese total de la lactancia; se observa que la glándula en involución sigue siendo parcialmente funcional durante 45 días.

Tras el destete las concentraciones de lactosa y potasio disminuyen, mientras que el sodio, el cloro, los lípidos y las proteínas totales aumentan progresivamente durante 42 días. La leche se vuelve muy salada, lo que no impide que los lactantes se la beban. El aumento de las proteínas está relacionado con el aumento de la lactoferrina, IgA, IgG, IgM, albúmina, lactoalbúmina y caseína.

Destete de emergencia:

Puede darse por una enfermedad grave de la madre o por una separación prolongada entre madre e hijo.

Después del destete brusco la glándula mamaria permanece parcialmente funcionando por más de un mes.

La madre puede sufrir diversas molestias, como ser ingurgitación, fiebre de pecho.

El primer caso puede producirse cuando el destete se realiza a la 4ª o 6ª semana desde el parto.

En la fiebre de pecho la madre presenta fiebre, escalofríos y malestar, como un síndrome gripal. Que puede ser producido por la súbita reabsorción de la leche. Éste estado suele durar de 3 a 4 días.

Los cambios hormonales producidos en este tipo de destete son definitivos; porque los niveles de prolactina tras la succión son más altos en el posparto inmediato.

La prolactina se ha asociado con un sentimiento de bienestar, de modo que su descenso puede asociarse con una relativa depresión.

⁹ LAWRENCE RUTH A. La Lactancia Materna, 4ª edición. (Mosby)

Una madre puede experimentar depresión y tristeza ante la realidad de la última mamada, es importante reconocer que se trata de un fenómeno psicológico y emocional que debe recibir mucha comprensión y apoyo para superar esta desilusión.

Es probable que el destete lento, que suele llevar aproximadamente 3 meses, tenga una evolución muy diferente al destete brusco, en el que se produce una involución intensa y rápida en unos días o semanas.¹⁰

Adolescencia:

La adolescencia constituye un periodo de cambios tanto corporales como psicológicos, éstos últimos están dados por la estructura definitiva de la personalidad, ya que es el periodo en que se consolida la identidad personal del yo.

Sumado al cambio de la imagen corporal, se encuentra la búsqueda de la autonomía que significa la separación de los padres, con ruptura del vínculo de dependencia. Todos estos cambios confieren al adolescente la característica de ambivalencia afectiva y conflictos que muchas veces ni la sociedad ni la familia son capaces de afrontar.

Sintetizando lo que significa la adolescencia definimos, junto a la OMS, al periodo en que:

- a) el sujeto va desde la aparición de los caracteres sexuales secundarios a la madurez sexual.
- b) los progresos psicológicos del individuo y las pautas de identificación se desarrollan desde los del niño a los del adulto.
- c) se produce la transición entre la dependencia socioeconómica total a una relativa independencia. La familia ejerce un papel fundamental ya que es capaz de brindarles sostén para que el adolescente mantenga el equilibrio mientras sucede todos los cambios

La adolescencia se divide en tres etapas:

- a) Adolescencia precoz 10 a 13 años
- b) Adolescencia intermedia 14 a 16 años
- c) Adolescencia tardía 17 a 19 años

Las características de cada etapa pueden variar de un sujeto a otro.

El hecho de tener un cuerpo apto para la reproducción puede traer conductas de riesgo ya que aún no tienen el intelecto adulto. La transformación siempre va acompañada en el campo psicológico por un enriquecimiento de la afectividad, manifestado por una serie de impulsos instintivos que modifican sensiblemente el conjunto del comportamiento.

¹⁰ LAWRENCE RUTH A. La Lactancia Materna, 4ª edición. (Mosby)

En la adolescencia se produce el duelo de la identidad lo que provoca una lucha por la misma. Se entiende la identidad como el ser uno mismo en tiempo y espacio, en relación con los demás y con uno mismo. Es el sentimiento de seguridad sobre sí mismo.

La confusión de la identidad, lo cual es característica de la adolescencia, se refiere a la imposibilidad de desarrollar una idea de sí mismo coherente. Parte de la resolución de la crisis de identidad consiste en pasar de ser dependiente a ser independiente. Es frecuente que los padres y sus hijos adolescentes discutan sobre la elección de amigos, pandillas, planes de estudio y temas relacionados con la filosofía, modo en que los adolescentes van afianzando su propia identidad.

Durante la adolescencia también se producen cambios a nivel del pensamiento. Es el momento donde empieza a existir un pensamiento lógico formal, el cual les permite pensar en ideas y no sólo en objetos reales (característico de la infancia). Este tipo de pensamiento permite al sujeto la capacidad de reflexionar.

El grupo es el contexto de descubrimiento más favorable del adolescente, y los tranquiliza durante el período de cambio. Durante la adolescencia se cuestiona el núcleo de pertenencia familiar por la necesidad de buscar nuevos núcleos de pertenencia que defina su identidad. El grupo de pares le permite al adolescente la apertura hacia lo no familiar, dándose el espacio para el duelo por el rol infantil. Es un momento donde el adolescente intenta ser libre, pero todavía depende de sus padres y se siente muy ligado a ellos. Suelen verse a través de los ojos de sus compañeros, y su autoestima puede sentirse disminuida ante cualquier desviación en su apariencia física, en el código de la ropa o de conducta.

En la *adolescencia media*, el desarrollo físico ha concluido, y falta realizar la integración con la sociedad. En éste momento los adolescentes tienen fuerza personal y no solo grupal.

En la *adolescencia tardía*, los adolescentes tienen que tratar con la influencia de sus compañeros, padres, profesores y sus propios deseos, para decidir su vocación.

El final de la adolescencia se produce cuando el sujeto empieza a desarrollar y asumir tareas propias del adulto joven, como por ejemplo, la elección y responsabilidad de un trabajo, el desarrollo del sentido de intimidad (que más tarde va a conducir a la constitución del matrimonio y la paternidad). Se produce el reconocimiento del sí mismo como un ser adulto.

Adulto joven:

Según Enrique A. Sobrado "El adulto es el que de alguna manera comienza a construir su proyecto de vida, concreta o tiene posición tomada sobre la formación de pareja, y procura afirmar su inserción en el sistema de producción".

"Es el momento de pasaje entre el proyecto y la consolidación".¹¹

Dennis Lorraine y Joan Hassol refieren que, si los años de la adolescencia han transcurrido favorablemente la identidad se habrá formado. La independencia de la familia habrá sido resuelta, ofreciendo una cierta seguridad al tomar decisiones. Es esta capacidad de autodeterminación la que caracteriza al adulto joven y lo diferencia del adolescente.

Levison creó un término descriptivo para esta etapa, que connota que el individuo joven tiene un pie dentro de la edad adulta. Se concibe como un período de *noviciado*, que demarca efectivamente su calidad de "iniciación" y se ha notado que dura unos 15 años, de los 20 a los 35 años.

La madurez física se presenta en la edad adulta. El grado de crecimiento tanto en hombres como en mujeres jóvenes disminuye hasta el punto de que hay muy pocos cambios. El tono muscular y la coordinación están en la cúspide. La menstruación debe estar bien establecida en la mujer. Los aparatos respiratorio y circulatorio deben estar trabajando a niveles óptimos y el reemplazo de células y la reparación de tejidos a su máximo. La masa muscular se ha estabilizado y la fuerza y resistencia física son óptimas. Pocos de los cambios degenerativos que pueden ser evidentes en la edad madura están patentes en los principios de la edad adulta, pero el proceso de envejecimiento ya se ha iniciado.

Es considerada la etapa óptima para la concepción, pues la mujer ya ha completado su maduración biológica y social y está mejor preparada para la procreación, lo que no ocurre en las edades extremas de la vida.

Los aspectos de salud que enfrentan los jóvenes adultos tienden a girar en torno a los hábitos modernos de vida, conservación de la salud y prevención de enfermedades. Las decisiones tomadas durante esta época de la vida tienen efectos de gran alcance, a menudo adversos, para el resto de la vida.¹²

¹¹ SOBRADO E., "Acerca del ser sujeto" 1978 Montevideo Uruguay.

¹² DENNIS J., HASSOL J., "psicología evolutiva" 1985 México.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Tipo de Investigación: Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal.

Área de Estudio: Se realizó en nuestro país, en la ciudad de Montevideo, en una institución perteneciente al MSP, Centro de Salud “Jardines del Hipódromo”.

Universo: Estuvo compuesto por todas las madres entre 16 y 35 años que abandonaron precozmente la lactancia exclusiva, las cuales llevaron a control pediátrico a sus hijos con edades hasta los seis meses cumplidos, al Centro de Salud Jardines del Hipódromo en el mes de Agosto 2004.

Definición y medición de variables:

Edad materna: grupo de individuos que comparten un determinado rango de edad expresado en años.

CATEGORÍAS:

Adolescente (16-19 años)

Adulta joven (20- 35 años)

Clasificación: variable cualitativa nominal.

Nivel de instrucción: está determinado por el último año aprobado por la madre en el sistema educativo formal.

CATEGORÍAS:

- Analfabetismo

- Primaria - incompleta - completa

- Secundaria o UTU - incompleta - completa

- Terciario - incompleto - completo

Clasificación: variable cualitativa ordinal.

Horas de la madre fuera de la casa: Período de tiempo en que la madre permanece fuera del hogar, dejando al niño en cuidado de otra persona.

CATEGORÍAS:

- menos de 8 horas.

- 8 horas.

- más de 8 horas.

Clasificación: variable cuantitativa continua.

Número de gestas: Se refiere a la cantidad de hijos al momento de la aplicación del instrumento.

CATEGORÍAS:

- Primigesta
- Secundigesta
- Multigesta

Clasificación: variable cualitativa nominal.

Conocimiento sobre lactancia: conocimiento que tiene la madre acerca de las ventajas de la lactancia.

INDICADORES:

- Disminuye el peso corporal de la madre
- Inmuniza al niño
- Está siempre a punto y no necesita preparación
- Favorece el vínculo madre-hijo
- Otras ventajas

Si contesta 3 o más, se considera que si tiene conocimiento sobre las ventajas de la lactancia.

Si contesta menos de 3, se considera que no tiene conocimiento sobre las ventajas de la lactancia.

CATEGORÍAS:

- Si tiene conocimiento
- No tiene conocimiento

Clasificación: Variable cualitativa nominal.

Edad del lactante: Edad cronológica desde su nacimiento al momento de la aplicación del instrumento. Medida en meses.

CATEGORÍAS:

- 0 día a 1 mes
- 1 mes y 1 día a 2 meses
- 2 meses y un día a 3 meses
- 3 meses y un día a 4 meses
- 4 meses y un día a 5 meses
- 5 meses y un día a 6 meses

Clasificación: variable cuantitativa continua.

Destete: es la introducción del primer alimento (líquido o sólido) a la dieta del lactante, independientemente de continuar siendo amamantado.

CATEGORÍAS:

- ***DESTETE PARCIAL:*** (continúa siendo amamantado).
- ***DESTETE TOTAL:*** (se suprime totalmente el pecho).
- ***MOMENTO DE REALIZACIÓN DEL DESTETE:*** Se define como el tiempo medido en meses en el cual se introduce el primer alimento líquido o sólido a la dieta del lactante.
 - 1 día a 1 mes
 - 1 mes y 1 día a 2 meses
 - 2 meses y un día a 3 meses
 - 3 meses y un día a 4 meses
 - 4 meses y un día a 5 meses
 - 5 meses y un día a 6 meses

Clasificación: Variable cualitativa nominal.

Instrumentos y técnicas de recolección de datos

Para el desarrollo del proyecto se utilizó la entrevista semiestructurada sobre la base de un formulario (anexo 2), que constó de preguntas abiertas y cerradas; estas últimas admiten respuestas de tipo dicotómicas (sí y no) y de respuestas múltiples (brindando varias alternativas de respuesta).

La información que se obtuvo fue de fuentes primarias (directas de la población).

La entrevista constó de seis preguntas. Las preguntas 1,2,3,5 son cerradas; la 6 es cerrada y dicotómica; y la 4 es abierta.

Esta entrevista se aplicó en el periodo comprendido entre el 9 y el 20 de agosto del 2004; a todas las madres adolescentes y adultas jóvenes que destetaron precozmente las cuales llevaron a control pediátrico a sus hijos con edades entre 0 y 6 meses.

La misma se llevó a cabo durante la consulta de enfermería; la que se realizó en un consultorio destinado para tal fin.

Plan de tabulación y análisis de la información

Para el cumplimiento de los objetivos de la investigación se realizó un relevamiento de datos obtenidos mediante la entrevista mencionada anteriormente. De ésta se extrajeron los datos correspondientes a las madres adolescentes y adultas jóvenes que abandonaron precozmente la lactancia, donde se relacionaron diferentes variables,

(edad materna, nivel de instrucción, horas de la madre fuera de la casa, número de gestas, conocimiento sobre lactancia, destete y edad del lactante).

Dichos datos fueron tabulados y analizados en función de la frecuencia absoluta (FA), y frecuencia relativa porcentual (FR %).

Para la presentación de los datos de las variables de interés, las cuales responden a nuestros objetivos, se utilizaron cuadros univariados, bivariados además de diagrama de barras.

- 1- Nivel de Instrucción: Cuadro y diagrama de barras.
- 2- Horas de la madre fuera del hogar: Cuadro y diagrama de barras
- 3- Numero de gestas: Cuadro y diagrama de barras
- 4- Conocimiento sobre lactancia: Cuadro y diagrama de barras
- 5- Edad del lactante: Cuadro y diagrama de barras
- 6- Destete: Cuadro y diagrama de barras
- 7- Momento de realización del destete: Cuadro y diagrama de barras

Análisis Bivariado:

1. Edad- Nivel de instrucción
2. Edad - número de gestas
3. Edad- conocimiento sobre lactancia
4. Edad- Destete
5. Edad- Momento de realización del destete
6. Nivel de instrucción y Destete
7. Numero de Gesta -Destete
8. Numero de Gesta- Momento de realización del destete

RESULTADOS

Del total de la población estudiada (58 madres) el 50% son madres adolescentes y el otro 50% son madres adultas jóvenes.

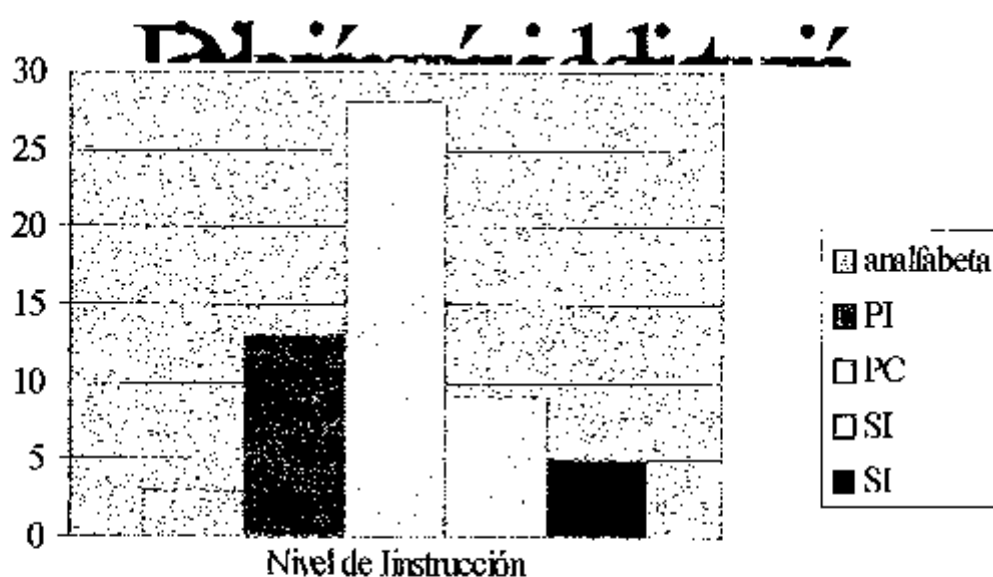
CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL

CUADRO 1- Distribución según nivel de instrucción de las madres adolescentes y adultas jóvenes que destetan a sus hijos precozmente.

Nivel de Instrucción	FA	FR %
Analfabeta	3	5.2%
Primaria incompleta	13	22.4%
Primaria completa	28	48.3%
Secundaria incompleta	9	15.5%
Secundaria completa	5	8.6%
Total	58	100%

Fuente primaria obtenida de la población en estudio

Gráfico 1:



CUADRO 2: Distribución según horas de la madre fuera del hogar

Horas de la madre fuera del hogar	FA	FR %
Menos de 8 horas	3	100%
8 horas	0	0%
Más de 8 horas	0	0%
Total	3	100%

Fuente primaria obtenida de la población en estudio

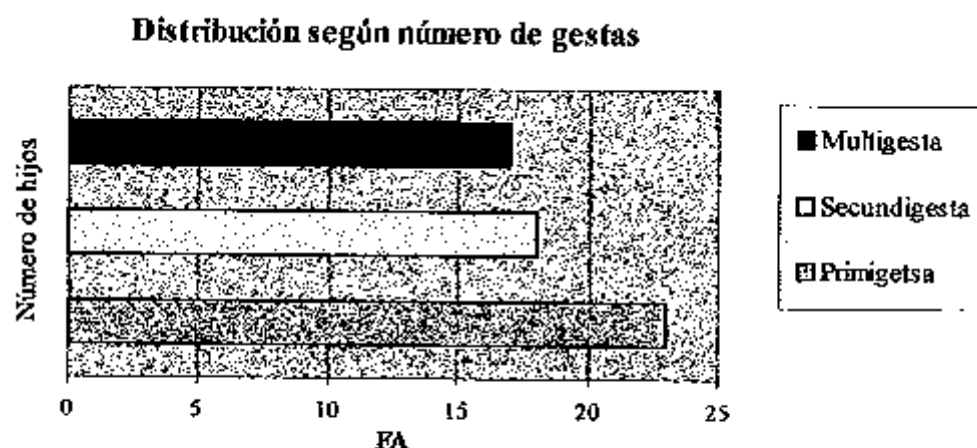
Sólo el 15.5% (9) madres permanecen fuera del hogar y lo hacen por menos de 8 horas.

CUADRO 3- Distribución según número de gestas

Numero de gestas	FA	FR %
Primigesta	23	39.6%
Secundigesta	18	31.0%
Multigesta	17	29.3%
Total	58	99.9%

Fuente primaria obtenida de la población en estudio

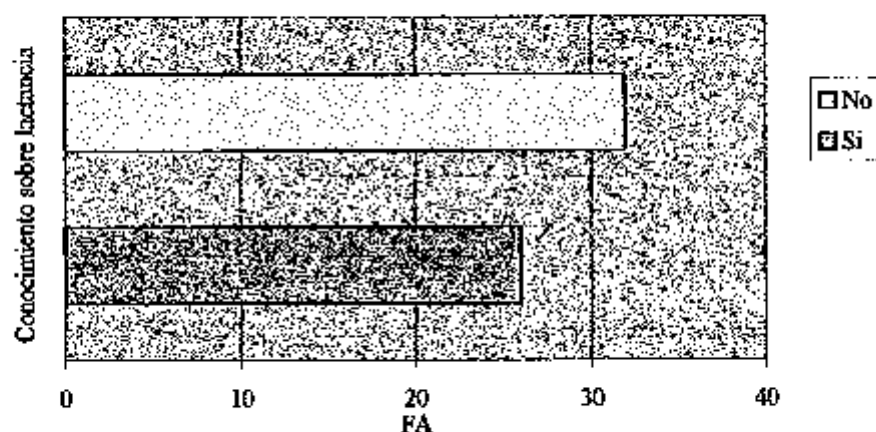
Gráfico 3:



CUADRO 4- Distribución según conocimiento sobre lactancia

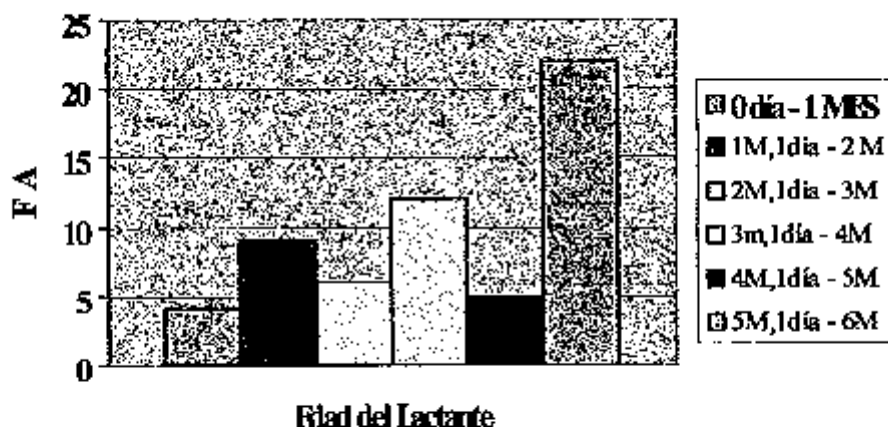
Conocimiento sobre lactancia	FA	FR %
Si	26	44.8%
No	32	55.2%
Total	58	100%

Fuente primaria obtenida de la población en estudio

Gráfico 4:**Distribución según conocimiento sobre lactancia****CUADRO 5 - Distribución según edad del lactante**

Edad del lactante	FA	FR %
0 día - 1 Mes	4	6.9%
1Mes, 1 día - 2 Meses	9	15.5%
2 Meses, 1 día - 3 Meses	6	10.3%
3 Meses, 1 día - 4 Meses	12	20.7%
4 Meses, 1 día - 5 Meses	5	8.6%
5 Meses, 1 día - 6 Meses	22	38%
Total	58	100%

Fuente primaria obtenida de la población en estudio

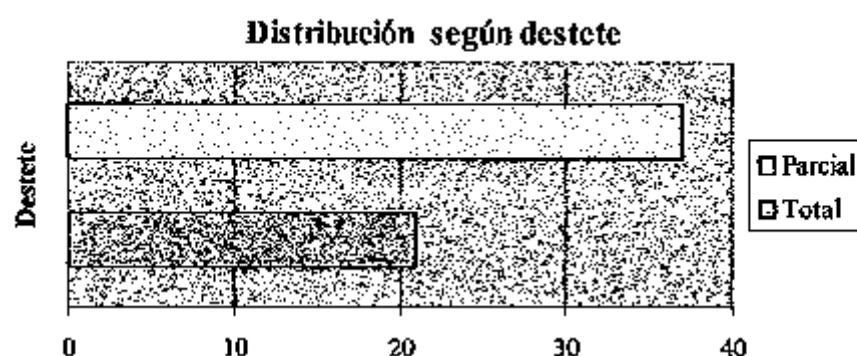
Gráfico 5:**Distribución según edad del lactante**

CUADRO 6- Distribución según destete

Destete	FA	FR %
Total	21	36.2%
Parcial	37	63.8%
Total	58	100%

Fuente primaria obtenida de la población en estudio

Gráfico 6:

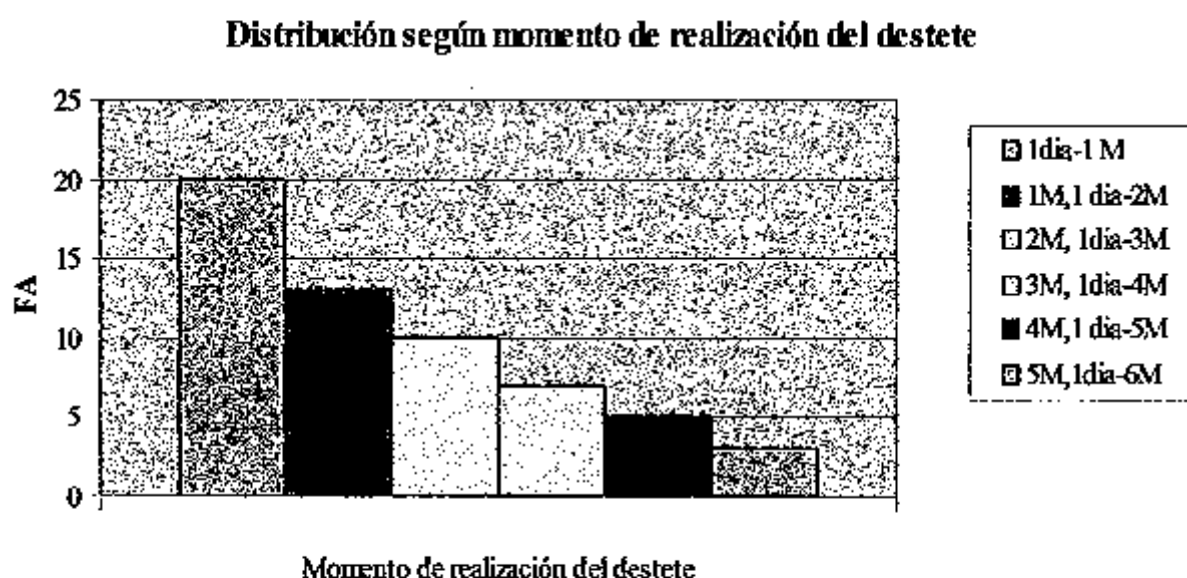


Cuadro 7 - Distribución según momento de realización del destete

Momento de realización del destete	FA	FR %
1 día – 1 Mes	20	34.5%
1Mes, 1 día – 2 Meses	13	22.4%
2 Meses, 1 día – 3 Meses	10	17.2%
3 Meses, 1 día – 4 Meses	7	12.1%
4 Meses, 1 día – 5 Meses	5	8.6%
5 Meses, 1 día – 6 Meses	3	5.1%
Total	58	100%

Fuente primaria obtenida de la población en estudio

Gráfico 7:



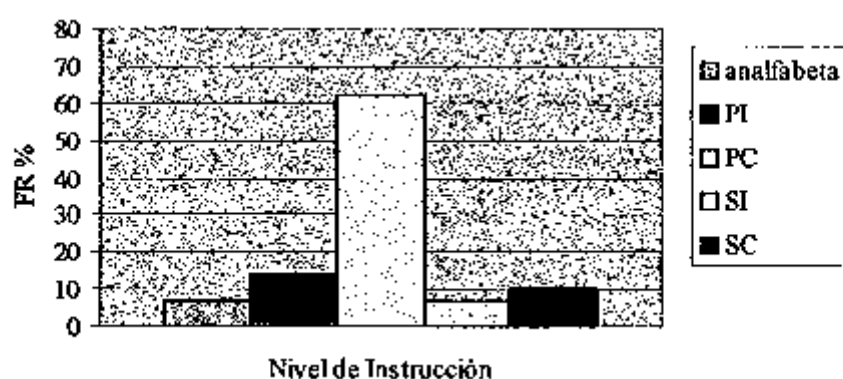
CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

CUADRO 1: Distribución según nivel de instrucción de las madres adolescentes que destetan a sus hijos precozmente.

Nivel de Instrucción	FA	FR %
Analfabeta	2	6.9%
Primaria incompleta	4	13.8%
Primaria completa	18	62.1%
Secundaria incompleta	2	6.9%
Secundaria completa	3	10.3%
Total	29	100%

Fuente primaria obtenida de la población en estudio

GRÁFICO 1: Distribución según Nivel de Instrucción



CUADRO 2: Distribución según horas de las madres adolescentes que permanecen fuera del hogar.

Horas de la madre fuera del hogar	FA	FR %
Menos de 8 horas	3	100%
8 horas	0	0%
Más de 8 horas	0	0%
Total	3	100%

Fuente primaria obtenida de la población en estudio

Tomando en cuenta que el total de madres adolescentes son 29, solo el 10.3% permanecen fuera de su hogar por menos de 8 horas.

GRÁFICO 2: Distribución según horas fuera del hogar

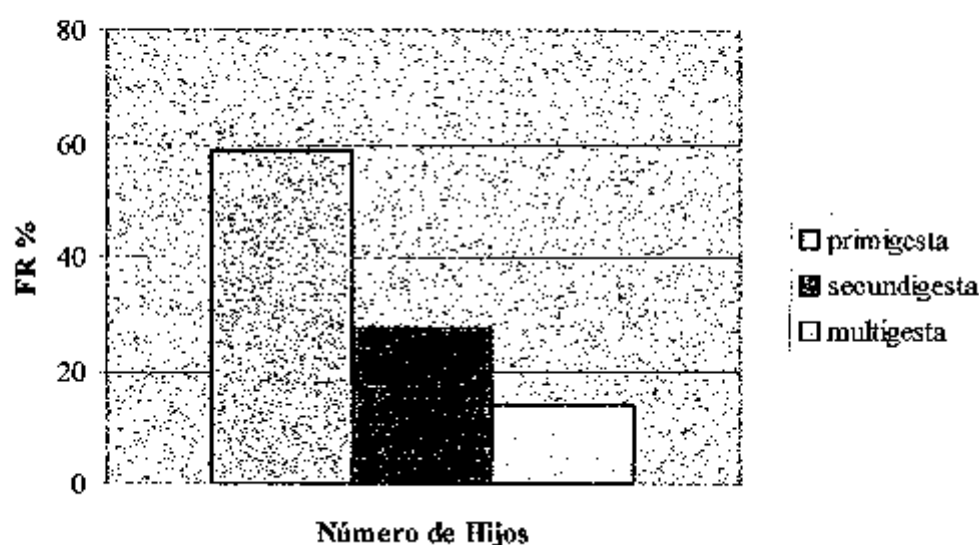


CUADRO 3: Distribución según número de gestas de las madres adolescentes

Número de gestas	FA	FR %
Primigesta	17	58.6%
Secundigesta	8	27.6%
Multigesta	4	13.8%
Total	29	100%

Fuente primaria obtenida de la población en estudio

GRÁFICO 3: Distribución según Número de Hijos

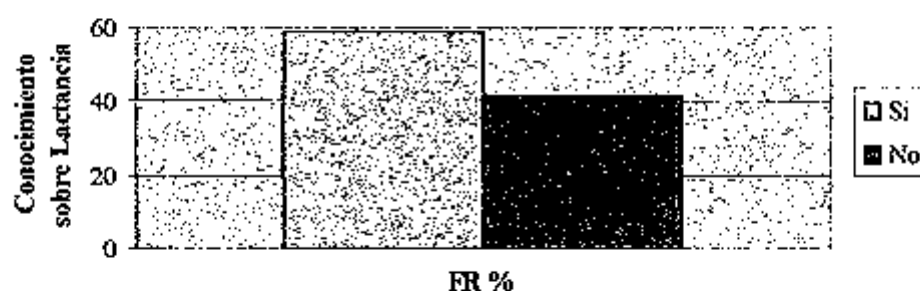


CUADRO 4 - Distribución según conocimiento sobre lactancia en madres adolescentes

Conocimiento sobre lactancia	FA	FR %
Si	17	58.6%
No	12	41.4%
Total	29	100%

Fuente primaria obtenida de la población en estudio

GRÁFICO 4: Distribución según conocimiento sobre Lactancia

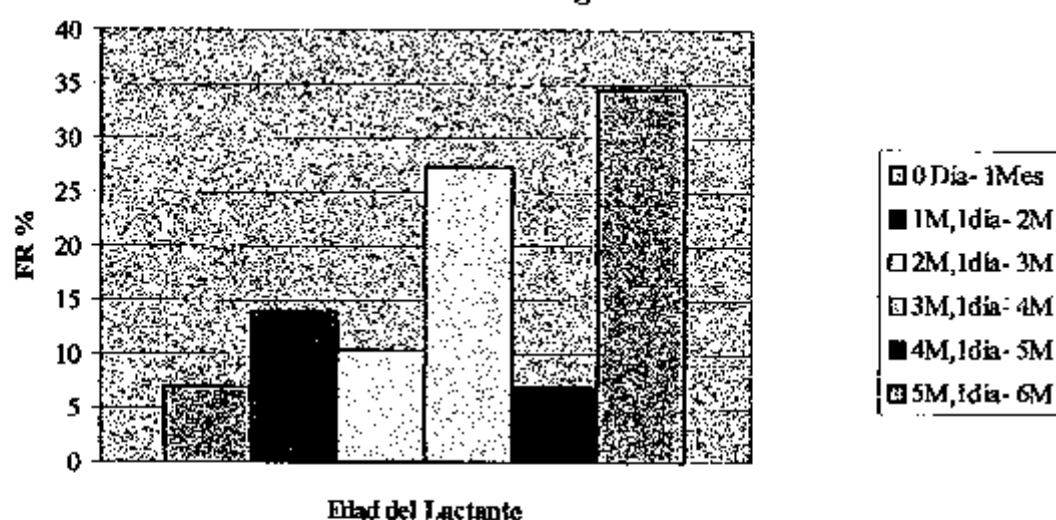


CUADRO 5 – Distribución según edad del lactante en madres adolescentes

Edad del lactante	FA	FR %
0 día – 1 Mes	2	6.9%
1Mes, 1 día – 2 Meses	4	13.8%
2 Meses, 1 día – 3 Meses	3	10.3%
3 Meses, 1 día – 4 Meses	8	27.6%
4 Meses, 1 día – 5 Meses	2	6.9%
5 Meses, 1 día – 6 Meses	10	34.5%
Total	29	100%

Fuente primaria obtenida de la población en estudio

GRÁFICO 5: Distribución según edad del Lactante

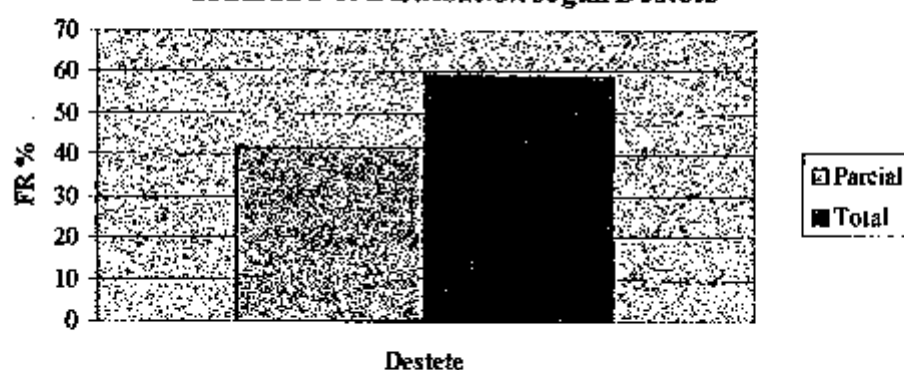


CUADRO 6- Distribución según destete en madres adolescentes

Destete	FA	FR %
Total	12	41.4%
Parcial	17	58.6%
Total	29	100%

Fuente primaria obtenida de la población en estudio

GRÁFICO 6: Distribución según Destete

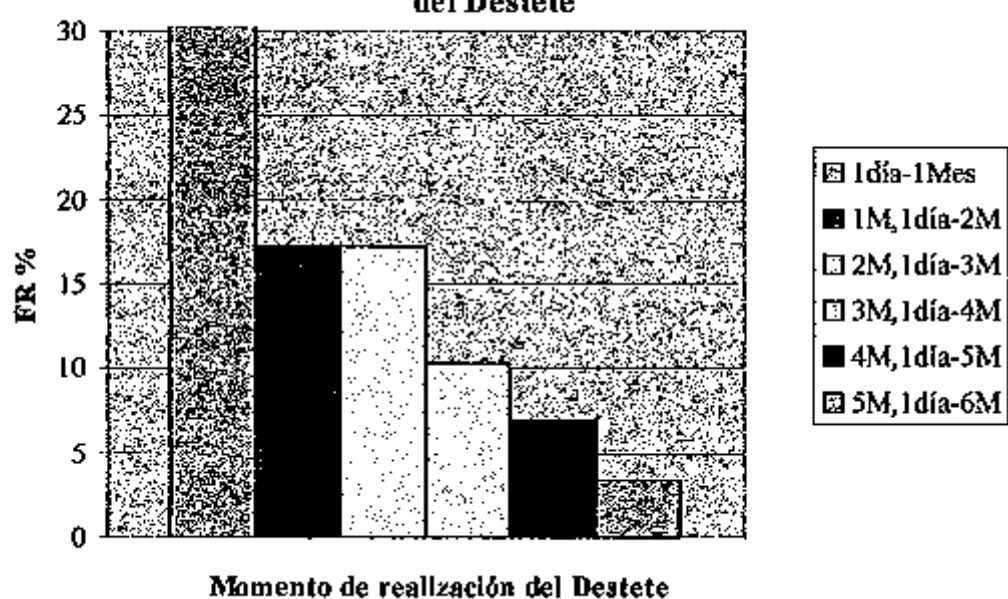


CUADRO 7- Distribución según momento de realización del destete en madres adolescentes

Momento de realización del destete	FA	FR %
1 día – 1 Mes	7	24.1%
1Mes, 1 día – 2 Meses	8	27.6%
2 Meses, 1 día – 3 Meses	5	17.2%
3 Meses, 1 día – 4 Meses	4	13.8%
4 Meses, 1 día – 5 Meses	3	10.3%
5 Meses, 1 día – 6 Meses	2	6.9%
Total	29	100%

Fuente primaria obtenida de la población en estudio

GRÁFICO 7: Distribución según Momento de realización del Destete



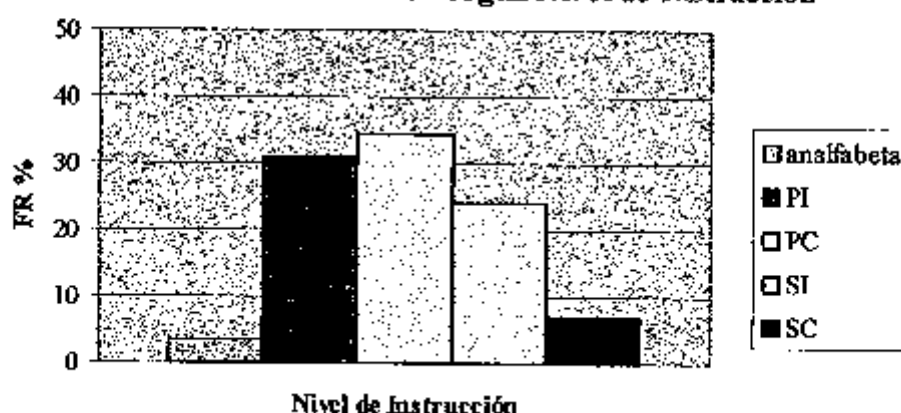
CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA JOVEN

CUADRO 1: Distribución según nivel de instrucción de las madres adultas jóvenes que destetan a sus hijos precozmente.

Nivel de Instrucción	FA	FR %
Analfabeta	1	3.4%
Primaria incompleta	9	31.0%
Primaria completa	10	34.5%
Secundaria incompleta	7	24.1%
Secundaria completa	2	6.9%
Total	29	99.9%

Fuente primaria obtenida de la población en estudio

GRÁFICO 1: Distribución según Nivel de Instrucción



CUADRO 2: Distribución según horas de las madres adultas jóvenes que permanecen fuera del hogar.

Horas de la madre fuera del hogar	FA	FR %
Menos de 8 horas	6	100%
8 horas	0	0%
Más de 8 horas	0	0%
Total	6	100%

Fuente primaria obtenida de la población en estudio

Tomando en cuenta que el total de madres adultas jóvenes son 29, solo el 20.7% permanecen fuera de su hogar por menos de 8 horas.

GRÁFICO 2: Distribución de datos según horas fuera del hogar

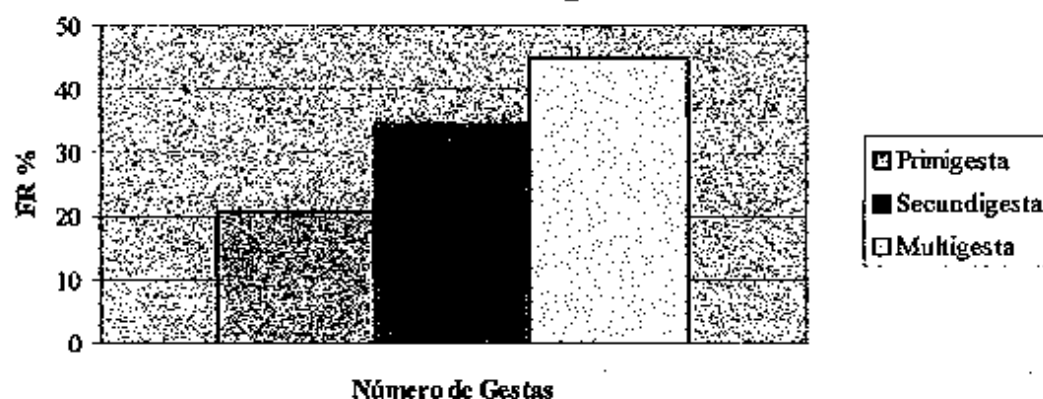


CUADRO 3: Distribución según número de gestas de las madres adultas jóvenes

Número de gestas	FA	FR %
Primigesta	6	20.7%
Secundigesta	10	34.5%
Multigesta	13	44.8%
Total	29	100%

Fuente primaria obtenida de la población en estudio

GRÁFICO 3 : Distribución según Número de Gestas



CUADRO 4 - Distribución según conocimiento sobre lactancia en madres adultas jóvenes

Conocimiento sobre lactancia	FA	FR %
Si	9	31.0%
No	20	69.0%
Total	58	100%

Fuente primaria obtenida de la población en estudio

Gráfico 4: Distribución según Conocimiento sobre Lactancia

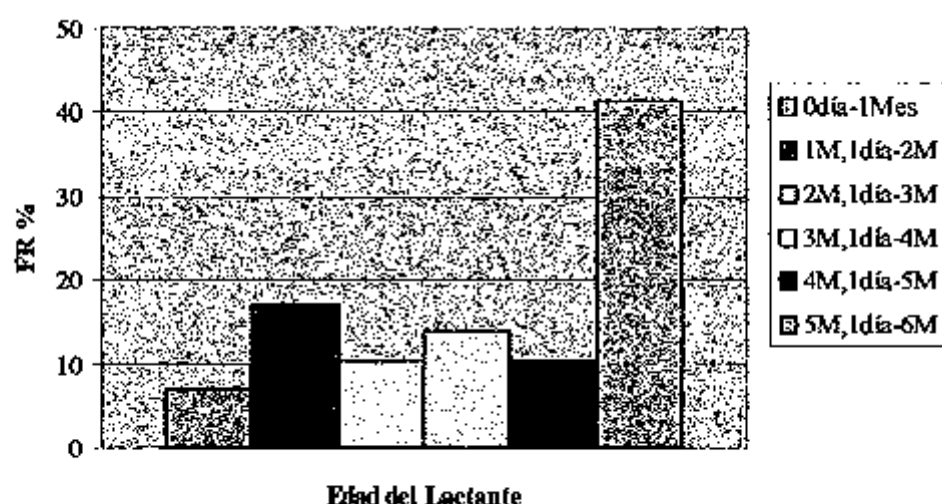


CUADRO 5 - Distribución según edad del lactante en madres adultas jóvenes

Edad del lactante	FA	FR %
0 día – 1 Mes	2	6.9%
1 Mes, 1 día – 2 Meses	5	17.2%
2 Meses, 1 día – 3 Meses	3	10.3%
3 Meses, 1 día – 4 Meses	4	13.8%
4 Meses, 1 día – 5 Meses	3	10.3%
5 Meses, 1 día – 6 Meses	12	41.4%
Total	29	99.9%

Fuente primaria obtenida de la población en estudio

GRÁFICO 5: Distribución según Edad del Lactante

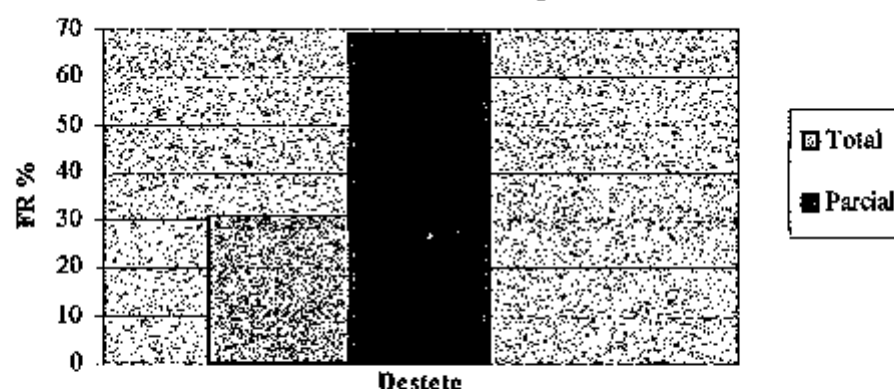


CUADRO 6- Distribución según destete en madres adultas jóvenes

Destete	FA	FR %
Total	9	31.0%
Parcial	20	69.0%
Total	58	100%

Fuente primaria obtenida de la población en estudio

Gráfico 6: Distribución según Destete

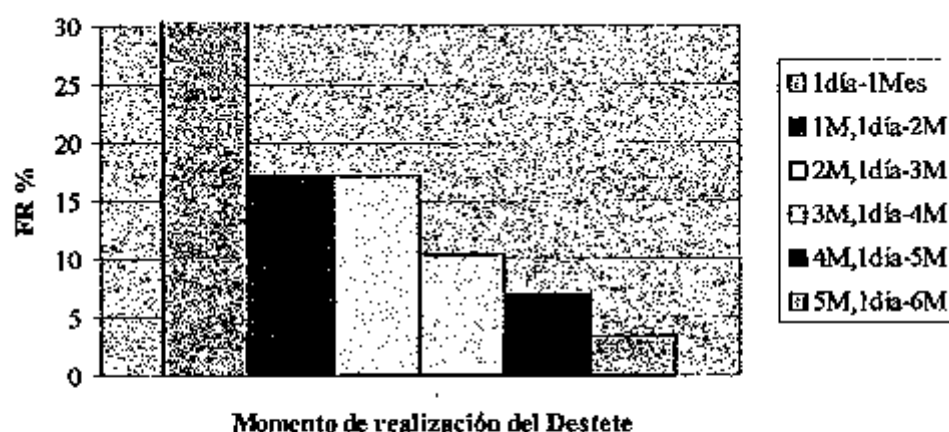


CUADRO 7- Distribución según momento de realización del destete en madres adultas jóvenes

Momento de realización del destete	FA	FR %
1 día – 1 Mes	13	44.8%
1Mes, 1 día – 2 Meses	5	17.2%
2 Meses, 1 día – 3 Meses	5	17.2%
3 Meses, 1 día – 4 Meses	3	10.3%
4 Meses, 1 día – 5 Meses	2	6.9%
5 Meses, 1 día – 6 Meses	1	3.4%
Total	29	99.8%

Fuente primaria obtenida de la población en estudio

GRÁFICO 7: Distribución según Momento de realización del Destete



Edad y Nivel de Instrucción

Edad	Nivel de instrucción					T
	Analfabeta	PI	PC	SI	SC	
Adolescentes	2 (6.9%)	4 (13.8%)	18(62.1%)	2(6.9%)	3(10.3%)	29(50)
Adultas jóvenes	1(3.4%)	9 (31.0%)	10 (34.5%)	7(24.1%)	2 (6.9 %)	29(50)
Total	3(5.2%)	13(22.4%)	28(48.3%)	9(15.5%)	5(8.6%)	58(100)

Fuente primaria obtenida de la población en estudio

Edad y Número de Gestas

Edad	Número de gestas			T
	Primigesta	Secundigesta	Multigesta	
Adolescentes	17 (58.6%)	8 (27.6%)	4 (13.8%)	29 (50%)
Adultas jóvenes	6 (20.7%)	10 (34.5%)	13 (44.8%)	29 (50%)
Total	23 (39.7%)	18 (31.0%)	17 (29.3%)	58 (100%)

Fuente primaria obtenida de la población en estudio

Edad y Conocimiento sobre Lactancia

Edad	Conocimiento sobre lactancia		T
	Si	No	
Adolescentes	17 (58.6%)	12 (41.4%)	29 (50%)
Adultas jóvenes	9 (31.0%)	20 (69.0%)	29 (50%)
Total	26 (44.8%)	32 (55.2%)	58 (100%)

Fuente primaria obtenida de la población en estudio

Edad y Destete (Total Parcial)

Edad	Destete		T
	Total	Parcial	
Adolescentes	12 (41.4%)	17 (58.6 %)	29 (50%)
Adultas jóvenes	9 (31.0%)	20(69.0%)	29 (50%)
Total	21(36.2%)	37 (63.8%)	58(100%)

Fuente primaria obtenida de la población en estudio

Edad y Momento de realización del Destete

Edad	Momento de realización del destete						T
	1 día- 1 M	1M,1día- 2M	2M,1día- 3M	3M,1día- 4M	4M,1día- 5M	5M,1día- 6M	
Adolescentes	7 (24.1 %)	8 (27.6%)	5(17.2%)	4(13.8%)	3(10.3%)	2(6.9%)	29 (50%)
Adultas jóvenes	13(44.8%)	5 (17.2%)	5(17.2%)	3(10.3%)	2 (6.9 %)	1(3.4%)	29 (50%)
Total	20(34.5%)	13(22.4%)	10(17.2%)	7(12.1%)	5(8.6%)	3(5.2%)	58(100%)

Fuente primaria obtenida de la población en estudio

Nivel de instrucción y Destete

Nivel de Instrucción	Destete		T
	Total	Parcial	
Analfabeta	3(100%)	0 (0%)	3 (5.2%)
Primaria incompleta	5(38.5%)	8 (61.5%)	13 (22.4%)
Primaria completa	10 (35.7 %)	18(64.3%)	28 (48.3%)
Secundaria incompleta	3 (33.3%)	6 (66.7%)	9 (15.5%)
Secundaria completa	0 (0%)	5 (100%)	5 (8.6%)
Total	21(36.2%)	37 (63.8%)	58 (100%)

Fuente primaria obtenida de la población en estudio

Número de Gestas y Destete

Número de gestas	Destete		T
	Total	Parcial	
Primigesta	8 (34.8%)	15 (65.2%)	23 (39.7%)
Secundigesta	6 (33.3%)	12 (66.7%)	18 (31.0%)
Multigesta	7 (41.2%)	10 (58.8%)	17 (29.3%)
Total	21 (36.2%)	37 (63.8%)	58 (100%)

Fuente primaria obtenida de la población en estudio

Número de Gestas y Momento de realización del Destete

N° de gestas	Momento de realización del destete						T
	1 día- 1 M	1M,1día-2M	2M,1día-3M	3M,1día-4M	4M,1día-5M	5M,1día-6M	
Primigesta	3(13.0%)	8(34.8%)	6(26.0%)	4(17.4%)	2(8.7%)	0 (0%)	23(39.7%)
Secundigesta	6 (33.3%)	3(16.7%)	2(11.0%)	1 (5.6%)	3(16.7%)	3(16.7%)	18 (31.0%)
Multigesta	11 (64.7%)	2(11.8%)	2(11.8%)	2(11.8%)	0(0%)	0(%)	17 (29.3%)
Total	20(34.5%)	13 (22.4%)	10 (17.2%)	7(12.1%)	5 (8.6%)	3 (5.2%)	58 (100%)

Fuente primaria obtenida de la población en estudio

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

A la luz de los datos obtenidos de la investigación destacamos que de un total de 58 madres el 50% son adolescentes (entre 16 y 19 años); el restante 50% corresponde a adultas jóvenes (entre 20 y 35 años). La media de la edad materna se ubicó en los 28,2 años, con un desvío estándar de 5.99 años.

La mayoría de las mujeres, independientemente de ser adolescentes o adultas jóvenes no culminaron el secundario, salvo el 8.6%; así mismo el 22.4% de éstas mujeres tienen sus estudios primarios incompletos; y un 5.2% son analfabetas.

Con respecto a las horas maternas fuera del hogar se destaca que el 20.7% de las madres adultas jóvenes permanecen fuera de su hogar por menos de 8 horas; y en las adolescentes solo se da en un 10.3%.

En esta investigación no se tomó en cuenta los motivos por los cuales las madres permanecían fuera del hogar.

En cuanto al número de hijos pudimos observar que el mayor porcentaje de la población adolescentes son primigestas 58.6% , un 27.6% secundigestas y solo un 13.7% son multigestas. Dándose en las adultas jóvenes la situación inversa; un 44.8% son multigestas, un 34.5% son secundigestas y solo un 20.7% son primigestas.

En cuanto al número de gestas y destete son las multigestas con un 41.2% las que realizan un mayor destete total, seguidas por las primigestas con 34.8 % y las secundigesta con un 33.3%.

Del 100% de las adolescentes entrevistadas el 58.6% manifestó tener conocimiento sobre las ventajas de la lactancia materna, y el 41.4% manifestó lo contrario; en cambio en las adultas jóvenes esta característica se dio a la inversa, refiriendo no tener conocimiento el 69.0% y solo el 31.0% manifestó tener conocimiento. Seguramente este hecho se deba a que en la institución existe el plan setiembre el cual trabaja con adolescentes embarazadas y puerperas y es llevado adelante por una interna de la licenciatura en Enfermería, de esta manera las adolescentes reciben información y educación con respecto a embarazo, anticoncepción, lactancia, etc.; mientras que las madres adultas jóvenes no cuentan con este beneficio.

Otra fuente de información que está al alcance de las adolescentes es el nuevo plan llevado a cabo en secundaria sobre educación sexual donde además se les brinda educación sobre lactancia.

La mayoría de las mujeres (63.8%) independientemente de ser adolescentes o adultas jóvenes destetan a sus hijos parcialmente, y solamente un 36.2% lo hacen totalmente. Cabe resaltar que el destete total es mayor en las adolescentes que en las adultas jóvenes.

En cuanto al momento de realización del destete en las madres adolescentes predomina 27.6% dentro del 2º mes de vida del lactante, mientras que en las madres adultas jóvenes el mayor porcentaje 44.8% se da dentro del primer mes. Estos resultados no concuerdan con estudios realizados a nivel latinoamericano que indican que las adolescentes destetan antes que las adultas.^{8 16 17}

Tomando en cuenta que las primigestas en su mayoría son adolescentes era de esperar que el momento de realización del destete de las primigestas fuera dentro del 2º mes al igual que las adolescentes.

Cabe aclarar que en esta investigación no se estudiaron los motivos del destete.

Tomando a las 2 poblaciones juntas, se pudo observar que la media de realización del destete es de 95 días, con un desvío estándar de 48.7 días.

No encontramos diferencias estadísticamente significativas con respecto al nivel de instrucción y el destete. Lo que sí se pudo observar es que a mayor nivel de instrucción, mayor destete parcial y a menor nivel de instrucción, mayor destete total. Esto concuerda con lo encontrado en otras investigaciones donde se observa que las madres con mayor nivel de instrucción destetan más tardíamente que las madres con nivel de instrucción inferior.^{16 17}

Tomando en cuenta la pauta de la OMS en relación al destete observamos que esta población no cumple con la misma, ya que el mayor porcentaje de destete (34.5%) se da en el primer mes de vida.

⁸ Díaz Rossello, J. L., Bauzá, C., Billawski J.: " Estudio epidemiológico sobre prácticas de lactancia materna". Arch. Pediatr. Uruguay 53 (1):33, 1982

¹⁶ Valdés Díaz, J.;Herrera, E.; Muñoz, J. R. "Lactancia materna y madre adolescente" Rev. Cuba. Pediatr.;62 (4):560-5, jul.-ago. 1990.

¹⁷ González L, Pileta B., " Lactancia Materna" Rev. Cuba Pediatr., 18 (1):15-22. Año 2002

¹⁶ Valdés Díaz, J.;Herrera, E.; Muñoz, J. R. "Lactancia materna y madre adolescente" Rev. Cuba. Pediatr.;62 (4):560-5, jul.-ago. 1990.

¹⁷ González J., Pileta B., " Lactancia Materna" Rev. Cuba Pediatr., 18 (1):15-22. Año 2002

CONCLUSIONES

Partiendo del universo estudiado destacamos, que si bien la misma cuantitativamente no es representativa, de toda la población que se asiste en el Centro de Salud Jardines del Hipódromo, si es muy importante destacar lo positivo y enriquecedor que ha sido esta experiencia en cuanto a la aplicación real del Método Científico se refiere.

La mayoría de las mujeres independientemente de ser adolescentes o adultas jóvenes destetan a sus hijos en forma parcial, notándose un mayor porcentaje en éstas últimas. En cambio se pudo observar que el destete total es mayor en las adolescentes.

En cuanto al momento de realización del destete precoz independientemente de ser total o parcial se produce con mayor frecuencia en las madres adolescentes dentro del 2º mes de vida del lactante, mientras que en las madres adultas jóvenes se da dentro del primer mes.

Si bien la mayor parte de las adolescentes manifestaron tener conocimiento sobre las ventajas de la lactancia materna, se destacan carencias de conocimientos en las adultas jóvenes.

Las adultas jóvenes necesitan tener conocimiento sobre las ventajas de la lactancia, tener acceso a un equipo multidisciplinario de salud que las apoye y oriente para que desarrollen conductas favorables; y de esta forma podrá la lactancia constituir, en la vida de estas mujeres, un factor de felicidad con la posibilidad de libre elección.

Pensamos que la carencia de información es lo que influye en estas madres al abandono precoz de la lactancia, notándose que las madres adultas jóvenes destetan más precozmente que las adolescentes, este resultado muestra una realidad; y es que estas madres siguen destetando muy precozmente (con una media de 95 días, y un desvío estándar de 48.7 días), por lo cual hay que seguir trabajando en la educación, quedando un largo camino por recorrer tratando de lograr que los niños de nuestro país, como mínimo tengan una lactancia exclusiva hasta los 6 meses de vida.

Con respecto al nivel de instrucción hay que resaltar la importancia del mismo ya que cuanto más instruidas estén las madres el destete total se da con menor frecuencia.

De los objetivos planteados para nuestra investigación concluimos que:

- Caracterizamos a las madres adolescentes de acuerdo a las variables, edad, nivel de instrucción, horas de la madre fuera de la casa, número de gestas, conocimiento sobre lactancia, destete y edad del lactante.
- Caracterizamos a las madres adultas jóvenes utilizando las mismas variables anteriormente referidas.
- Establecimos un paralelismo entre las dos poblaciones estudiadas

Por lo anteriormente mencionado vemos que cumplimos con el objetivo general.

RECOMENDACIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos, es pertinente plantear algunas propuestas o recomendaciones generales que puedan contribuir a mejorar la duración de la lactancia materna y los conocimientos a cerca del abandono precoz de la lactancia, en dicho Centro de Salud.

Siendo las siguientes:

- Continuar haciendo hincapié en la promoción de la lactancia exclusiva 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.
- Es necesario insistir en la información a la comunidad de modo de corregir gradualmente errores influidos en mitos y creencias; para aumentar los periodos de lactancia exclusiva como forma de actuar sobre el destete precoz.
- Reorientar la educación sanitaria y los servicios de salud para satisfacer en forma real las necesidades de la población.
- Plantear a nivel institucional la necesidad de contar con un equipo multidisciplinario de salud con la finalidad de abarcar a la población adulta joven como forma de fomentar la salud, detectar problemas y actuar sobre ellos fomentando la educación en cuanto al destete para que este se lleve a cabo con éxito.
- Sería trascendente que la información que se ha manejado en esta investigación sirva como referencia para futuras investigaciones en este Centro, sobre la temática destete. En ésta se debería tener en cuenta las variables que no fueron abordadas en esta oportunidad, como son las causas del destete y los roles que desempeñan las madres dentro de la familia.

BIBLIOGRAFÍA

1-Aspectos Culturales del Amamantamiento en el Uruguay, MSP, datos usados de una Encuesta de Opinión Pública, Abril 1998.

2-BOVE MARÍA ISABEL, CERRUTI FLORENCIA, ¿Cuándo y por qué se produce el destete en Uruguay?. Montevideo Uruguay 2001.

3-DENNIS L., HASSOL J., " psicología evolutiva" 1985 México.

4-DÍAZ ROSSELLO, J. L., BAUZÁ, C., BIELLAWSKI, J. : " Estudio epidemiológico sobre practicas de lactancia materna". Arch. Pediatr. Uruguay 53 (1):33,1982

5-D'OLIVERA NORA, Lactancia Materna Prolongada: elementos para la reflexión. Montevideo Uruguay 2001

6-GOMEZ GARCÍA M. CARMEN,"ENFERMERÍA" Enfermería Pediátrica; Ed. Masson- Salvat.1992 Barcelona España.

7- GONZÁLEZ I., PILETA B., " Lactancia Materna" Rev. Cuba Pediatr., 18 (1):15-22. Año 2002

8-Lactancia Materna "Contenidos técnicos para profesionales de la salud" 1997 Chile.

9-LAWRENCE RUTH A. La Lactancia Materna, 4ª edición. (Mosby)

10-MICHELINI M.L; RODRÍGUEZ; S.; BOLASCO, L.; de los SANTOS; ARCE, T.; MONTEL S.; BORTHAGARAY G."Promoción y apoyo a la lactancia en adolescentes" Arch. Pediatr. Uruguay 66 (3): 19, 1995.

11-PINEDA E.B.,DE ALVARADO E.L.,DE CANALES F.H. Metodología de la investigación "Manual para el desarrollo de personal de salud" 2ª edición. OMS/OPS 1994.

12-Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil, "3ª Encuesta Nacional de Lactancia Materna". Agosto 2003

13- Revista de La Facultad de Medicina, Volumen 24 Número 2, 2001 Venezuela.

14- Rev. Saúde Pública v.38 n.1 São Paulo fev. 2004

15-SOBRADO E., "Accerca del ser sujeto" 1978 Montevideo Uruguay.

16-VALDÉS DÍAZ, J.;HERRERA, E.; MUÑOZ, J. R. "Lactancia materna y madre adolescente" Rev. Cuba. Pediatr.; 62 (4):560-5, jul.-ago. 1990.

17-WALDO N. Tratado de pediatría tomo I, capítulo 3, "Nutrición y sus trastornos" Editorial Salvat

18-WONG DONNA L. ,Enfermería Pediátrica, 4ª edición. España.

19-INTERNET:

www.bireme.br

INDICE DE ANEXOS

Contenido	Página
Anexo N° 1 - Proyecto de Investigación.....	48
Anexo N° 2 – Instrumento para recolección de datos.....	78

ANEXO 1

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Título: Caracterización de las madres que abandonaron precozmente la lactancia exclusiva en el Centro de Salud “Jardines”, Agosto 2004.

Área problema: Abandono precoz de la lactancia materna exclusiva.

Problema: ¿Cuáles son las características de las madres adolescentes y adultas jóvenes que abandonaron precozmente la lactancia exclusiva las cuales concurren a control pediátrico en el Centro de Salud “Jardines del Hipódromo” en el mes de Agosto de 2004 ?.

OBJETIVOS

General:

■ Conocer las características de las madres adolescentes y adultas jóvenes que abandonaron precozmente la lactancia exclusiva, las cuales concurren a control pediátrico en el Centro de Salud “Jardines del Hipódromo” en el mes de Agosto de 2004.

Específicos:

■ Caracterizar a las madres adolescentes que abandonaron precozmente la lactancia según: edad, nivel de instrucción, horas de la madre fuera de la casa, número de gestas, conocimiento sobre lactancia, destete y edad del lactante.

■ Caracterizar a las madres adultas jóvenes que abandonaron precozmente la lactancia según: edad, nivel de instrucción, horas de la madre fuera de la casa, número de gestas, conocimiento sobre lactancia, destete y edad del lactante.

■ Establecer un paralelismo entre las características de las madres adolescentes y adultas jóvenes que abandonaron precozmente la lactancia exclusiva.

MARCO TEÓRICO

Lactancia Materna:

La lactancia materna exclusiva (LM) es el proceso a través del cual el recién nacido no recibe ningún otro líquido o sólido fuera de la leche materna, (directa o extraída) solo permite agregar vitaminas, minerales en gotas o jarabes.

Es el único alimento que es capaz de aportar todos los nutrientes que el niño necesita, garantizando de esta manera el adecuado crecimiento y desarrollo bio-psicosocial.

La leche humana es el alimento ideal para el lactante durante sus primeros meses de vida, por sus condiciones intrínsecas, pero más que nada por los cuidados y la seguridad afectiva que se brindan en el acto de amamantar, estableciéndose una estrecha relación entre el binomio madre-hijo.

El amamantamiento es el camino por el cual el niño inicia su aprendizaje social.

Por un extremo está el crecimiento y desarrollo, no solo del aparato digestivo sino del individuo todo, con sus aptitudes psicomotoras y sus reacciones emocionales.

Por el otro extremo está la sociedad e inmersa en ella la familia; de ésta dependerá que un niño reciba lo necesario en forma adecuada y que la experiencia sea o no gratificante y estimuladora para él.

La mayoría de los componentes de la leche humana y de vaca son similares; sin embargo, existen diferencias significativas tanto cuantitativas como cualitativas en sus componentes, que determinan que no se comporten en la misma forma respecto a la nutrición y protección inmunológicas del recién nacido y del lactante.

La leche materna tiene propiedades antibacterianas y antivirales, contiene inmunoglobulinas (Ig), macrófagos, granulocitos, linfocitos T y B y otros factores que inhiben el crecimiento bacteriano.

La inmunoglobulina A es la principal, cuya concentración alcanza 100 a 140 mg/100 ml, en cambio la leche de vaca (LV) fresca contiene 3 mg/100 ml de IgA.

Además ofrece diversos beneficios inmunológicos que protegen al niño de diversas infecciones digestivas y respiratorias, así como también previenen la respuesta alérgica.

Este alimento contiene cantidades adecuadas de vitamina A, E, C y complejo B, siendo escasa la presencia de vitamina D pero que igual se absorbe rápidamente.

En la LV tanto las vitaminas C, D y E son bajas predominando en mayor cantidad la vitamina K.

La relación entre el calcio-fósforo en la leche humana es de 2 por 1, en cambio la LV es rica en calcio pero la relación calcio-fósforo es baja.

Ambos tipos de leche son deficientes en hierro, pero la humana se absorbe mejor (70%) que la de vaca (10%).

La leche humana es menos opaca, más azufada y más fluida que la leche de vaca.

La osmolaridad de la leche vaca (350 mosm) es significativamente mayor que la leche humana, determinando en el niño una carga renal de solutos significativamente mayor. Esto quiere decir que el niño que es amamantado no necesita una ingesta suplementaria de agua, en cambio el niño que es alimentado con LV, sí debe recibir agua como suplemento de su dieta.

La leche materna tiene una densidad alrededor de 1030 dl, su PH es próximo a la neutralidad, su tenor en proteínas es casi 1/3 del de la LV; pero la distribución es de 40% de caseína y 60% de lactalbúmina (la cual produce coágulos de leche fácilmente digeribles).

En cambio la leche de vaca es muy rica en caseína de la que se absorbe el 50% produciendo coágulos de leche grandes duros y difíciles de digerir.

Otra característica que hay que destacar en la leche humana es el contenido relativamente bajo de fenilalanina y tiroxina que se adapta muy bien a la limitada capacidad para el metabolismo de estos aminoácidos en el recién nacido.

El valor calórico de la LM es superior a la LV, conteniendo 7.5g% de lactosa frente a 4.7g% de la leche de vaca; además la leche humana posee oligosacáridos que apenas están presentes en la LV.

Las grasas si bien tienen un tenor similar en ambas leches (3.5g%), están constituidas en un 50% por ácidos grasos insaturados en la leche humana, mejorando la absorción y digestión.

Es mayor la lentitud del tránsito digestivo del niño que recibe LV, transcurriendo alrededor de 14 horas entre la tomada de la mamadera y la llegada del alimento al ciego; en tanto en el niño criado a pecho directo dicho periodo es de 6-9 horas.

El tiempo de digestión de la leche humana es de 1 hora y media, mientras que la de vaca es de 3 horas.

*Para un recién nacido la primera mamadera de LV significa una doble frustración, por la calidad del alimento y por la forma de dárselo. Es posible humanizar la técnica, pero lo que es absolutamente imposible es "maternizar" la calidad de la leche de vaca.*¹³

Los niños criados a pecho tienen un aspecto más saludable y fresco, la piel más elástica y sonrosada, la mirada más vivaz, su panículo adiposo es normal y no excesivo, sus carnes son más tónicas y sus huesos rara vez se deforman, presentan un ascenso regular de peso, y su temperatura es normal y hay un mejor desarrollo físico y psíquico, sus periodos de actividad y sueño son más equilibrados, el aspecto sonriente y feliz traduce el estado de salud, la mayor satisfacción oral y la seguridad y estabilización emocional.

¹³ LAWRENCE RUTH A. La Lactancia Materna, 4ª edición. (Mosby)

La madre que brinda a su hijo tal alimento el cual siempre está a punto, fresco, puro, con condiciones higiénicas y a una temperatura ideal, sin pérdidas de tiempo y de economía está a salvo de cometer errores de preparación y ofrecer una leche alterada, contaminada o de difícil digestión para el niño.

Los niños criados con LV son más inestables desde el punto de vista psíquico y físico padecen con más frecuencia trastornos nutritivos y digestivos así como diversas infecciones.¹⁴

La mujer que amamanta a su hijo experimenta una involución uterina más rápida, con lo que disminuye el riesgo de hemorragias y acelera el regreso de su cuerpo al estado previo al embarazo.

Además se ha probado que cuanto más prolongada sea la lactancia menor es el riesgo de desarrollar en un futuro cáncer de mama.

Sobre la importancia de la alimentación natural durante la lactancia y los beneficios que conlleva con respecto a la alimentación artificial, se han realizado numerosos estudios.

UNICEF, en el estudio publicado en 1986, sobre el estado mundial de la infancia afirma que se ha comprobado que, en las comunidades pobres del mundo en desarrollo, los niños alimentados con mamadera tienen una probabilidad 2 o 3 veces mayor de morir en la infancia que los niños alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros meses de vida.¹⁵

Dada la gran cantidad de beneficios que proporciona la LM es muy importante que la mujer embarazada y puérpera reciban una correcta información y educación para lograr una lactancia materna exitosa y así evitar un destete precoz.

Para que la lactancia materna sea exitosa requiere de tres puntos fundamentales siendo éstos, una madre (mejor una pareja) intensamente motivada para ello, un niño saludable, que coopere con una succión vigorosa, y un profesional convencido auténticamente de las ventajas de la crianza a pecho, que pueda comprender y estimular a los padres y al niño a tales actitudes.¹⁶

Destete natural:

El destete se inicia con la introducción del primer alimento que no sea la leche materna; es un período de transición en que el niño cambia progresivamente su forma de alimentarse.

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.

¹⁴ Lactancia Materna "Contenidos técnicos para profesionales de la salud" 1997 Chile.

¹⁵ GOMEZ GARCÍA M. CARMEN, "ENFERMERÍA" Enfermería Pediátrica, Ed. Masson-Salvat, 1992 Barcelona España.

¹⁶ LAWRENCE RUTH A. La Lactancia Materna, 4ª edición. (Mosby)

El Comité de Nutrición de la Sociedad Uruguaya de Pediatría elaboró una Recomendación sobre la Alimentación en el Primer Año de Vida; la misma se ha basado en el documento de OPS-OMS "La Alimentación del Niño menor de seis años en América Latina."

En estas Recomendaciones se manifiesta que:

- "Se considera que el alimento ideal del lactante durante el primer año de vida es la leche materna. Se recomienda alimentar con pecho exclusivo hasta el sexto mes de vida."

- "No hay plazo para indicar el término de la lactancia natural. En general, después del año se recomienda el reemplazo gradual de la leche materna por lácteos de origen vacuno."¹⁷

Fisiológicamente a los seis meses el niño está completamente desarrollado para hacer uso biológico de alimentos complementarios a la leche humana. 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.

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

Desde el punto de vista de las necesidades nutricionales y 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 seis 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 seis 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.¹⁸

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

Estos problemas traen aparejados desventajas y riesgos asociados a la alimentación complementaria temprana, como ser:

- Interferencia con el patrón alimentario del niño al alterar la frecuencia y ritmo de alimentación según libre demanda.
- Disminución de la leche materna consecuente con la menor frecuencia de succión del niño. Riesgo de incremento ponderal inadecuado.
- Déficit en la ingesta de agua al ingerir menos volumen de leche materna.

¹⁷ D'OLIVERA NORA, "Lactancia Materna Prolongada": elementos para la reflexión. Montevideo Uruguay 2001

¹⁸ Lactancia Materna "Contenidos técnicos para profesionales de la salud" 1997 Chile.

- ❑ Deposiciones menos fluidas y riesgo de estreñimiento.
- ❑ Obstaculización de la absorción de hierro de la leche materna, con el consiguiente riesgo de anemia ferropénica.
- ❑ Absorción de moléculas proteicas enteras. Riesgo de alergias.
- ❑ Dificultad en la digestión de los almidones (polisacáridos) por falta de amilasa pancreática antes de los seis 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 prematuras de texturas y sabores que interfieren con el proceso de discriminación sensorial progresivo.
- ❑ Inducción al rechazo a ciertos alimentos vinculado a la asociación condicionada.
- ❑ Regurgitación frecuente.
- ❑ Incorporación del hábito de consumo de azúcar.
- ❑ Riesgo de caries de biberón por incorporación de azúcar a la leche o alimentos.

Los alimentos sólidos y semisólidos progresivamente sustituyen 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.

El destete guiado por el bebé se va produciendo a su propio ritmo y va omitiendo sesiones de lactancia. Cada vez consume más alimentos sólidos, con lo que va sustituyendo el pecho.

Cuando el destete es guiado por la madre ésta es la que decide cuales de las tomas se deben de suspender. Si el bebé tiene menos de seis meses probablemente le ofrecerá una mamadera.

De acuerdo con la velocidad con la cual la madre desea destetar al bebé 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.

Técnicas de alimentación en el destete:

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

Se puede empezar introduciendo una fruta con cereal o con puré de verduras al mediodía, sin remplazar la mamadera. El niño debe de seguir tomando la leche materna en los horarios habituales (cuatro 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 del mediodía. La segunda comida se introduce de la misma forma alrededor de los ocho 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 y 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 de quién prepara los alimentos.

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

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 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 importante y 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.

Destete precoz:

Es la introducción de cualquier otro alimento que no sea leche materna antes del periodo de tiempo considerado ideal para la OMS (leche materna exclusiva hasta los 6 meses de vida).

Es un proceso por el cual se cambia de un método de alimentación a otro; y tiene su inicio en el momento que se introduce un alimento distinto de la leche humana; que puede indicar el cese total o no de la lactancia materna, así como la adición de otros alimentos a la dieta del recién nacido; lo que hace que el lactante se acostumbre a algo distinto de la leche de su madre.

Desde el punto de vista fisiológico, el destete es un proceso complejo que abarca adaptaciones nutricionales, microbiológicas, bioquímicas, inmunológicas y psicológicas.¹⁹

¹⁹ LAWRENCE RUTH A. La Lactancia Materna, 4ª edición. (Mosby)

Historia del destete:

Tanto en oriente como en occidente las mujeres amamantaban por períodos más prolongados que las mujeres de hoy. Entre los antiguos hebreos el destete se producía a los tres años, con un periodo de amamantamiento de veinticuatro meses.

En una comunidad estudiada (población antigua de Guatemala) continuaban amamantando durante el período que se formaban los premolares (dieciocho meses). Antes de los dos 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 (seis meses de lactancia natural y luego un mes con leche de vaca).

Los romanos pensaban que el destete debía producirse cuando tuvieran tres años o terminaran de formarse los dientes. 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 primer y tercer año de vida. En los siglos XVI y XVII los curas y médicos condenaban la práctica de contratar las nodrizas, ya que los niños podrían adquirir los vicios de las mismas a través del pecho.

En la edad media ya existían varias restricciones culturales, las mujeres parecían considerar que el dar de mamar las haría verse viejas; no podrían vestirse a la moda y sus senos se verían caídos.

El no poder dar de mamar mientras se menstruaba, o no tener relaciones sexuales durante todo el periodo de lactancia, atentó contra ésta de manera significativa.

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 influyó y atentaba contra la práctica del amamantamiento, los corset usados a veces desde los tres años provocaban pechos chatos, deformados y hasta invertidos.

Entre los siglos XVI y XVII se comenzó a experimentar con alimentación artificial y las enfermedades gastrointestinales causadas por alimentos contaminados se volvieron epidemias. Ignorantes de las verdaderas causas de estas enfermedades, muchos médicos lo adjudicaban al alimento en exceso, fuera el pecho o cualquier otro. La solución era restringir la alimentación de tal manera que el bebé nunca estaba satisfecho. Estas limitaciones seguramente disminuyeron la producción de leche de las madres, que tenían entonces que destetar temprano lo quisieran o no.

Otro causa del destete era la práctica de la alimentación mixta. Los niños eran alimentados con pan mojado desde los tres meses y caldo de carne aún antes.

El destete era producido de forma abrupta, los niños eran retirados de las casas de las nodrizas, o éstas eran despedidas; o se ponían sustancias amargas en el pecho o asustaban al niño para que no se prendiera al pecho.

En Francia en el siglo XVIII la alimentación infantil incluía lactancia materna, nodrizas, lactancia artificial con leche animal y el panade, un alimento a base de pan, agua y condimentos.

En Gran Bretaña el destete se producía alrededor del séptimo mes.

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

A fines del siglo 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. Alzar o amamantar a un bebé que llora era cultivar la vagancia y la falta de autocontrol.

En el siglo XX se analizaban varias razones para la pérdida de la práctica del amamantamiento. Los nacimientos en los hospitales 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 o de la familia 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.

Gradualmente estos procedimientos se fueron perfeccionando hasta lograr los actuales derivados lácteos empleados en la lactancia artificial. La aparición de estos sustitutos de la leche humana, con sistemas de comercialización y venta, muchas veces inadecuados, tuvo consecuencias desfavorables con un progresivo abandono de la lactancia materna.

Poco a poco se fue observando un resurgimiento de la práctica de la lactancia materna. Algunos hospitales comenzaron con la práctica del alojamiento conjunto, surgieron grupos de apoyo como La Leche League, un conjunto de madres decididas a hacer valer su derecho a alimentar a sus hijos como ellas querían, de la manera natural.

De madre a madre se fue disciminando este mensaje y más mujeres lograron amamantar.

A fines de los sesenta y principios de los setenta las mujeres comenzaron a luchar contra las rutinas hospitalarias, los consejos médicos y la opinión de sus parientes por el derecho a amamantar a sus hijos. Dejaron de ponerles horarios a sus tomas y de forzar comidas sólidas a sus bebés antes de que éstos pudieran digerirlas.

El Dr. Morquio decía "que el niño alimentado a pecho rara vez se enferma y excepcionalmente muere", "que la leche de pecho es el mejor alimento y el mejor medicamento para el lactante enfermo" y "que no hay ningún alimento artificial, cualquiera sea su composición y preparación que responda a principios exactos y seguros"; a pesar de estas recomendaciones la práctica del amamantamiento fue en descenso, y recién comenzó su resurgimiento a partir de los noventa.

Estas tendencias favorables siguen su curso en todo el mundo, aunque recuperar la cultura del amamantamiento está significando todo un esfuerzo, pero la realidad es auspiciosa si se continúa trabajando.

Anatomía y Fisiología de la Lactancia:

La glándula mamaria está formada por 15 a 20 lóbulos, separados entre sí por tabiques de tejido conjuntivo; cada lóbulo está formado por un conjunto de lobulillos, constituidos por una masa de alvéolos, en donde se produce la leche. Los cuales están revestidos por células mioepiteliales, cuya contracción hace que la leche secretada pase a los canalículos y de ellos a los canales lácteos. Éstos en su parte distal poseen una dilatación o seno galactóforo que desemboca en el pezón.

Podemos distinguir dos procesos en la lactancia:

1 - la producción de leche en los alvéolos o *lactogénesis* en la que interviene la prolactina.

2 - la salida o eyección de leche de la mama, o *lactopoyesis* que se debe a la acción de la oxitocina.

Durante la gestación existen tasas elevadas de prolactina, pero su acción sobre la secreción láctea es inhibida por los estrógenos.

Después del parto tras la expulsión de la placenta se produce una rápida disminución de la tasa de estrógenos, lo que hace que aumente la tasa de prolactina.

Esta hormona estimula las enzimas específicas para la síntesis de proteínas y lactosa de la leche, iniciándose la secreción láctea.

Una vez que se ha instaurado la lactación, el amamantamiento de la misma exige concentraciones elevadas y continuas de prolactina. La succión es el estímulo fisiológico más importante para la secreción de prolactina. También actúa como estímulo el vaciamiento completo de la mama. Durante la succión se estimulan los receptores propioceptivos situados en el pezón y la areola. Los impulsos se transmiten por vía nerviosa al área hipotalámica y de ahí a la hipófisis anterior donde se libera la prolactina.

Al cabo de uno a tres minutos de iniciada la succión, los estímulos actúan sobre la hipófisis anterior, poniendo en marcha la secreción de oxitocina. Esta hormona provoca la concentración de las células mioepiteliales que rodean los alvéolos de forma que la leche es expedida hacia los senos galactóforos.

Para el mantenimiento de la lactación, tan importante es la acción de la prolactina para secretar leche, como la de la oxitocina para drenarla, pero ha de tenerse en cuenta que mientras la prolactina se produce de manera permanente, aunque en cantidad mayor durante la succión, la oxitocina se secreta solo cuando se induce el reflejo de eyección.

Este reflejo está muy influido por factores psicológicos y así se sabe que la ansiedad materna, el estrés o la fatiga pueden inhibir el reflejo de eyección, que por lo contrario es aumentado por la confianza materna y su seguridad en la lactación. En algunas madres el reflejo puede ser desencadenado simplemente por la visión de su hijo, el llanto del niño o incluso el pensar en la lactación.

Cuando por alguna circunstancia el reflejo de eyección es inhibido, la secreción predomina sobre la excreción y la leche se acumula ocurriendo ingurgitación mamaria y aplastamiento del pezón lo que hace que el niño no pueda tomar adecuadamente el pecho. De esta forma se establece un círculo vicioso ya que la éstasis de la leche acabará condicionando atrofia de las células secretoras y el cese de la lactación.

Los diferentes tipos de leche que se producen en la glándula mamaria son el *calostro*, *leche de transición*, *leche madura* y *leche de pretérmino*.

El calostro es un líquido amarillento y espeso de alta densidad y poco volumen, se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto a razón de 2 a 20ml/mamada. Siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido.

Contiene menor cantidad de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), y algunos minerales como el sodio (NA) y el zinc (ZN); también contiene una gran cantidad de inmunoglobulina A que junto a la lactoferrina (proteína que capta el hierro) y a una gran cantidad de linfocitos y macrófagos le dan al recién nacido una suficiente protección contra gérmenes y alérgenos del medio ambiente.

El calostro es perfecto para las necesidades específicas del recién nacido, el escaso volumen permite al niño organizar progresivamente su succión deglución y respiración.

Además facilita la eliminación del meconio evitando hiperbilirrubinemia neonatal.

Las inmunoglobulinas cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos.

Facilita la reproducción del lactobacilo bifido en el lumen (luz del intestino) del recién nacido.

Los antioxidantes y la quinonas protegen al niño del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica.

Los factores de crecimiento estimulan la maduración de los sistemas del niño.

La leche de transición es la que se produce entre el 4º y 15º día posparto, día a día va variando hasta alcanzar las características de la leche madura.

Cuando la lactancia está en regresión la leche involuciona y pasa por una etapa calostrál, antes de desaparecer totalmente.

El volumen promedio de leche madura producido es de 700 a 900ml/día, durante los primeros seis meses posparto y de 500ml/día en el segundo semestre y aporta 75Kcal/100ml.

Las madres que tienen un parto antes de término producen una leche diferente durante las primeras semanas, la cual posee mayor cantidad de proteínas y menor cantidad de lactosa que la leche madura. Siendo la adecuada para el bebé de pretérmino el cual requiere cantidades más elevadas de proteínas; también posee una cantidad más elevada de lactoferrina e inmunoglobulina A.

Regresión de la glándula mamaria después de la lactancia:

Si no se extrae la leche del pecho la glándula se distiende enormemente y la producción de leche se extingue gradualmente. La producción se debe en parte a la falta de estímulo de succión, que normalmente inicia el reflejo neurohormonal que mantiene la secreción de prolactina. Quizás un efecto mayor se debe a la compresión de los vasos sanguíneos, que causa una disminución del flujo, dificultando la llegada de la oxitocina al mioepitelio. Los alvéolos están muy distendidos y el epitelio muy aplastado. La secreción que permanece en los alvéolos y conductos es reabsorbida.

Hay un colapso gradual de los alvéolos y un aumento de tejido conectivo peri alveolar. Los elementos glandulares vuelven gradualmente a su estado de reposo. Aumenta el tejido adiposo, y la presencia de macrófagos. La glándula no vuelve del todo a su estado previo al embarazo, pues los alvéolos no involucionan del todo, y algunos persisten como cordones sólidos y dispersos de células epiteliales.²⁰

Al microscopio se observa un aumento de los procesos autofágicos y heterofágicos en los primeros días tras el destete. Aumentan las enzimas lisosómicas, mientras disminuyen el resto de las demás enzimas.

Destete brusco:

En éste tipo de destete la capacidad secretora de la glándula mamaria cambia tras el cese total de la lactancia; se observa que la glándula en involución sigue siendo parcialmente funcional durante 45 días.

Tras el destete las concentraciones de lactosa y potasio disminuyen, mientras que el sodio, el cloro, los lípidos y las proteínas totales aumentan progresivamente durante 42 días. La leche se vuelve muy salada, lo que no impide que los lactantes se la beban. El aumento de las proteínas está relacionado con el aumento de la lactoferrina, IgA, IgG, IgM, albúmina, lactoalbúmina y cascina.

Destete de emergencia:

Puede darse por una enfermedad grave de la madre o por una separación prolongada entre madre e hijo.

Después del destete brusco la glándula mamaria permanece parcialmente funcionando por más de un mes.

La madre puede sufrir diversas molestias, como ser ingurgitación, fiebre de pecho.

El primer caso puede producirse cuando el destete se realiza a la 4ª o 6ª semana desde el parto.

En la fiebre de pecho la madre presenta fiebre, escalofríos y malestar, como un síndrome gripal. Que puede ser producido por la súbita reabsorción de la leche. Éste estado suele durar de 3 a 4 días.

Los cambios hormonales producidos en este tipo de destete son definitivos; porque los niveles de prolactina tras la succión son más altos en el posparto inmediato.

La prolactina se ha asociado con un sentimiento de bienestar, de modo que su descenso puede asociarse con una relativa depresión.

²⁰ LAWRENCE RUTH A. La Lactancia Materna, 4ª edición. (Mosby)

Una madre puede experimentar depresión y tristeza ante la realidad de la última mamada, es importante reconocer que se trata de un fenómeno psicológico y emocional que debe recibir mucha comprensión y apoyo para superar esta desilusión.

Es probable que el destete lento, que suele llevar aproximadamente 3 meses, tenga una evolución muy diferente al destete brusco, en el que se produce una involución intensa y rápida en unos días o semanas.²¹

Adolescencia:

La adolescencia constituye un periodo de cambios tanto corporales como psicológicos, éstos últimos están dados por la estructura definitiva de la personalidad, ya que es el periodo en que se consolida la identidad personal del yo.

Sumado al cambio de la imagen corporal, se encuentra la búsqueda de la autonomía que significa la separación de los padres, con ruptura del vínculo de dependencia. Todos estos cambios confieren al adolescente la característica de ambivalencia afectiva y conflictos que muchas veces ni la sociedad ni la familia son capaces de afrontar.

Sintetizando lo que significa la adolescencia definimos, junto a la OMS, al periodo en que:

- d) el sujeto va desde la aparición de los caracteres sexuales secundarios a la madurez sexual.
- e) los progresos psicológicos del individuo y las pautas de identificación se desarrollan desde los del niño a los del adulto.
- f) se produce la transición entre la dependencia socioeconómica total a una relativa independencia. La familia ejerce un papel fundamental ya que es capaz de brindarles sostén para que el adolescente mantenga el equilibrio mientras sucede todos los cambios

La adolescencia se divide en tres etapas:

- d) Adolescencia precoz 10 a 13 años
- e) Adolescencia intermedia 14 a 16 años
- f) Adolescencia tardía 17 a 19 años

Las características de cada etapa pueden variar de un sujeto a otro.

El hecho de tener un cuerpo apto para la reproducción puede traer conductas de riesgo ya que aún no tienen el intelecto adulto. La transformación siempre va acompañada en el campo psicológico por un enriquecimiento de la afectividad, manifestado por una serie de impulsos instintivos que modifican sensiblemente el conjunto del comportamiento.

²¹ LAWRENCE RUTH A. La Lactancia Materna, 4ª edición. (Mosby)

En la adolescencia se produce el duelo de la identidad lo que provoca una lucha por la misma. Se entiende la identidad como el ser uno mismo en tiempo y espacio, en relación con los demás y con uno mismo. Es el sentimiento de seguridad sobre sí mismo.

La confusión de la identidad, lo cual es característica de la adolescencia, se refiere a la imposibilidad de desarrollar una idea de sí mismo coherente. Parte de la resolución de la crisis de identidad consiste en pasar de ser dependiente a ser independiente. Es frecuente que los padres y sus hijos adolescentes discutan sobre la elección de amigos, pandillas, planes de estudio y temas relacionados con la filosofía, modo en que los adolescentes van afianzando su propia identidad.

Durante la adolescencia también se producen cambios a nivel del pensamiento. Es el momento donde empieza a existir un pensamiento lógico formal, el cual les permite pensar en ideas y no sólo en objetos reales (característico de la infancia). Este tipo de pensamiento permite al sujeto la capacidad de reflexionar.

El grupo es el contexto de descubrimiento más favorable del adolescente, y los tranquiliza durante el período de cambio. Durante la adolescencia se cuestiona el núcleo de pertenencia familiar por la necesidad de buscar nuevos núcleos de pertenencia que defina su identidad. El grupo de pares le permite al adolescente la apertura hacia lo no familiar, dándose el espacio para el duelo por el rol infantil. Es un momento donde el adolescente intenta ser libre, pero todavía depende de sus padres y se siente muy ligado a ellos. Suelen verse a través de los ojos de sus compañeros, y su autoestima puede sentirse disminuida ante cualquier desviación en su apariencia física, en el código de la ropa o de conducta.

En la *adolescencia media*, el desarrollo físico ha concluido, y falta realizar la integración con la sociedad. En éste momento los adolescentes tienen fuerza personal y no solo grupal.

En la *adolescencia tardía*, los adolescentes tienen que tratar con la influencia de sus compañeros, padres, profesores y sus propios deseos, para decidir su vocación.

El final de la adolescencia se produce cuando el sujeto empieza a desarrollar y asumir tareas propias del adulto joven, como por ejemplo, la elección y responsabilidad de un trabajo, el desarrollo del sentido de intimidad (que más tarde va a conducir a la constitución del matrimonio y la paternidad). Se produce el reconocimiento del sí mismo como un ser adulto.

Adulto joven:

Según Enrique A. Sobrado "El adulto es el que de alguna manera comienza a construir su proyecto de vida, concreta o tiene posición tomada sobre la formación de pareja, y procura afirmar su inserción en el sistema de producción".

"Es el momento de pasaje entre el proyecto y la consolidación".²²

Dennis Lorraine y Joan Hassol refieren que, si los años de la adolescencia han transcurrido favorablemente la identidad se habrá formado. La independencia de la familia habrá sido resuelta, ofreciendo una cierta seguridad al tomar decisiones. Es esta capacidad de autodeterminación la que caracteriza al adulto joven y lo diferencia del adolescente.

Levison creó un término descriptivo para esta etapa, que connota que el individuo joven tiene un pie dentro de la edad adulta. Se concibe como un periodo de *noviciado*, que demarca efectivamente su calidad de "iniciación" y se ha notado que dura unos 15 años, de los 20 a los 35 años.

La madurez física se presenta en la edad adulta. El grado de crecimiento tanto en hombres como en mujeres jóvenes disminuye hasta el punto de que hay muy pocos cambios. El tono muscular y la coordinación están en la cúspide. La menstruación debe estar bien establecida en la mujer. Los aparatos respiratorio y circulatorio deben estar trabajando a niveles óptimos y el reemplazo de células y la reparación de tejidos a su máximo. La masa muscular se ha estabilizado y la fuerza y resistencia física son óptimas. Pocos de los cambios degenerativos que pueden ser evidentes en la edad madura están patentes en los principios de la edad adulta, pero el proceso de envejecimiento ya se ha iniciado.

Es considerada la etapa óptima para la concepción, pues la mujer ya ha completado su maduración biológica y social y está mejor preparada para la procreación, lo que no ocurre en las edades extremas de la vida.

Los aspectos de salud que enfrentan los jóvenes adultos tienden a girar en torno a los hábitos modernos de vida, conservación de la salud y prevención de enfermedades. Las decisiones tomadas durante esta época de la vida tienen efectos de gran alcance, a menudo adversos, para el resto de la vida.²³

²² SOBRADO E., "Acerca del ser sujeto" 1978 Montevideo Uruguay.

²³ DENNIS L., HASSOL J., "psicología evolutiva" 1985 México.

ANTECEDENTES Y SIGNIFICANCIA DEL PROBLEMA:

FUNDAMENTACIÓN

Con respecto a la importancia y magnitud del problema; es considerable la tasa de mortalidad infantil que existe en nuestro país (15/1000 en el 2003)²⁴, siendo la lactancia materna en los niños hasta los 6 meses de vida un factor ponderante que influye positivamente en la disminución de este problema de tanta incidencia.

La tasa de mortalidad infantil en el MERCOSUR:

Países	Por mil nacidos vivos	Año
Brasil	28.3/1000	2000
Paraguay	19.8/1000	2001
Argentina	16.3/1000	2001
Uruguay	15/1000	2003
Chile	8.9/1000	2000

Cabe destacar que Uruguay aumentó su tasa de mortalidad infantil en referencia al 2002 que era de 13.5/1000.²⁵

Nuestro interés surge a través del conocimiento basado en la realidad que vive actualmente el Uruguay con un claro problema en cuanto al Abandono de la Lactancia.

Debido a la disminución de la Lactancia Materna (LM) en el mundo y las consecuencias nutricionales ocasionadas por la misma lo que conlleva al aumento de la morbi-mortalidad infantil, las autoridades mundiales de la salud han realizado una serie de actividades para analizar esta situación y proponer acciones concretas para revertir el proceso.

Consecuentes con la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de otros organismos internacionales en cuanto a la necesidad de promover, apoyar y proteger la lactancia materna, la mayoría de los países miembros de la OMS han formulado sus propias propuestas y han realizado una serie de actividades²⁶ para cumplir con esos objetivos.

Las actividades realizadas han tenido como primeros objetivos :

1. Promover y/o apoyar programas de fomento y protección de la lactancia materna y del binomio madre-hijo en todo el mundo.
2. Cambiar políticas hospitalarias que interfieren con el inicio de la lactancia a través de la implementación de los diez pasos para una lactancia exitosa, base de la iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Madre.

²⁴ Datos provisionales de tabulaciones aún en etapa de procesamiento y depuración, suministrados por el MSP. Dirección General de la Salud, Departamento de Información Poblacional Estadística.

²⁵ OPS Área de Análisis de Salud, Sistema de Información Sanitaria (AIS) "Situación de salud de las Américas" Indicadores básicos 2003 Washington DC, 2003.

²⁶ Lactancia Materna "Contenidos técnicos para profesionales de la salud" 1997 Chile.

3. Controlar y evitar la penetración masiva de los llamados productos sucedáneos de la alimentación materna en el mercado alimentario y en la conciencia de los consumidores.

Para que todo esto se cumpla es fundamental lograr un cambio de actitud social con respecto a no considerar la leche materna como una alternativa, sino como una forma natural e irremplazable de alimentación por lo menos hasta el sexto mes de vida.

La lactancia materna es la fuente natural de alimentación del recién nacido. Su contribución al desarrollo afectivo del niño (a través del apego y el vínculo madre-hijo), la inmunidad frente a las infecciones, sumadas a las óptimas condiciones de costo, disponibilidad e higiene, hacen de la lactancia materna, el sistema ideal de nutrición del ser humano en el primer año de vida.

En las últimas décadas, la práctica de la lactancia materna ha ido decreciendo a medida que avanza la civilización y la modernidad, la sustitución de la leche materna por alimentos de inferior calidad, ha llevado a un aumento en los índices de desnutrición y otras patologías en niños menores de 1 año.²⁷

Esta disminución comenzó en los años 50, llegando a su máxima expresión en la década de los 70, observándose un resurgimiento a partir de los años 90 (de acuerdo a las últimas encuestas realizadas por Equipos Mori en los años 96,97,99 para el Programa de Promoción de la Lactancia Materna del MSP).²⁸

La OMS, y el Fondo Internacional de las Naciones Unidas para la Ayuda a la Infancia, (UNICEF) y la mayoría de las organizaciones sanitarias profesionales, han desarrollado distintos programas sobre este tema; los cuales se vieron a su vez obstaculizados por la introducción de la leche artificial directamente al público.

Como consecuencia tenemos un aumento de la mortalidad, enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias, desnutrición infantil entre otras.⁵

En la 3ª Encuesta Nacional de Lactancia Materna realizada en el año 2003, por la Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil / UNICEF.

Se estudiaron 2986 niños de los cuales 765 eran menores de seis meses.

Los resultados obtenidos fueron comparados con dos encuestas de idéntica metodología realizadas en 1996 y 1999 a través del apoyo de UNICEF al entonces Programa de Promoción de la Lactancia Materna del MSP.

La media de duración de la lactancia materna exclusiva aumentó de 2.1 meses en 1996 a 2.6 meses en 1999, para luego permanecer incambiada en 2003.

²⁷ Lactancia Materna "Contenidos técnicos para profesionales de la salud" 1997 Chile.

²⁸ D'OLIVERA NORA, Lactancia Materna Prolongada: elementos para la reflexión. Montevideo Uruguay 2001

Al analizar la prevalencia de lactancia materna en cada mes de vida del niño se advierte una pequeña mejora en el 2003 con respecto a 1996 y 1999 de este indicador en los niños de 0, 1 y 2 meses; cae notoriamente a los 3 meses (momento en que coinciden varios factores: la presencia con frecuencia de las crisis transitorias de lactancia y el reintegro laboral de las madres que trabajan) y luego aumenta considerablemente en el grupo de niños de 5 meses. Esto puede explicarse por la consolidación a nivel de los organismos internacionales de la recomendación que la lactancia materna exclusiva se extienda hasta el sexto mes, en contraposición al ambiguo “4 a 6 meses” recomendado en años anteriores.

Prevalencia y Tasa de Lactancia Materna Exclusiva en menores de 6 meses:

	1996	1999	2003
Edad del niño en meses cumplidos	%	%	%
0 (1er. mes)	54.0	76.3	79.2
1 (2º mes)	40.0	66.4	66.6
2 (3er. Mes)	31.4	55.8	57.6
3 (4º mes)	22.0	52.2	47.9
4 (5º mes)	13.6	33.5	39.0
5 (6º mes)	8.4	19.8	31.9
Total 0 a 5 meses	28.4	50.7	54.1
N	334	346	397

Destacando en forma específica al grupo de madres adolescentes se detectó en 1999 un aumento en la tasa de lactancia exclusiva 62.8% contra 35.1% en 1996, sin embargo este indicador cae con respecto al 99 en el 2003 a 57.4%.

En síntesis mucho se avanzó entre los años 1996 y 1999, pero entre 1999 y 2003 los indicadores prácticamente se han estancado.²⁹

En busca de revisión bibliográfica como antecedentes respecto al tema se encontró que en el año 1982, en la ciudad de Montevideo, Uruguay, la Cátedra de pediatría (Hospital Pereira Rossell) de la Facultad de Medicina Univ. de la República y el Centro Latino Americano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) realizaron un estudio epidemiológico donde se estudiaron las prácticas de lactancia materna en 1527 madres atendidas en Centros de Salud del MSP y consultorios pediátricos externos del Consejo del Niño, de medio y bajo nivel socioeconómico.

El 15.8% (239) de estas madres comprendían edades entre 12 y 19 años.

El análisis estadístico mostró que las madres adolescentes, recibieron menor información en cuanto a las ventajas de lactancia materna y sobre el cuidado prenatal de las mamás con respecto a las madres adultas.

También se destacó que las madres adolescentes destetaron a sus hijos en edades más tempranas y suministraron más precozmente alimentos semisólidos.³⁰

²⁹ Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil, 3ª Encuesta Nacional de Lactancia Materna. Agosto 2003

³⁰ Díaz Rossello, J. L., Bauzá, C., Billawski J.: “Estudio epidemiológico sobre practicas de lactancia materna”. Arch. Pediat. Uruguay 53 (1):33,1982

En otro estudio sobre promoción y apoyo de la lactancia materna en embarazadas adolescentes, el cual fue llevado a cabo por un equipo multidisciplinario constituido por pediatra, ginecólogo, odontólogo, psicólogo y nutricionista; en una policlínica del barrio Casabó en el año 1994. Se detectó que en la población de madres adolescentes, el destete se producía muy precozmente. El número de participantes desde su creación fue de 27 adolescentes; (para el 70% es la primera gesta, en el 30% que tuvieron gestas anteriores el 56% amamantó menos de tres meses).

Esto motivó la creación de un grupo de apoyo cuyo objetivo específico fue la estimulación de la lactancia materna en embarazadas adolescentes.

Han nacido 18 niños de las adolescentes que participaron del grupo, de los cuales el 100% recibió pecho directo exclusivo durante los dos primeros meses de vida; y el 83% hasta los cinco meses.³¹

A los efectos de conocer la percepción de los uruguayos respecto a la duración oportuna de la lactancia, se llevaron a cabo dos estudios de opinión pública realizados por Equipos Mori^{32,33} 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 características³⁴, lo que permite realizar algunos análisis comparativos.

Las opiniones recogidas en torno al periodo ideal de la lactancia son muy heterogéneas, para el 61% de los entrevistados en 1999, la lactancia debe extenderse más de seis meses. Esta cifra es 3% superior a la observada en 1996. Hay que 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.

En cuanto a las razones que pueden impedir la lactancia, se destacó la enfermedad materna para un 54% de los entrevistados, y un 22% con respecto a impedimentos con la leche de la madre ("no tener leche", "la leche no alimenta", "la leche no está bien").

La actividad laboral de las madres fue encontrada como la principal razón por un 14% de los entrevistados.

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

³¹ Michelini, M.L.; Rodríguez, S.; Bolasco, L.; de los Santos, H.; Arce, T.; Montiel, S.; Bothagaray, G. "Promoción y apoyo a la lactancia en adolescentes" Arch. Pediatr. Uruguay 66 (3): 19, 1995.

³² Cernuti, 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.

³³ Estudio de opinión pública sobre Lactancia Materna realizada por equipos Mori para el Programa de Promoción de la Lactancia Materna. Montevideo, 1999.

³⁴ 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 realizada por sexo, edad y nivel socioeconómico de los entrevistados.

También se analizó la opinión de los uruguayos acerca de la edad del niño más conveniente para abandonar la lactancia.

En 1999 con respecto a 1996 se notó un incremento del 20% al 32% en relación al abandono de la lactancia al año de vida.

En el nivel socioeconómico medio es donde se registran edades más tardías como más convenientes para el abandono de la práctica de la lactancia; el 65% de la población de este nivel se inclina por edades más allá del noveno mes.

Con respecto al destete según la edad materna; tanto en adultas (46.4%) como en adolescentes (35.5%) la cantidad de leche insuficiente y la calidad inadecuada (mitos que permanecen en la población uruguaya) son el primer factor determinante del destete, a pesar que éstas razones ocuparon menor proporción en las adolescentes, para las cuales fueron mayores las causas originadas por mala técnica con un 6.0% mientras que en las adultas este motivo ocupó sólo un 2.2%.³⁵

Los destetes producidos antes de cumplido el año del niño son motivados, mayoritariamente, por la creencia de que la leche materna no es suficiente o su calidad no es adecuada. Esto es independientemente 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 3 meses, edad en la que se presentan con especial frecuencia las "crisis transitorias de la lactancia".³⁶

El trabajo materno aparece como causa de destete ya desde el primer mes de vida del niño, pero cobra mayor intensidad a partir de la edad de 5 meses (17.2%). Esto hecho pone en evidencia la necesidad de implementar medidas de protección apropiadas para la mujer trabajadora en 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 la posibilidad de patologías relacionadas con la lactancia como la mastitis y otras asociadas. En estos casos, a pesar 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 la falta de apoyo suficiente.

³⁵ Bove, M.I., Cerruti, F.: ¿Cuándo y por qué se produce el destete en Uruguay? 2001, Red uruguaya de Apoyo a la Nutrición Infantil

³⁶ "Es frecuente que las madres consulten entre los 2 y 3 meses posparto porque el niño que antes quedaba satisfecho con mamadas regulares cada 3 o 4 horas, ahora parece quedar con hambre, pidiendo de mamar con más frecuencia, incluso en la noche. Ella siente que tiene menos leche. Pero al pesar al niño hay un incremento normal de peso. A esto se le llama *crisis transitoria de la lactancia*. Dicha crisis se debe a que el niño casi a duplicado su peso de nacimiento y requiere de mayor volumen de leche. La forma de obtenerlo es mamar 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. UNICEF. Santiago de Chile 1995.

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.³⁷

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 amenorrea³⁸ como método anticonceptivo para las madres de niños menores de 6 meses.

A nivel latinoamericano encontramos otras investigaciones sobre destete y adolescencia como el realizado en Cuba en 1990 a cerca de "Lactancia materna y madre adolescente". Se seleccionaron todas las madres adolescentes de la serie y se compararon con un número igual de madres de 20 a 30 años y de más de 30 años tomadas al azar. Se halló que la madre adolescente lacta menos y por menos tiempo que las otras madres. Las madres adolescentes tienen comparativamente menor nivel escolar que las otras madres. Las madres de mayor nivel escolar lactan más y por más tiempo a sus hijos. El 70% de las madres lo constituyen amas de casa y a pesar de que tienen más oportunidad y condiciones para lactar, son las que menos lactan.³⁹

Otro estudio realizado sobre lactancia materna en la ciudad de Moa, Cuba por las Licenciadas en Enfermería Iraidia González y Berenies Pileta, las cuales tomaron para el mismo 113 lactantes que nacieron entre enero y diciembre de 1998, pertenecientes a 5 consultorios del médico de familia de la zona urbana de la policlínica "Rolando Monterrey".

El objetivo de dicho estudio fue contribuir al conocimiento de las características epidemiológicas relacionadas con la lactancia materna en la policlínica anteriormente mencionada.

Para desarrollar el estudio se realizaron entrevistas a las madres de los niños nacidos en 1998, utilizando las siguientes variables: edad materna, ocupación, nivel de escolaridad, per cápita familiar, estado civil, causas referidas de suspensión de la lactancia materna exclusiva, número de hijos anteriores, punto de partida de la información y frecuencia de enfermedades.

Luego de finalizado el estudio se concluye que las mujeres entre 20 y 34 años de edad, amas de casa casadas(46,90%), con el nivel secundario(41,59%) y con un solo hijo(58,41%) fueron las que lograron una mayor efectividad en la lactancia materna.

³⁷ Normas Nacionales de Lactancia Materna. Programa de Promoción de la Lactancia Materna. Comisión Nacional de Lactancia Materna. MSP. Montevideo, 1997.

³⁸ Si la madre permanece en amenorrea, la lactancia materna exclusiva evita el embarazo durante los primeros meses después del parto, en el 98% de los casos. Schellhorn, H; Valdés, V.; Lactancia Materna, contenidos técnicos para profesionales de la salud. UNICEF. Santiago de Chile 1995.

³⁹ Valdés Díaz, J.; Herrera, E.; Muñoz, J. R. "Lactancia materna y madre adolescente" Rev. Cuba. Pediatr., 62 (4):560-5, jul.-ago. 1990.

Entre las causas de abandono precoz de la lactancia se encontró la hipogalactia con un 19,47% y como causa más frecuente en estos niños se observaron las infecciones respiratorias agudas con el 30%.⁴⁰

En Venezuela durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2000, se realizó un estudio sobre el inicio de las fórmulas lácteas en el primer semestre de vida, por los Dres. M Ramírez, J Noya y C Guzmán.

La finalidad del mismo fue conocer en que momento se inició la introducción de la fórmula láctea en niños menores de seis meses, que acudieron al servicio de emergencia del ambulatorio Jesús Reggeti de la comunidad de las Minas de Baruta (municipio Baruta) así como las posibles variables que pueden influenciar la selección de lactancia materna vs. fórmula láctea (FL). La muestra obtenida fue clasificada en dos grupos, según el tipo de leche que recibían: el grupo que recibía leche materna exclusivamente y el que ya recibía fórmula láctea al momento del estudio, (asociada o no a la leche materna).

Aplicando la encuesta a 101 madres de estos niños, se encontró que 50 niños (49,5%) recibieron lactancia materna exclusiva y 51(50,5%) recibieron FL, para esos 51 niños la introducción de la FL ocurrió antes de los tres meses de vida en un 54,89%.

Asimismo en el 52,94% de los casos utilizaron leches maternizadas y el 72,5% de las madres justificaron el inicio de la FL porque "el niño no queda satisfecho".

No encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos con respecto a edad materna, estado civil, paridad, nivel socioeconómico e información recibida sobre el uso de lactancia materna. Si encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al grado de instrucción materna, se observó que las madres con un mayor grado de instrucción implementaron el uso de la FL en mayor proporción que aquellas con menor grado de instrucción.⁴¹

Un estudio sobre el amamantamiento entre madres adolescentes y no adolescentes realizado en Brasil en la ciudad de Montes Claros, M.G. en el año 2002 por la Universidad Estatal de dicha ciudad y por el Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad de San Paulo.

En este estudio el objetivo fue estimar la prevalencia del amamantamiento entre las madres anteriormente mencionadas con niños hasta los 6 meses de vida e identificar los factores asociados al destete.

Como resultado se obtuvo que la prevalencia del amamantamiento a los 6 meses de vida fue del 71,3% entre las madres adolescentes y 77,4% entre las madres no adolescentes. Los factores asociados al destete fueron: estado civil, actividad fuera del hogar después del parto y dificultad para amamantar en los primeros días.⁴²

⁴⁰ González I., Pileta B., "Lactancia Materna" Rev. Cuba Pediatr., 18 (1):15-22. Año 2002

⁴¹ Revista de La Facultad de Medicina, Volumen 24 Número 2, Venezuela 2001.

⁴² Rev. Saúde Pública v.38 n.1 São Paulo fev. 2004

Cabe resaltar que la mayoría de los estudios encontrados respecto al tema destacan que:

- las madres adolescentes, reciben menor información en cuanto a lactancia materna que las madres adultas.
- las madres adolescentes destetan a sus hijos en edades más tempranas y suministran más precozmente alimentos semisólidos que las madres adultas.
- las madres adolescentes tienen menor nivel escolar que las madres adultas por lo cual estas últimas lactan más y por más tiempo.

Es por todos estos motivos que queremos trabajar con una población específica del Uruguay (Jardines del Hipódromo) y poder observar cuánto nuestra realidad se asemeja a los estudios encontrados.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Tipo de Investigación: Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal.

Área de Estudio: Se realizará en nuestro país, en la ciudad de Montevideo, en una institución perteneciente al MSP, Centro de Salud "Jardines del Hipódromo".

Universo: Estará compuesto por todas las madres entre 16 y 35 años que abandonaron precozmente la lactancia exclusiva, las cuales llevaron a control pediátrico a sus hijos con edades hasta los seis meses cumplidos, al Centro de Salud Jardines del Hipódromo en el mes de Agosto 2004.

Definición y medición de variables

Edad materna: grupo de individuos que comparten un determinado rango de edad expresado en años.

CATEGORÍAS:

- Adolescente (16-19 años)
- Adulta joven (20- 35 años)

Clasificación: variable cualitativa nominal.

Nivel de instrucción: está determinado por el último año aprobado por la madre en el sistema educativo formal.

CATEGORÍAS:

- Analfabetismo
- Primaria - incompleta
- completa
- Secundaria o UTU - incompleta
- completa
- Terciario - incompleto
- completo

Clasificación: variable cualitativa ordinal.

Horas de la madre fuera de la casa: Período de tiempo en que la madre permanece fuera del hogar, dejando al niño en cuidado de otra persona.

CATEGORÍAS:

- menos de 8 horas.
- 8 horas.
- más de 8 horas.

Clasificación: variable cuantitativa continua.

Número de gestas: Se refiere a la cantidad de hijos al momento de la aplicación del instrumento.

CATEGORÍAS:

- Primigesta
- Secundigesta
- Multigesta

Clasificación: variable cualitativa nominal.

Conocimiento sobre lactancia: conocimiento que tiene la madre acerca de las ventajas de la lactancia.

INDICADORES:

- Disminuye el peso corporal de la madre
- Inmuniza al niño
- Está siempre a punto y no necesita preparación
- Favorece el vínculo madre-hijo
- Otras ventajas

Si contesta 3 o más, se considera que si tiene conocimiento sobre las ventajas de la lactancia.

Si contesta menos de 3, se considera que no tiene conocimiento sobre las ventajas de la lactancia.

CATEGORÍAS:

- Si tiene conocimiento
- No tiene conocimiento

Clasificación: Variable cualitativa nominal.

Edad del lactante: Edad cronológica desde su nacimiento al momento de la aplicación del instrumento. Medida en meses.

CATEGORÍAS:

- 0 día a 1 mes
- 1 mes y 1 día a 2 meses
- 2 meses y un día a 3 meses
- 3 meses y un día a 4 meses
- 4 meses y un día a 5 meses
- 5 meses y un día a 6 meses

Clasificación: variable cuantitativa continua.

Destete: es la introducción del primer alimento (líquido o sólido) a la dieta del lactante, independientemente de continuar siendo amamantado.

CATEGORÍAS:

- *DESTETE PARCIAL:* (continúa siendo amamantado).
- *DESTETE TOTAL:* (se suprime totalmente el pecho).
- *MOMENTO DE REALIZACIÓN DEL DESTETE:* Se define como el tiempo medido en meses en el cual se introduce el primer alimento líquido o sólido a la dieta del lactante.

- 1 día a 1 mes
- 1 mes y 1 día a 2 meses
- 2 meses y un día a 3 meses
- 3 meses y un día a 4 meses
- 4 meses y un día a 5 meses
- 5 meses y un día a 6 meses

Clasificación: Variable cualitativa nominal.

Instrumentos y técnicas de recolección de datos

Para el desarrollo del proyecto se utilizará la entrevista semiestructurada sobre la base de un formulario (anexo 2), que constará de preguntas abiertas y cerradas; estas últimas admiten respuestas de tipo dicotómicas (sí y no) y de respuestas múltiples (brindando varias alternativas de respuesta).

La información que se obtendrá será de fuentes primarias (directas de la población).

La entrevista constará de seis preguntas. Las preguntas 1,2,3,5 son cerradas; la 6 es cerrada y dicotómica; y la 4 es abierta.

Esta entrevista se aplicará en el periodo comprendido entre el 9 y el 20 de agosto del 2004; a todas las madres adolescentes y adultas jóvenes que destetaron precozmente las cuales llevarán a control pediátrico a sus hijos con edades entre 0 y 6 meses.

La misma se llevará a cabo durante la consulta de enfermería; la que se realizará en un consultorio destinado para tal fin.

Plan de tabulación y análisis de la información

Para el cumplimiento de los objetivos de la investigación se realizará un relevamiento de datos obtenidos mediante la entrevista mencionada anteriormente. De ésta se extraerá los datos correspondientes a las madres adolescentes y adultas jóvenes que abandonaron precozmente la lactancia, donde se relacionarán diferentes variables,

(edad materna, nivel de instrucción, horas de la madre fuera de la casa, número de gestas, conocimiento sobre lactancia, destete y edad del lactante).

Dichos datos serán tabulados y analizados en función de la frecuencia absoluta (f_A), y frecuencia relativa porcentual (FR %).

Para la presentación de los datos de las variables de interés, las cuales responden a nuestros objetivos, se utilizarán cuadros univariados, bivariados además de diagrama de barras.

- 1- Nivel de Instrucción: Cuadro y diagrama de barras.
- 2- Horas de la madre fuera del hogar: Cuadro y diagrama d
barras
- 3- Numero de gestas: Cuadro y diagrama de barras
- 4- Conocimiento sobre lactancia: Cuadro y diagrama de barras
- 5- Edad del lactante: Cuadro y diagrama de barras
- 6- Destete: Cuadro y diagrama de barras
- 7- Momento de realización del destete: Cuadro y diagrama d
barras

Análisis Bivariado:

1. Edad- Nivel de instrucción
2. Edad - número de gestas
4. Edad- conocimiento sobre lactancia
5. Edad- Destete
6. Edad- Momento de realización del destete
7. Nivel de instrucción y Destete
8. Numero de Gesta -Destete
9. Numero de Gesta- Momento de realización del destete

CRONOGRAMA

Semanas	1 28 Junio 2 Julio	2 5-9 Julio	3 12-16 Julio	4 19-23 Julio	5 26-30 Julio	6 2-6 Agosto	7 9-13 Agosto	8 16-20 Agosto	9 23-27 Agosto	10 30 Agosto 3 Septiembre
Planificación		+	+							
Organización		+	++	++	++					
Ejecución						++	++	++		
Procesamiento y Análisis									++	++
Redacción Análisis										++

RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:

Grupo coordinador: Verónica Terrasi.

Responsable de la tabulación y codificación de datos: Gimena Alzugaray.

Tesorera: Rinna Lemos.

Grupo Asesor: Docentes de diferentes cátedras del Instituto Nacional de Enfermería.

Docente supervisor tutor: Prof. Lic. en Enfermería Mercedes Pérez.

Recursos Materiales:

Registros de las madres que consisten en: consulta de Enfermería elaborada y realizada por las autoras de la investigación.

Lapiceras, lápiz, cuadernolas, carpetas, disquetes, computadora, impresora, hojas A4.

Material de apoyo, libros, fotocopias, Internet.

Recursos Financieros:

Dinero destinado a:

Fotocopias, impresión, encuadernación, electricidad, teléfono, Internet.

Viáticos.

Gastos imprevistos.

Apoyo logístico:

Instituciones comprometidas:

Centro de Salud Jardines del Hipódromo

Ministerio de Salud Pública

CLAP

INDE

OPS-OMS (Biblioteca)

Facultad de Medicina (Biblioteca y Sala de Revistas).

PRESUPUESTO

Se preverán los siguientes costos:

- Gastos de impresión: tinta: \$U 1200
hojas A4 (800): \$U 300
- Fotocopias: aprox. \$U 300.
- Disquets: aprox. \$U 90
- Encuadernación: aprox. \$U 200
- Transporte: aprox. \$U 2000
- Conexiones a Internet: aprox. \$U 400.
- Exposición: \$U 2000

Total de gastos: \$U 6490.

En caso de surgir gastos imprevistos se cubrirán con un fondo extra, el cual generalmente se calcula sobre la base del 5% del total del presupuesto, siendo en este caso \$U 324.50.

ANEXO 2

INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS
(destete precoz)

CI materna:-----

Nombre:-----

Edad materna : -----

Edad del niño:-----

Nivel de instrucción: ¿Cuál fue el último año de enseñanza que cursó?

- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Terciaria incompleta
- Terciaria completa

Horas de la madre fuera de la casa: ¿ Cuántas horas permaneció fuera de su casa dejando al niño al cuidado de otra persona?

- 0 horas
- menos de 8 horas
- 8 horas
- más de 8 horas

Nº de gestas: ¿ Cuántos hijos tiene?

- Solo un hijo
- Dos hijos
- Más de tres hijos

Conocimiento: ¿ Que ventajas conoce sobre la lactancia materna?

INDICADORES:

- Disminuye el peso corporal de la madre.
- Inmuniza al niño.
- Favorece el vínculo madre-hijo.
- Está siempre a punto y no necesita preparación.
- Otras ventajas.

(Si contesta 3 o más se considera que si tiene conocimiento sobre las ventajas de la lactancia.

Si contesta menos de 3 se considera que no tiene conocimiento sobre las ventajas de la lactancia.)

Destete: ¿ A qué edad se introdujo el primer alimento en la dieta del lactante?

- 0 día a 1 mes
- 1 mes y 1 día a 2 meses
- 2 meses y un día a 3 meses
- 3 meses y un día a 4 meses
- 4 meses y un día a 5 meses
- 5 meses y un día a 6 meses

¿Independientemente de la introducción del primer alimento sigue amamantándolo?

- SI
- NO
