

**ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MISIÓN BARRIO ADENTRO**

TITULO

**FACTORES SOCIOCULTURALES Y PSICOLÓGICOS
VINCULADOS A LA LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA EN EL MUNICIPIO SAN JOSÉ DE
GUARIBE. 2008**

**Autora: Dra. Magdaley Rivero Hernández
Especialista de primer grado en Medicina General Integral**

**Tutora: Dra. Iluminada Menéndez Placeres
Especialista de primer grado en Medicina General Integral**

**TESIS PARA OPTAR POR EL TITULO DE MASTER EN
ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO**

2008

EXORDIO

*"Cuando se tiene un niño, se tiene al niño de la casa
y al de la calle entera, se tiene al que cabalga en el
cuadril de la mendiga y al del coche que empuja la
institutriz inglesa y al niño gringo que carga la criolla
y al niño blanco que carga la negra y
al niño indio que carga la india
y al niño negro que carga la tierra".*

Andrés Eloy Blanco

DEDICATORIA

A MIS PADRES: por educarme e impulsarme al camino del éxito.

A MI ESPOSO: por alentarme en los momentos más difíciles, superar y sobreponerse a la distancia y el tiempo.

AGRADECIMIENTOS

A nuestro maestro y guía Comandante en jefe Fidel Castro Rúz.

A nuestra Victoriosa Revolución Cubana por darme la oportunidad de cumplir con la tarea de salvar vidas Humanas , y el orgullo de ser medico Internacionalista.

Al Dr Angel Antonio Urbay Ruiz

RESUMEN

Se realizó una investigación, con diseño de tipo prospectivo, transversal, en la población de los consultorios de Barrio Adentro pertenecientes al municipio San José de Guaribe, estado Guárico, en la República Bolivariana de Venezuela, durante el período comprendido desde el 1ro de abril hasta el 31 de diciembre del año 2008. Con el objetivo de analizar el comportamiento de los principales factores socioculturales y psicológicos vinculados a la práctica y abandono de la Lactancia Materna Exclusiva así como su repercusión en el estado de salud de los lactantes. El universo de estudio estuvo constituido por 112 lactante, quedando la muestra conformada por 96 niños.

A las madres que dieron su consentimiento se les aplicó una entrevista estructurada; la misma recogió variables clínico epidemiológicas. Al final de la entrevista se procedió a tallar y medir a cada lactante para determinar el estado nutricional. Predominaron las madres adolescentes, existiendo mayoría de madres que abandonaron la lactancia materna antes de los 4 meses en las edades entre 20 y 35 años, y las que lactaron por más de 6 meses en las adolescentes. El nivel escolar secundaria fue el más frecuente en la serie, no existiendo diferencias significativas en cuanto al nivel escolar y el tiempo de duración de la lactancia materna. Predominó la ocupación obrera ó técnica, siendo las mismas las que lactaron con mayor frecuencia por menos de 4 meses. Al nacimiento predominó la lactancia materna mixta. Los niños eutróficos recibieron en su mayoría lactancia materna no así los de bajo peso. En las familias donde las madres ofrecieron menor tiempo de lactancia

materna, se encontraron mayor número de parejas no estables y familias disfuncionales.

INDICE

Páginas

• INTRODUCCIÓN.....	1
• MARCO TEÓRICO.....	14
• CONTROL SEMÁNTICO.....	39
• OBJETIVOS.....	40
• MATERIAL Y MÉTODO.....	41
• RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	48
• CONCLUSIONES.....	60
• RECOMENDACIONES.....	62
• REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
• BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.....	74
• ANEXOS.....	80

INTRODUCCIÓN

El contexto histórico social del objeto de estudio, es la población perteneciente a los consultorios del médico de la Familia de Barrio Adentro del municipio San José de Guaribe, estado Guárico, en la República Bolivariana de Venezuela.

Cuando reflexionamos:.....por qué hay tantos niños desnutridos?..., por qué la mortalidad infantil es tan elevada?..., por qué suceden tantos accidentes ?..., por qué los escolares y adolescentes se suicidan?..., por qué existe tanto desamor?..., por qué hay explosión demográfica a pesar de tantos anticonceptivos ?... por qué se están agotando los recursos naturales ?..., por qué tanta contaminación?..., por qué dicen que estamos destruyendo al Planeta ?... Tenemos que llegar a una conclusión muy evidente: Hemos transgredido las LEYES DE LA NATURALEZA, entre ellas el abandono de la Lactancia Materna....

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. ^(1,2)

La lactancia materna (LA) 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. ^(3,4)

En un recuento histórico sobre la alimentación del lactante, Fomon cita documentos del siglo II antes de Cristo(a C) donde se menciona la lactancia materna. En el antiguo Egipto y en Babilonia, el destete se realizaba aproximadamente a los 3 años de edad. Entre los siglos IV y VII después de Cristo, la edad del destete se hallaba generalmente entre los 20 y 24 meses de edad. Está bien documentado el uso de las nodrizas a partir de los siglos III o IV a C en Babilonia. Se conocía entonces sobre la importancia de alimentar al bebé recién nacido con leche humana, incluso cuando no fuera de su propia madre, unas veces porque ésta fallecía y otras por moda o comodidad de las familias pudientes. Sin embargo, el uso de las nodrizas decayó con el aumento de la morbilidad y mortalidad infantil, y la transmisión de enfermedades tanto infecciosas como de “la mente”, como refiriera Burton en su libro publicado en 1651.⁽⁵⁾ “.....que si era posible, para contratar una nodriza, se eligiese una mujer sana, de complexión fuerte, honesta, libre de enfermedades y de todas las pasiones y perturbaciones de la mente, como tristeza, temores, pesares, locura o melancolía, ya que dichas pasiones corrompen la leche y alteran la temperatura del niño, que siendo ahora como la arcilla húmeda y flexible, es fácilmente moldeable y pervertible.” Estos son conceptos que se mantienen en nuestros tiempos y son requisitos indispensables a la hora de escoger una donante de leche para un banco de leche materna o de escoger la leche de una madre para ofrecerla de forma directa a otro recién nacido prematuro que la necesite. La leche materna satisface las necesidades energéticas de los lactantes durante los primeros seis meses de edad; protege al niño de diarreas e induce a la maduración de sus defensas; así como también posee la concentración óptima de los requerimientos de minerales para los lactantes

entre ellos la relación calcio-fósforo de 2-1, necesaria para una buena absorción del calcio, a fin de lograr satisfacer las demandas de un esqueleto que crece rápidamente; relación ésta que no existe en la leche de vaca, donde la relación calcio-fósforo es 1-1, que se traduce en un efecto negativo.⁽⁶⁻⁸⁾

Múltiples son las causas de abandono de la lactancia materna dentro de ellas encontramos:

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., además con frecuencia se debe a mitos arraigados en la sociedad. Maglio de Martín menciona los más frecuentes y da la respuesta verdadera a cada uno:

- ❖ Mito 1. A los recién nacidos hay que darles suplementos durante los primeros días porque la madre todavía no tiene leche y los niños lloran de hambre.

Realidad: Los recién nacidos no necesitan ningún suplemento fuera de la leche de su madre. Está comprobado que para el lactante sano no son necesarios líquidos, alimentos o vitaminas adicionales durante los primeros seis meses.

El calostro proporciona todo el alimento que el niño necesita. Cuando se les da suplementos, se les priva de las ventajas del calostro y se perjudica el desarrollo de la lactancia. Las tomas frecuentes de leche materna en los primeros días reducen la ingurgitación y la ictericia y aumentan la producción de leche.

En el recién nacido, el calostro elimina el meconio y evita la hiperbilirrubinemia neonatal. Los bebés que toman cantidad de suero glucosado son más propensos a desarrollar ictericia.

- ❖ Mito 2. Las madres lactantes deben usar siempre ambos pechos en cada toma.

Realidad: Es mucho más importante dejar que el niño termine de tomar el primer pecho antes de ofrecer el segundo, aunque esto signifique que rechace el segundo durante esa toma. Lo importante es atender el ritmo y los deseos del bebé. La leche materna que contiene más calorías se obtiene gradualmente conforme se va vaciando el pecho. Algunos niños, si se les cambia de lado de forma prematura, se llenarán de la primera leche, baja en calorías, en vez de obtener el equilibrio natural entre la primera y segunda. Como resultado, el niño no quedará satisfecho y puede perder peso.

- ❖ Mito 3. La lactancia prolongada más allá de los seis meses del niño carece de valor porque la calidad de la leche empieza a deteriorarse a partir de ese momento.

Realidad: La composición de la leche materna cambia de acuerdo con las necesidades del niño. Aun cuando el bebé ya sea capaz de recibir otros alimentos, la leche materna es su fuente primordial de nutrición durante los primeros 12 meses. Se convierte en complemento de los alimentos en el segundo año de vida. Además, el sistema inmunológico del niño tarda en madurar entre dos y seis años. La leche materna continúa complementando y ayudando al sistema inmune mientras se siga tomando.

- ❖ Mito 4. Las mamás que miman a sus hijos demasiado y los llevan demasiado en brazos, los malcrían.

Realidad: Los niños a quienes se lleva en brazos a menudo lloran menos horas al día y muestran rasgos de seguridad al crecer.

- ❖ Mito 5. No hay suficiente hierro en la leche humana para satisfacer las necesidades del bebé. Debe darse suplementos de hierro rutinariamente.

Realidad: Los bebés alimentados a pecho exclusivamente no tienen riesgo de anemia ferropénica. La biodisponibilidad del hierro de la leche materna es del 50 por ciento contra el 70 por ciento de la leche de fórmula. De todas formas, muchos pediatras recetan suplemento vitamínico de hierro hasta los 12 meses, según su criterio respecto al paciente.

- ❖ Mito 6: Las madres que trabajan fuera del hogar destetan antes que las que permanecen en su casa.

Realidad: Hay estudios que demuestran que las madres que trabajan fuera de su casa pueden, si lo desean, amamantar tanto tiempo como las que permanecen en el hogar.

- ❖ Mito 7. Una madre necesita amamantar únicamente cada 3 horas o 7 veces al día para mantener una buena cantidad de leche.

Realidad: Los estudios científicos demuestran que cuando una madre amamanta frecuentemente desde que nace el niño, con un promedio de 9,9 veces cada 24 horas durante los primeros 15 días, su producción de leche es mayor, el niño aumenta mejor de peso y la mamá amamantará durante un período más largo. La producción láctea está relacionada con la frecuencia de las tomas. La cantidad de leche empieza a disminuir cuando las tomas son infrecuentes o restringidas.

- ❖ Mito 8. Una madre debe tomar leche para producir leche.

Realidad: Una dieta saludable de verduras, frutas, frutos secos, cereales y proteínas es todo lo que una madre necesita para nutrirse adecuadamente y producir leche. La calidad de la leche no depende directamente de la nutrición de la madre ni del tamaño de los pechos.

- ❖ Mito 9. Cuando una mujer tiene escasez de leche, generalmente se debe al estrés, la fatiga o el bajo consumo alimenticio y de líquidos.

Realidad: Las causas más comunes de leche escasa son tomas infrecuentes del bebé y o problemas con la colocación y postura del bebé al mamar. Los problemas de succión del niño también pueden afectar de forma negativa la cantidad de leche que produce la madre. El estrés, la fatiga o la mala nutrición rara vez son causas de baja producción de leche, ya que el cuerpo humano desarrolla mecanismos de supervivencia para proteger al lactante.

- ❖ Mito 10. Que el bebé succione sin el propósito de alimentarse (succión no nutritiva) no tiene ningún beneficio para él.

Realidad: Aunque las necesidades de succión de algunos niños se satisfacen primordialmente cuando toman la teta, otros niños requieren más succión al pecho, aún cuando hayan acabado de comer hace unos minutos. Muchos niños también maman cuando tienen miedo, se sienten solos o algo les duele. La succión es positiva porque refuerza la seguridad emocional del bebé y proporciona un mayor contacto con la mamá.

- ❖ Mito 11. Algunos niños son alérgicos a la leche materna.

Realidad: La leche materna es la sustancia más natural y fisiológica que el niño puede ingerir. Si el bebé muestra señales de sensibilidad relacionadas con la alimentación, en general se deben a alguna proteína ajena que ha logrado entrar en la leche materna y no a la leche en sí. Esto se remedia fácilmente

eliminando durante un tiempo de la dieta de la madre el alimento ofensivo que contiene dicha proteína.

- ❖ Mito 12. Si un niño no aumenta bien de peso, es posible que la leche de su mamá sea de baja calidad.

Realidad: Los estudios demuestran que aún las mujeres desnutridas son capaces de producir leche de suficiente calidad y cantidad para satisfacer las necesidades de crecimiento del niño. En la mayoría de los casos, el escaso peso se debe a la baja frecuencia con que se prende al bebé al pecho, la mala técnica en la posición o a un problema orgánico del niño.

- ❖ Mito 13. Las madres lactantes deben espaciar las tomas para que puedan llenárseles los pechos. Si la mujer no siente el pecho lleno o duro, es que no tiene leche.

Realidad: El cuerpo de una madre lactante siempre está produciendo leche, sus mamas funcionan como depósitos de reserva. Cuanto más vacío esté el pecho, más rápido trabajará el cuerpo para reabastecerlo. Cuanto más lleno esté el pecho, más lenta será la producción de leche. Si una madre espera sistemáticamente a que se le llenen los pechos antes de amamantar, su cuerpo puede recibir el mensaje de que está produciendo demasiada leche y, por lo tanto, reducirá la producción.

- ❖ Mito 14. El metabolismo del niño se encuentra desorganizado al nacer y requiere que se le imponga una rutina u horario para ayudar a resolver esta desorganización.

Realidad: Los niños nacen “programados” para comer, dormir y tener períodos de vigilia. No es un comportamiento desorganizado sino un reflejo de las necesidades de cada recién nacido. Con el transcurso del tiempo, los bebés se

adaptan gradualmente al ritmo de vida de su nuevo ambiente sin necesitar entrenamiento ni ayuda. Es decir que no es necesario seguir el reloj para dar el pecho, sino estar atenta a las necesidades del bebé más allá de los cronogramas. Además, sólo está contraindicada la lactancia materna si el niño tiene galactosemia (uno de cada 60 mil recién nacidos) o por tratamiento anticanceroso de la madre. La lactancia materna en madres HIV positivo tiene sus riesgos porque el virus puede pasar a través de la leche materna. La conveniencia de amamantar o no hacerlo dependerá de lo que aconseje el equipo médico que controla a la madre.

Como se observan, las causas para no amamantar son pocas y, en realidad, a veces las mamás dejan de hacerlo no por voluntad, sino porque, quizás no contaron con la información y el asesoramiento debidos. De todas formas, la decisión de dar la "teta" a un hijo es personal y nadie puede obligar a una mamá a hacer algo que no quiera. Asimismo, la maternidad va más allá de la lactancia materna y se puede ser una excelente madre sin haber dado pecho. Lo cierto es que el amamantamiento ayuda a crear un vínculo fuerte con el bebé mientras se lo alimenta con lo mejor que puede recibir. Conocer los mitos y saber que existe ayuda disponible para las mamás, puede hacer que el dar la "teta" sea algo placentero y sencillo. ⁽⁹⁾

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. ⁽¹⁰⁾

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, ⁽¹¹⁾ lo que puede dificultar enormemente el desarrollo socioeconómico sostenible y la reducción de la pobreza. ⁽¹²⁾

Por año mueren 1.5 millones de niños por enfermedades prevenibles con la leche materna.

Kaiser, una de las más grandes y exitosas organizaciones para el cuidado de la salud, la Organización Mundial 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. ⁽¹³⁾

En el informe mundial sobre el estado de la infancia publicado en 2004 por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se recogen las cifras de incidencia sobre la situación de la lactancia materna en el mundo, que no son nada alentadoras. En los países desarrollados, hay una baja incidencia y prevalencia de la lactancia materna, así como una duración de la misma por debajo de las recomendaciones.

Los escenarios descritos han conducido a la OMS y el UNICEF a promover compromisos internacionales y al establecimiento de actividades como el alojamiento conjunto de la madre y el neonato y, en 1989, de programas hospitalarios durante la atención del parto, como el del Hospital Amigo del Niño y de la Madre (PHANM), en el cual se alienta el inicio temprano y exclusivo de

la LM, se asiste a la madre en el procedimiento del amamantamiento y se proscriben la utilización de biberones y sucedáneos de la leche materna.⁽¹⁴⁾

En Bielorrusia se ha demostrado recientemente que el programa incrementa la duración de la lactancia materna y el UNICEF promueve que se lleven a cabo evaluaciones del impacto y funcionalidad del programa en todos los hospitales, donde la estrategia está implantada; con base en que las diferencias locales en recursos materiales y humanos pueden conducir a diferencias en la efectividad.⁽¹⁵⁾

En Ensenada, Baja California, la participación económica de la mujer es creciente y actualmente más del 40% de la población femenina en edad fértil realiza actividades remuneradas;⁽¹⁶⁾ sus hijos son atendidos en guarderías donde se les alimenta con sucedáneos de la leche materna (SLM) hasta los cuatro meses de edad, y posteriormente, con fórmula de continuación en biberón. Lo anterior se cumple en el escenario de la operación del programa Hospital Amigo del Niño, desde 1994.

Estudios recientes en América Latina indican que la prevalencia y duración de la lactancia materna es más baja que en África y Asia⁽¹⁷⁾. En Venezuela se ha observado un importante descenso de la utilización de la lactancia natural, especialmente en la etnia guajira, caracterizada por utilizar la lactancia natural en forma exclusiva, posiblemente por el intercambio con otras culturas.⁽¹⁸⁾

Es significativo que un grupo de países, que tienen mejores condiciones económicas se aprecie una preocupante disminución de la prevalencia de la lactancia materna, tal es el caso de Venezuela, Uruguay, Ecuador y Argentina. Estudios realizados en Ecuador en el año 2005 en el Instituto de la Niñez y la

familia (INNFA), donde se estudiaron 33 000 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. ⁽¹⁹⁾

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. 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 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 ⁽²⁰⁾.

En Cuba, al egresar de los hospitales maternos, una gran parte de las mujeres ya lactan a sus hijos; sin embargo, el problema radica en que no se logra una permanencia adecuada del amamantamiento ⁽²¹⁾

Con la implantación del programa del médico de la familia, llamado muy certera y oportunamente "guardián de la salud", son mayores las posibilidades de incrementar la práctica de la lactancia materna y mantenerla exclusivamente

hasta el cuarto mes de vida, con la ayuda de padres, familiares y organizaciones de masas, pues es preciso tener siempre presente que todos los sustitutos, incluida la leche de vaca, los preparados lácteos en polvo para lactantes y las papillas de cereales resultan de inferior calidad, así como más costosos; pero además, estos niños en los que se sustituye la lactancia natural son menos saludables y presentan una marcada incidencia de diarreas, tos y catarro.^(22,23)

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.⁽²³⁾

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⁽²⁴⁾ es un aspecto que tiene especial importancia, en la reducción del riesgo que sufre potencialmente su hijo. 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.⁽²⁵⁾

La problemática parece ser multifactorial, en una comunidad, donde en la bibliografía revisada por nosotros, no se ha caracterizado este problema de salud de forma explícita; por lo cual planteamos el siguiente **Problema Científico**:

¿Cuál sería la contribución de los factores sociales, culturales y psicológicos, al abandono de la lactancia materna, antes del sexto mes de la vida neonatal, en el contexto social del municipio ? San José de Guaribe, estado Guárico, en la República Bolivariana de Venezuela.

El hecho de estar trabajado en las comunidades venezolanas como médico cubano desde el año 2004, nos ha permitido realizar esta investigación que da salida a las interrogantes planteadas y redundará en identificar un grupo de factores que permitan diseñar intervenciones con acciones preventivo-educativas, encaminadas a mejorar los problemas de salud de la población, que se producen por el destete precoz.

MARCO TEÓRICO

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. ^(14, 15,18)

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⁽²⁶⁾. 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 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⁽²⁷⁾; en este sentido la autora de este estudio coincide con la bibliografía citada, considerando que el camino correcto a seguir, para el logro de los objetivos, es llegar al seno de las comunidades y enfrentar este problema con sus escenarios reales.

En el desarrollo histórico de la población venezolana se citan varios estudios⁽⁸⁾, donde se señala la preocupación de las autoridades sanitarias sobre la lactancia materna, la madre y el niño:

En la época prepetrolera, se destaca:

- El 24 de julio de 1909 el Dr. Juan de Dios Villegas Ruíz creó la “Gota de Leche” de Caracas. Se conocían con el nombre de “gotas de leche” unos centros gratuitos de distribución de leche de vaca procesada a bajo costo. Estas instituciones tenían en grandes caracteres sobre la pared la

siguiente aseveración “El alimento perfecto del niño durante el primer año de vida es la leche que producen los senos de su madre”.

- En 1911 se efectúa en Caracas el Primer Congreso Venezolano de Medicina en el que Juan de Dios Villegas Ruíz presentó el informe de los dos primeros años de la “Gota de Leche”.

Al producirse el estallido del primer pozo de petróleo en el país en 1914, ya se había creado en 1911 la Oficina de Sanidad Nacional y un año después la Primera Ley de Sanidad Nacional

- El 8 de junio de 1924 se creó el Instituto Benéfico “Simón Rodríguez” y en 1929 se aprueban sus estatutos, en los que establece como principal objeto la protección del niño de cero a dos años y de la mujer pobre embarazada o lactante; los cuales tienen derecho gratuitamente a todos los beneficios del instituto desde los médicos quirúrgicos hasta la alimentación mínima indispensable.
- En 1927 se crea la “Gota de leche de Maracaibo” relacionado con el hospital y clínica de niños pobres de esa ciudad.
- En 1932, la “Gota de leche de Maracaibo” después de enfrentar múltiples dificultades, se funde con otras instituciones benéficas y se crea el Instituto Pro-infancia.
- Con la promulgación de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en 1999 se establecen las bases para desarrollar la naturaleza jurídica y el modelo organizativo del sector salud venezolano. En los artículos 83, 84, 85 y 86 se dictan la salud como derecho social fundamental y la obligación del Estado de garantizarla y la creación del sistema público nacional de salud bajo la rectoría del

Ministerio de Salud y Desarrollo Social; se promulga que el financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado y se establece que toda persona tiene derecho a una seguridad social que garantice su salud y asegure su protección. Un importante paso dentro de este noble interés es la puesta en práctica de la Misión Barrio Adentro que comenzó en abril del año 2003 en el municipio Libertador en Caracas y se ha ido extendiendo progresivamente para dar cobertura de salud a la totalidad de la población antes excluida, y que aunque en un principio quiso hacerse fracasar por ciertos sectores tratando de empañar la imagen de sus protagonistas, hoy goza de un arraigo popular que hace imposible su vuelta atrás, permitiéndonos incursionar en el tema de la lactancia materna y caracterizar la misma.

Fundamentos de la lactancia materna:

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. 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. ⁽²⁶⁾

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. ⁽²⁶⁾. 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. ⁽²⁶⁾

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. ⁽²⁶⁾

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. ⁽²⁶⁾

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. 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 alimentaría. ^(26,27)

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 bebe 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.

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. ^(25, 26,28)

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. 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; 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*. ^(28,29)

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, grasas, cenizas y lactosa. ⁽²⁸⁾

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-lactoalbúmina. 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. ⁽²⁸⁾

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. ^(28,29) 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.

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. ^(25,28)

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. ⁽²⁵⁾

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. ^(25,29)

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. ⁽²⁹⁾

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, ^(25,29) que se relacionan a continuación:

Minerales miligramos/litro

Calcio.....	340
Fósforo.....	140
Potasio.....	510
Sodio.....	170
Magnesio.....	30
Azufre.....	140
Cloro.....	340

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.

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. ⁽²⁵⁾

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.

Calostro y leche madura

Consideramos que la secreción de los pechos durante los primeros días después del parto es amarilla, más espesa que la leche madura, 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. 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.

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 y K. ^(25,29)

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

Por todo lo anteriormente expuesto es criterio de la autora de este estudio que los beneficios reconocidos de la práctica de la lactancia materna, tanto para el bebé, como para la madre y la sociedad en general, han sido demostrados desde hace muchos años, incluso siglos.

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. ⁽³⁰⁾

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. ⁽³¹⁾

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. ⁽³¹⁾

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. ⁽³¹⁾

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. ⁽²⁸⁾

Impacto sobre las enfermedades infecciosas

Se conoce del gran beneficio de la leche materna para prevenir las enfermedades diarreicas agudas. ⁽³²⁻³⁵⁾

Luego de tantas evidencias y muchas otras no mencionadas como las realizadas en el año 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. ⁽³⁶⁾

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. ⁽³⁸⁾

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. ⁽³⁸⁾

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. ⁽³⁹⁾

Otros autores concuerdan en que las infecciones genitourinarias tienen una prevalencia mucho menor en niños alimentados con lactancia materna exclusiva. ⁽⁴⁰⁾

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. Existen

grandes evidencias de la relación 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. ⁽⁴¹⁾

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. ⁽⁴²⁾

Impacto en las enfermedades no infecciosas

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 (LME). ⁽²⁵⁾

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 LME reduce el riesgo al desarrollar esta enfermedad. ⁽²⁰⁾

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 ⁽³⁶⁾

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. ^(11,43)

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. ⁽¹¹⁾

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. ⁽¹¹⁾

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. ⁽³¹⁾

Impacto Ecológico

La leche materna es valorada como un recurso natural renovable, el más ecológico y conocido manantial de alimento disponible. Es producida sin consumir otros recursos, no contamina en contraste con la leche artificial infantil que produce contaminación de tierra, aire, agua y usa otros productos en su producción. La alimentación al seno materno no es solo un estilo de vida, es una forma de salud para la madre y el niño y una forma de preservación social y del medio ambiente. Hay más riesgos de contaminación con la leche artificial infantil que con la leche materna; pesticidas, fertilizantes, antibióticos, todo el potencial contaminante, son parte de la producción de leche de vaca usada en la leche artificial para los bebés. La producción artificial de leche para bebés contribuye al uso ineficiente de la tierra, deforestación y erosión. Cada pastoreo de vacas destinadas a la producción de leche para bebés, necesita alrededor de 10 000 metros cuadrados de tierra. Cada bote de alimento para bebé requiere de un mínimo de 73 kilos de madera cada año. ^(1,2)

Un estudio determinó que la producción de un kilogramo de fórmula en México, cuesta 12.5 metros cuadrados de deforestación. ⁽⁴⁴⁾ En adición a los beneficios individuales de salud, el amamantamiento provee significantes beneficios económicos, tanto para las familias como para la nación. Como prevención primaria previene o impide enfermedades, como prevención secundaria cura o reduce la severidad de las enfermedades por consiguiente es muy significativo que reduce los costos por cuidados a la salud, disminuyendo también el tiempo que dedican las madres que trabajan fuera del hogar al cuidado de los hijos enfermos. Deteriora el ingreso familiar por su costo. El costo de alimentación con fórmula infantil es aproximadamente \$ 260 a 400 (dólares) más en un año que los niños alimentados al seno materno. Esta diferencia incluye el costo extra de alimentación que las madres requieren para la lactancia. ⁽⁴⁵⁾ Deteriora el recurso más importante del Planeta que es el Hombre, ya que le causa alergias, asma, diarreas, anemia, hipertensión arterial, aterosclerosis, cataratas, desnutrición por mala dilución, desamor, permite que la codicia comercial, la publicidad y la promoción de las leches artificiales, socaven la LACTANCIA MATERNA que es el alimento ideal para EL SER HUMANO. ^(1,2) Daña además la capa de ozono por el gas metano que produce el ganado vacuno.

Beneficios económicos cuantificables

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", 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. ⁽³¹⁾

- 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. ⁽³¹⁾

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. ⁽⁴⁶⁾

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. ⁽⁴⁷⁾

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 ^(48.). 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 LME ^(49,51). La lactancia materna en la adolescente es un aspecto que tiene vital importancia en la reducción del riesgo que sufre potencialmente su hijo. ⁽⁵¹⁾

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. ⁽³¹⁾

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. ⁽⁵²⁾

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. ⁽³²⁾

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. ⁽²⁸⁾

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. ⁽⁵³⁾

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. ⁽⁵⁴⁾

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 ⁽⁵³⁾. 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. ⁽⁵²⁾

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. ⁽⁵⁰⁾

Debemos considerar 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 ⁽⁵⁵⁾.

CONTROL SEMÁNTICO

- **LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA:** Niños que se alimentaron de leche materna por un periodo determinado.
- **LACTANCIA ARTIFICIAL:** Niños que siempre se alimentan a expensas de leche artificial.
- **LACTANCIA MIXTA:** Niños que se alimentan con leche de pecho más leche artificial.
- **GALACTOSEMIA:** Es la incapacidad del organismo de utilizar (metabolizar) el azúcar simple galactosa, ocasionando la acumulación de galactosa 1_fosfato en el cuerpo, lo cual causa daño al hígado, al

Sistema Nervioso Central y a otros sistemas del organismo.

OBJETIVOS

GENERAL

- Analizar el comportamiento de los principales factores socioculturales y psicológicos vinculados a la práctica y abandono de la Lactancia Materna Exclusiva así como su repercusión en el estado de salud de los lactantes, en el municipio, en San José de Guaribe, estado Guárico, en la República Bolivariana de Venezuela en el periodo comprendido entre el 1ero de abril y el 31 de diciembre del año 2008.

ESPECÍFICOS

- Determinar en las madres: edad, nivel de escolaridad, ocupación, tiempo que ofrecieron lactancia materna a sus niños y grado de conocimiento que tienen estas madres sobre la lactancia materna y su relación con el abandono de la misma.
- Identificar el tipo de lactancia que ofrecieron las madres a sus lactantes al nacimiento, al cuarto y al sexto mes.
- Determinar las principales causas del abandono de la lactancia materna en el grupo estudio, así como el estado nutricional de los lactantes al sexto mes de vida en relación con el tiempo de duración de la misma.
- Analizar la aparición de enfermedades asociadas en los lactantes y su relación con la lactancia recibida.
- Determinar la funcionabilidad familiar y estabilidad de la pareja según la duración de la lactancia materna.

MATERIAL Y MÉTODO

- Se realizó una investigación, con diseño de tipo prospectivo, transversal, cohorte y descriptivo; en la población de los consultorios del Médico de la Familia de Barrio Adentro pertenecientes al municipio, en San José de Guaribe, estado Guárico, en la República Bolivariana de Venezuela en el periodo comprendido entre el 1ero de abril y el 31 de diciembre del año 2008.

El universo de estudio estuvo constituido por el total de lactantes cuyas edades estuvieron comprendidas entre el 1er día hasta los 12 meses de edad, en el período que se realizó la investigación y cuyas madres dieron su consentimiento informado para participar en el mismo. Fueron excluidas de

nuestra investigación: las madres que cambiaron su residencia durante el período considerado, las que no tenían residencia permanente en el municipio y las que sufrieron de enfermedades invalidantes que propiciaron un ingreso hospitalario por períodos prolongados, y que las hicieron dejar la lactancia involuntariamente. Finalmente el universo de estudio estuvo conformado por un total de 112 lactantes, quedando finalmente constituida la muestra por 96 lactantes.

PROCEDIMIENTOS:

Para la elaboración del proyecto de investigación, y discusión de los resultados se realizó una revisión documental sobre los aspectos relevantes del tema lactancia materna mediante la aplicación de una guía de observación (Anexo 1) por la propia autora del estudio, enfatizando en los antecedentes a nivel mundial, en la región de Las Américas, en Cuba y Venezuela sobre lactancia materna, resultados de los principales estudios, así como los aspectos clínicos y epidemiológico de la misma entre otros.

A las madres que dieron su consentimiento se les aplicó una entrevista estructurada (Anexo 2) previamente confeccionada por el autor, la misma fue llenada en entrevista directa con la mamá por la propia autora de este estudio, en el consultorio o en la visita al hogar del lactante, al cumplir estos el año de edad. La misma recogía variables generales (edad de la madre, escolaridad, ocupación, tipo de lactancia al nacimiento, al cuarto y al sexto mes, tiempo de Lactancia Materna Exclusiva, conocimientos sobre la misma, principales causas que la motivaron a abandonar la lactancia materna, tipo de familia, funcionamiento familiar, enfermedades durante el primer año de vida del lactante y estabilidad de la pareja. En el caso de las pacientes menores de

edad, esto se realizó con los padres o tutores de la menor. Para determinar el funcionamiento familiar se aplicó el test de funcionamiento familiar (anexo3)

Al final de la entrevista se procedió a tallar y medir a cada lactante para determinar el estado nutricional en percentil según las tablas de desarrollo ponderoestatural ⁽³⁾; datos estos que eran agregados al final del documento de la entrevista.

Los datos obtenidos en la investigación fueron vertidos en tablas utilizando para su análisis la medida de frecuencia y el porcentaje (%)

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

El procesamiento estadístico de la información se realizó de forma manual por el método de los palotes, utilizando además calculadora de mano.

Se trianguló toda la información a partir de los resultados de los métodos aplicados: Empíricos (observación y encuesta), Estadísticos y Teóricos (análisis, síntesis y deducción de la revisión documental y de los resultados entre otros), que nos permitió elaborar el informe final de nuestra tesis, para el cual se utilizó una PC Pentium III, con ambiente Windows XP. Los textos se procesaron con Word XP, y las tablas se realizaron con el formato sugerido para las tesis de maestría.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lea cuidadosamente el siguiente documento y firme al final del mismo si esta de acuerdo.

Madre la leche materna es la mejor leche para criar a su hijo, estamos realizando una investigación para determinar las causas que motivan el abandono de la lactancia materna en el municipio, su cooperación resultará de gran ayuda para el éxito de la investigación; es por ello que solicitamos su

aprobación para participar en la misma, Nos gustaría que nos ayudara en sus respuestas, siempre garantizándole la más completa seguridad que no se divulgarán los datos y solo se utilizarán con fines investigativos.

Muchas gracias

Firma de la madre_____

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Escala de Clasificación	Definición Operacional
Edad Materna	Menor de 20 años De 20 a 35 años 36 y más años	Según edad cronológica
Escolaridad materna	lletrada Primaria Secundaria Bachillerato ó Técnico Universitaria	Según último nivel vencido.

Ocupación de la madre	Estudiantes Ama de casa Obrera/ técnico Profesionales	Según actividad laboral que realizan
Tipo de lactancia	Exclusiva Mixta Artificial	.Únicamente se da como alimento la leche materna Se introduce otra leche además de la leche materna No se introduce leche materna sino de otra especie.
Conocimientos sobre lactancia materna	Adecuado Aceptable Deficiente	Cuando responda adecuadamente la totalidad de las preguntas aplicadas en la encuesta. Cuando responda adecuadamente el 50% de las preguntas Cuando solo responde adecuadamente 1 ó ninguna pregunta
Tipo de familia	Funcional	Se cumplen las funciones básicas de la familia y puntuación de la prueba FF - SIL entre 70 y 43 puntos. No se cumplen una o más de las funciones y puntuación de la

	Disfuncional	prueba FF – SIL entre 42 y 14 puntos. Tomado de la historia de salud familiar
Tiempo de duración de lactancia materna	No lactaron	Nunca se le introdujo leche de pecho
	Menos de 4 meses	Se le introdujo, la leche materna y se le retiro antes los 3 meses y 29 días
	De 4 a 6 meses	Se le mantuvo la lactancia materna en el periodo comprendido desde los 4 meses cumplidos hasta los 6 meses y 29 días
	Lactaron más de 6 meses	Continuaron lactando luego de los 6 meses cumplidos.
Causas de abandono de la lactancia Materna	<ul style="list-style-type: none"> * El niño se queda con hambre * No tiene suficiente leche en los pechos. * El Niño llora mucho * El niño no aumenta de peso * El niño no quiere el pecho 	Según respuesta referida por la madre, en caso de ser más de una solo se acepta la primera.

	* Le daña su estética * Enfermedades de la mama	
Estabilidad de la pareja	Estable No estable	Matrimonio ó unión consensual por periodo mayor a un año Unión por periodo inferior a 1 año ó sin pareja
Valoración nutricional	Menos del 3er percentil Del 3 al 10 percentil Del 10 al 90 percentil De 90 al 97 percentil	Según tablas de desarrollo pondoestatural

Notas:

-En el estudio fueron establecidas como familia funcional a las familias funcionales y familias moderadamente funcionales y familia disfuncional a las familias disfuncionales y familias severamente disfuncionales.

-No se recogió en el estudio ningún parto de 2 o más lactantes.

ANALISIS Y DISCUSIÓN

Al analizar los resultados obtenidos en la Tabla No 1, observamos que de un total de 96 madres lactantes que constituyeron la muestra de estudio el franco predominio fue de las adolescentes menores de 20 años con 40 casos seguida de las de 20 a 35 años con 33 madres para un 41.7 % y 34.4 % respectivamente. Sin embargo llama la atención el 23.9 % de mujeres mayores de 36 años; conociendo el riesgo que significa concebir un embarazo en estas edades de la vida. Estos resultados consideramos se deban al bajo nivel cultural, "tabúes", y falta de orientación médica de la población pobre venezolana, quienes por contar con escasos recursos económicos, hasta nuestra llegada al país, habían sido excluidos de atención médica.

Al relacionar el tiempo de duración de la lactancia materna con las edades maternas observamos que de las 5 madres que no lactaron 5.2 %, 3 eran adolescentes y 2 mayores de 36 años. Encontramos que 49 madres abandonaron la lactancia materna antes de cumplir los cuatro meses el lactante; de ellas predominaron las de 20 a 35 años seguidas de las menores de 20 años con 19.8 % y 18.8 % respectivamente, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas. Por un periodo de 4 a 6 meses

mantuvieron la lactancia un total de 26 mujeres, de ellas predominaron las de 20 a 35 años con 12.5 % y por último lactaron por más de 6 meses un total de 16 madres existiendo un franco predominio de las madres menores de 20 años con 13 casos para un 13.5 % del total de la muestra.

Podemos resumir que las madres menores de 20 años fueron las que lactaron a sus bebés por un periodo superior a los 4 meses siendo las mayores de 36 años las que lo hicieron por menor tiempo. Si bien debiese haberse comportado de forma inversa, si tenemos en cuenta que debían ser las adolescentes las que menor información tuvieran al respecto, así como menos preparadas para enfrentar esta difícil tarea de ser mamá.

Nuestros resultados no coinciden con la bibliografía revisada pues Durán Menéndez ⁽⁵⁶⁾ en su estudio factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna , realizado en Cuba, Ciudad de la Habana encontró un mayor porcentaje de abandono de la lactancia materna antes de los 4 meses en las mujeres menores de 20 años. Por otra parte Silva en su estudio Vivencia de amamantar para trabajadoras y estudiantes de una universidad pública, en Brasil ⁽⁵⁷⁾ obtiene resultados inversos a los nuestros, encontrando que más de la mitad de las adolescentes en su investigación habían abandonado la lactancia antes de los 4 meses. Sin embargo para otros autores como Cuellar en su estudio Lactancia Materna, algunos factores que promueven el destete precoz, la edad materna no tiene significación sobre el tiempo de lactancia materna. ⁽⁵⁸⁾

A nuestro juicio estos resultados en nuestra investigación se deben a la gran participación que tienen los adolescentes en el programa del médico de la familia de Barrio Adentro en la República Bolivariana de Venezuela, como

ejemplo podemos mencionar los círculos de adolescentes, programas de formación de Medicina Integral Comunitaria, Promotores de salud, trabajadores sociales, los cuales participan mas directamente en las labores de promoción y prevención en las comunidades.

En la Tabla No 2 analizamos la relación entre el nivel escolar y el abandono de la lactancia materna, pudimos observar que del total de 5 madres que no lactaron, el predominio fue de nivel escolar vencido secundaria, con 3 casos para el 3.1 % de la totalidad de la muestra, en el grupo que abandonaron la lactancia antes de cumplir los cuatro meses el lactante, predominó igualmente las de secundaria seguida de las de Bachillerato ó técnico medio con 21.9 % y 13.5 % respectivamente , lo mismo sucedió con las que lactaron de cuatro a seis meses y por más de seis meses donde predominó el nivel escolar secundaria. Nuestra consideración al respecto, es que de forma mayoritaria la población ha vencido el nivel secundaria mediante la misión Robinson, desarrollada en el país por el gobierno Bolivariano de Venezuela en colaboración con nuestro país, lo que consideramos un logro de nuestra Revolución.

Durán Menéndez y colaboradores, en su estudio ⁽⁵⁶⁾ encontraron resultados similares a los nuestros. Otros no coinciden con nuestros resultados y plantean que la escolaridad materna favorece la prolongación de la Lactancia Materna Exclusiva ⁽⁵⁵⁾.

Estudios realizados por Pérez Escamilla ⁽⁵⁹⁾ 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 ^(55,60).

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. ^(59,61)

En la Tabla No 3 analizamos la relación entre la ocupación y el tiempo de duración de la lactancia materna. Encontramos predominio de las madres obreras ó técnicas seguidas de las amas de casa con 38.5 % y 31.2 % respectivamente. De ellas encontramos que de las madres que lactaron menos de cuatro meses predominaron las obreras ó técnicas, seguidas de las estudiantes con 23. % y 14.6 % respectivamente, siendo las amas de casa las que lactaron por un mayor periodo de tiempo de cuatro a seis meses un 14.5 % y más de seis meses el 8.3% .Consideramos esto se deba a que son las amas de casa las que disponen de más tiempo y pueden permanecer junto a su bebé para lograr una lactancia materna adecuada, no sucediendo lo mismo con las estudiantes y obreras que muchas veces tienen que suspender la misma para incorporarse a sus labores por no encontrarse legalmente protegidas. Tenemos conocimiento que el Gobierno Bolivariano está trabajando arduamente en pos de la salud del pueblo, donde se encuentran priorizados los niños, es de suponer que en un periodo de tiempo no muy lejano las madres venezolanas

gozaran de leyes que protejan al lactante y su mamá para lograr una lactancia exitosa hasta el año de edad.

Contrario a nuestros resultados aparece en la literatura médica revisada el trabajo de Duran Menéndez ⁽⁵⁶⁾ que evidencia que no existieron diferencias entre sus amas de casa y el tiempo de lactar, pues prácticamente existían iguales cifras en uno u otro tiempo. Baldomero López ⁽⁶²⁾ por su parte expone cifras semejantes a las de nosotros con más de la mitad de las mujeres que no trabajaban con una lactancia superior a los 4 meses. Díaz y Cabrera ⁽⁶³⁾ en Colombia en un estudio realizado donde su muestra estaba constituida solo por mujeres trabajadoras, encontró una cifra mayor de obreras y técnicas con mayor tiempo de lactancia que las profesionales y con algún cargo administrativo que se incorporan rápidamente al trabajo, suministrándoles a los niños formulas artificiales. Esta situación se repite en muchos países como Ecuador, Irlanda y Estados Unidos donde hallazgos de los investigadores Sempertegui Sayers y Cohen, respectivamente prueban que a pesar de conocer lo importante que resulta lactancia exclusiva para la salud de sus hijos, muchas mujeres no pueden llevarla a cabo por sus responsabilidades laborales ⁽⁶⁴⁾

En la Tabla No 4 podemos observar la distribución de los casos acorde al tipo de lactancia empleada al nacimiento, cuarto y sexto mes de vida. Podemos apreciar un franco predominio al nacimiento de la lactancia materna mixta con 64 casos para un 66.7%, seguida de la exclusiva con 27 madres para 28.1 %. Es alarmante observar como ya al cuarto mes ningún lactante recibía lactancia materna exclusiva; 31 casos tomaban lactancia mixta para 33.3 % y 65 madres

tenían lactancia artificial para el 67.7%; al sexto mes el 83.3 % de los casos tomaban lactancia artificial.

A nuestro juicio este es un serio problema que persiste en el sistema de salud venezolano, a pesar de La Misión Barrio Adentro realizar sus máximos esfuerzos en consultas , terrenos, círculos de adolescentes, de embarazadas, de lactantes, labores de promoción y prevención con las comunidades ;aún se encuentra muy arraigado en la sociedad venezolana los fines mercantilistas de los servicios de salud privados ,quienes orientan a las puérperas antes de salir de los hospitales y clínicas el uso de biberones y lactancia mixta.

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 ⁽⁵⁸⁾.

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

En las investigaciones revisadas encontramos que Arce y Wagner ⁽⁶⁶⁾ muestran cifras de lactancia mixta similares a las nuestras, siendo el tipo de lactancia la que predominó en su estudio. En otros países capitalistas, donde existe un mercado completo de formulas de leche artificiales y donde la propaganda juega un rol importante a favor de estas, aparecen porcentos muy similares, sobre todo en países desarrollados. Es por esto que Jiménez ⁽⁶⁶⁾ y Uchimura ⁽⁶⁷⁾ presentan en sus estudios un porcentaje abrumador de madres que combinan la lactancia materna con la artificial sobre todo en horarios nocturnos o cuando se encuentran trabajando.

En la Tabla No 5 observamos la distribución de los casos acorde al grado de conocimiento que tenían las madres y su relación con el tiempo que ofrecen la lactancia materna. Del total de la muestra únicamente 16 madres tenían conocimiento adecuado sobre la lactancia materna para un 16.7 % siendo el grupo más representativo las que tenían conocimientos deficientes sobre la misma con un total de 48 madres para 50.0 %. Resultó alarmante que la mitad de la muestra tenga conocimientos deficientes sobre la lactancia materna. Es de señalar que el 100 % de las que tenían adecuado conocimiento sobre la misma lactaron a sus bebés por un período mayor de 4 meses, además, del total de las madres que no lactaron a sus bebés el 80 % tenían conocimientos deficientes sobre la misma y solo el 11.5 % de las que tenían conocimientos deficientes lactaron por más de 4 meses.

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, 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. ^(52, 55,68).

Múltiples investigaciones como las de Fuenmayor en Venezuela ⁽⁶⁹⁾, Rosabal ⁽⁷⁰⁾ y Beltrán ⁽⁷¹⁾ en Cuba, Fertoni en Brasil ⁽⁷²⁾ y Sosa Torres en Nicaragua ⁽⁷³⁾ entre otros son ejemplo de la ardua labor que realizan las naciones del

mundo por evitar el destete precoz y luchar contra las grandes transnacionales que se apoderan del mercado con sus productos artificiales.

Al analizar la distribución de los casos acorde a las principales causas de abandono de la lactancia materna (Tabla No 6), encontramos que en nuestra muestra existió un franco predominio de las madres que referían que sus hijos se quedaban con hambre con un 44.8 % seguido de las que referían no tener leche en los pechos con un 37.5 %.

Nuestros resultados coinciden con la mayoría de los autores de las investigaciones que revisamos, como el de Sánchez en Sao Pablo ⁽⁷⁴⁾ en un estudio realizado con mujeres de una comunidad, identificó que una de las causas más frecuente de abandono de la lactancia era la Hipogaláctea referida. Igual conclusión la muestran Cepero y Santana en Ciego de Ávila ⁽⁷⁵⁾ al presentar más de la mitad de sus mujeres con disminución de la leche referida también.

Otros autores como Cuellar Hernández ⁽⁵⁸⁾ reportan como primera causa que el niño no se llena. Prácticamente todas las mujeres pueden lactar, son raras las razones fisiopatológicas que se pueden oponer a la lactancia natural. Esta demostrado que el no tener leche es una razón de tipo psicológico y social, por lo que es modificable. En lo que respecta a que el niño no se llena, tiene por lo general varias causas entre las que se pueden mencionar: la falta de motivación, desconocimiento de las ventajas de dar pecho, pobre preparación durante el periodo prenatal y errores elementales de dar el pecho en relación con técnicas inadecuadas, entre otras ⁽⁵⁶⁾.

En la Tabla No 7 realizamos la distribución de los casos acorde al estado nutricional del lactante al sexto mes de vida, en relación con el tiempo de duración de la lactancia materna. Pudimos apreciar en la misma que de un total de 8 niños que encontramos por debajo del tercer percentil ó sea desnutridos, 3 niños no lactaron y 4 niños recibieron lactancia por un período inferior a cuatro meses. Consideramos importante resaltar que encontramos en nuestro estudio que 40 lactantes estaban delgados ó sea entre el 3 y el 10 percentil, para 41.6 %; de ellos 29 lactaron por un periodo inferior a 4 meses. Los niños eutróficos ó sea entre el 10 y 90 percentil, en total 41 casos, todos recibieron lactancia y de ellos 30 recibieron lactancia por un periodo superior a 4 meses.

Nuestros resultados coinciden con los de literatura revisada, López y colaboradores en su estudio duración de la lactancia natural después de 5 años de aplicar un programa de lactancia materna encontró similares resultados quedando demostrado el efecto biológico de la lactancia materna. ⁽⁷⁶⁾

Otros autores^(77,78,79) , coinciden con nuestro resultados, planteando además que el crecimiento del lactante amamantado es diferente al alimentado con sustitutos , es por ello que consideramos de vital importancia el fortalecimiento de la lactancia materna en nuestros lactantes pues influye directa y proporcionalmente en el estado nutricional del mismo.

En la Tabla No 8 realizamos la distribución de la serie de acuerdo a la relación existente entre el tiempo que recibieron lactancia materna los lactantes y la aparición de enfermedades durante el primer año de vida. Encontramos que la enfermedad mas frecuente fue la diarrea con 60 casos para un 62.5 %, seguido de las Infecciones Respiratoria Agudas (IRA) con 53 casos para el 55.2 %.De ellos pudimos apreciar que de un total de 49 lactantes que recibieron lactancia

materna por menos de 4 meses, 41 casos ó sea el 83.7% se enfermaron de diarrea y 32 lactantes (65.3%) de IRA. De estos resultados podemos afirmar que existe una estrecha relación entre las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) e IRA con la lactancia materna.

En un estudio realizado por Riverón y colaboradores en 1990 con 82 pacientes egresados del servicio de EDA del Hospital Pediátrico de Centro Habana, se encontró que el 90.5% de ellos habían recibido lactancia materna en algún momento y solo el 13.7% era lactado hasta los 3 meses. Florit J. en su estudio encontró que de 90 niños que fueron lactados por un tiempo menor de 3 meses solo un 2.2% no tuvo cuadro clínico de EDA y el 32.2% tuvo 4 episodios o más de diarreas; y muestra que entre los 175 que fueron lactados por 3 meses o más un 37.8% no presentó cuadro diarreico y solo el 2.2% tuvo 4 o más episodios diarreicos, coincidiendo con resultados encontrados en otras bibliografías ^{81,82}. Un estudio control de casos en Brasil ha mostrado que los bebes de 0 a 2 meses que no toman leche materna tienen 25 veces más probabilidades de morir de enfermedades diarreicas que aquellos alimentados exclusivamente a leche materna ⁽⁸²⁾. Una investigación sobre la relación de la otitis media aguda y la lactancia materna en le Hospital de Leideen del Norte de Irlanda, evidenció que los niños lactados con pecho exclusivo el mayor tiempo posible, demoran más en desarrollar cuadros de otitis media aguda que cuando abandonan la lactancia materna ⁽⁸³⁾.

Consideramos que el hecho de que hay una menor incidencia de enfermedades respiratorias en dependencia de la duración de la lactancia materna se asocia a las propiedades inmunológicas que posee la leche materna.

En la Tabla No 9 analizamos la relación entre el tiempo de duración de la lactancia materna y la funcionabilidad de la familia, encontramos que 76 familias eran disfuncionales para un 79.2 % y sólo 20 familias eran funcionales para el 20.8 % ; de ellas 19 (19.8 %) lactaron por más de 4 meses ó sea de 4 a 6 meses y más de 6 meses, ósea que el 95 % de las madres de familias funcionales lactaron por más de 4 meses. Sin embargo en las familias disfuncionales sucedió a la inversa de un total de 76 familias, 48 madres, el 96 % lactaron por menos de 4 meses, de allí que podamos inferir la estrecha relación que existe entre la funcionabilidad de la familia y la práctica de la lactancia materna. La familia constituye el 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 ⁽⁵⁵⁾. Resultados similares a los nuestros fueron reportados por autores cubanos ⁽⁸⁴⁾ y extranjeros. ⁽⁸⁵⁻⁸⁷⁾

Sin embargo Estévez González ⁽⁸⁸⁾ y Durá Trabé ⁽⁸⁹⁾ no encontraron relación entre el apoyo familiar y el abandono de la lactancia materna. En la tabla No 10 realizamos la distribución de los casos acorde a la estabilidad de la pareja y su relación con el tiempo de duración de la lactancia materna. En ella pudimos observar que predominaron las familias no estables con 54 casos para un 56.3 %. De los cinco lactantes que no recibieron lactancia materna encontramos que 4 para un 80 % eran hijos de parejas no estables. De las 49

madres que lactaron menos de 4 meses, 32 casos para un 65.3 % eran hijos de parejas no estables. Es de resaltar que 14 casos (87,5%) de las 16 madres que lactaron más de 6 meses, eran hijos de parejas estables. De allí que existe una estrecha relación entre la estabilidad de la pareja y el tiempo de duración de la lactancia materna.

Prendes Labrada ⁽⁹⁰⁾ en Santo Suárez. Ciudad de la Habana encuentra que las mujeres casadas y en unión consensual permanecen más tiempo lactando que las que no tienen pareja reconocida. A su vez Alonso Cabrera ⁽⁹¹⁾ en Colombia no encuentra diferencias significativas en cuanto al estado civil y la duración de la lactancia y esto se debe a que su estudio se hizo en una zona semirural. También Arce y colaboradores ⁽⁶⁵⁾ plantearon, que existió una gran diferencia entre las mujeres casadas y las solteras permaneciendo estas últimas menos tiempo lactando

CONCLUSIONES

- En nuestro estudio predominaron las madres adolescentes, seguidas de las mayores de 36 años. Existió franco predominio del abandono de la

lactancia materna antes de los 4 meses en las madres entre 20 y 35 años, y las que lactaron por más de 6 meses en las adolescentes.

- El nivel escolar secundaria fue el más frecuente en la serie, no existiendo diferencias significativas en cuanto al nivel escolar y el tiempo de duración de la lactancia materna.
- En el estudio predominó la ocupación obrera ó técnica, siendo las mismas las que lactaron con mayor frecuencia por menos de 4 meses y las amas de casa las que lactaron por mayor periodo de tiempo.
- Al nacimiento predominó la lactancia materna mixta, y al cuarto y sexto mes de nacido la lactancia artificial. Siendo el motivo más frecuente referido de abandono de la lactancia materna, que el niño no se llenaba
- Encontramos mayor frecuencia de madres con conocimientos deficientes sobre la lactancia materna, siendo éstas las que lactaron a sus bebés por menor periodo de tiempo.
- La prevalencia en la serie de niños delgados (menos del 3er percentil) y los eutróficos (10 a 90 percentil) no ofrecieron diferencias significativas, habiendo recibido lactancia materna la mayoría de los eutróficos, no así los de bajo peso (menos del 3er percentil).
- La mayoría de los lactantes que recibieron lactancia materna por menos de 4 meses enfermaron con mayor frecuencia de enfermedades diarreicas y respiratorias agudas.
- En las familias donde las madres ofrecieron menor tiempo de lactancia materna, se encontraron mayor número de parejas no estables y familias disfuncionales.

RECOMENDACIONES

- Divulgar la necesidad e importancia de la lactancia materna exclusiva a toda la población; comenzando desde edades tempranas de la vida, fomentándola incluso desde las instituciones ó cuidados diarios, 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.
- Proponer el incremento de programas educativos, utilizando el marco que nos ofrecen en la radio locales, para tratar de contrarrestar la información errada que le ofrecen a través de los medios.
- Informar a la direcciones de las Áreas de Salud Integrales Comunitarias los resultados de la investigación con la finalidad de programar actividades de educación para la salud, que nos permita modificar y eliminar los factores que la limitan y de manera que esta experiencia se extienda a los demás consultorios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Radford A. "El impacto ecológico de la lactancia artificial", IOCU Organización Internacional de Asociaciones de Consumidores. Hong Kong, julio 1991, tomado del Centro de documentación de Código. Guatemala. IBFAN / UNICEF / OMS.

2. "Lactancia Materna, Ecología y Medio Ambiente" Boletín 79, vol. X, # 8, Agosto 1996, de la Asociación Internacional de Salud. Bolivia.
3. Amador García M, Hermelo Treche M. Alimentación y nutrición en Pediatría. Editorial Pueblo y Educación, Ciudad de la Habana: 1996: 52-3.
4. Lactancia materna, 2001; En: <http://www.contusalud.com/>.
5. Díaz A, Ramírez Corría V. Lactancia materna: evaluación nutricional en el recién nacido. Rev Cubana Pediatr 2005; 77(2) Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/> Con acceso: Septiembre del 2006.
6. Juez G. Lactancia materna exclusiva. Crecimiento del lactante en un grupo seleccionado de niños chilenos. Rev Chilena de Pediatría. 1984; 55(4): 225-30.
7. Belavady B, Golopan C. Effect of dietary supplementation on the composition of breast milk. Indian Med Res. 1960; 48: 518-23.
8. Puig M. Que se avizora en nutrición para el año 2000. Simposio llevado a cabo en el X congreso nacional de pediatría Dr. Alberto Bercowsky. Venezuela; 2000
9. Weimer Jon P. Breastfeeding. Health and Economic Issues, Food; 1999.
10. Amador García M. Lactancia materna más y mejor en 1993. Rev Cubana Aliment Nutr, 1993; 7: 4-5.
11. Burbano C, Gómez P. Más de 30 razones a favor de la lactancia materna. Rev. Hogar y Salud. 2002; 4: 13.
12. MINSAP: Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1997.p. 55-66.
13. Dar de Mamar. Disponible en: <http://www.dardemamar.netfines.com>. 2003.

14. World Health Organization/UNICEF. Protecting, promotion and supporting breastfeeding: The special role of maternity service. A join WHO/UNICEF statement. Int J Gynecol Obstet 1990; 31:171-83.
15. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La iniciativa hospital amigo del niño. Parte VII. Reevaluación de hospitales amigos del niño: guía para desarrollar el proceso a nivel nacional. Nueva York (NY): FBHI Team Nutrition Section, 1998.
16. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda. México, 2000. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx>
17. Villalobos de Rivero E., Parra de Soto H., Vera de Soto D. comparación en la composición de macronutrientes en las etnias guajiras y no guajiras. Arch. Venez. Puer. Ped. 2001;64:24-36.
18. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Centro Nacional de Educación para la Salud. Por una lactancia exitosa (folleto).UNICEF/SL/SA/:1
19. Veliz J. Estudio nutricional en niños menores de 6 años. INNFA. Ecuador. 2004. En: <http://www.org.INNFA.ec/>.
20. Borch Jonson K et al. Relation between breastfeeding and incidence rates of insulin-dependent diabetes mellitus. Lancet.1984; 2 (8411).
21. Lactancia materna: más y mejor en 1993. Editorial. Rev. Cubana Aliment Nutr 1993; 7(1):4-5.
22. Abreu SGV, Amador MA, Borroto CR, Burke BR, Castellanos SB, Cobas SM. Para la vida. La Habana: Ed. Pueblo y Educación, 1992: 25-31

23. Fernández SM, Rubio BJ. Factores predisponentes de infecciones respiratorias agudas en el niño. Rev Cubana Med Gen Integr 1990; 6(3):400-88.
24. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud Pública. 2004. En: <http://www.infomed.anuario.htm>. Acceso el 15-04-2005
25. 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.
- 26 Historia y composición de lactancia materna 2006; En: http://orbita.starmedia.com/~lactancia_materna.html
27. 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.
28. Lactancia Materna y Seguridad Alimentaria. 2006; En: <http://www.waba.org.my/>. Acceso 14-05-06
29. 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
30. Lecumberri IE, Jiménez TG. Lactancia Materna el mejor comienzo. 2000.
31. 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.
32. Clemens JD. Breastfeeding and the risk of severe cholera in rural Bangladeshi Children. Am J Epid 1990; 131: 400-11.

33. Lamounier JA, Moulin ZA, Xavier CC. Recomendacoes quanto a amamentacao na vigencia de infeccao materna. J Pediatr Rio de J. 2004; 80 (5)
34. 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.
35. Walter M. A fresh look at the risks of artificial infant feeding. J Hum Lact 1993; 9 (2). UNICEF, New York Nutrition Section.
36. Jiménez FE. Lactancia materna y enfermedades. En <http://www.diagnostico.com/enfermedad.stm>. 2006.
37. 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.
38. Duncan B, Ey J, Holberg C, Wright J, Martinez FD, Taussing LJ. Pediatrics 1993; 91(5)
39. Coppa G. Preliminary study of breastfeeding and bacterial adhesion to uroepithelial cells. Lancet 1990; 335:569-71.
40. Horrobin DF, Stewart C. Breastfeeding and urinary tract infections. Lancet 1990
41. Morse JL, Talbott FB 1920. In Uriburu G. Op. Cit. 1991
42. Renner E. The micronutrients in milk and milk-based food products. London: Elsevier Applied Sciences. 1989.
43. Wendy. Eco mama, Mothering 1999; pp: 95, 66.
44. Drummond M. Métodos para la evaluación económica de los programas de atención de la salud. Edit. Díaz de Santos, Madrid, 1991.
45. <http://www.dardemamar.netfines.com>. 2003

46. 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); 583-89.
47. Durán Menéndez R, Villecias Cruz A. Factores psicosociales que influyen en el abandono en la lactancia materna. Rev. Cubana Pediatría 1999; 71(2): 72-9.
48. Masías Menéndez Z. La lactancia materna. Rev. Cubana Med Gen Integr. 1991; 6(1): 119-23
49. 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.
50. Lactancia materna. Un asunto feminista. En <http://www.wabaorg.my/resou.htm>. 2006. Acceso 2006
51. Valdés JD. Lactancia materna y madre adolescente. Rev. Cubana Pediatr 1990; 62(4): 560-65.
52. 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); 530-35
53. González IM, Pileta BR. Lactancia Materna. Rev Cub Enfer, enero-abril 2002; 18 (1).
54. 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.
55. Yaque M, Castillo E, Praena M, Sancho C, Fernández A, Herrera C, Estévez 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 abril-junio 2000; 11 (6).

56. Durán Menéndez R, Villegas Cruz D, Sobrado Rosales Z, Almanza Mas M. Factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna. Rev Cubana Pediatr 1999; 71(2):72-9 Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/> Con acceso: Septiembre del 2006.

57. Silva IA. A vivência de amamentar para trabalhadoras e estudantes de uma universidade pública. Rev Bras Enfermagem 2005; 58(6):641-646 Disponible en: <http://www.scielo.org/> Con acceso: Septiembre del 2006.

58. Cuellar M. C, Hernández Figueroa R, Ramos Diques MJ; Valdes Glez O y Glez Leyva ME. Lactancia Materna ,algunos factores que promueven el destete precoz. Rev. Cub.Med.Gen. Int. Enero-marzo 1989 (5).

59. Pérez Escamilla R. La promoción de la lactancia materna en la era del SIDA. Rev Panam Salud Pública. 2001; 9 (6)

60. Prendes Labrada MC, Vivanco del Río M, Gutiérrez González MR, Guibert Reyes W. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santo Suárez. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(4):397-402 Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/> Con acceso: Septiembre del 2006

61. Also GC, Mateus JG. Duración de la lactancia exclusiva en Cali, Colombia. 2003. Colomb Med 2004; 35 (3): 1657-9534.

62. Baldomero López V, Contreras MV, Liaudat A. Lactancia materna exclusiva e introducción de alimentos. Dieta 2003; 21(105):8-16) Disponible en: <http://www.scielo.org/> Con acceso: Septiembre del 2006.

63. Díaz C, Cabrera G, Mateus JC. Representaciones de lactancia en un grupo de mujeres de Cali. Colombia Medica 2002; 134(3) Disponible en:

<http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No3/cm34n3a3.htm> Con acceso:
Septiembre del 2006

64. Sempertegui F, Leon L, Diaz R, Hierro F, Portilla J, Jarriu J. Mantenimiento de la lactancia materna: estudio comparativo en dos barrios de la Ciudad de Quito en Lactancia Materna y Alimentación en el primer año de vida en el Ecuador, investigaciones documentales y de campo, UNICEF. 1993.109-140.

65. Arce CL, Wagner L. Lactancia materna: un estudio acerca de los factores que inciden en su exclusividad. Bol. Proaps-Remediar 2005; 3(19):23-5
Disponible en: <http://www.scielo.org/> Con acceso: Septiembre del 2006.

66. Jiménez R, Curbelo JL, Peñalver R. Relación del tipo de alimentación con algunas variables del crecimiento, estado nutricional y morbilidad del lactante. Colomb. Med 2005; 36(3):19-25 Disponible en: <http://www.scielo.org/> Con acceso: Septiembre del 2006.

67. Uchimura TT, Uchimura NS, Furlan J, Oliveira C. Aleitamento materno e Alimen Cuid Saúde 2003; 2(1):25 Disponible en: <http://www.scielo.org/> Con acceso: Septiembre del 2006.

68. 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): 13-8.

69. Fuenmayor JG, Álvarez de Acosta T, Cluet de Rodríguez I, Rossell Pineda MR. Relactancia método exitoso para reinducir el amamantamiento en madres que abandonaron la lactancia natural. An Venez Nutr 2004; 17(1) Disponible en: <http://www.scielo.org/> Con acceso: Septiembre del 2006

70 Rosabal Suárez L, Piedra Cosme B. Intervención de enfermería para la capacitación sobre lactancia materna. Rev Cubana Enferm 2004; 26(1)

Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/> Con acceso: Septiembre del 2006.

71. Beltrán González BM, Reyes García R, Pérez Pulido R, Prado Romero L, Abreu Herrera MM, Bermúdez Muñoz G. Programa educativo prenatal y lactancia materna. Rev Cubana Estomatol 2003; 26(2) Disponible en: <http://www.scielo.org/> Con acceso: Septiembre del 2006.

72. Fertoni HP, Higashi IH. Estudo comparativo entre profissionais enfermeiros e outros profissionais na prática do aleitamento materno. Ciênc. Cuid. Saúde 2002; 1(1):95-101. Disponible en: <http://www.scielo.org/> Con acceso: Septiembre del 2006

73. Soza Torrez A. Conocimiento sobre lactancia materna del personal de salud de gineco-obstetricia y pediatría del Hospital Alemán Nicaragüense Febrero 2005. Managua; 2005 Disponible en: <http://www.scielo.org/> Con acceso: Septiembre del 2006.

74. Sánchez MT. Factores asociados à amamentação exclusiva de recém-nascidos de baixo peso ao nascer integrantes do Método Mãe-Canguru. Universidade de São Paulo 2005. Disponible en: <http://www.scielo.org/> Con acceso: Septiembre del 2006.

75. Cepero Val MT, Santana Sardañas SC, Pérez Cruz IN. ¿Alimenta Usted correctamente a su bebé? Mediciego 2004; 10(1) Disponible en: <http://www.cav.sld.cu/centro/Revista/Vol10.Suple1/T18.htm> Con acceso: Septiembre del 2006

76. López I, Sepúlveda H, Vargas P: Duración de la lactancia natural después de 5 años de aplicar un programa de fomento de la lactancia materna. Servicio de Salud Metropolitano Norte. Pediatría 2004; 33: 8-14.

77. Labarere J, Gelbert Baudino N, Ayras AS, Duc C, Berchotteau M, Bouchon N, Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother – infant pairs. *Pediatrics*. 2005; 115: e 139: – 46.
78. Rajakumar k, Thomas SB.. Reemerging nutritional rickets. A historical perspective. *Arch Pediatr. Adolesc. Med.* 2005; 159: 335 – 41.
79. Dewey KG, Cohen RJ, Brown KH. Exclusive breast – feeding for 6 months, with iron supplementation, maintains adequate micronutrient status among term, low – birthweight, breast – fed infants in Honduras. *J. Nutr.* 2004; 134: 1091 – 8.
80. Riveron Corteguera RL, Zarragoitia Rodríguez OL Blanco y Aranguren. Lactancia Materna y Diarrea. *Rev. Cubana.Pediatría* 62(2)250-261. Marzo – Abril 1990.
81. Florit Marton J. Factores biológicos y psicosociales relacionados con la lactancia materna en un área de salud. Trabajo para optar por el Título de Especialista de 1er grado de MGI: C. Habana 1995.
82. AHRT, AGRU. Dialogo sobre la diarrea El boletín sobre el control de enfermedades diarreicas. No41. Sept.1992.
83. Para la vida – Lactancia Materna; mhtml: File A: La % 20 Lactancia – Julio 2006 pág. 1.
84. OSA, José de la O... - Lactancia Materna// José A de la OSA. Cuba. Cu – Consulta Médica, Julio 2006. Pág. 1 de 2.
85. Rajakumar k, Thomas SB. Reemerging nutritional rickets. A historical perspective. *Arch Pediatr. Adolesc. Med.* 2005; 159: 335 – 41.

86. Wolfberg AJ, Michels Shields W, O'Campo P, Bronner Y, Bienstock JD
Dads as breastfeeding advocates: Results from a Randomized controlled trial of
an educacional intervention. Am J Obstet Gynecol. 2004; 191: 708 -12.
87. Stremmler J, Lovera D. Insight from a breastfeeding peer support pilot
program for husbands and fathers of Texas wic participants. J. Hum Lact. 2004;
20: 417 – 22.
- 88- Estévez González DM, Martel CD, Medina SR, García VE, Saavedra.
Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. An Esp
Pediatr. 2004; 56: 144 – 50.
89. Durá Travé. Evolución de la prevalencia de la lactancia materna en el
medio rural. Análisis de catorce años. Acta Pediát Española 2004; 58: 191 -98.
90. Bruckner H. Lactar es amar. La Habana: Editorial Científico-Técnica,
2003:1-10.
91. Alonso Cabrera G, Cesar Mateos J, Lorena Giron S. Duración de la
lactancia exclusiva en Cali, Colombia, 2003. Colombia Medica 2004; 35(3)
Disponibile. en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol35No3/cm35n3a2.htm>
Con acceso: Septiembre del 2006.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Veliz J. Estudio nutricional en niños menores de 6 años. INNFA. Ecuador. 2004. En: <http://www.org.INNFA.ec/>.
2. 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.
3. 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.
4. Araujo 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.
5. Also GC, Mateus JG. Duración de la lactancia exclusiva en Cali, Colombia. 2003. *Colomb Med* 2004; 35 (3): 1657-9534.

6. UNICEF. Anatomía y fisiología de la mama. Lactancia materna. Materiales para capacitación. México, DF: UNICEF, 2005:62.
7. Hernández MT, Aguayo J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. [An Pediatr \(Barc\). 2005; 63:340-56.](#)
8. Cortez Marina RB, Buñuel Álvarez JC. La lactancia materna no parece asociarse a un mayor coeficiente intelectual en niños nacidos a término y controlados prospectivamente. *Evid Pediatr* 2007; 3:12
9. Calderón Reynoso I, Calzada Parra A, Lamas Ávila M, Hernández Cardosa MF, López Milián M. Lactancia materna como un derecho del niño a la vida [artículo en línea]. *MEDISAN* 2006; 10(1) http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_1_06/san05106.htm [consulta: fecha de acceso].
10. Navarro Estrella M. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. *Salud Pública de México* 2003; 45:276-84.
11. Ummarino MA. Short duration of breastfeeding and early introduction of cow's milk as a result of mothers' low level of education. *Acta Paediatrica* 2003; 94 (441) Suppl: 12-17.
12. 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
13. Ageitos ML, May V. Lactancia materna. *Bol. Proaps-Remediar* 2005; 3(19):18-21 Disponible en: <http://www.scielo.org/> Con acceso: Septiembre del 2006

14. Brito Luciane MO, Chein da Costa MB, Pinheiro Santos F. Trastornos na promoção e manutenção do aleitamento materno. *Femina* 2006; 34(2):147-154 Disponible en: <http://www.scielo.org/> Con acceso: Septiembre del 2006.
15. Cotrim LC. Aleitamento materno exclusivo e uso de chupeta nos primeiros quatro meses de vida. São Paulo. 2005 Disponible en: <http://www.scielo.org/> Con acceso: Septiembre del 2006.
16. Podadera Valdez Z, Flores Podadera H. Evaluación del impacto del taller sobre lactancia materna y su rol preventivo en las anomalías dentomaxilofaciales, 2003. *Rev Cubana Estomatol* 2004; (1) Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/> Con acceso: Septiembre del 2006.
17. Díaz Colina JA, Fernández Martines L, Ledesma O`rrellys L, Alberna Cardoso A. Factores biosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna. *Mediciego* 2004; 10(2) Disponible en: <http://www.cav.sld.cu/centro/Revista/vol10.no.2/11.htm> Con acceso: Septiembre del 2006.
18. Guzmán CR. Os significados da amamentação na perspectiva das mães. Universidade de São Paulo 2005 Disponible en: <http://www.scielo.org/> Con acceso: Septiembre del 2006.
19. Pallás Alonso CR, Baeza Pérez-Fontán C. El médico de familia y la formación en lactancia materna. *Atención Primaria* 2006; 38(2):67-68 Disponible en: <http://www.fisterra.com> Con acceso: Septiembre del 2006.
20. Gavilla González BC, Lasa González Y, Pérez Phinney R. Repercusión del destete precoz en párvulos del círculo infantil "Amiguitos Africanos". *Rev. médica electrón* 2004; 26(1) Disponible en: <http://www.scielo.org/> Con acceso: Septiembre del 2006.

21. Sosa Torres A. Conocimiento sobre lactancia materna del personal de salud de gineco-obstetricia y pediatría del Hospital Alemán Nicaragüense Febrero 2005. Managua; 2005 Disponible en: <http://www.scielo.org/> Con acceso: Septiembre del 2006.
22. Sierra Hernández E, Solarana Ortiz J, Velásquez Zúñiga G. Intervención educativa, efectividad sobre la lactancia materna: policlínica "Mario Gutiérrez Aldaya" 2003. Correo Cient Méd Holguín 2003; 726(4):117-120 Disponible en: <http://www.scielo.org/> Con acceso: Septiembre del 2006.
23. Moreira PL, Fabbro MR. Utilizando técnicas de ensino participativas como instrumento de aprendizagem e sensibilização do manejo da lactação para profissionais de enfermagem de uma maternidade. Acta paul. Enfermagem 2005; 18(3):320-325 Disponible en: <http://www.scielo.org/> Con acceso: Septiembre del 2006.
24. Oliveire MM, Amorim V. Aleitamento materno: promoção de saúde na infancia. Odontol. Clín.-cient 2005; 4(1):49-55 Disponible en: <http://www.scielo.org/> Con acceso: Septiembre del 2006.
25. Coronel Carbajal C. Estado de salud en los niños lactados por más de 4 meses. Rev Cubana Pediatr 2000; 72(4):275-80 Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/> Con acceso: Septiembre del 2006.
26. Salvatico E, Moreno K. Lactancia materna. Notas Enferm. (Córdoba) 2002; 2(2):20-21 Disponible en: <http://www.scielo.org/> Con acceso: Septiembre del 2006.
27. Samper B, Serrano P. Lactancia materna, alimentación y estado nutricional de niños menores de cinco años y estado nutricional de sus madres embarazadas. PROFAMILIA; 2002 Disponible en: <http://www.scielo.org/> Con

acceso: Septiembre del 2006.

28. Sánchez MT. Factores asociados à amamentação exclusiva de recém-nascidos de baixo peso ao nascer integrantes do Método Mãe-Canguru. Universidade de São Paulo 2005. Disponible en: <http://www.scielo.org/> Con

acceso: Septiembre del 2006.

29. Serafim D, Lindsey P. O aleitamento materno na perspectiva do pai. Ciênc. cuid. Saúde 2002; 1(1):23-27 Disponible en: <http://www.scielo.org/> Con acceso:

Septiembre del 2006.

30. Monteiro JC, Nakano AM, Gomes FA. Amamentação precoce na primeira meia hora de vida da criança. Rev. enfermagem UERJ 2006; 14(2):202-207 Disponible en: <http://www.scielo.org/> Con acceso: Septiembre del 2006.

31. Cepero Val MT, Santana Sardañas SC, Pérez Cruz IN. ¿Alimenta Usted correctamente a su bebé? Mediciego 2004; 10(1) Disponible en: <http://www.cav.sld.cu/centro/Revista/Vol10.Suple1/T18.htm> Con acceso:

Septiembre del 2006.

32. Matuhara AM. Aleitamento materno de recém-nascidos prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal: aplicação do manual instrucional. Universidade Federal de São Paulo 2004. Disponible en: <http://www.scielo.org/>

Con acceso: Septiembre del 2006.

33. López L, Baroni A, Rodríguez V, Greco C, Macías de Costa S, Rodríguez de Pece S, Ronayne de Ferrer P. Desarrollo y validación de un método por HPLC para la deterinación de niveles de vitamina A en leche materna: su aplicación a una población rural de Argentina. Arch. Latinoam. Nutr 2005; 55(2):140-143 Disponible en: <http://www.scielo.org/> Con acceso: Septiembre

del 2006.

34. Villar Vera EM, Valenzuela Tamayo C, Ruiz Reyes D, García Joanicot O, Alvarez de la Cruz C, León Pacheco L. Nivel de conocimiento sobre el método de la lactancia-amenorrea como recurso anticonceptivo. Rev Cubana Enferm 2003; 19(2) Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol19_2_03/enf05203.htm Con acceso: Septiembre del 2006.
35. Scholl TO, Stein TP, Smith WK. Leptin and maternal growth during adolescent pregnancy. Am J Clin Nutr 2000; 72: 1542–1547.

ANEXOS

ANEXO 1

GUIA DE OBSERVACIÓN

Se aplicará la siguiente guía de observación por la propia autora de la investigación, a la revisión bibliográfica con la finalidad de obtener la documentación necesaria para la elaboración de este estudio, insistiendo en los aspectos siguientes:

- Antecedentes en el mundo y en el país de alguna experiencia relacionada con el tema de la investigación. Resultados de dicha experiencia.
- ¿Qué publicaciones hay al respecto y con qué conclusiones?
- Situación actual o diagnóstico del objeto investigado
- Determinación de las tendencias territoriales, nacionales e internacionales.
- Antecedentes históricos, teorías existentes y sistematización del tema lactancia materna
- Aspectos clínicos y epidemiológicos del tema a estudiar.

ANEXO 2

ENTREVISTA

1. Datos generales de la madre.

a) Edad ____ años.

b) Nivel de escolaridad. ____ Analfabeto

____ Primaria

____ Secundaria

____ Preuniversitario ó técnico

____ Universitario

c) Ocupación.

____ Ama de casa. ____ Obrera o técnico ____ Estudiante ____ Profesional

d) Estabilidad de la pareja

____ Estable ____ No estable.

2.1. Le dio leche materna a su bebé: ____ Sí

____ No

2.2. Tiempo de duración de la lactancia materna.

____ Menos de 4 meses

____ De 4 a 6 meses.

____ Más de 6 meses.

3. Responda marcando con una X lo que usted considere correcto sobre la lactancia materna.

* La lactancia materna debe comenzar:

- Inmediatamente al nacer ____

- A las 24 horas del nacimiento ____

- A las 48 horas del nacimiento ____

- A las 72 horas del nacimiento ____

* El niño debe ponerse al pecho materno:

- Solo cuando la madre tiene leche o calostro ____

- Cuando llora ____

-Cada 3 horas ____

-Siempre que el niño quiera ____

*El niño debe tomar leche materna porque:

- Lo nutre mejor que otro alimento ____

- Por ser la leche que más le gusta al bebé ____

-Por ser la leche que no da diarrea ____

-Lo nutre mejor que los otros alimentos y los inmuniza
contra las enfermedades ____

*La lactancia materna debe darse:

-Hasta los 3 meses. ____

- Hasta los 4 meses ____

-Entre los 4 y 6 meses ____

- Hasta los 6 meses ____

4. Motivo por el cual abandonó la lactancia materna.

-El niño se queda con hambre ____

-No tienen suficiente leche en los pechos ____

-El niño llora mucho ____

-El niño no aumenta de peso ____

-El niño no quiere el pecho ____

-Le daña su estética _____

Enfermedades de la mama _____

Enfermedades que sufrió el lactante durante el 1er año de vida:

EDA _____

IRA _____

Parasitismo _____

Enfermedades de la piel _____

Otras: _____ Especifique cuál _____

5. PESO _____ TALLA _____

Estado nutricional: - menor de tercer percentil _____

- De 3 a 10 percentil _____

-De 10 a 90 percentil _____

-De 90 a 97 percentil _____

Tipo de Familia: Funcional _____ Disfuncional _____

ANEXO 3

TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Funciones básicas de la familia:

Función económica: Se cumple si los integrantes de la familia satisfacen las necesidades básicas materiales, no se cumplen cuando no la satisfacen.

Función Educativa: Se cumple cuando los miembros de la familia mantienen comportamientos aceptados socialmente, no se cumplen si algún miembro de la familia no presenta comportamientos aceptados socialmente .Ejemplo: Conducta antisocial delictiva, transgredí normas de convivencia social.

Función Afectiva: Se cumple si los miembros de la familia expresan ó evidencian signos de satisfacción afectiva con su familia y no se cumple cuando algún integrante de la familia evidencia ó expresa signos de carencia afectiva ó abandono.

Función Reproductiva: Se cumple si las parejas han planificado su descendencia, y se expresa ajuste sexual en ellas .Ejemplo: si son fértiles, refieren satisfacción sexual.

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
-Se toman decisiones para cosas importantes de la familia. -En mi casa predomina la armonía -Cada uno cumple con sus					

responsabilidades

-Las manifestaciones de cariño forman parte de la vida cotidiana

-Se expresan sin insinuaciones , de forma clara y directa

-Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos

-Tomamos las experiencias de otros familiares ante situaciones difíciles

-Cuando alguno de la familia tiene algún problema los demás lo ayudan.

-Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.

-Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.

-Podemos conversar diferentes temas sin temor.

-Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.

-Los intereses y necesidades de

--

--

--

--

--

cada cual son respetados por el núcleo familiar. -Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					
---	--	--	--	--	--

La puntuación final del test se obtiene de la suma de los puntos por ítem

La escala tiene diferentes valores de acuerdo al criterio seleccionado:

Casi siempre.....5

Muchas veces.....4

A veces.....3

Pocas veces.....2

Casi nunca.....1

Familia funcional.....De 70 a 57 puntos.

Moderadamente funcional.....De 56 a 43 puntos

Disfuncional.....De 42 a 28 puntos.

Severamente disfuncional.....De 27 a 14 puntos.

ANEXO 4

**Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la práctica y
abandono de la lactancia materna exclusiva, en san José de Guaribe,
Guárico, Venezuela en el periodo comprendido entre 1ro enero y 31
diciembre 2008**

**Tabla 1: Distribución del grupo estudiado acorde a grupos etareos de las
madres en relación al tiempo de duración de la lactancia materna.**

Tiempo de duración de lactancia materna	Edad (años)							
	Menos de 20		De 20 a 35		36 y más		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%
No lactaron	3	3.1			2	2.1	5	5.2
Menos de 4 meses	18	18.8	19	19.8	12	12.5	49	51.0
De 4 a 6 meses	6	6.3	12	12.5	8	8.3	26	27.1
Lactaron más de 6 meses	13	13.5	2	2.1	1	1.0	16	16.7
TOTAL	40	41.7	33	34.4	23	23.9	96	100

Fuente: Entrevista

**Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la práctica y
abandono de la lactancia materna exclusiva, en san José de Guaribe,**

**Guárico, Venezuela en el periodo comprendido entre 1ro enero y 31
diciembre 2008**

Tabla No 2. Relación entre el nivel escolar y el abandono de la lactancia materna.

Escolaridad	Tiempo de duración de la lactancia materna (meses)									
	No lactaron		menos 4		De 4 a 6		Más de 6		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Iletrado							2	2.1	2	2.1
Primaria			11	11.5	5	5.2	5	5.2	21	21.9
Secundaria	3	3.1	21	21.9	12	12.5	6	6.3	42	43.8
Bachillerato ó técnico	1	1.0	13	13.5	5	5.2	1	1.0	20	20.7
Universitario	1	1.0	4	4.2	4	4.2	2	2.1	11	11.5
TOTAL	5	5.2	49	51.0	26	27.1	16	16.7	96	100

Fuente: Entrevista

**Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la práctica y
abandono de la lactancia materna exclusiva, en san José de Guaribe,
Guárico, Venezuela en el periodo comprendido entre 1ro enero y 31
diciembre 2008**

Tabla 3: Relación entre ocupación de la madre y tiempo de duración de la lactancia materna

OCUPACIÓN	Tiempo de duración de la lactancia materna(meses)									
	No lactaron		menos 4		De 4 a 6		Más de 6		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Estudiantes	2	2.1	14	14.6	2	2.1			18	18.8
Ama de casa			8	8.3	14	14.5	8	8.3	30	31.2
Obrera/ técnico	2	2.1	23	23.9	6	6.3	6	6.2	37	38.5
Profesionales	1	1.0	4	4.2	4	4.2	2	2.1	11	11.5
TOTAL	5	5.2	49	51.0	26	27.1	16	16.7	96	100

Fuente: Entrevista

Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la práctica y abandono de la lactancia materna exclusiva, en san José de Guaribe, Guárico, Venezuela en el periodo comprendido entre 1ro enero y 31 diciembre 2008

Tabla 4: Tipo de lactancia que ofrecen las madres a sus lactantes al nacimiento, al cuarto y al sexto mes de vida.

Tipo de lactancia	Al nacimiento		Cuarto mes		Sexto mes	
	No	%	No	%	No	%
Exclusiva	27	28.1				
Mixta	64	66.7	31	32.3	16	16.7
Artificial	5	5.2	65	67.7	80	83.3

Fuente: Entrevista

Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la práctica y abandono de la lactancia materna exclusiva, en san José de Guaribe, Guárico, Venezuela en el periodo comprendido entre 1ro enero y 31 diciembre 2008

Tabla 5: Relación existente entre el tiempo de duración de la lactancia materna en dependencia de los conocimientos de la madre sobre la misma.

Conocimientos sobre lactancia materna	Tiempo de duración de la lactancia materna (meses)									
	No lactaron		menos 4		De 4 a 6		Más de 6		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Adecuado					10	10.4	6	6.3	16	16.7
Aceptable	1	1.0	16	16.7	8	8.3	7	7.3	32	33.3
Deficiente	4	4.2	33	34.3	8	8.3	3	3.1	48	50.0
TOTAL	5	5.2	49	51.0	26	27.1	16	16.7	96	100

Fuente: Entrevista

Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la práctica y abandono de la lactancia materna exclusiva, en san José de Guaribe, Guárico, Venezuela en el periodo comprendido entre 1ro enero y 31 diciembre 2008

Tabla 6: Principales causas de abandono de la lactancia materna

Causas de abandono de la lactancia Materna	Cantidad	Por ciento
El niño se queda con hambre	43	44.8
No tienen suficiente leche en los pechos	36	37.5
El niño llora mucho	7	7.3
El niño no aumenta de peso	5	5.3
El niño no quiere el pecho	3	3.1
Le daña su estética	1	1.0
Enfermedades de la mama	1	1.0
TOTAL	96	100

Fuente: Entrevista

Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la práctica y abandono de la lactancia materna exclusiva, en san José de Guaribe, Guárico, Venezuela en el periodo comprendido entre 1ro enero y 31 diciembre 2008

Tabla 7: Valoración nutricional del lactante al sexto mes de vida en dependencia del tiempo de duración de la lactancia materna.

Tiempo de duración de lactancia materna	Valoración nutricional al sexto mes de vida							
	Menos 3p		De 3 a 10 p		10 a 90 p		90-97 p	
	No	%	No	%	No	%	No	%
No lactaron	3	3.1	2	2.1				
Menos de 4 meses	4	4.2	29	30.2	11	11.5	1	1.0
De 4 a 6 meses	1	1.0	8	8.3	18	18.7	3	3.1
Más de 6 meses			1	1.0	12	12.5	3	3.1
TOTAL	8	8.3	40	41.6	41	42.7	7	7.2

Fuente: Entrevista

Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la práctica y abandono de la lactancia materna exclusiva, en san José de Guaribe, Guárico, Venezuela en el periodo comprendido entre 1ro enero y 31 diciembre 2008

Tabla 8: Principales enfermedades que presentaron los lactantes en relación con el tiempo de duración de la lactancia materna.

Aparición de enfermedades durante el primer año de vida	Tiempo de duración de la lactancia materna (meses)									
	No lactaron		Menos 4m		De 4 a 6		Más de 6		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
EDA	5	100	41	83.7	9	34.6	5	31.3	60	62.5
IRA	5	100	32	65.3	12	46.15	4	25.0	53	55.2
PARASITISMO	4	80	21	42.9	5	19.2	5	31.3	34	35.4
ENFERMEDADES DE LA PIEL	3	60	7	14.3	8	30.8	3	18.8	21	21.9

Fuente: Entrevista

Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la práctica y abandono de la lactancia materna exclusiva, en san José de Guaribe, Guárico, Venezuela en el periodo comprendido entre 1ro enero y 31 diciembre 2008

Tabla 9: Tiempo de duración de la lactancia materna en relación a la funcionabilidad de la familia.

Funcionab. de la familia	Tiempo de duración de la lactancia materna (meses)									
	No lactaron		Menos 4		De 4 a 6		Más de 6		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Disfuncional	5	5.2	48	50.0	16	16.7	7	7.3	76	79.2
Funcional			1	1.0	10	10.4	9	9.4	20	20.8

Fuente: Entrevista

Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la práctica y abandono de la lactancia materna exclusiva, en san José de Guaribe, Guárico, Venezuela en el periodo comprendido entre 1ro enero y 31 diciembre 2008

Tabla 10: Tiempo de duración de la lactancia materna en relación a la estabilidad de la pareja.

Estabilidad de la pareja	Tiempo de duración de la lactancia materna (meses)									
	No lactaron		Menos 4		De 4 a 6		Más de 6		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
No estable	4	80	32	65.3	16	61.5	2	12.5	54	56.3
Estable	1	20	17	34.7	10	38.5	14	87.5	42	43.8

Fuente: Entrevista

