

**ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA.
SECTORIAL PROVINCIAL DE SALUD
PINAR DEL RIO
Policlínico “Hermanos Cruz”**

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MASTER EN SALUD PÚBLICA



**Identificación de factores vinculados a la práctica de la Lactancia
Materna Exclusiva. Policlínico “Hermanos Cruz”. 2004**

Autor: Dr. José Ángel Veliz Gutiérrez

Tutoras:

DraC. Giselda Sanabria Ramos

DraC. Ana María Gálvez González

Asesor:

DrC. Jose G. Sanabria Negrin

Abril, 2006.

“Que la enseñanza científica vaya, como la savia en los árboles, de la raíz al tope de la educación pública, que la enseñanza elemental sea ya elementalmente científica”

José Martí.

DEDICATORIA:

A mi Hijas:

Mi fruto más querido.

A mi Esposa:

Mi apoyo, comprensión y confianza.

A mis Padres:

Mi ejemplo y compromiso.

A mi tía Ida:

Mi Tenacidad y perseverancia

A la Revolución Cubana

Mi enseñanza y acción.

Agradecimientos:

En poco espacio se hace difícil transmitir agradecimiento, pero necesito ante todo dar gratitud a mis Profesoras Dra. Giselda Sanabria Ramos, Dr.C José G. Sanabria Negrín, Dra. Ana María Gálvez y Dra. Nereida Rojo Pérez, por su incalculable ayuda en este trabajo, pero por sobre todo por compulsarme y comprometerme a concluir mi investigación.

A **FIDEL** por darnos el Moncada, el 1ro de enero, un Girón, el orgullo de Angola y Centro América; pero por sobre todo:

“NOS ENSEÑÓ A CONFIAR CUANDO TODOS PIENSAN QUE ESTAMOS PERDIDOS”

Introducción.

El paso de la vida intrauterina a la extrauterina representa uno de los momentos esenciales en la existencia del individuo. El medio que rodea al nuevo ser cambia bruscamente y de estéril y relativamente estable se hace altamente contaminado y cambiante. El alimento se convierte en una fuente potencial de agentes patógenos, tanto biológicos como químicos. (1) La lactancia materna ha sido la forma de alimentación más segura para el ser humano en toda su historia. Esta leche es la única que asegura al niño pequeño una alimentación adecuada y le protege de las infecciones, a la vez que le proporciona la oportunidad para la formación de los lazos afectivos entre madre e hijo, lo que constituye la base de la seguridad e independencia futuras del niño. (1, 2)

La alimentación a pecho condiciona ventajas para el lactante, como son: es la leche de la especie, es más balanceada, es una leche estéril, se encuentra a temperatura adecuada y siempre está al alcance del bebé. Con la leche materna, la madre transmite a su hijo anticuerpos y está demostrado que el niño lactado a pecho apenas sufre infecciones gastrointestinales, el número de infecciones respiratorias es menor y en términos generales la morbilidad y mortalidad infantil disminuyen. (2)

Al ser la lactancia un acto fisiológico instintivo, herencia biológica natural adaptativa de los mamíferos específica de cada especie, llama mucho la atención el hecho paradójico del abandono de su práctica en el ser humano. La alimentación del bebé comienza a depender de los criterios de quienes lo alimentan, que generalmente consideran la alimentación como un acto de amor y así surge el temor de que lo que se le ofrezca al niño sea insuficiente. (3)

La gran diversidad de tipos de leche y de sus derivados industriales, así como su amplia comercialización, han conspirado contra la lactancia natural, conjuntamente con factores socioculturales (4), lo cual ha motivado una campaña a nivel mundial para la recuperación de la misma. Una de las causas de la disminución de la lactancia materna es que, en algunas instituciones de salud se han desarrollado rutinas y prácticas que son perjudiciales para este procedimiento natural, tales como: La separación de la madre y el recién nacido después del parto, el uso de biberón y agua, y el establecimiento de un horario de alimentación rígido. Cada año hasta un 55% de las muertes de lactantes son debidas a enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, lo que pudiera deberse a prácticas inapropiadas de alimentación, ya que menos del 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna siquiera durante los cuatro primeros meses de vida, y que, con frecuencia, las prácticas de alimentación complementaria son inoportunas, inapropiadas e insalubres. (5)

Alarmante es el grado en el que las prácticas inapropiadas de alimentación del lactante y del niño pequeño contribuyen a la carga mundial de morbilidad de diferentes tipos, (6) lo que puede dificultar enormemente el desarrollo socioeconómico sostenible y la reducción de la pobreza. (7)

La práctica de la lactancia materna es un recurso renovable, cuanto más da de lactar la madre, más tiene, por lo que produce innumerables beneficios ecológicos y sociales. (8)

Las madres que lactan, en sentido general, originan menos gastos debidos a las enfermedades que evitan (medicamentos, internaciones, estudios, aparatos de ortodoncia, entre otros), menos gasto de energía utilizada para la preparación de biberones, menores costos en consultas, secuelas ausentismo laboral y disminución de la mortalidad (por cada año mueren 1.5 millones de niños por enfermedades prevenibles con la leche materna). (7)

Kaiser, una de las más grandes y exitosas organizaciones para el cuidado de la salud (OMS) realizó una investigación en Carolina del Norte y determinó un costo adicional por cada niño alimentado con mamadera, por sobre el costo del niño que amamanta en el primer año de vida de 1.435 dólares estadounidenses anuales. (9)

Las madres y los bebés forman una unidad biológica y social inseparable, y la salud y la nutrición de unas no pueden separarse de la salud y la nutrición de los otros. En Cuba la prevalencia y duración de la lactancia materna son aún bajas aunque se ha observado un

incremento en las áreas que están bajo la supervisión del médico de la familia. No obstante, son muchas las madres que inician la lactancia mixta a partir del concepto erróneo de que su leche no satisface al bebé, no pocas veces inducidas a ello por los médicos. (10) Los factores socio-ambientales y culturales negativos posibles de la madre adolescente aumentan el riesgo de un hijo con problemas, por lo que la lactancia en este grupo (11) es un aspecto que tiene especial importancia en la reducción del riesgo que sufre potencialmente su hijo.

En el Policlínico Docente "Hermanos Cruz" se ha demostrado estadísticamente una disminución de la prevalencia de la lactancia materna, y un aumento de la morbilidad por enfermedad diarreica aguda y enfermedades respiratorias en niños menores de un año, fundamentalmente. (12) A esta institución asiste al 40% de la población del municipio Pinar del Río y tiene una amplia repercusión en los indicadores de morbilidad y de mortalidad materno infantil en el municipio y la provincia. (12)

La problemática parece ser multifactorial, entonces cuál sería la asociación entre factores demográficos, sociales, culturales y psicológicos y el destete precoz, y cuáles entre ellos podrían constituir un riesgo para el abandono de Lactancia Materna Exclusiva antes del cuarto mes de la vida neonatal.

Estas interrogantes son las que han motivado a llevar a cabo este estudio en el Policlínico Docente "Hermanos Cruz", buscando los factores socioculturales que están incidiendo desfavorablemente en el destete precoz.

OBJETIVO GENERAL

Identificar factores socioculturales vinculados a la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva en el Policlínico "Hermanos Cruz". Pinar del Río, 2004.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Determinar la relación entre la duración de la Lactancia Materna Exclusiva y la edad materna, escolaridad, conocimientos y estado emocional.
- 2- Identificar cómo influyó el tipo de parto, la estadía hospitalaria y la primera tetada en el tiempo de duración de la Lactancia Materna Exclusiva.
- 3- Determinar la relación entre el tiempo de duración de la Lactancia Materna Exclusiva con el tipo de familia y su funcionamiento así como con el apoyo familiar.

Fundamentos Teóricos.

I.1. Fundamentos de la lactancia materna. Fisiología

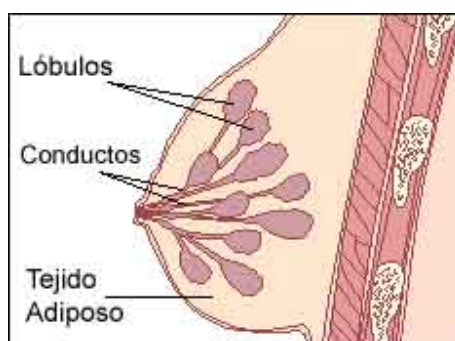
Estudiar la estructura y el funcionamiento de las glándulas mamarias, además de añadir un nuevo motivo para admirar la naturaleza, permite comprender el sentido de las normas que ayudan a hacer posible la lactancia materna.

Las glándulas mamarias están formadas por multitud de racimos constituidos por pequeños sacos llamados alvéolos mamarios, cuyas paredes se hallan tapizadas por las células encargadas de la producción de leche (Ver Figura 1). Desde ellos, la leche es conducida a través de unos conductos que van confluyendo hasta llegar a la altura de la areola, en donde, antes de abrirse en la punta del pezón, se ensanchan formando una especie de remansos, llamados senos galactóforos, en los que se almacena una pequeña cantidad de leche, lista para ser exprimida y succionada por el niño. Aunque los alvéolos mamarios productores de leche ya están funcionando desde el quinto mes de la gestación, es el parto lo que desencadena su plena activación. Al expulsarse la placenta, cae el elevado nivel de estrógenos propio del embarazo y cesa el freno que estas hormonas ejercían sobre la acción de la prolactina. Esta hormona producida por la hipófisis, estimula entonces los alvéolos mamarios; y es la principal responsable de la subida de leche que tendrá lugar entre dos y cuatro días después. (13)

Para que el pecho siga funcionando más allá de ese primer impulso, es preciso que se mantengan altos niveles de prolactina, lo cual se consigue en parte debido a que la succión del pezón produce un reflejo que induce a la hipófisis a liberar dicha hormona, pero sobre todo gracias al vaciado completo y frecuente del pecho. (13)

Por más que la prolactina estimule los alvéolos mamarios, es preciso que la leche producida por ellos en la profundidad de las glándulas mamarias llegue cerca de la superficie para que el bebé sea capaz de sacarla, y ello se logra por la acción de otra hormona, la oxitocina, liberada también por la hipófisis y también en respuesta refleja a la estimulación del pezón, que contrae los alvéolos mamarios y obliga a la leche a salir a través de los conductos y llegar hasta los senos galactóforos, lo que se conoce como reflejo de eyección. (13)

Figura 1. Anatomía de las mamas



La oxitocina provoca también una beneficiosa aunque molesta contracción del útero, siendo la responsable de los característicos "entuetos" que se presentan al inicio de la lactancia.

Para poder obtener esa leche, es decir, para una succión eficaz, el bebé no sólo ha de chupar, sino que debe a la vez exprimir los senos galactóforos presionándolos rítmicamente con su lengua, y de ahí la necesidad de que no coja el pezón por la punta sino que se lo

introduzca profundamente en la boca y que pueda cubrir con ella la mayor superficie posible de la areola.

El vaciado del pecho no sólo estimula la glándula mamaria al provocar la liberación de prolactina, sino también porque la leche contiene una sustancia que frena su propia producción y cuanto más completamente sea eliminada con un buen vaciado de la mama, más leche se elaborará. La succión y la prolactina son importantes al principio de la lactancia, pero a partir de las dos semanas, influye más el vaciado frecuente y completo de los pechos. (13)

De este modo, la producción de leche, desencadenada por el parto, pero mantenida por la succión y sobre todo por el vaciado, se podría prolongar indefinidamente, ajustando siempre la oferta a la demanda, pues cuanto más a menudo y completamente se vacíe los pechos, mayor será la cantidad de leche que producirán. (13)

Finalmente, las conexiones que existen entre la hipófisis y la sustancia gris de la corteza cerebral explican la influencia de los factores psicológicos sobre la glándula mamaria. Al ver u oír al bebé reclamando alimento, la hipófisis de la madre puede reaccionar segregando oxitocina y, en sentido contrario, la ansiedad y el cansancio inhiben la liberación de prolactina. De ahí que la emoción del encuentro con el hijo recién nacido y el placer del contacto físico piel a piel contribuyan al éxito de la lactancia materna.

En la composición de la leche materna están presentes todos los grupos de nutrientes (proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales), aunque existen diferencias cualitativas y cuantitativas que la diferencian de una especie a otra. Es por ello que ninguna leche puede sustituir la leche de la propia madre en ninguna especie de mamíferos. Esto es válido por supuesto para el hombre. (14)

Aunque el carácter único y superior de la leche materna para la alimentación del bebé es reconocido universalmente, la práctica de la lactancia materna ha sufrido altibajos en los últimos 100 años en que comenzaron a abrirse los sucedáneos de la leche humana a causa del desarrollo tecnológico de la industria alimentaria. (14, 15)

Pese a las evidencias de que en los niños amamantados, los índices de morbilidad y mortalidad eran más bajos que en aquellos que se alimentaban con biberón, la ofensiva de las compañías productoras de las fórmulas lácteas produjo una sensible reducción en la prevalencia y duración de la lactancia natural en la década de los años 50. La UNICEF y la OMS han planteado que la lactancia materna es parte integral del proceso reproductivo, la forma natural e ideal de alimentar al bebé y la base biológica y emocional única para el desarrollo del niño (16) junto con sus otros efectos importantes en la prevención de infecciones, en la salud y bienestar de la madre, en el espaciamiento de los nacimientos, en la salud de la familia, la convierte en un aspecto clave de seguridad en sí mismo, por tanto es una responsabilidad de la sociedad promover la lactancia materna y proteger a las gestantes y madres que lactan de cualquier influencia que pueda interrumpirla.

El primer año de vida postnatal se caracteriza por el rápido incremento de la masa corporal, el cambio proporcional de sus componentes, el rápido desarrollo esquelético y el activo proceso de maduración. Al finalizar el primero año, el bebé habrá incrementado su longitud en un 50 %, su peso corporal se habrá triplicado, y la circunferencia cefálica alcanzará aproximadamente el 88% de su magnitud final; estando todo lo anterior en dependencia de que el niño haya recibido Lactancia Materna Exclusiva en sus primeros seis meses de vida y aún más si se extiende hasta el primero y segundo año de vida combinado con otra alimentación. (1)

La Organización Mundial de la Salud define la nutrición como el "proceso mediante el cual los organismos vivos aprovechan los alimentos para el mantenimiento de la vida". Una de las mayores prioridades del milenio anterior y del actual es lograr que todas las mujeres tengan la oportunidad de alimentar a sus hijos exclusivamente dándoles el pecho en los primeros cuatro a seis meses de vida. Además de su valor nutricional directo, el amamantamiento previene las infecciones y contribuye a la salud de las mujeres al reducir el riesgo de cáncer mamario y ovárico, aumentando asimismo el espaciamiento entre embarazos. (17)

I.2. Ingredientes de la leche materna

La leche humana es una solución de proteínas, lactosa, minerales y vitaminas hidrosolubles. Es también una emulsión de grasas y vitaminas liposolubles. Tiene un pH promedio de 7.0, densidad de 1.030 y valor energético promedio de 700 calorías por litro. Su osmolaridad es semejante a la del plasma sanguíneo y está alrededor de 290 miliosmol/litro. (13, 14, 17)

A final del embarazo y durante los primeros 5 a 7 días posparto, se secreta el calostro. Las cantidades oscilan entre 10 a 40 ml, durante los primeros tres días, llegando a 250 ml entre el 5° y 6° día. (17)

El calostro es un líquido amarillento debido a la gran cantidad de beta caroteno que contiene. Su densidad es de 1,040 a 1,060. La concentración proteínica es 2 a 5 veces mayor que la de la leche madura. El calostro contiene gran cantidad de anticuerpos especialmente IgA que disminuye rápidamente del 1° al 4° día de la lactancia, para continuar en esos mismos niveles durante un año. (17) Posee efecto laxante que puede hacer evacuar al niño 6 a 8 veces al día, y compuestos lipoprotéicos que facilitan la proliferación del *Lactobacillus bifidus*. (17)

La leche transicional, producida durante la segunda y tercera semanas de la lactancia es más parecida en su composición a la leche madura, de la que se diferencia por su contenido ligeramente mayor de proteínas, cenizas, grasas y lactosa. (17)

Proteínas

Las proteínas de la leche humana, cuyo contenido es de los más bajos observados en todos los mamíferos, están constituidas por las caseínas y las proteínas del suero.

Una vez que se ha formado el coágulo de la leche queda un líquido denominado suero, en el que se encuentran otro tipo de proteínas como la albúmina sérica y la alfa-lactalbúmina. Además de estas proteínas, la leche humana contiene lactoferrina, lisozima, inmunoglobulinas y pequeñas cantidades de glicoproteínas. En contraste con la leche de otros mamíferos, la humana no tiene beta-lactoglobulina. (17)

Grasas

La grasa de la leche humana proporciona alrededor del 50% de su valor calórico total y por lo tanto es el mayor componente energético. Sirve como vehículo de las vitaminas liposolubles a, d e y k, e interviene como un factor de saciedad durante el amamantamiento. (17, 18)

La concentración de grasa es de 4.5 gramos por 100 mililitros, y muestra amplias variaciones que dependen de la magnitud de los depósitos de la misma en la madre y del tipo depositada. La concentración de la leche cambia también con la cantidad y composición de las grasas de la ingesta, así como con la proporción de carbohidratos consumidos por día.

El ácido linoleico, cuya proporción puede variar de 1 a 45% de los ácidos grasos totales dependiendo de la dieta ingerida, es el único ácido graso esencial, y se considera que debe estar presente en cantidad mínima de 110 miligramos por 100 calorías de la dieta o constituir el 1% de las calorías totales.

Carbohidratos.

La lactosa proporciona alrededor del 40% del valor energético de la leche humana, influencia el tipo de flora intestinal del niño que la consume y al parecer favorece la absorción intestinal de calcio y otros minerales. (13, 18).

Vitaminas

En términos generales puede afirmarse que el contenido de vitaminas hidrosolubles de la leche humana está en relación directa con el contenido vitamínico de los alimentos consumidos diariamente por la madre.

Los requerimientos de vitamina "E" están en relación con la cantidad total de ácidos grasos poli-insaturados ingeridos de manera que a mayor cantidad de ingesta de estos se requiere también mayor cantidad de vitamina "E" para su peroxidación. (13)

La leche materna no provee las cantidades recomendadas de vitamina K ni en el feto ni en el lactante, por lo que al igual que en los niños alimentados con la leche de vaca o fórmulas, se requiere suplemento de un miligramo de esta vitamina, inyectado por vía intramuscular al momento de nacer o bien 5 miligramos intramuscular a la madre al inicio del parto para normalizar el tiempo de protrombina alargado que habitualmente se observa en los neonatos. (13, 18)

La vitamina C es capaz de ser sintetizada por el tejido mamario. Sus niveles muestran variaciones estacionales que reflejan el cambio de ingestión por parte de la madre de alimentos con diversos contenidos de ácido ascórbico que se encuentra en alrededor de 20 miligramos por litro de leche humana. (18)

Minerales

El residuo que queda después de someter la leche humana al fuego, hasta que se hayan evaporado o quemado totalmente todas las sustancias susceptibles, fluctúa alrededor de 200 miligramos por litro de leche. Este residuo (cenizas) está constituido por los elementos minerales. (13, 18)

Minerales	miligramos/litro
Calcio	340
Fósforo	140
Potasio	510
Sodio	170
Magnesio	30
Azufre	140
Cloro	340

Macro minerales

La ingesta diaria de calcio y fósforo no correlaciona con sus concentraciones en la leche, lo que puede significar que estos minerales, implicados en el metabolismo óseo principalmente, deben ser tomados de la reserva materna o que la ingestión materna tiene un tope máximo de asimilación, pasado el cual se excreta el excedente.

Minerales huella

Se ha estimado que un niño recién nacido eutrófico tiene acumulados 75 miligramos de hierro por kilogramo de peso, lo que hace que sus necesidades queden cubiertas durante los 4 a 5 primeros meses de vida. Tradicionalmente, se ha reportado que la leche humana tiene aproximadamente 300 a 500 microgramos de hierro por litro, con valores extremos de 100 a 5,000 microgramos.

Las concentraciones de hierro en la leche humana están por debajo de las recomendaciones dietéticas, pero como ya se anotó previamente, el hierro de la leche humana se absorbe y se retiene mucho más fácilmente que el de otras fuentes. Tanto por la reserva de hierro del niño como por la facilidad de absorción, es innecesaria la introducción de este metal durante los 3 meses de la lactancia en condiciones normales. (13)

I.3. Cambios en la composición de la leche.

La leche materna no siempre tiene la misma composición, sino que varía según:

- La edad del niño amamantado, puede ser calostro o leche madura.
- Se trate de la leche del comienzo de la mamada o del final de la misma.
- Se trate de que el niño sea un niño prematuro o un niño a término.

a) Calostro y leche madura.-

La secreción de los pechos durante los primeros días después del parto es amarilla y más espesa que la leche madura y contiene más anticuerpos y más leucocitos, los cuales se encuentran en una composición muy alta.

Esto es exactamente lo que el niño necesita en este momento, ya que al nacer se va a encontrar rodeado de muchos virus y bacterias contra los cuales necesita ser protegido. Normalmente, el recién nacido viene con reservas alimenticias y líquidas suficientes para que pueda esperar todo el tiempo que la leche tarde en bajar, excepto en algunos niños con riesgo.

A lo largo de las semanas que siguen al parto, aumenta la cantidad de leche que la madre produce, y la apariencia y composición de ésta cambian. Se vuelve menos espesa y comienza a verse azulosa y aguada. A pesar de su aspecto, la leche madura contiene todos los nutrientes que el niño necesita para crecer durante los primeros cuatro a seis meses, sin recibir nada más.

Estos nutrientes son de excelente calidad y en suficiente cantidad, para que el niño los siga recibiendo, junto con los alimentos complementarios, por un tiempo largo; ojalá hasta los dos años de vida y durante un período más largo, si la madre y el niño así lo desean.

Algunas mamás, al comparar la leche madura con la leche de vaca y verla menos espesa, creen que su leche no les bastará a sus bebés y comienzan a darles suplementos. La mejor manera de convencerlas es lograr que sus bebés sean pesados con regularidad, idealmente por ellas mismas, para que así se den cuenta qué tan rápidamente y qué tan sano está creciendo su niño.

b) Leche del principio y del final de la mamada.

La leche del comienzo es la que sale cuando el niño comienza a mamar. Tiene una apariencia acuosa y es de color azulado. Como tiene mucha agua, le calma la sed al niño; a la vez; también es rica en proteínas, vitaminas, minerales y lactosa.

La leche del final de la mamada es más blanca que la del comienzo, debido a que tiene más cantidad de grasa. Esta hace, de la leche del final, un líquido rico en energía, necesario para que el niño quede satisfecho y aumente de peso satisfactoriamente. Si se retira al niño del pecho muy pronto, éste no obtendrá leche del final y no crecerá adecuadamente. Si se cambia a un niño muy rápidamente de un pecho a otro, sin que haya obtenido la leche del final, sino solamente la leche del comienzo, el exceso de lactosa recibido puede causarle intolerancia a ésta, lo cual, en algunos casos, puede ser responsable de los cólicos vespertinos que algunos bebés presentan hacia los tres meses de edad. Además, por su mayor contenido de grasa, la leche del final es rica en las vitaminas liposolubles A, D, E, K. (13, 18)

c) Leche de la madre del niño prematuro y del niño a término.

La leche de la madre de un niño prematuro en comparación con la leche de un niño a término contiene mayor número de defensas para luchar contra las infecciones, especialmente contra aquellas potencialmente fatales para el recién nacido prematuro, como la enterocolitis necrotizante y la meningitis neonatal. El contenido de proteínas, sodio, cloro y hierro es mayor en la leche de la madre de un niño prematuro, tal como éste la necesita, que en la leche de una mamá con un niño a término. Por esta razón, es altamente recomendable darle únicamente leche materna a un prematuro. (13, 18)

I.4. Situación actual internacional.

La 54.^a asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), celebrada en Ginebra del 14 al 22 de mayo de 2001, emitió una resolución donde se recomienda que los niños sean amamantados de forma exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. (2)

En Europa y América del Norte, luego de la una disminución marcada de la lactancia materna durante los años 60, comienza a producirse un rescate de la alimentación natural a partir de los 80. Una expresión de tal recuperación se puede ver en Finlandia y Suecia donde el 90% de las madres emplean la lactancia materna durante cinco meses como promedio. Situación similar muestran países muy pobres, por ejemplo Bolivia y Haití, donde el 92% de las madres amamantan a sus hijos hasta después del cuarto mes de vida (18,19). En contraste con los anteriores ejemplos, es significativo que un grupo de países, que tiene mejores condiciones económicas se aprecie una preocupante disminución de la prevalencia de la lactancia materna, tal es el caso de las Américas, de Venezuela, Uruguay, Ecuador y Argentina.

Estudios realizados en Ecuador en el año 2005 en el Instituto e la niñez y la familia (INNFA), donde se estudiaron 33000 niños de cada 10 niños, 6 de cada 10 niños tenían trastornos nutricionales por exceso o por defecto, habiendo abandonado la mayoría la Lactancia Materna Exclusiva antes de los cuatro meses. (20)

En este panorama, donde se constata una vinculación entre el ascenso económico de los países y un comportamiento inverso con la práctica de la lactancia materna, en consecuencia es significativo el aporte que le corresponde dar a las instituciones y profesionales de la salud para revertir la desfavorable tendencia del abandono de esta práctica. (8) Mucho tiene que ver con esta realidad la falta de promoción de la ablactación temprana a lo largo de generaciones, así como los procedimientos administrativos que se han establecido en el ámbito hospitalario, lo cual obstaculiza el desarrollo de la lactancia materna. Esta realidad ha contribuido a potenciar las acciones de las empresas productoras y comercializadoras de sucedáneos de la leche materna.

Se ha señalado que en el ámbito de la educación de las embarazadas y de la madre que lacta, el fracaso de la lactancia materna está dado, fundamentalmente, por la falta de programas específicos diseñados para satisfacer adecuadamente las necesidades educativas y de educación en estos grupos. Al respecto es fundamental la preparación y entrenamiento de médicos, enfermeras, trabajadores sociales, promotores, madres y de todo tipo de personas que tienen responsabilidades educativas en este campo y que aún muchos ignoran como hacerlo (6, 21, 22).

1.5. Contexto nacional.

En Cuba se ha trabajado arduamente para la promoción de la lactancia materna, y el Centro Nacional de Educación para la Salud y el Centro Nacional de Educación Sexual han ocupado una posición relevante en este sentido, a través de la divulgación a la población por los diferentes medios de comunicación disponibles, de toda una serie de conocimientos y guías prácticas para mantener un tiempo exitoso de lactancia materna. Una muestra fehaciente ha sido el trabajo de los Hospitales en su declaración de Amigos del Niño, de la Niña y de la Madre, cumpliendo los 10 pasos establecidos para obtener esta condición, con un fuerte componente capacitante de base. (22, 23, 24)

El Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba (MINSAP) se ha trazado como propósito lograr las condiciones óptimas de nutrición para el lactante y la mayor protección contra las infecciones a las que éste es vulnerable en la primera edad, mediante el incremento de la lactancia materna durante los seis primeros meses, por lo menos, y que ésta beneficie a todos los recién nacidos, con la única excepción de aquellas circunstancias en las que esté contraindicada. Para tales efectos se establecieron responsabilidades a distintos niveles, docente y administrativo, que garantizaran el cumplimiento del proyecto diseñado para adquirir y mantener la condición de Hospital Amigo del Niño, de la Niña y de la Madre y se vio contemplado en los Objetivos, Propósitos y Directrices para Incrementar la

Salud de la Población Cubana en el año 2000, cuando se planteaba que el 95 % de los recién nacidos debían egresar de las maternidades con Lactancia Materna Exclusiva y que ésta debía mantenerse en el 80 % de los niños que arribaran a los 4 meses de edad. (7, 10).

I.6. Beneficios reconocidos.

La práctica de la lactancia materna tiene beneficios reconocidos tanto para el bebé como para la madre y la sociedad en general, los que han sido demostrados desde hace muchos años, incluso siglos. (16, 25).

La leche materna ejerce en el bebé un gran efecto protector contra las enfermedades enterales, respiratorias, otitis, meningitis, enterocolitis y caries, entre otras. Entre las categorías de las no infecciosas el efecto se centra en la disminución de las enfermedades alérgicas, la diabetes, los linfomas y la malnutrición, ya sea por obesidad o desnutrición. (25) En la esfera psicoafectiva de los niños, niñas y la madre, la lactancia materna produce un impacto inigualable al facilitar el vínculo madre e hijo, la adaptación social y un desarrollo psicomotor mejor que el de los lactantes alimentados con otros alimentos. También se ha demostrado que los que no recibieron amamantamiento materno presentaron mayores problemas en su capacidad de atención y coeficiente de inteligencia, lo cual tiene una consecuencia muy perceptible en el trabajo escolar. (26)

Con esta práctica, además de la relación psicológica con su hijo, la madre también recibe importantes beneficios fisiológicos. Los principales son los efectos anticonceptivos, la inhibición de las hemorragias post-parto, la disminución en la incidencia de osteoporosis, la disminución de la incidencia de cáncer de mamas y ovarios, incluso la disminución de los efectos secundarios de los dispositivos intrauterinos. (26)

Los beneficios de la lactancia materna se manifiestan tanto en la conservación de la salud y su disfrute, como en la evolución y desenlace de las enfermedades adquiridas tanto en el niño como en la madre. (26)

Todos los beneficios señalados se constatan en el transcurso de la etapa del lactante y posteriormente durante el período de crecimiento y desarrollo. Con una visión más amplia y a largo plazo se plantea que los mismos están relacionados con el nivel de adaptación y defensa del organismo para enfrentar la aparición de enfermedades crónicas.

Gracias a sus componentes, la leche materna no sólo confiere al niño protección inmunológica; también reduce su contacto con otros alimentos, líquidos y utensilios del medio externo que pudieran estar contaminados, por lo que en este sentido la Lactancia Materna Exclusiva contribuye también a prevenir las consecuencias que esto pudiera traer para el niño, principalmente, las enfermedades diarreicas. (16)

I.7. Impacto sobre las enfermedades infecciosas.

Se conoce del gran beneficio de la leche materna para prevenir las enfermedades diarreicas agudas. (6, 27-30) Luego de tantas evidencias y muchas otras no mencionadas como las realizadas recientemente en el 2002 por la UNICEF, no es casual el énfasis hecho en dicha práctica y así como el programa de control de las enfermedades diarreicas promovido por la OMS que incluye como una de sus estrategias la promoción de la lactancia materna, y como una meta para los programas nacionales de acción. (31)

La otitis media es una de las enfermedades más comunes de la primera infancia. Estudios epidemiológicos demuestran que el 62% de los niños tienen como mínimo un episodio de otitis media y que el 17% reportan hasta tres episodios en su primer año de vida (32). Se ha demostrado que los niños alimentados exclusivamente con lactancia materna hasta y después de los cuatro meses de edad estuvieron más protegidos de estos episodios de otitis que los que no fueron lactados exclusivamente con lactancia materna (33).

Se ha identificado una variedad de componentes nutricionales en la leche humana, entre ellos los hidratos de carbono, que además de aportar energía favorecen la absorción de minerales que modulan el crecimiento bacteriano y previenen la unión de determinadas bacterias a las células epiteliales a lo largo del tractus urinario lo que pudiera repercutir en la disminución de algunas infecciones. (34) Otros autores concuerdan en que las infecciones

genitourinarias tienen una prevalencia mucho menor en niños alimentados con Lactancia Materna Exclusiva (35).

El bajo contenido de proteínas y minerales de la leche materna, en comparación con la leche de otros animales es muy importante para el funcionamiento renal, pues impide su sobre actividad en el lactante ante la supuesta ingestión de agua en cantidad insuficiente. Este hecho fisiológico también explica la recomendación de que si se está alimentando el bebé a pecho no necesita el aporte de algún otro líquido, incluyendo el agua.

Hay grandes evidencias de la relación existente entre la lactancia materna y los indicadores de morbilidad y mortalidad infantil, lo que se remonta al siglo XIX. Morse y Talbott relatan que durante el sitio de París entre 1879 – 1881, cuando la población ya no tenía alimentos, la tasa de mortalidad general se duplicó, pero la tasa de mortalidad infantil disminuyó de 330 a 170 por 1000 nacidos vivos; este notable fenómeno es explicado porque al no tener las mujeres otro alimento que dar a sus hijos estaban obligadas a amamantarlos. (36).

Desde una perspectiva epidemiológica, se calcula que anualmente una adecuada promoción de la lactancia natural podría salvar un millón de vidas infantiles en los países subdesarrollados y en desarrollo, si las primeras mamadas se realizaran durante el período sensitivo y la lactancia se estableciera en los primeros minutos después del parto, a libre demanda y sin complementos de ninguna índole, y si la Lactancia Materna Exclusiva se prolongara entre 4 y 6 meses (37).

I.7.1. Lactancia Materna y VIH.

Según la OMS, cerca de 4 millones de niños en el mundo han sido infectados por el VIH. De estas infecciones, 90% han ocurrido en África, y en América Latina se detecta una incidencia relativamente alta en ciertas partes de algunos países de Centroamérica, América del Sur y el Caribe de habla inglesa, francesa y española. De estos 4 millones de niños, se estima que 3,6 millones fueron infectados por la madre en el útero, en el canal del parto o al lactar (es decir, de forma vertical de madre a hijo). Se estima, además, que entre 1,2 y 1,8 millones de los niños infectados contrajeron el virus a través de la lactancia materna, lo cual indica que esta práctica causa entre una tercera parte y la mitad de las transmisiones verticales de madre a hijo. Esta situación ha llevado a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América (CDC) a recomendar que las madres seropositivas al VIH no amamenten a sus hijos. Sin embargo, esta recomendación acarrea serias consecuencias para países en desarrollo, donde el riesgo de un niño de morir por no ser amamantado puede ser igual o más alto que el riesgo de morir debido a que la madre le transmita el VIH. (38)

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la OMS han propuesto una estrategia basada en el tamizaje materno voluntario y en programas de consejería, con el fin de que las madres dispongan de la información necesaria para tomar una decisión fundamentada. Se ha contemplado, específicamente, la posibilidad de ofrecer fórmulas infantiles y otros alimentos de reemplazo a madres seropositivas al VIH durante el embarazo. Desgraciadamente, esto no ha sido muy factible en las zonas de más riesgo, que es precisamente donde hay menos acceso a la prueba de detección del VIH y a agua limpia y refrigeración para preparar y almacenar de modo higiénico la fórmula infantil. Un argumento que también se ha utilizado por quienes se oponen al tamizaje de las embarazadas es que en sociedades donde lo habitual es dar el pecho, las mujeres que no amamantan por ser seropositivas al VIH podrían ser identificadas fácilmente y por lo tanto estar sujetas a discriminación por parte de la sociedad. (38)

Ha generado mucho interés la posibilidad de que los niños amamantados de forma exclusiva tengan un menor riesgo de ser infectados por la leche materna. La hipótesis se basa en que la introducción de alimentos o líquidos distintos de la leche materna a una edad temprana puede causar micro hemorragias en la pared intestinal que facilitan la penetración del VIH en el organismo del niño. Un estudio observacional reciente en Sudáfrica (38) apoya esta

hipótesis, pero es preciso confirmarla mediante otros estudios con diseños más rigurosos antes de llegar a una conclusión. En hijos de madres infectadas por el VIH, el riesgo acumulado de transmisión vertical del virus aumenta en la medida en que el niño se expone a la leche materna. Por consiguiente, también se ha propuesto que el amamantamiento se practique de forma exclusiva, pero que la leche de la madre se reemplace por completo con otros alimentos cuando el niño cumpla 3 meses de edad. De esta manera, el niño se beneficia de la Lactancia Materna Exclusiva durante un período muy vulnerable de su vida, y reduce su riesgo de infección por el VIH al ser alimentado con leche materna solo por un tiempo relativamente corto, es decir por 3 meses. (38)

Algunos estudios observacionales crearon grandes expectativas al sugerir que el riesgo de transmisión vertical del VIH de madre a hijo a través de la leche materna se podía reducir mediante la suplementación materna con vitamina A. Lamentablemente, tres estudios experimentales efectuados en el África hace poco tiempo no han arrojado los mismos resultados. Se ha documentado que la pasteurización de la leche materna puede destruir el VIH sin alterar de manera importante la calidad nutricional o inmunológica de la leche. Pese a las implicaciones favorables para los bancos de leche materna, en muchos países en desarrollo las madres ya no quieren que sus hijos sean alimentados con leche materna de origen desconocido. Además, no siempre se puede garantizar el buen funcionamiento de los sistemas de pasteurización de los bancos de leche (por falta de acceso a pruebas de tamizaje para verificar la ausencia del VIH en muestras de leche, o por problemas con la electricidad o el combustible), de tal modo que estos han dejado de funcionar en muchos hospitales e instituciones.

Los antirretrovirales (ARV) como la azidotimidina (AZT), se han utilizado de forma efectiva para reducir el riesgo de transmisión intrauterina o en el canal del parto. Sin embargo, hasta hace poco no se sabía si los (ARV) también podían reducir el riesgo de transmisión del VIH por la leche materna. Según algunos resultados recientes, la administración de nevirapina a la madre durante el parto y al niño poco después de nacer puede reducir notablemente el riesgo de transmisión del VIH por la lactancia materna a un costo aproximado de 4 dólares estadounidenses por tratamiento. (38)

Aunque ahora comprendemos mejor la magnitud del problema de la transmisión vertical del VIH por la leche materna, para prevenirlo y combatirlo falta, entre otras cosas, identificar los enfoques de prevención primaria que dan mejores resultados en distintas sociedades. Debido a las enormes implicaciones que encierra este tema para los programas de SIDA y de promoción de la lactancia materna, es sumamente importante que se establezca un diálogo permanente entre todos los programas locales, nacionales y regionales relacionados con él y que se apoye en la ejecución de estudios que permitan responder a las siguientes preguntas:

1) ¿Cuál es la epidemiología del VIH en edad pediátrica en América Latina y el Caribe, incluida la distribución de la infección en distintos grupos poblacionales y de los factores de riesgo de la transmisión de madre a hijo? ¿Qué porcentaje de las transmisiones verticales ocurren entre madres que están infectadas desde el embarazo, y qué porcentaje entre madres que se infectan cuando están amamantando, que es cuando aumenta aun más el riesgo de transmisión vertical por la leche materna? ¿Cuán común es que en las salas de maternidad o en comunidades rurales mujeres que están lactando amamenten a hijos ajenos?

2) ¿Qué papel desempeña la Lactancia Materna Exclusiva en la prevención de la transmisión del VIH al niño? ¿Por cuánto tiempo deben ser amamantados de forma exclusiva los hijos de madres infectadas por el VIH?

Es fundamental comprender cómo la pandemia del VIH afecta a los patrones de amamantamiento entre las madres seronegativas al VIH. Por una parte, es posible que ejerza un efecto negativo a nivel institucional, ya que agencias internacionales como la UNICEF, cuyas iniciativas antes se dirigían únicamente hacia la promoción de la lactancia materna, ahora se preocupan por combatir el problema de la transmisión vertical del VIH. Si con este fin se comienza a distribuir fórmula infantil a nivel comunitario o en los hospitales,

es posible que las madres seronegativas consigan tener acceso a estos productos, con el resultante menoscabo de la lactancia materna. También es posible que las madres seronegativas que se consideran a sí mismas en alto riesgo de infección decidan, por su propia cuenta o como resultado de presiones sociales, no amamantar a sus hijos, para no exponerlos al riesgo de infectarse. Por otra parte, si se confirma que la Lactancia Materna Exclusiva tiene un efecto protector contra la transmisión vertical del VIH, es posible que las madres seronegativas elijan este método de alimentación como una simple medida preventiva. También podrían sentirse motivadas a observar prácticas sexuales más seguras, lo cual contribuiría a la prevención primaria. A estas áreas de investigación se les debe dar muy alta prioridad en nuestra región, lo que puede servir para ayudar a comprender los factores que llevan a las madres a amamantar o no a sus hijos en la era del SIDA. (38)

I.8. Impacto en las enfermedades no infecciosas.

Evidencias indican que la grasa contenida en la leche materna tiene una alta proporción de ácidos grasos insaturados, sobre todo de ácido linoleico, esencial para el crecimiento, y crea las bases para evitar el desarrollo de la aterosclerosis (14).

La disminución de la morbilidad por enfermedades no infecciosas como diabetes mellitus, linfomas y afecciones dentales ha sido confirmada en los niños alimentados con Lactancia Materna Exclusiva. (9, 14)

La diabetes mellitus insulino-dependiente es una enfermedad autoinmune, promovida en edades tempranas de la vida por la ingesta de fórmulas basadas en leche de vaca. Se sabe que la Lactancia Materna Exclusiva reduce el riesgo al desarrollar esta enfermedad. (21)

El papel que puede ejercer la lactancia materna sobre la morbilidad de enfermedades crónicas tales como el asma bronquial y otras enfermedades alérgicas ha sido resaltado en la Encuesta Nacional realizada en los Estados Unidos que comprendió una muestra de niños nacidos entre los años 1988 y 1999 (6, 9, 31)

I.9. Impacto inmunológico y antialérgico.

En la leche materna humana hay leucocitos en número considerable durante el final del embarazo y las primeras semanas de lactación. Estimulados por la presencia de virus los linfocitos de la leche podrían producir "interferón", sustancias muy importantes para la protección contra las infecciones virales. También se ha comprobado que con la lactancia materna es menor la incidencia de afecciones alérgicas tanto de localización respiratoria como cutánea y digestiva (6, 9).

I.10. Impacto sobre la inteligencia y neurodesarrollo.

El impacto de la lactancia materna sobre el desarrollo de la inteligencia fue investigado entre otros, por Lucas y sus colaboradores, entre ellos uno de cohorte iniciado a los 18 meses de edad en 300 niños que fueron seguidos hasta los 7 u 8 años, cuando se les aplicó la escala abreviada de inteligencia de Weschles. Encontraron que los que habían consumido leche materna en las primeras semanas de vida presentaron saldos significativamente mayores que los que no lo habían hecho (6, 39).

Se conoce que una cuarta parte del cerebro humano está formado por ácidos grasos, entre los que destaca el araquidónico (AA). Químicos del Reino Unido estudiaron la presencia de esos ácidos en el cerebro humano asociados a leches artificiales, a la de otros animales y a la leche de las mujeres y concluyeron que sólo la leche materna provee el ácido graso esencial DHA necesario para el crecimiento normal del cerebro de los infantes. (6, 39)

A los beneficios ya señalados se suma la influencia que ejerce la lactancia materna en el crecimiento y desarrollo del bebé debido a la alta calidad nutricional de ese alimento que

contiene todos los nutrientes requeridos para su adecuado crecimiento y desarrollo, que en composición son los que mejor satisfacen las necesidades del lactante por sus niveles de contenido en proteínas, grasas (ácidos grasos esenciales) lactosa, vitamina A, D, C, E y K y minerales como calcio y Hierro. Además se atribuye una concentración apropiada de electrolitos y agua, que de por sí satisfacen las necesidades de hidratación del lactante, aún en climas calurosos y húmedos (26, 40).

I.11. Impacto Ecológico.

La leche artificial para bebés es también un enemigo para el medio ambiente si tenemos en cuenta que (6, 16):

- La leche materna es un recurso natural renovable, no se desperdicia y no produce contaminación.
- El uso de la leche de vaca en su lugar produce graves consecuencias ecológicas como la utilización de tierras para el forraje en lugar de cultivo para el alimento humano.
- Contaminación y erosión de los suelos en el que está ubicado el ganado.
- Se daña la capa de ozono por el gas metano que produce el ganado vacuno.
- Contaminación del medio ambiente por el uso de plaguicidas y otros productos químicos en el cultivo del pienso del ganado.
- La producción y elaboración de leches artificiales y otras comidas artificiales para bebés, al igual que el proceso de preparación y esterilización de biberones, requieren de un alto consumo de energía.
- Se desecha un inmenso volumen de papel, cartón, metal, plásticos, etc., que se utilizan para empacar comidas para bebés en la manufactura de los biberones, los cuales son raramente reciclados.

I.12. Beneficios económicos cuantificables.

Toda la exposición anterior se concentró en resumir los beneficios más importantes desde el punto de vista fisiológico y psicológico, pero existen otros que se pueden identificar a partir de la comprobación reiterada de las ventajas mencionadas: los beneficios económicos. Desde este punto de vista, los primeros beneficios pueden ser considerados intangibles directos, y existen otros que también son consecuencia de esta buena práctica y también son directos, pero que a diferencia de los primeros son también tangibles, es decir, son perfectamente cuantificables económicamente.

Antes de exponer alguna idea se desea llamar la atención sobre lo que algunos especialistas han denominado “el alto costo de la alimentación con biberón” (26), a partir de algunos ejemplos tomados de bibliografía internacional especializada:

- En Sierra Leona, el costo de la fórmula para alimentar un bebé equivale al 90% del salario mínimo.
- Si el 25% de las madres en Indonesia suspendieran la lactancia materna, los gastos de tratamiento médico para enfrentar el total de los casos de diarreas representarían más de 40 millones de dólares, casi el 20% del presupuesto anual de salud del país. (26)
- En los hospitales de Nueva York el costo total para alimentar a los bebés con biberón durante los primeros 4 meses de vida es 15 veces mayor que el necesario para alimentar con leche materna.

Los recursos necesarios para sustituir la lactancia materna alcanzarían los siguientes niveles monetarios en los países que se relacionan a continuación:

Indonesia	\$ 65.000.000
Tanzania	\$ 22.000.000
Papua Nueva Guinea	\$ 12.500.000

India \$ 114.000.000

Mundialmente se requerirían 15 billones de USD para alimentar a 120 millones de niños. Si se interpreta desde otra perspectiva el último dato podría decirse que si los 120 millones de niños que actualmente se alimentan con fórmulas u otros sustitutos de la leche materna fuesen alimentados con lactancia exclusiva, se dispondrían de 15 billones de USD para otros fines urgentes de la humanidad. (26)

I.13. Factores socioculturales.

La mayoría de las madres inicia la lactancia natural, aunque diversos factores biológicos, sociales, económicos y culturales han influido para que se produzca una caída en el porcentaje que lacta a sus hijos por el tiempo recomendado. La decisión de amamantar está fuertemente influida por la información acerca de la alimentación infantil adecuada que reciben las madres y por el apoyo físico y social proporcionado durante el embarazo, parto y puerperio. Las actitudes familiares, médicas y culturales, las condiciones económicas, presiones comerciales y las políticas y normas, nacionales e internacionales pueden favorecer o desincentivar la lactancia. (41)

Los estudios sobre lactancia materna demuestran con toda probabilidad que la promoción de la Lactancia Materna Exclusiva en contextos sociales, económicos y culturales diversos necesita de comprender los factores que influyen en muchas madres en la no utilización de la Lactancia Materna Exclusiva. (42)

I.13.1. Edad Materna.

La mayoría de los autores coinciden en que durante los 20 a 34 años de edad es la etapa óptima para la concepción, pues la mujer ya ha completado su maduración biológica y social y está mejor preparada para la procreación, lo que no ocurre en las edades extremas de la vida. Estudios recientes reportan que las madres que menos lactan fueron las de mayores de 35 años seguidas de las adolescentes (43). Existe general tendencia de no practicar la lactancia materna o practicarla por períodos cortos en las madres más jóvenes. La poca preparación y la inmadurez propia de esta etapa de la adolescencia, muchas veces, determinan el abandono precoz de la misma en este período de la vida. A medida que avanza la edad, la mujer va tomando conciencia de su rol de madre y aumentan las posibilidades de prolongar la Lactancia Materna Exclusiva (17, 44-46). La lactancia materna en la adolescente es un aspecto que tiene vital importancia en la reducción del riesgo que sufre potencialmente su hijo (46).

I.13.2. Estado emocional

Es importante durante el embarazo, parto, lactancia y en la crianza, en general, que exista una relación emocional entre madre e hijo. Los sentimientos y emociones son los que mejor van a guiar en ésta y en cualquier etapa de la vida, sin confusión alguna. El posparto es un momento en el cual muchas mujeres son vulnerables a la depresión. Los trastornos del ánimo pueden tener un efecto negativo sobre la forma en que las madres interactúan con sus bebés. La lactancia materna estimula la autoestima de la mujer, puesto que le demuestra que es capaz de proporcionar a su bebé alimento y salud. (26)

Ningún factor es más importante que una situación mental feliz y relajada. Las preocupaciones y la tristeza son las formas más eficaces de disminuir o eliminar la secreción mamaria. El estado emocional puede influir en la lactancia de varias maneras, disminuyendo el flujo sanguíneo a las mamas y por consiguiente de la secreción láctea, reduciendo la cantidad de la succión lo que disminuye la estimulación de la secreción de leche, adoptando rituales de la lactancia como por ejemplo exceso en la limpieza de los pezones, lo que ocasiona grietas y dolor. También puede influir en la expulsión de la leche bloqueando el reflejo de "bajada de la leche" aun estando llenas las mismas. (47)

I.13.3. Conocimientos de la madre sobre lactancia y escolaridad.

Para que la lactancia materna se inicie y se establezca debidamente es preciso que durante el embarazo y el puerperio las madres cuenten con el apoyo activo, no sólo de sus familiares y la comunidad, sino también con la totalidad del sistema de salud, y que los que se ponen en contacto con las futuras y nuevas madres, estén interesados en promover la lactancia natural y sean capaces de facilitar la información oportuna y poseer un buen conocimiento de cómo se mantiene la misma. (27)

La educación que la madre recibe es fundamental para el buen éxito de la lactancia. Es preciso conocer bien, además de las ventajas y beneficios de la lactancia natural, los problemas o anormalidades posibles y sus soluciones, para acoger las observaciones maternas adecuadamente, ya que muchas veces son bien fundadas y, manejadas correctamente, no deberían causar interrupción de la lactancia.(17)

Los estudios demuestran que las madres que reciben información adecuada sobre lactancia materna y apoyo práctico, son menos susceptibles a experimentar ansiedad durante el período de lactancia.

El nivel de escolaridad adquirido por las madres puede estar relacionado con el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y su uso o implementación por ellas. Se plantea que el grado de escolaridad materna y la utilización de la lactancia son directamente proporcionales, por lo que es más duradera en madres de nivel universitario, lo que está relacionado con una mejor información y comprensión de las ventajas de este tipo de alimentación. (48)

I.13.4. Apoyo y funcionamiento Familiar.

Los padres o el personal de apoyo cumplen una función importante en la transmisión sobre la experiencia de la lactancia. Pueden alentar a la madre a amamantar cuando esté cansada o desanimada. Pueden expresar su amor, aprobación y apreciación por el trabajo de la madre y por el tiempo que le dedica a la lactancia. También pueden ser buenos oyentes y comprender las necesidades de la madre y del bebé de facilitar la lactancia en el hogar o cuando estén de viaje. Todo este apoyo le ayuda a la madre a sentirse bien consigo misma y orgullosa de estar brindándole lo mejor a su bebé. Además, muchas personas sienten calidez, amor y relajación tan sólo sentándose al lado de una madre y su bebé durante la lactancia. Los padres y el personal de apoyo pueden ayudar cuando la madre comience a destetar al bebé brindándole a la misma, contención emocional mediante el juego, los mimos, o dándole un biberón o una taza. (49)

Toda la familia puede organizarse y apoyar exitosamente la lactancia, asegurándose de que la madre reciba una adecuada nutrición y un adecuado descanso mientras amamanta. En las sociedades no occidentales, el período post parto está reconocido como un momento donde las madres son particularmente muy vulnerables. (48) Finalmente, cuando las mujeres tienen sobrecarga de trabajo, tanto pagado como no pagado, o cuando las mujeres reciben menos alimentación y descanso que otros miembros de la familia, la lactancia materna se hace difícil. Para apoyar a estas madres, todas las familias necesitan, de manera consciente, enfrentar estas desigualdades y asumir responsabilidades. (48)

Los hombres juegan un importante papel en ayudar a cambiar estas condiciones y en cambiar sus propias actitudes hacia la lactancia materna y al trabajo que realizan las mujeres. Está claro que sólo las mujeres pueden amamantar, pero está más claro aún, que los hombres y parejas pueden ser igualmente responsables del cuidado infantil y de las tareas del hogar. (45)

I.13.5. Tipo de parto

El nacimiento por cesárea es un factor que retrasa el inicio y acorta la duración de la lactancia materna antes de que esté establecida. Este retraso probablemente es debido a una disminución de niveles de oxitocina y prolactina, y a que el contacto temprano y prolongado madre-hijo así como la succión por parte del lactante resultan más difíciles o no existen. (49)

Los recién nacidos saludables nacidos por parto vaginal están despiertos y alertas, y cuentan con los reflejos innatos de prendida y succión que les permiten buscar el pecho y el pezón, prenderse e iniciar la primera mamada. La mayoría de los recién nacidos están en condiciones de encontrar el pezón y prenderse al mismo dentro de la primera hora posterior al nacimiento

I.13.6. Primera tetada

Para que un bebé sea saludable, las primeras acciones de rutina a llevar a cabo posteriormente al parto deberían ser el contacto piel con piel con su madre y el inicio de la lactancia materna. (50)

El contacto inmediato entre la madre y su bebé aprovecha los reflejos naturales del bebé tras un parto vaginal normal y favorece el lazo entre ellos. El contacto inmediato además reduce la hemorragia de la madre y estabiliza la temperatura del bebé, su frecuencia respiratoria y el nivel de azúcar en sangre. Una vez colocado sobre el abdomen materno, el recién nacido se desplaza hacia arriba empujando con sus pies, estirando los brazos y moviendo la cabeza hacia arriba y hacia abajo hasta que encuentra el pezón y se prende. El sentido olfativo del recién nacido se encuentra muy desarrollado, lo cual lo ayuda a encontrar el pezón. A medida que se desplaza hacia éste, la madre libera altos niveles de oxitocina, favoreciendo la contracción del útero y manteniéndolo firme, minimizando así la hemorragia. La oxitocina genera que el pecho produzca calostro cuando el bebé encuentra el pezón. (50)

I.13.7. Estadía hospitalaria.

Se ha planteado que la lactancia materna es mucho más duradera cuando el niño permanece en el hospital por más de 72 horas, considerando que allí se hace una buena preparación de la madre durante este periodo. Si se tiene en cuenta que esta preparación debe comenzar desde la etapa prenatal en el consultorio médico de la familia no es necesario para ello una larga estadía hospitalaria pues la misma trae otros riesgos para la madre y para el lactante como lo son las infecciones, considerando además que la continuidad en las actividades de promoción a favor de la lactancia materna en toda su extensión, la brinda el equipo de salud; que es el responsable de la capacitación y adiestramiento no sólo de las mujeres embarazadas y en edad fértil sino de otras personas como cónyuges y otros parientes, funcionarios de todos los niveles y otros trabajadores de la salud, cuyas opiniones y actitudes pudieran repercutir negativamente en las madres (51).

Capítulo II. Materiales y Métodos

Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico de casos y controles.

El universo de estudio estuvo integrado por todos los nacimientos ocurridos ($n = 103$ niños), de madres que habitaban en el área correspondiente a los grupos básicos de trabajo 3 y 4 del Policlínico Docente "Hermanos Cruz" de la Ciudad de Pinar del Río, durante el año 2004. Se trabajó con todo el universo subdividido en dos grupos: Las madres de los 61 niños (n_1) que lactaron de forma exclusiva hasta el cuarto mes de vida conformaron el grupo de estudio, y el resto ($n_2 = 42$) se consideró grupo control.

Criterios de inclusión.

- Se incluyeron en el estudio todas las madres que dieron su consentimiento informado para participar en el mismo.
- Las que no cambiaron su residencia durante el período considerado y que tenían residente permanente en el área de atención correspondiente a los grupos básicos de trabajo 3 y 4 del mencionado policlínico.
- Las que no sufrieron de enfermedades invalidantes que propiciaran un ingreso hospitalario por períodos prolongados, y que las hicieran dejar la lactancia involuntariamente.

No se incluirían aquellas madres que no cumplieran los preceptos anteriormente citados.

En este estudio no hubo casos ni controles que no cumplieran los criterios de inclusión. Es decir, el 100 % de los nacimientos y sus madres fue incluido en el estudio.

Fuentes primarias de información.

A las madres se les aplicó una entrevista estructurada en el consultorio o en la visita al hogar del lactante, realizadas por el médico y enfermera de la familia, adiestrados para dicho fin, al cumplir estos los cuatro meses de edad. La misma recogía variables generales (nombre, edad, escolaridad, tiempo de Lactancia Materna Exclusiva, otras preguntas concernientes a su estado emocional, conocimientos, tipo de parto, estadía hospitalaria, apoyo familiar, tipo de familia, funcionamiento familiar, momento de la primera tetada, entre otras). **(Ver encuesta en anexo I)**

Otras fuentes de información fueron las historias clínicas de salud familiar e individual y las brindadas por los médicos de familia de esos niños.

Para la exploración del estado emocional de las madres se confeccionó un diferencial semántico comprendido en la propia encuesta, donde se otorgó una escala de calificación de tres puntos a cada categoría (5 en total) si respondía afirmativamente, recibía dos puntos si respondía poco afirmativamente y un punto si su respuesta era negativa. Al final se hizo una suma y se consideró de la siguiente manera:

- Con estado emocional bueno las que tenían entre 10 y 15 puntos,
- Con estado emocional regular las que tenían entre 6 y 9 puntos.
- Con estado emocional malo las que tenían 5 ó menos puntos.

Para evaluar el apoyo familiar a la lactancia materna se utilizó las respuestas de la madre, y se consideró como buen apoyo si tres o más familiares lo brindaban y malo eran cuando menos de tres.

El conocimiento de las madres acerca de la lactancia materna se basó en el número de respuestas dadas en la encuesta. Si respondían tres o más de las cinco preguntas se consideró que tenían conocimiento; mientras se consideraba que no tenían conocimiento, las que tenían menos de tres preguntas.

Evaluación estadística de los resultados.

Se emplearon métodos de la Estadística Descriptiva para resumir los resultados de las variables cualitativas mediante las frecuencias absolutas y relativas porcentuales.

Se midió asociación entre variables cualitativas mediante el estadígrafo de Chi cuadrado y la fortaleza de la misma mediante la prueba de Odds ratio, en ambos casos con un 95 % de confianza.

Para las variables cualitativas politómicas, se usó el estadígrafo de Chi- cuadrado para tablas de $n \times 2$, ó $n \times n$ (filas y columnas) siempre al 95 % de confiabilidad.

En casos de asociación entre variables cualitativas dicotómicas cuando la frecuencia esperada de celdas era menor que 5 se utilizó la corrección de Yates.

Aspectos éticos.

A todas las mujeres entrevistadas se les solicitó el consentimiento informado, y se les explicó el motivo de la misma. Además se les informó que las mismas eran anónimas, y que los resultados de la investigación se utilizarían con fines investigativos y para mejorar la atención de salud de los bebés. Se les comunicó además que la no participación en el estudio no les perjudicaría en lo absoluto, y podrían continuar recibiendo los servicios de salud establecidos.

Para la realización de todo el trabajo se consultó las autoridades del Area de Salud, y del Consejo Popular, así como el comité de Bioética de las Investigaciones de esta área.

Capítulo III. Análisis y Discusión de los Resultados.

La salud es derecho fundamental y un objetivo social para el mundo entero que es indispensable para la satisfacción de las necesidades humanas y para mejor calidad de la vida. Las naciones han establecido la meta de alcanzar para todos los ciudadanos un grado de salud que le permita llevar una vida social y económicamente productiva (52).

En los últimos años ha existido una alarmante tendencia a la declinación en la práctica de la lactancia materna, y nuestro país no ha estado exento de ello (5, 14, 53). El Estado Cubano, a través de su Ministerio de Salud Pública muestra gran interés por detener, la tendencia al abandono de amamantamiento al bebé, y se enfoca este problema desde el nivel primario de salud (13, 54).

III.1 Relación entre la edad materna y duración de la Lactancia Materna Exclusiva.

En la Tabla 1 se muestra que de las 103 tenemos un total de 103 madres y solo 61 brindaron lactancia materna de forma exclusiva para un 59.2%; el resto de las madres alimentaron menos de cuatro meses (42 madres) con este tipo de lactancia representado por el 40.8%.

El comportamiento de la edad materna en ambos grupos fue homogéneo y similar ($X^2=2.04$; gdl = 2; $p = 0.36$), y la edad más representada tanto en el control como en el grupo de casos fue la comprendida entre los 20 a 29 años, que como era de esperarse, es el grupo donde la reproducción alcanza su clímax en nuestra sociedad. (12)

TABLA I. Edad materna y duración de la Lactancia Materna Exclusiva. Policlínico Docente "Hermanos Cruz". 2004

Edad de la madre	Lactancia Materna Exclusiva				Total	
	Hasta cuatro meses		Menos de cuatro meses		No	%
	No	%	No	%		
< 20 años	2	1,9	3	2,9	5	4,9
20-29	50	48,5	36	35,0	86	83,5
30-49	9	8,7	3	2,9	12	11,7
Total	61	59,2	42	40,8	103	100

$X^2=2.04$; gdl = 2; $p = 0.36$

La prevalencia de la Lactancia Materna Exclusiva, como se dijo anteriormente, no alcanzó los propósitos esperados en el año 2004 en el área de atracción del policlínico "Hnos. Cruz", cuando era de 90 % de Lactancia Materna Exclusiva hasta el cuarto mes de vida del bebido.(55) Esto puede deberse a múltiples factores, los que aunque identificados en su mayoría no se han logrado subsanar, a pesar del esfuerzo conjunto entre el sector Salud y otros organismos gubernamentales.

Estos resultados están muy por encima del 24.5 % reportado en Cuba en el año 1990 y del realizado en el año 1997 en el área de salud del Policlínico "Santos Suárez" cuya prevalencia fue de 39.6% de Lactancia Materna Exclusiva hasta el cuarto mes de vida. Y se puede apreciar que los índices de prevalencia de lactancia materna han ido elevándose paulatinamente, debido, entre otras, a las acciones de promoción que se han llevado a cabo tanto por el personal de la salud como por otros factores en la comunidad (46, 56).

Alrededor del 90% de las mujeres en los países en desarrollo amamantan a sus hijos después del parto. En Asia y África el porcentaje es un poco mayor (más del 90%) que en América Latina y el Caribe (85%) y la lactancia natural dura más o menos el 70% en los

niños asiáticos y africanos de seis meses de edad que todavía se alimentan al pecho. En cambio en América Latina y el Caribe la lactancia dura de dos a cinco meses en promedio, y sólo un 35 a 60% sigue recibiendo lactancia materna a los seis meses (38, 44, 47).

Aunque en el universo fue baja la frecuencia de madres menores de 20 años (4.9 %), no se encontraron diferencias en cuanto a la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva entre ambos grupos (Tabla I).

Se ha reportado que existe general tendencia de no practicar la lactancia materna o practicarla por períodos cortos en las madres más jóvenes. La poca preparación y la inmadurez propia de esta etapa de la adolescencia muchas veces determinan el abandono precoz de la misma en este período de la vida. A medida que avanza la edad, la mujer va tomando conciencia de su rol de madre y aumentan las posibilidades de prolongar la Lactancia Materna Exclusiva (42 - 44). La lactancia materna en la adolescente es un aspecto que tiene vital importancia en la reducción del riesgo que sufre potencialmente su hijo (46).

En Cuba (1, 42, 43, 56) se han encontrado resultados similares a los nuestros, mientras que Masías Menéndez reportó que las madres que menos lactaron fueron las mayores de 35 años seguidas de las adolescentes (43).

III.2 Relación entre la escolaridad y la duración de la Lactancia Materna Exclusiva.

En la Tabla II se muestra la distribución de la Lactancia Materna Exclusiva según la escolaridad materna.

Tabla II. Relación entre la escolaridad y la duración de la Lactancia Materna Exclusiva. Policlínico Docente "Hermanos Cruz". 2004

Escolaridad	Lactancia Materna Exclusiva					
	Hasta 4 meses		Menos de 4 meses		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Secundaria	25	24,3	22	21,4	47	45,6
Preuniversitario	20	19,4	12	11,7	32	31,1
Universitario	16	15,5	8	7,8	24	23,3
Total	61	59,2	42	40,8	103	100,0

$X^2=1.401$; gdl = 2; p = 0.50

Las frecuencias encontradas de Lactancia Materna Exclusiva para las diferentes escolaridades en los grupos comparados no difirieron significativamente ($X^2=1.401$; $gdl = 2$; $p = 0.50$) y por tanto se puede considerar ambas variables independientes.

En Cuba (1999) se encontraron resultados similares a los nuestros (42). Otros no coinciden con nuestros resultados y plantean que la escolaridad materna favorece la prolongación de la Lactancia Materna Exclusiva (51).

Estudios realizados por Pérez Escamiilla (38) en siete países latinoamericanos mostraron que las mujeres cuyo grado de escolaridad era nulo o bajo amamantaron a sus hijos por más tiempo que las que habían cursado estudios más avanzados, resultados estos contrapuestos a los obtenidos en nuestro trabajo. Otros al igual que él plantean que a mayor nivel cultural disminuye la frecuencia de lactancia materna (44, 51, 56), lo que podría explicarse por los llamadas procesos de modernización.

Datos reportados por la OMS plantean que la prevalencia más alta de la lactancia materna corresponde a las regiones de Asia y África y las más bajas a Europa y las Américas, siendo la práctica más común entre las madres más educadas, en tanto que los países en desarrollo es más común entre las madres pobres de zonas rurales. Resultados estos que en la primera acepción se corresponden con los obtenidos en este trabajo (38, 57).

III.3 Relación entre el conocimiento de la madre y la duración de Lactancia Materna Exclusiva.

En la Tabla 3 se muestra la distribución de los conocimientos de la madre y la duración de la Lactancia Materna Exclusiva. Se observa que del 100% encuestado, el 82.5 % tenían conocimiento y solo 17.5 % no lo tenían, con predominio evidente de las madres que tenían conocimiento sobre lactancia materna. De las que tenían conocimiento ($n = 85$), lactó el 65.9% hasta cuatro meses; sin embargo de las que no tenían ($n = 18$), el 72.2% (13 madres) dejó de lactar antes de los cuatro meses.

Se encontró una correlación muy significativa entre ambas variables ($X^2 = 1.47$; $gdl = 1$; $p = 0.003$; $OR = 5.02$; $IC 95 \% (1.47-18.10)$), lo que se traduce como que cuando la madre tiene conocimientos sobre lactancia materna la duración de la misma era cinco veces superior. (Gráfico 1)

La disminución de la Lactancia Materna Exclusiva se ha visto afectada por varios factores; sin lugar a dudas es el desconocimiento de la población sobre los beneficios de la misma, uno de ellos. La lactancia natural no es una conducta instintiva solamente, sino que también es una conducta adquirida, en la que influye en la actitud hacia ésta, el medio familiar, social y la información que se tiene de la misma a través de diferentes vías (47, 51, 58).

Tabla III. Conocimiento de la madre y la duración de Lactancia Materna Exclusiva. Policlínico Docente "Hermanos Cruz". 2004

Conocimiento de la madre	Lactancia Materna Exclusiva					
	Hasta 4 meses		Menos de 4 meses		Total	
	No	%	No	%	No	%
<i>Tiene</i>	56	54,3	29	28,2	85	82,5

No tiene	5	4,9	13	12,6	18	17,5
Total	61	59,2	42	40,8	103	100

$X^2=8.93$; gdl = 1; p = 0.003

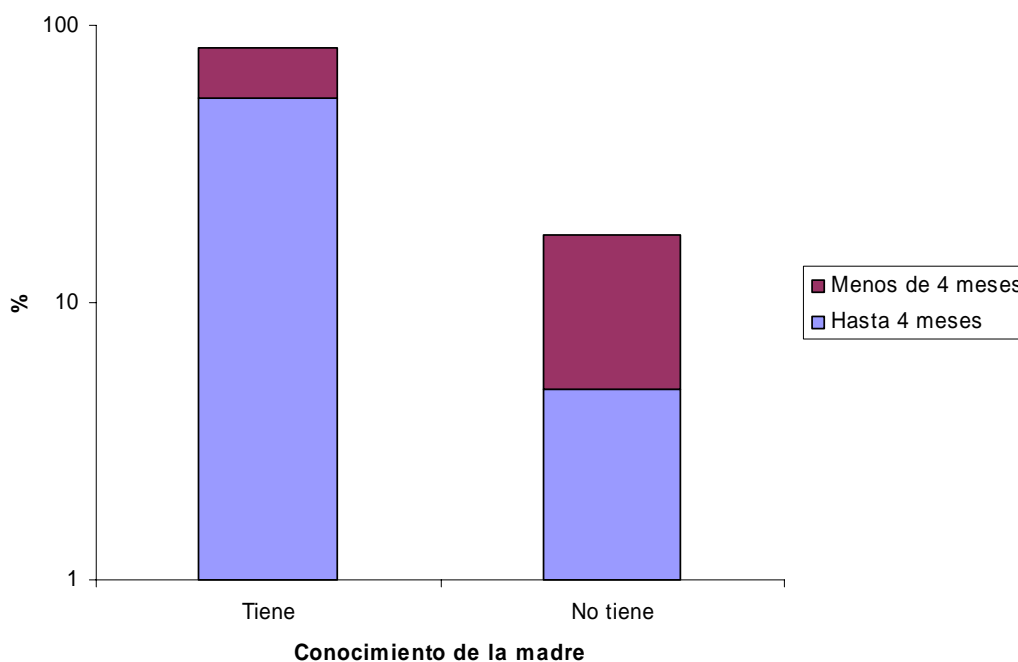


Gráfico 1. Conocimiento de la madre y la duración de Lactancia Materna Exclusiva.
Fuente: Tabla III.

Estos resultados coinciden con los reportados por Prendes Labrada (56) si se tiene en cuenta que los propósitos establecidos eran de un 70%.

Ocupa hoy en día la lactancia materna un lugar destacado entre las acciones básicas de salud, reconocidas por la OMS para reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida de los niños, por lo tanto, la capacitación sobre todo en el personal de la salud en materia de lactancia natural, es indispensable para el éxito de la promoción y apoyo de la lactancia materna; pues algunos estudios han demostrado cómo la ignorancia de los profesionales de la salud perjudica la misma tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. (59). Para aumentar la capacitación y el conocimiento de las madres sobre la lactancia materna y en especial de la exclusiva, es importante la capacitación y el desempeño del personal de la salud, quien debe conocer a fondo los aspectos teóricos y prácticos de la lactancia natural para poder prestar servicios de buena calidad y desempeñar el papel más destacado en las campañas de promoción de la lactancia materna para con ellas.

La OMS exhorta a todos los estados miembros a hacer todo lo posible para que las autoridades sanitarias promuevan la lactancia materna e informen a las madres de sus ventajas y las apoyen a través de la familia, la comunidad y los servicios de salud.

III.4 Relación entre el tipo de parto y la duración de la Lactancia Materna Exclusiva.

En la Tabla IV se muestra la frecuencia de los tipos de partos y la duración de la Lactancia Materna Exclusiva. Se encontró que de las 103 madres, 91 tuvieron partos eutócicos y un 63.7% de ellas lactó hasta los cuatro meses. De los doce partos distócicos tres alimentaron a sus hijos con Lactancia Materna Exclusiva hasta el cuarto mes de vida.

TABLA IV. Tipo de parto y la duración de la Lactancia Materna Exclusiva. Policlínico Docente "Hermanos Cruz". 2004

Tipo de parto	Lactancia Materna Exclusiva				Total	
	Hasta 4 meses		Menos de 4 meses		No	%
	No	%	No	%		
<i>Eutócico</i>	58	56,3	33	32,0	91	88,3
<i>Distócico</i>	3	2,9	9	8,8	12	11,7
Total	61	59,2	42	40,8	103	100

(OR=5.27; IC 95 % (1.19-26.65); $\chi^2= 5.08$; gdl =1; p = 0.02)

Se demuestra una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. Es decir que las madres que tuvieron un parto eutócico lactaron exclusivamente 5 veces más tiempo, que las que tuvieron parto distócico. (OR= 5.27; IC 95 % (1.19-26.65); $\chi^2= 5.08$; gdl =1; p = 0.02), resultados que coinciden con los encontrados por otros autores (46, 47).

En el Gráfico 2 se corrobora como los niños nacidos por parto eutócico recibieron alimentación por Lactancia Materna Exclusiva en mayor tiempo de duración.

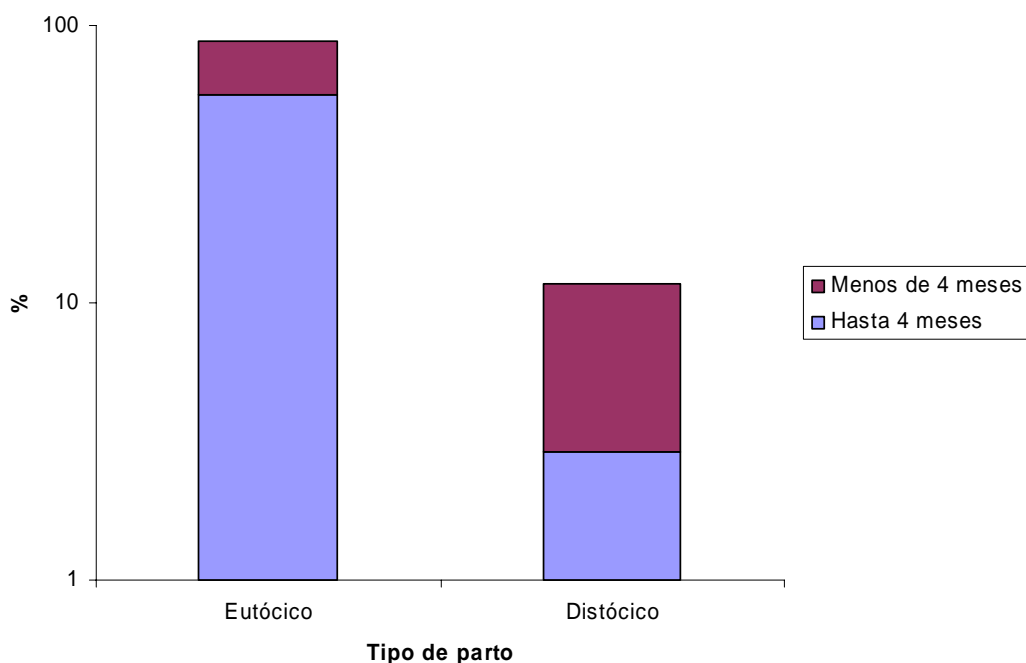


Gráfico 2. Tipo de parto y la duración de la Lactancia Materna Exclusiva
Fuente. Tabla IV.

En estudios realizados sobre prevalencia y duración de la lactancia materna se demostró significación estadística entre el tipo de parto y la alimentación de los niños relacionado con su duración y se ha demostrado que si en el hospital surgen complicaciones durante el momento del nacimiento como cuando se le aplica anestesia a la madre, el recién nacido puede presentar un estado de somnolencia que mengua su capacidad de chupar y el inicio de su primera tetada. (26, 43, 47)

III.5 Relación entre la estadía hospitalaria y la duración de la Lactancia Materna Exclusiva.

En la Tabla V se muestra la distribución de la estadía hospitalaria de la madre y el niño con el tiempo de duración de la Lactancia Materna Exclusiva. Se observó que de las 103 madres encuestadas el 83.5 % tuvo una corta estadía hospitalaria (menos de 72 horas), y de ellas el 63.9 % lactó hasta 4 meses. Sin embargo, aquellas con estadía larga (más de 72 horas) lactaron de forma exclusiva hasta el cuarto mes sólo un 35.3 % (6 mujeres), ver Gráfico 5. Lo cual indica que la estadía hospitalaria influye en el tiempo de duración de la lactancia materna. A mayor estadía menor tiempo de lactancia. Se demuestra por tanto, asociación estadísticamente significativa entre ambas variables.

TABLA V Estadía hospitalaria y la duración de la Lactancia Materna Exclusiva.
Policlínico Docente "Hermanos Cruz". 2004

Estadía hospitalaria	Lactancia Materna Exclusiva				Total	
	Hasta 4 meses		Menos de 4 meses		No	%
	No	%	No	%		
<i>Menos de 72h.</i>	55	53,4	31	30,1	86	83,5
<i>Más de 72h.</i>	6	5,8	11	10,7	17	16,5
Total	61	59.2	42	40.8	103	100

OR = 3.25; IC 95 % (0,98-11.10); $X^2=4.83$; gdl =1; p = 0.03)

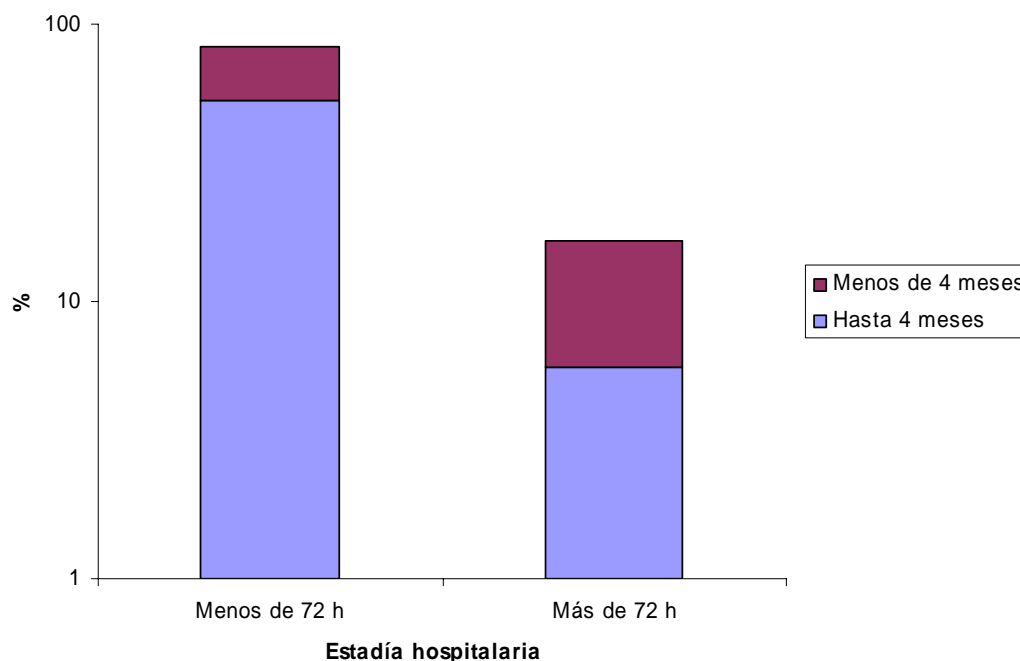


Gráfico 3. Estadía hospitalaria y la duración de la Lactancia Materna Exclusiva.
Fuente Tabla V.

Lo anterior se traduce como que las madres con corta estadía hospitalaria daban 3.85 veces más frecuentemente lactancia materna exclusiva hasta el cuarto mes de vida, que las que tenían estadía más prolongada. (OR = 3.25; IC 95 % (0,98-11.10); $\chi^2=4.83$; gdl =1 ; p = 0.03).

Estos resultados no coinciden con los encontrados por Cuellar en el año 1999 quien plantea que la lactancia materna es mucho más duradera cuando el niño permanece en el hospital por más de 72 horas, considerando que allí se hace una buena preparación de la madre durante este período de tiempo. Si tenemos en cuenta que esta preparación debe comenzar desde la etapa prenatal en el consultorio médico de la familia se justifican los resultados encontrados en este trabajo; pues no es necesario para ello una larga estadía hospitalaria, pues la misma trae otros riesgos para la madre y para el lactante como son las infecciones, considerando además que la continuidad en las actividades de promoción a favor de la lactancia materna en toda su extensión, la brinda el equipo de salud; que es el responsable de la capacitación y adiestramiento no sólo de las mujeres embarazadas y en edad fértil sino de otras personas como cónyuges y otros parientes, funcionarios de todos los niveles y otros trabajadores de la salud, cuyas opiniones y actitudes pudieran repercutir negativamente en las madres (51 -53).

Los programas de promoción deben diseñarse para el mayor grupo posible de personas, aunque cada grupo requiera un enfoque especial se debe luchar incansablemente por la asistencia a todas las consultas de las mujeres embarazadas con el fin de prepararlas para lo natural y fisiológico.

III.6 Relación entre la primera tetada y la duración de la Lactancia Materna Exclusiva.

Cuando se relaciona la duración de la Lactancia Materna Exclusiva con la primera tetada en la Tabla VI se observa que de las 103 madres encuestadas, 48 dieron pecho a su niño al momento del parto. De las cuales, 40 madres, 83,3 % lo hacían hasta el cuarto mes de vida del bebito. Cuando la primera tetada ocurría en momentos posteriores, había una disminución de la prevalencia de lactancia materna exclusiva hasta el cuarto mes de vida, con resultados estadísticamente significativos ($X^2 = 21.72$; gdl = 2; $p = 0.00002$). No se encontraron diferencias importantes entre las comenzaron a los 10 y a los 30 minutos. (Gráfico 4)

TABLA VI. La primera tetada y la duración de la Lactancia Materna Exclusiva. Policlínico Docente "Hermanos Cruz". 2004

Primera tetada	Lactancia Materna Exclusiva					
	Hasta 4 meses		Menos de 4 meses		Total	
<i>Al momento del parto</i>	No	%	No	%	No	%
	40	38,8	8	7,8	48	46,6
<i>10 minutos</i>	15	14,6	23	22,3	38	36,9
<i>30 minutos</i>	6	5,8	11	10,7	17	16,5
Total	61	59.2	42	40.8	103	100

Fuente: Encuesta realizada
HC familiares e individuales

($X^2 = 21.72$; gdl = 2; $p = 0.00002$)

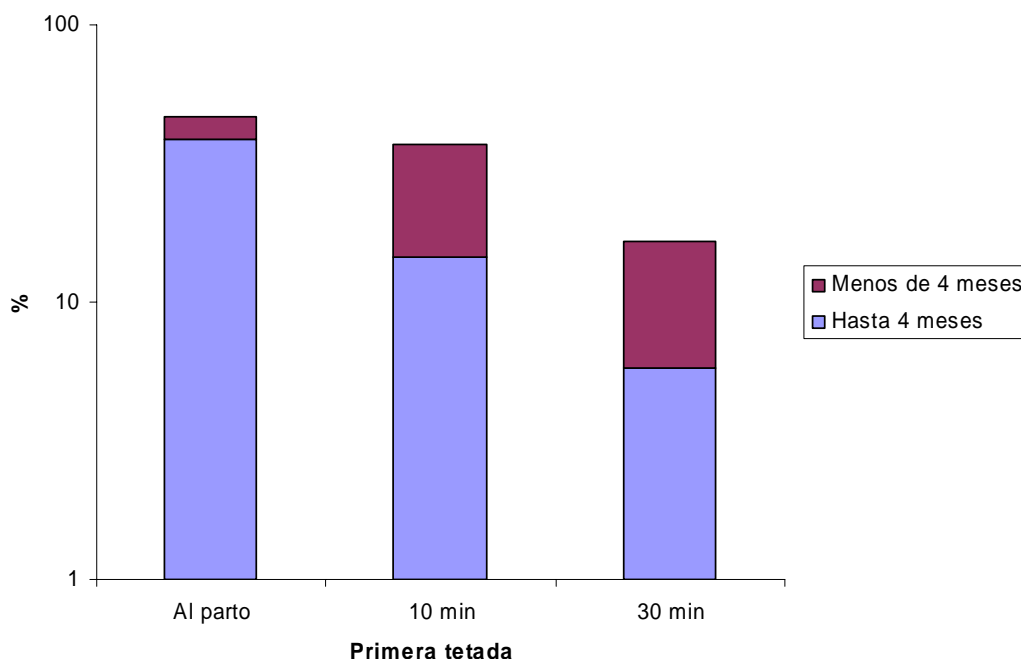


Gráfico 4. La primera tetada y la duración de la Lactancia Materna Exclusiva.
Fuente:Tabla VI.

Se conoce que el neonato percibe al momento, en la primera hora de nacido, estímulos táctiles, capta sutileza, y tempranamente impresiones en su conciencia. El recién nacido no sólo busca el seno materno impulsado por el hambre sino también en busca de calor, ternura, protección de su madre y es atraído también por su olor (51).

Además se ha comprobado que el contacto precoz entre la madre y bebé guarda relación con la mayor cantidad de leche, menos infecciones, mayor crecimiento y mejor recirculación de la temperatura corporal del recién nacido; por lo que esto contribuye; sin lugar a dudas, a mantener la práctica del alojamiento conjunto que facilita y estimula la alimentación frecuente a libre demanda y sin demora, por ende se satisfacen de inmediato las necesidades del niño (51, 60).

Muchos son los factores que pueden influir retardando el encuentro madre-hijo. Estos pueden ser: el tipo de parto, el peso al nacer; y a su vez todo esto puede repercutir en el inicio y duración de la alimentación natural (42), pues la decisión de practicar la lactancia se produce en el puerperio inmediato, lapso en el cual pueden actuar diferentes factores negativos que impiden que se establezca una estimulación mamaria capaz de desencadenar de forma efectiva la secreción láctea (61); y para que la provisión de leche de la madre sea adecuada es necesario que el niño succione con frecuencia y vigor, permitiendo esto una prolongación de la lactancia natural.

Se comprueba que la demora en la decisión de la primera tetada influye negativamente en la duración de la lactancia materna exclusiva.

III.7 Relación entre el estado emocional de la madre y la duración de Lactancia materna exclusiva.

La distribución de frecuencias del estado emocional materno y la duración de la Lactancia Materna Exclusiva está representada en la Tabla VII. Se encontró que las madres con estado emocional bueno predominaba en el total de madres, con predominio entre las que mantenían por más tiempo la Lactancia Materna Exclusiva, (70.4 % del total del grupo) como se muestra en el gráfico 5. Para analizar estos resultados se reagruparon los estados emocionales regular y malo, y así aumentar el número de efectos en las celdas. Se detectó asociación altamente significativa entre ambas variables. ($X^2=17.4$; gdl = 1; $p = 0.00003$)

TABLA VII. Estado emocional de la madre y la duración de Lactancia materna exclusiva. Policlínico Docente Hermanos Cruz. 2004.

Estado emocional De la madre	Lactancia Materna Exclusiva				Total	
	Hasta 4 meses		Menos de 4 meses		No	%
	No	%	No	%		
Bueno	57	55,3	24	23,3	81	78,6
Regular	4	3,9	15	14,6	19	18,4
Malo	0	0,0	3	2,9	3	2,9
Total	61	59,2	42	40,8	103	100,0

$X^2=17.4$; gdl = 1; $p = 0.00003$

Las madres con estado emocional regular o malo fueron las que menos tiempo lactaron con un 78,9 y 100 %, respectivamente hasta el cuarto mes.

El estado emocional regular marca la influencia de la emoción de la madre con respecto al tiempo de lactancia. En el gráfico se puede observa como el estado que aumenta ostensiblemente la probabilidad de lactar más es el bueno; mientras que el estado regular y malo tienen casi iguales proporciones con respecto a ello.

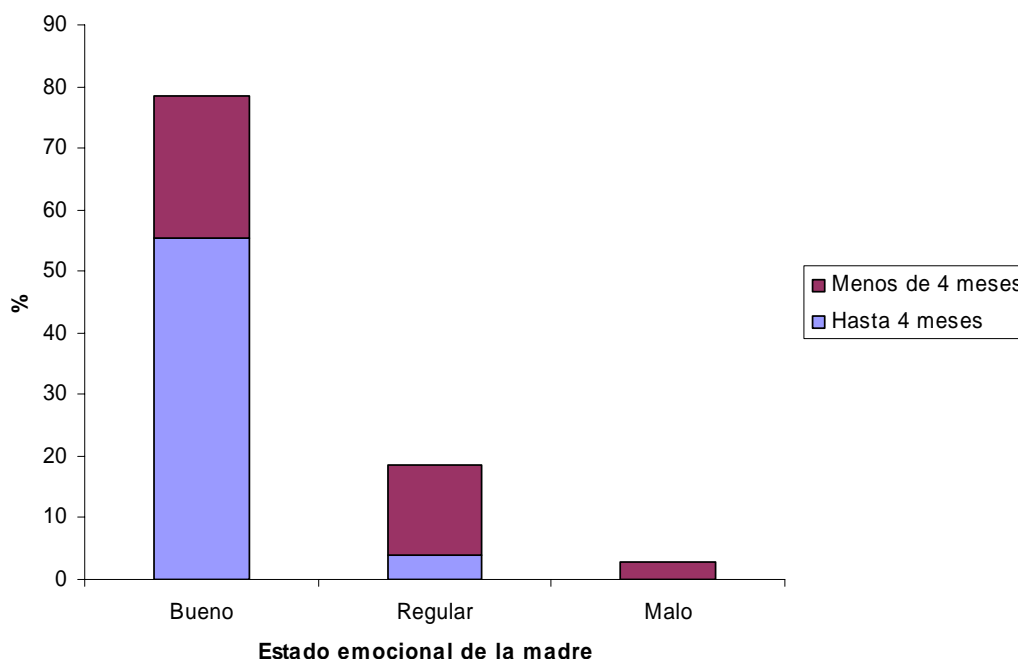


Gráfico 5. Estado emocional de la madre y duración de la Lactancia Materna Exclusiva.
Fuente:Tabla VII

Ningún factor es más importante que una situación mental feliz y relajada. Las preocupaciones y la tristeza son las formas más eficaces de disminuir o eliminar la secreción mamaria. El estado emocional puede influir en la lactancia de varias maneras, disminuyendo el flujo sanguíneo a las mamas y por consiguiente de la secreción láctea, reduciendo la cantidad de la succión lo que disminuye la estimulación de la secreción de leche, adoptando rituales de la lactancia, como por ejemplo exceso en la limpieza de los pezones, lo que ocasiona grietas y dolor. También puede influir en la expulsión de la leche al bloquear el reflejo de "bajada de la leche" aun estando llenas las mismas. En un estudio realizado en La Habana en el año 1999 (42) se encontró que cuando existía ansiedad se presentaba un alto porcentaje de abandono de la Lactancia Materna Exclusiva, y la ansiedad como rasgo también presentó un alto porcentaje de abandono de la alimentación a pecho.

III.8 Relación entre el tipo de familia y la duración de la Lactancia Materna Exclusiva.

En la Tabla VIII se muestra la distribución del tipo de familia y el tiempo de duración de la Lactancia Materna Exclusiva. Se observó que el mayor número de familias estudiadas correspondía a las extensas (77 familias), seguidas de las nucleares con 23. No se aplicó ninguna prueba estadística porque el 33.3 % de las celdas da frecuencias esperadas menores que 5.

TABLA VIII. Tipo de familia y la duración de la Lactancia Materna Exclusiva. Policlínico Docente "Hermanos Cruz", 2004.

Tipo de familia	Lactancia Materna Exclusiva				Total	
	Hasta cuatro meses		Menos de cuatro meses			
	No.	%	No.	%	No.	%
Nuclear	15	14,6	8	7,8	23	22,3
Extensas	46	44,7	31	30,1	77	74,8
Ampliada	0	0,0	3	2,9	3	2,9
Total	61	59,2	42	40,8	103	100,0

Las familias ampliadas sólo fueron 3 y en ningún caso perduró la lactancia materna hasta los cuatro meses

III.9 Relación entre el funcionamiento familiar y la duración de la Lactancia Materna Exclusiva.

Si se relaciona el funcionamiento familiar con la duración de la Lactancia Materna Exclusiva (Tabla IX), se observó que de las 103 madres encuestadas 87 tenían buen funcionamiento familiar (84.5 % del total) y sólo 16 tenían funcionamiento entre regular y malo. Se detectaron diferencias significativas entre los casos y controles ($X^2=7.06$; gdl =1; $p = 0.03$) cuando se reagruparon las familias con funcionamiento regular y malo. (Gráfico 6)

La familia constituye un eslabón fundamental en la sociedad, la célula básica, de ahí la importancia que tiene el estudio de los problemas que con mayor frecuencia pudieran ocasionar crisis en cuanto a su funcionamiento que es un elemento fundamental para el desempeño exitoso de la lactancia materna. Debe existir un ambiente familiar favorable, sobre todo en aquellas madres que enfrentan esta experiencia por primera vez. El apoyo de la familia es esencial para que disminuya la ansiedad de la madre que es un factor importante y frecuente en éstas (51).

TABLA IX. Funcionamiento familiar y la duración de la Lactancia Materna Exclusiva. Policlínico Docente "Hermanos Cruz", 2004

Funcionamiento Familiar	Lactancia Materna Exclusiva				Total	
	Hasta cuatro meses		Menos de cuatro meses			
	No.	%	No.	%	No.	%
Bueno	56	54,4	31	30,1	87	84,5
Regular	5	4,9	9	8,7	14	13,6
Malo	0	0,0	2	1,9	2	1,9
Total	61	59,2	42	40,8	103	100,0

$$X^2 = 7.06; \text{ gdl} = 1; p = 0.03$$

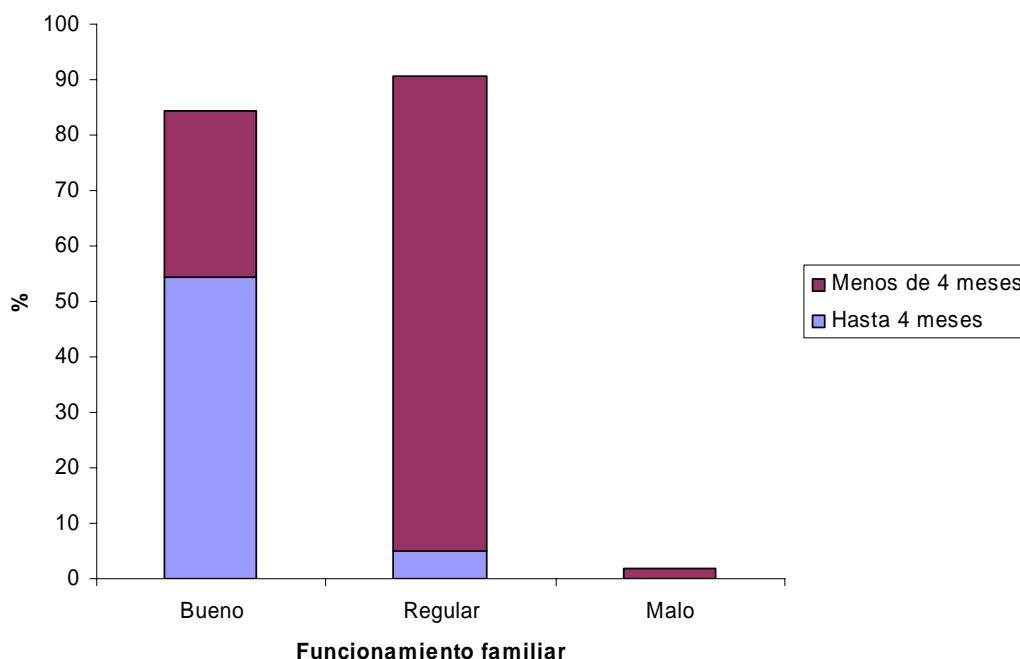


Gráfico 6. Funcionamiento familiar y duración de la Lactancia Materna Exclusiva.
Fuente: Tabla IX.

III.10 Relación entre el apoyo de la familia y la duración de la Lactancia Materna Exclusiva.

La actitud positiva de los seres queridos es fundamental para motivar a la mujer a dar pecho a su hijo. Esta relación se muestra en la Tabla X, donde se aprecia que 95 de las 103 madres recibieron apoyo familiar (92,2 %). El resto no recibió ese apoyo. Estas diferencias resultaban significativas. ($\chi^2_{\gamma} = 5,88$; gdl = 1; $p = 0,015$), indicando que la Lactancia Materna exclusiva es 12 veces más frecuente entre las madres que recibían apoyo familiar.

Tabla X. Apoyo de la familia y la duración de la Lactancia Materna Exclusiva.
Policlínico Docente "Hermanos Cruz". 2004

Apoyo familiar	Lactancia Materna Exclusiva				Total	
	Hasta cuatro meses		Menos de cuatro meses			
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	60	58,3	35	34,0	95	92,2
No	1	1,0	7	6,8	8	7,8
Total	61	59,2	42	40,8	103	100,0

$\chi^2_{\gamma} = 5,88$; gdl = 1; $p = 0,015$

OR = 12,0; IC al 95 % 1,4 – 270,3

En el Grafico 7 se aprecia como aquellas que sí recibieron apoyo familiar lactaron un 63,1 % mientras que las que no recibieron apoyo solo perduró la lactancia en un 12,5% lo que nos obliga a pensar que el apoyo familiar es fundamental en el tiempo de duración de la Lactancia Materna

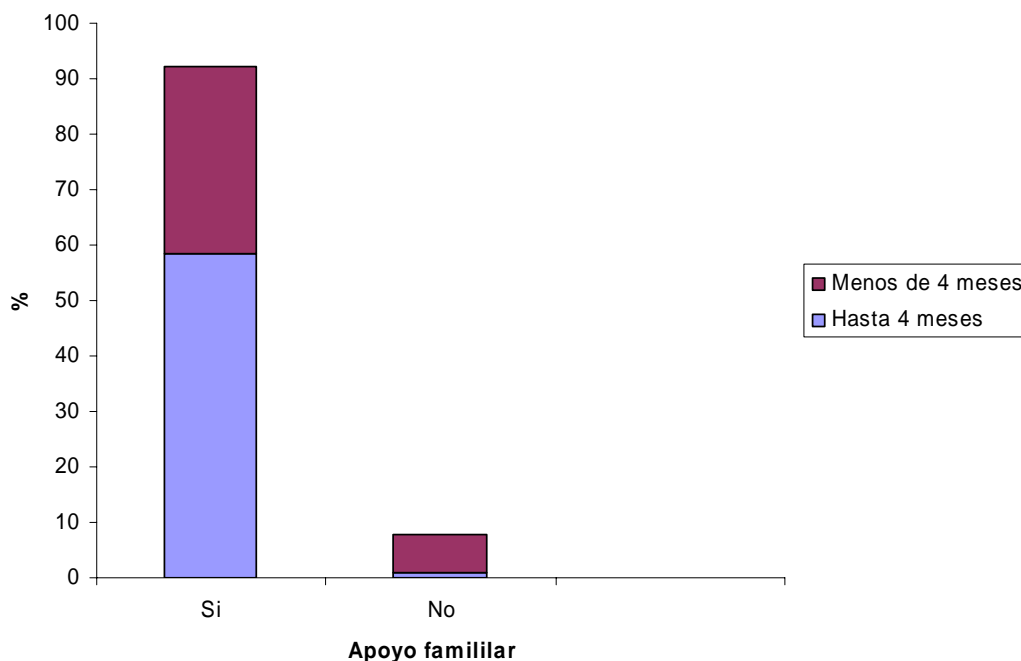


Gráfico 7. Apoyo de la familia y la duración de la Lactancia Materna Exclusiva.
Fuente; Tabla X..

En un trabajo realizado por Durán y colaboradores (42) sobre factores sicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna se encontró que el apoyo familiar a la madre que lacta influye significativamente en el logro de la Lactancia Materna Exclusiva en nuestro medio. Resultados estos que coinciden con los encontrados en nuestro trabajo.

III.11 Relación entre el familiar que brinda el apoyo y la duración de la Lactancia Materna Exclusiva.

En la tabla XI se muestra la distribución del familiar que brinda el apoyo y la duración de la Lactancia Materna Exclusiva.

Tabla XI. Distribución del familiar que brinda apoyo a la madre y el tiempo de Lactancia Materna Exclusiva. Policlínico Docente "Hnos. Cruz". 2004

Familiar que brinda apoyo	Lactancia Materna Exclusiva				Total	
	Hasta los 4 meses		Menos de 4 meses		No.	%
<i>Papá</i>	No. 4	% 4,2	No. 8	% 8,4	No. 12	% 12,6
<i>Mamá</i>	No. 21	% 22,1	No. 13	% 13,7	No. 34	% 35,8
<i>Esposo</i>	No. 30	% 31,6	No. 10	% 10,5	No. 40	% 42,1
<i>Otros</i>	No. 5	% 5,3	No. 4	% 4,2	No. 9	% 9,5
Total	No. 60	% 63,2	No. 35	% 36,8	No. 95	% 100,0

$X^2=7.25$; gdl =3; p = 0.06

De las 95 madres que recibieron apoyo familiar de diferentes personas, se escogió la persona que ella refirió fue la que más apoyo le brindó, independientemente de haberlo recibido de otros familiares o amigos; siendo el esposo el que más apoyo brindaba seguido de la mamá en el grupo que recibía lactancia exclusiva hasta el 4to mes, y aunque se observaron diferencias en el otro grupo, éstas no resultaban estadísticamente significativas. ($X^2=7.25$; gdl =3; p = 0.06).

Motivar es algo diferente a educar. La educación es algo profundo, transmite conocimiento y la motivación da impulso para ponerlos en práctica; es por eso importante apoyarlas, brindarles soluciones a todas sus dudas e inquietudes con relación a la lactancia materna para lograr una durabilidad mayor.

IV. Conclusiones

La lactancia materna exclusiva mostraba en el año 2004, en el área de los Grupos Básicos 3 y 4 del Policlínico “Hnos. Cruz” de Pinar del Río, una baja prevalencia.

Mientras que la edad materna y el grado escolaridad no mostraron relación con la lactancia materna exclusiva, el estado de conocimiento de la madre acerca de la lactancia materna exclusiva, el parto eutócico, y la menor estadía hospitalaria fueron condiciones favorables para la lactancia materna exclusiva.

Se demostró que mientras más tempranamente comenzaba la primera tetada, mayor tiempo de lactancia materna exclusiva.

Las madres cuyo estado emocional era evaluado de regular o malo fueron las que menos lactaron. Y aunque el tipo de familia no se correlacionaba con el tiempo de Lactancia Materna Exclusiva, el funcionamiento familiar resultaba importante para lograr ésta. El apoyo familiar resultaba definitorio para la mayor durabilidad de la misma.

V. Recomendaciones

Teniendo en cuenta los elementos estudiados, se recomienda establecer estrategias consecuentes para incrementar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva hasta el cuarto mes, utilizando diferentes mecanismos o subsistemas de trabajo.

- Divulgar la necesidad e importancia de la lactancia materna exclusiva a toda la población; comenzando desde edades tempranas de la vida, fomentándola incluso desde el círculo infantil a través de los juegos de roles donde participan ambos sexos, recordando la necesidad de sensibilizar también al varón.
- Extender este mensaje a los adolescentes, adultos, adultos mayores, embarazadas, puérperas y así a todos los clubes y diferentes grupos que se integren en los consultorios médicos de la familia, incluyendo los líderes no formales de la comunidad. Sensibilizar a esposos y demás integrantes de la familia incitándolos a participar activamente en las consultas de atención pre y postnatal para que puedan recibir de forma intensiva las orientaciones imprescindibles que propicien el necesario éxito de esta práctica vital.
- Implantadas la estrategia de trabajo para incrementar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva, se hace necesario su re-evaluación permanente, no solamente de la verificación del proceso, sino también del impacto del mismo para lograr reducir la morbilidad y mortalidad en el primero año de vida, y por qué no, de los ulteriores.

Referencias bibliográficas.

1. Amador García M, Hermelo Treche M. Alimentación y nutrición en Pediatría 2. Editorial Pueblo y Educación, Ciudad de la Habana: 1996: 52-3.
2. <http://www.contusalud.com/> , Lactancia materna, 2001.
3. Amador García M. Alimentar al bebé, pero hacerlo bien. Rev. Cubana Aliment Nutr 1990; 4 (2): 166.
4. <http://www.infomedica.com.ar/info-medica/numero22/lactancia.htm>, 2002.
5. Amador García M. Lactancia materna más y mejor en 1993. Rev. Cubana Aliment Nutr, 1993; 7: 4-5.
6. Burbano C, Gómez P. Más de 30 razones a favor de la lactancia materna. Rev. Hogar y Salud. 2002; 4: 13.
7. MINSAP: Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1997.p. 55-66.
8. <http://www.rionegro.com.ar/socie.html> La lactancia materna: un recurso en época de crisis. 2002.
9. <http://www.dardemamar.netfines.com>. 2003.
10. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud Pública. 2004. En: <http://www.infomed.anuario.htm>. Acceso el 15-04-2005
11. Jiménez R, Curbelo JI, Peñalver R. Relación del tipo de alimentación con algunas variables del crecimiento, estado nutricional y morbilidad del lactante. ISSN 1657-9534 On Line. 2005. Acceso el 24-03-05
12. Dirección Provincial de Estadísticas. Pinar del Río. 2003
13. http://orbita.starmedia.com/~lactancia_materna.html Historia y composición de lactancia materna. 2006.
14. http://orbita.starmedia.com/~lactancia_materna.html Historia y composición de lactancia materna. 2006.
15. Cabrera H. Goy RI, Mateo de Acosta PG. Chi BU. Lactancia Materna y estado de nutrición en Grupo de niños a los seis meses y sus madres. Rev. Alimet. Nutric. 1991; 2:292-7.
16. UNICEF-MINSAP. Por la lactancia materna. 2003
17. <http://www.waba.org.my/> Lactancia Materna y Seguridad Alimentaria. 2006. En : <http://www.waba.org.my/>. Acceso 14-05-06
18. Mena PN, Milad MA. Variaciones en la composición nutricional de la leche materna. Algunos aspectos de importancia clínica. Rev Chil Pediatr 1998; 69 (3): 116-121
19. UNICEF. Los Niños de las Américas. Supervivencias, protección y desarrollo integral de la Niñez en el decenio de 1990. Colombia 1992.
20. Veliz J. Estudio nutricional en niños menores de 6 años. INNFA. Ecuador. 2004. En: <http://www.org.INNFA.ec/>.
21. Borch Jonson K et al. Relation between breastfeeding and incidence rates of insulin-dependent diabetes mellitus. Lancet 1984; 2 (8411).
22. Mesa Ramos M. Propuesta de Estrategia Comunicacional para el proceso de enseñanza aprendizaje sobre Lactancia Materna en las comunidades atendidas por médicos de familia. MINSAP-ILCE. 1993.
23. Cobas Selva M, Fuillerat R. Lactancia Materna. Guía Práctica. Sexología y Sociedad. 1997; 3 (7): 6-7.
24. UNICEF-OPS/OMS. Lactancia Materna. Materiales para Capacitación. Vol. 1 Secretaría de Salud de la Dirección General de Salud Materno Infantil de México. 1992.
25. Lecumberri IE, Jiménez TG. Lactancia Materna el mejor comienzo. 2000.
26. León_Cava N. Cuantificación de los beneficios de la Lactancia Materna. Reseña de la Evidencia. Washington DC, OPS-OMS © 2002; ISSN 92 75 12397 7.

27. Clemens JD et al. Breastfeeding and the risk of severe cholera in rural Bangladeshi Children. *Am J Epid* 1990; 131: 400-11.
28. Lamounier JA, Moulin ZA, Xavier CC. Recomendacoes quanto a amamentacao na vigencia de infeccao materna. *J Pediatr Rio de J.* 2004; 80 (5):
29. Macías Carrillo C, Franco-Marina F, Long-Dunlap K, Hernández Gaytán SI, Martínez-López U, López-Cervantes M. Lactancia Materna y diarrea aguda en los primeros tres meses de vida. *Salud Pública Méx* 2005; 47 (1): 49-57.
30. Walter M. A fresh look at the risks of artificial infant feeding. *J Hum Lact* 1993; 9 (2). UNICEF, New York Nutrition Section.
31. Jiménez FE. Lactancia materna y enfermedades. En <http://www.diagnostico.com/enfermedad.stm>. 2006. Acceso el 24-05-06
32. Teele DW, Jo K, Rosner B. Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in Greater Boston: a prospective cohort study. *J Infect Dis* 1993; 160: 83-4.
33. Duncan B, Ey J, Holberg C, Wright J, Martinez FD, Taussing LJ. *Pediatrics* 1993; 91 (5):
34. Coppa G et al. Preliminary study of breastfeeding and bacterial adhesion to uroepithelial cells. *Lancet* 1990; 335:569-71.
35. Horrobin DF, Stewart C. Breastfeeding and urinary tract infections. *Lancet* 1990.
36. Morse JL, Talbott FB 1920. In Uriburu G. Op. Cit. 1991
37. Drummond M et al. Métodos para la evaluación económica de los programas de atención de la salud. Edit. Díaz de Santos, Madrid, 1991.
38. Pérez-Escamilla R. La promoción de la lactancia materna en la era del SIDA. *Rev Panam Salud Pública.* 2001; 9 (6): _____
39. <http://www.contusalud.com/> La lactancia ayuda a estimular la inteligencia, 2001.
40. Galbe JS. Atención orientada al desarrollo (aod) y supervisión del desarrollo psicomotor (Sdps) 2004. En <http://www.medynet.com/usuarios/Previnfad/psicomotor.htm>. Acceso: 13-05-06
41. Ilabaca J. M., Atalah E. S. Comparación de la prevalencia y porcentaje de acuerdo entre dos métodos de análisis de la lactancia materna. *Rev Chil Pediatr* 2002; 73 (6); 583-589.
42. Durán Menéndez R, Villecias Cruz A... al Factores sicosociales que influyen en el abandono en la lactancia materna. *Rev. Cubana Pediatría* 1999; 71(2): 72-9.
43. Masías Menéndez Z. La lactancia materna. *Rev. Cubana Med Gen Integr.* 1991; 6(1): 119-123.
44. Vecia López MG, González Pérez G. 1 Factores maternos asociados a la duración de la lactancia en áreas periféricas de Guadalajara México. *Bol of Sanit Panam.* 1993; 115(2): 26-:32.
45. Lactancia materna. Un asunto feminista. En <http://www.wabaorg.my/resou.htm>. 2006. Acceso 2006
46. Valdés JD. al. Lactancia materna y madre adolescente. *Rev. Cubana Pediatr* 1990; 62(4): 560-565 Prevalencia y Duración de la Lactancia Materna Exclusiva
47. Sanabria M, Coronel J, Díaz C, Salinas C, Sartori J. Perfil de la lactancia materna en cuatro servicios de referencia neonatal. *Rev. Chilena de Pediatría* 2005; 76 (5); 530-535.
48. González IM, Pileta BR. Lactancia Materna. *Rev Cub Enfer,* 2002; 18 (1): enero-abril.
49. Arena AJ. La lactancia materna en la "Estrategia mundial para la alimentación del lactantes y del niño pequeño". *Anales de Pediatría.* 2003;58(3):208-10.
50. <http://www.bago.com/Bolivia/html/iblduo.html> Las primeras horas posteriores al nacimiento. 2006.
51. Yaque M, Castillo E, Praena M, Sancho C, Fernández A, Herrera C, Estévanez E, Estrada J, Chaves C, Ruiz-Canela J. Factores relacionados con el inicio de la

- lactancia materna en nuestro medio: diferencias entre cuatro zonas básicas de salud. *Rev Ped Atención Primaria* 2000; 11 (6): abril-junio.
52. Araújo Pereira V. El crecimiento de los niños alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida. *Bol of Sanit Panam* 2005;110(4):311-8.
 53. Díaz-Argüelles Ramírez-Corría V. Lactancia materna: evaluación nutricional en el recién nacido. *Rev Cub Pediatr* 2005; 77: 2 ISSN 0034-7531 *versión on line*.
 54. Naranjo Arroyo M, Guillot Monte GE et al. Lactancia materna su reproducción en los juegos de roles. *Rev Cub Med Interna*. 1998; 14 (2): 156-9.
 55. Dirección Municipal de Salud. Anuario Estadístico del Municipio de Pinar del Río. 2004.
 56. Prendes Labrada M, Vivanco de Rio M, et al. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. *Rev Cub Med Gen Inter*. 1999; 15 (4): 397-402.
 57. Also GC, Mateus JG. Duración de la lactancia exclusiva en Cali, Colombia. 2003. *Colomb Med* 2004; 35 (3): 1657-9534.
 58. Pérez, R. E., La promoción de la lactancia materna. *Rev. Panamericana Salud Pública*. Vol.9. No. 6. Washington. jun. 2001.
 59. Rodríguez García R, Shaefer Lois A. Nuevos conceptos de lactancia, su promoción y la educación de los profesionales de la salud. *Bol of Sanit Panam* 1991; 111 (1): 13-18.
 60. Ioyama S.V.; Almeida, H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *Rev. Pediatría*. (Rio de J.) V.80. No. 5 supl. Porto Alegre. nov. 2004.
 61. Ferreira da Silveira; F.J., Lamounier J. A. Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. *Rev. Nutr*. v.17 n.4 Campinas oct./dic. 2004.
 62. Picciano MF. Nutrient composition of human milk. *Pediatric Clinics NA*, 2001; 48 (1): 53-64.
 63. Feferbaum R, Cícero FM. Nutrición del recién nacido. Brasil: Edit. Atheneu; 2003: pp243-75.
 64. ; *Pediatr Hamosh M*. Bioactive factors in human milk *Clin North Am* 2001; 48(1):69-86.
 65. Schanler RJ. The use of human milk for premature infants. *Pediatr Clin North Am*. 2001;48(1):207-19.
 66. Dewey KG, Cohen RJ, Brown KH, Rivera LL. Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. *J Nutr*. 2001;131(2):262-7.
 67. UNICEF. Anatomía y fisiología de la mama. Lactancia materna. Materiales para capacitación. México, DF: UNICEF, 2005:62.
 68. <http://www.4woman.gov/index/htm>. Lactancia más simple en el hogar y en el trabajo. 2006.
 69. <http://www.diagnostico.com/enfermedad.stm>. Jieménes FE. Lactancia materna y enfermedades. 2006.
 70. Jiménez R, Curbelo JI, Peñalver, R. Relación del tipo de alimentación con algunas variables del crecimiento, estado nutricional y morbilidad del lactante. ISSN 1657-9534 On line. 2005.
 71. Alonso GC, Mateus, JG. Duración de la lactancia exclusiva en Cali, Colombia, 2003. *Colomb Med* 2004; 35 (3), ISSN 1657-9534.

