

Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

Policlínico Docente Universitario

"Doña Emilia González Echemendía"

Municipio Majagua

**Título: Factores que intervienen en el abandono de la Lactancia
Materna Exclusiva, en el Consultorio Médico de Familia # 7
Majagua. 2015 – 2016.**

**Tesis en opción al título de Especialista de Primer Grado en
Medicina General Integral.**

Autor: Dr. Marco Antonio Díaz Rojas.

"Año 58 de la Revolución"

2016

Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

Policlínico Docente Universitario

"Doña Emilia González Echemendía"

Municipio Majagua

**Título: Factores que intervienen en el abandono de la Lactancia
Materna Exclusiva, en el Consultorio Médico de Familia #7
Majagua. 2015 – 2016.**

**Tesis en opción al título de Especialista de Primer Grado en
Medicina General Integral.**

**Autor: Dr. Marco Antonio Díaz Rojas.
Residente de segundo año de Medicina General Integral.**

**Tutor: Dr C. Reinaldo Pablo García Pérez
Especialista de Primer y Segundo Grado en Medicina General
Integral.**

"Año 58 de la Revolución"

2016

DEDICATORIA:

- ♦ *A mis padres, Flor del Carmen y Alfredo Carlos,... que con amor, dedicación y bondad me han dado las fuerzas necesarias para realizar mis sueños.*

Agradecimientos:

- ♦ *A al Comandante Fidel A. Castro Ruz y a La Revolución Cubana,..*
Que me brindaron la oportunidad de realizarme como profesional de la
Salud.

- ♦ *A mi tutor,... por su motivación constante para que culminara esta*
obra.

- ♦ *A mis padres, hermanas y abuelos,...por su amor y dedicación*
incondicional.

- ♦ *A todas aquellas personas,... que a lo largo del camino me han*
extendido la mano para ayudarme.

Agradecimientos:

- ♦ *A al Comandante Fidel A. Castro Ruz y a La Revolución Cubana,..*
Que me brindaron la oportunidad de realizarme como profesional de la
Salud.
- ♦ *A mi tutor,... por su motivación constante para que culminara esta*
obra.
- ♦ *A mis padres, hermanas y abuelos,...por su amor y dedicación*
incondicional.
- ♦ *A todas aquellas personas,... que a lo largo del camino me han*
extendido la mano para ayudarme.

Agradecimientos:

- ♦ *A al Comandante Fidel A. Castro Ruz y a La Revolución Cubana,..*
Que me brindaron la oportunidad de realizarme como profesional de la
Salud.

- ♦ *A mi tutor,... por su motivación constante para que culminara esta*
obra.

- ♦ *A mis padres, hermanas y abuelos,...por su amor y dedicación*
incondicional.

- ♦ *A todas aquellas personas,... que a lo largo del camino me han*
extendido la mano para ayudarme.

RESUMEN.

En los últimos decenios se ha venido investigando sobre las ventajas sanitarias de la lactancia materna exclusiva, constituyendo motivos de numerosas recomendaciones, a partir de esta realidad, se realizó un estudio observacional de corte transversal prospectivo, con el objetivo de determinar la incidencia de algunos factores de riesgo en el abandono de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses en el Consultorio Médico de Familia (MF)# 7 del área de salud del Policlínico, Docente "Doña Emilia González Echemendía" del municipio de Majagua en el periodo comprendido entre septiembre del 2015 y febrero del 2016. La muestra estuvo constituida por 31 madres. Se aplicaron diferentes métodos de investigación, dentro de ellos: teóricos, empíricos y matemáticos estadísticos, Se confeccionó una encuesta según las variables seleccionadas las cuales fueron procesadas mediante datos estadísticos. En el estudio realizado se determinaron factores de riesgo asociados al abandono de la lactancia materna, donde las madres adolescentes y las solteras, abandonaron la lactancia con mayor frecuencia, el nivel de escolaridad influyo notablemente, entre los hábitos tóxicos el que tuvo una mayor influencia fue la adicción tabáquico y entre las enfermedades del pezón y característica de la mama, la de mayor incidencia fue el pezón plano o invertido

Palabras claves: Lactancia Materna Exclusiva (LME), Factores de riesgo, Riesgo asociados al abandono de LME.

INDICE.

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
MATERIAL Y MÉTODO.....	27
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	32
CONCLUSIONES.....	41
RECOMENDACIONES.....	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN.

La lactancia, constituye una característica esencial del proceso reproductivo de los mamíferos, además, es una función extremadamente antigua y compleja y gracias a ella alrededor de 4.000 especies actuales han logrado adaptarse y sobrevivir; entre ellas se encuentra la especie humana. Lactancia materna es a la vez un acto natural y un comportamiento que se aprende, abundantes investigaciones demuestran que las madres u otras cuidadoras necesitan un apoyo activo para instaurar y mantener un amamantamiento adecuado.^{1, 2}

En estudios realizados por Organización Mundial de la Salud (OMS) en Brasil, Estados Unidos, Ghana, India, Noruega y Omán, confirman que los niños con lactancia materna exclusiva como óptimo comienzo de sus vidas, tienen el potencial de desarrollarse en la misma gama de tallas y pesos, dado a que en el crecimiento infantil hasta los cinco años depende más de la nutrición, las prácticas de alimentación, el medio ambiente y la atención sanitaria, que de los factores genéticos o étnicos particulares de un país o región del mundo. Sin embargo, el factor social repercute en los países de la región de América Latina y el Caribe, dado a que sufren la vulnerabilidad de la malnutrición en diversas formas. En esta región del mundo solo alrededor de 40 % de los niños reciben leche materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Según países seleccionados de Centroamérica, en El Salvador un 24 %, en Panamá un 25 % y en Nicaragua un 31 % de los lactantes son amamantados exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida. En Suramérica, países como Ecuador con 40 %, Bolivia con 54 % y Chile con 63 %, se encuentran en una situación intermedia en el indicador. Estos bajos resultados son consecuencia directa del abandono de esta práctica esencialmente humana.^{3, 4}

En 1992, la OMS y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) pusieron en marcha la Iniciativa global «Hospitales amigos del niño y la niña» con la idea de favorecer la lactancia natural ayudando a las mujeres a ejercer el tipo de maternidad que lo propicia. Ello, ha contribuido a que la lactancia natural exclusiva gane terreno en todo el mundo, al combinar con medidas de apoyo en todos los

eslabones del sistema de salud para ayudar a las madres a mantener este modo de alimentación.^{1, 5}

En los inicios del siglo XX, con el auge de la era moderna y de la alimentación artificial, se intensificó el abandono de la lactancia materna y se lograron los primeros sustitutos de la leche humana, lo que atrajo la atención de los médicos y se establecieron reglas generales para la alimentación de los lactantes. Según estimaciones de la OMS pueden salvarse en el mundo más de 1 millón de vidas infantiles al año, si todas las madres alimentaran exclusivamente con leche materna a sus hijos durante los primeros 6 meses de vida.^{1, 6, 7}

En los últimos decenios se han acumulado pruebas científicas sobre las ventajas de la lactancia materna y como consiguiente se han elaborado numerosas recomendaciones. La OMS afirma ahora con plena seguridad que la lactancia materna contribuye a reducir el indicador de mortalidad infantil y aporta beneficios en el ser humano que llegan a repercutir hasta la edad adulta. Este organismo internacional recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y a partir de entonces, su refuerzo con alimentos complementarios al menos hasta los dos años.⁸

La leche materna es una sustancia “viva” e increíblemente compleja que contiene todos los nutrientes vitales para la alimentación, así como los factores de crecimiento que contribuyen al desarrollo de los tejidos, y los anticuerpos necesarios para detener las infecciones. Sus efectos son ampliamente conocidos y existen pruebas de que la lactancia materna reduce la gravedad de las enfermedades infecciosas por la presencia de anticuerpos contra múltiples agentes. Además que es la forma de alimentarse más apropiada para garantizar un crecimiento y desarrollo adecuado en los primeros seis meses de vida. También es conocido que el hecho de lactar disminuye el riesgo de padecer otros procesos morbosos no infecciosos como alergias, desnutrición, diabetes mellitus, enterocolitis necrotizante, linfoma y caries dentales, entre otras.⁹

Con el desarrollo de la salud pública en Cuba, cobra importancia capital la reducción de la mortalidad y los llamados grupos de riesgo, como son los recién nacidos y los lactantes que por sus características específicas, ocupan un lugar relevante en el incremento de dicha tasa. Para reducir la tasa de mortalidad se intensifica la labor de todos los factores que en ella intervienen y dentro de estos, es importante destacar la especial atención a la promoción y divulgación de la lactancia materna exclusiva en toda la sociedad y las acciones promocionales y preventivas particulares ejercidas en la propia comunidad. Antes del triunfo de la revolución el indicador de lactancia materna era muy bajo al igual que existía una alta mortalidad infantil, asociación que no es casual; pues estudios recientes indican que han aumentado considerablemente este indicador hasta un 60% después de los seis meses. Ello está fundamentado por el trabajo intersectorial realizado y por las medidas tomadas por el Ministerio de Salud Pública como líder técnico; lo cual ha contribuido a alcanzar bajas tasas de mortalidad infantil, comparables con los países desarrollados. ^{1- 3,10}

En la provincia Ciego de Ávila se ha logrado un incremento sostenido de la duración de la lactancia materna exclusiva. Sin embargo, en el municipio de Majagua, perteneciente al territorio sur de dicha provincia, se han identificado algunos aspectos que están incidiendo en la disminución de la duración exclusiva hasta los seis meses. Tomando en cuenta lo antes expuesto y motivados en la búsqueda indagativa de estos aspectos, se decide realizar esta investigación con el objetivo de determinar los principales factores de riesgo que conllevan al abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses en la población atendida por el Consultorio Médico de Familia (CMF) # 7 del Policlínico Docente "Doña Emilia González Echemendía", en el periodo comprendido entre septiembre de 2015 y febrero de 2016.

Situación problemática: en la población atendida por el CMF # 7 del Policlínico Docente "Doña Emilia González Echemendía" del municipio Majagua, existe un abandono de la lactancia materna exclusiva e introducción de otra leche y/o ablactación precoz en los lactantes con edad comprendida entre 0 y 6 meses, en

el periodo de septiembre de 2015 a febrero de 2016.

La justificación: En Cuba se le ha dado gran importancia a la lactancia materna exclusiva por los grandes beneficios a los niños y niñas. Teniendo en cuenta que los resultados de investigaciones realizadas afirman que una mujer sana y bien alimentada ofrece las cantidades de nutrientes y energía necesarios para el crecimiento y desarrollo del lactante con el conocimiento de prácticas y actitudes adecuadas relacionadas con la nutrición de los lactantes, no obstante en las madres que amamantaron los bebés en el CMF # 7 del Policlínico Docente "Doña Emilia González Echemendía" del municipio Majagua, se pudo comprobar que más del 40% de las ellas abandonaron la lactancia materna exclusiva (LME) e introdujeron otra leche y/o ablactación precoz en los lactantes de 0 a 6 meses entre septiembre de 2015 y febrero del 2016; ante tal situación, se presenta la necesidad de realizar tempranamente el seguimiento de todas aquellas madres que refieren que tienen que recurrir a la administración de otro tipo de leche ya que el niño no se llena, o porque no tienen leche o el niño no está aumentando de peso. Estos argumentos sin una base científica se deben al poco conocimiento e información de las madres y sus familiares, a la edad de la madre y a la presión familiar y social, entre otros factores.

Atendiendo a lo referido en el párrafo anterior se asumió como **problema científico** el siguiente: ¿Qué factores de riesgo favorecen el abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en el CMF # 7 del Policlínico Docente "Doña Emilia González Echemendía" del municipio Majagua entre septiembre de 2015 y febrero de 2016?.

Y se plantea la siguiente **hipótesis**: algunas variables sociodemográficas pudieran estar asociadas con el abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses de nacido en la población del CMF # 7 del Policlínico Docente "Doña Emilia González Echemendía" del municipio Majagua entre septiembre de 2015 y febrero de 2016.

La **novedad científica** está dada por la información aportada a las ciencias médicas sobre los factores de riesgo que inciden en las madres que abandonan la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses de nacido el niño.

La **contribución práctica** se sustenta en el nivel de información aportada sobre los factores de riesgo para que sirva de punto de partida en la orientación educativa a madres y otros familiares por los profesionales de la salud en el área urbana del municipio Majagua.

OBJETIVOS.

Objetivo general:

Determinar los factores de riesgo que favorecen el abandono de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses en el Consultorio Médico de Familia # 7 del Policlínico Docente "Doña Emilia González Echemendía" del municipio Majagua entre septiembre de 2015 y febrero de 2016.

Objetivos específicos:

1. Describir la muestra según variables socio-demográficas y su relación con el abandono de la lactancia materna exclusiva.
2. Identificar la presencia de condiciones específicas en las madres con su entorno y la causa del abandono de la lactancia materna exclusiva.
3. Precisar el nivel de apropiación de la información recibida y las técnicas de amamantamiento utilizadas por las madres que abandonaron la lactancia materna exclusiva.

MARCO TEÓRICO

La leche materna, llamada también sangre blanca, se denomina alimentación natural, porque es la normal para el niño y la que le ofrece la naturaleza: la leche

de su madre. Su uso y desuso ha sido tema de contradicción desde épocas anteriores, dado a que se han encontrado biberones de barro en tumbas de niños romanos, lo cual evidencia la búsqueda de la alimentación artificial por la humanidad. La historia recoge que los primeros biberones fueron cuernos de vaca ahuecados, que usaban como mamila ubres de vaquillas, las que se descomponían con rapidez a pesar de ponerlas en alcohol. Con el tiempo se inventó la mamila de hule, lo que mejoro la higiene de la alimentación artificial.^{10 -}

12

En el siglo XIX, producto de la Revolución Industrial de occidente, la economía se transformó. La adquisición de un salario constituyó la forma fundamental de subsistencia para las familias, lo que significó que muchas madres con niños pequeños tuvieran que trabajar lejos de sus hogares. En los inicios del siglo XX, con el auge de la era moderna y de la alimentación artificial, se intensificó el abandono de la lactancia materna y se introducen los primeros sustitutos de la leche humana, lo cual atrajo la atención de los médicos, y se establecen las reglas generales de la alimentación artificial con otros sustitutos al lactante.^{13, 14}

En la literatura especializada en el tema de lactancia materna, existen numerosas referencias que dan cuenta de los efectos beneficiosos para el desarrollo del niño. Se ha identificado su relación directa y positiva con la organización neuroconductual del lactante, desde la primera semana de vida hasta los seis meses de edad; así como su desarrollo cognitivo en las edades posteriores.^{15, 16}

La lactancia materna es un término usado de forma genérica para señalar que es la alimentación del recién nacido y lactante a través del seno materno. Se trata de la actividad más repetida durante una jornada y probablemente aquella que ocupa la mayor parte del tiempo dedicado a la interacción madre-hijo. La OMS define como Lactancia Materna Exclusiva la alimentación del lactante con leche materna de la madre o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, incluida el agua.¹⁷

En 2002 durante la 55ª Asamblea Mundial de Salud conocida como «Estrategia

mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño», recomendó que la Lactancia Materna Exclusiva deba mantenerse durante los primeros seis meses de vida, y continuar posteriormente con alimentos complementarios, hasta los 2 años como mínimo. A partir de esa fecha, se denomina lactancia materna predominante a la alimentación con leche materna o de otra mujer, más líquidos, infusiones y vitaminas, y lactancia materna complementaria es la alimentación con leche materna, incluidos sólidos o semisólidos y leche no humana.¹⁸

Valdez Martín en 2012 plantea que la lactogénesis es la etapa de producción e inicio de la secreción láctea. Define además que son conocidos los cambios preparatorios durante el embarazo y el estímulo de la prolactina producida por la hipófisis junto con la somatotropina en la estimulación de la secreción láctea en su inicio. Del mismo modo con solo mirar o escuchar llorar al bebé, la hipófisis libera oxitócica, la hormona responsable de que la leche llegue a los conductos galactóforos y pueda ser succionada. Existe evidencia de que el amamantamiento produce hormonas que reducen la tensión, calman a la madre y al niño y crean un vínculo de amor.²⁰ Los estudios demuestran que la causa más frecuente de retraso en la lactogénesis de manera general es el estrés de la madre y del niño durante el parto y el post parto, la succión defectuosa del niño, los problemas del pezón y la administración de líquidos suplementarios.^{13, 19, 21}

Basándonos en la vertiente conductual, la lactancia materna se considera un acto de vital importancia, dado a la necesaria y requerida adaptación y colaboración de los dos participantes: madre e hijo. Con el desarrollo de la salud pública en Cuba, cobra importancia capital la reducción de la mortalidad infantil y los factores de riesgo en menores de un año, que por sus características específicas, inciden en el incremento de dicha tasa. Por ello, para su reducción el personal de la salud debe intensificar su accionar con especial atención a la promoción de la lactancia materna.^{22,23}

En los países desarrollados la información disponible sobre Lactancia Materna

Exclusiva es abundante, su interpretación es controversial dado a las diferencias metodológicas, al uso de los métodos de recolección de datos y la implementación e instrumentación de las recomendadas por la OMS. Se cita como ejemplo a Estados Unidos con tasas de inicio del 69.5 % y una prevalencia a los seis meses del 32.5 % en el 2001 y en Canadá con 75 y 30 %, respectivamente en 1999. ²⁴

La OMS estima que de un total de 94 países pobres, la población de menores de 12 meses presenta una tasa de Lactancia Materna Exclusiva de entre 0 a 4 meses en aproximadamente 35% de los casos. En México, durante la década de los setenta el porcentaje de madres que inició la lactancia materna fue de 78 %, con una duración media de 8.7 meses, en el que se observó que los lactantes de 3 meses eran alimentados en forma exclusiva en un 15.3 % y que 22 % nunca fueron alimentados al seno materno. Durante la década de los ochenta el 83% de las madres iniciaron la lactancia materna y lograron una duración media de 8.6 meses. Sin embargo, 14 % de los lactantes menores de cuatro meses nunca recibieron leche materna y sólo 11.5 % fueron alimentados de manera exclusiva durante los primeros seis meses de vida. ^{2, 25, 26}

De acuerdo a la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición (1999), en la década de los noventa 92.3 % de los lactantes fueron alimentados en el seno materno, probablemente por la promoción de los Hospitales Amigos del Niño y la Madre. En cuanto a la duración de Lactancia Materna (LM) el presente estudio reportó una media de nueve meses, se identificó que los lactantes menores de cuatro meses reciben Lactancia Materna Exclusiva en un 25.7 % y aquéllos menores de seis meses en 20.3%; mostró que es alta en la región sur de México, en comunidades rurales, en la población indígena, en madres con bajo nivel socioeconómico y con menor escolaridad, sin empleo y que no cuentan con servicios de salud, así como las que tienen un índice de masa corporal y peso por debajo del promedio. ²⁵

La Lactancia Materna en Cuba se ha incrementado en un 0.75% por año a partir de 1985, en comparación con otros países de América Latina como Honduras y Nicaragua que reportaron un incremento de 7.75 % por año o Brasil con un 3.8 %. Este hecho adquiere trascendencia si se toma en cuenta que, en el año 2002, dentro de las principales causas de muerte por enfermedades infecciosas en menores de un año, se encuentran las infecciones respiratorias agudas bajas, la sepsis bacteriana y las enfermedades infecciosas intestinales y para el grupo de 1 a 4 años se reportan las enfermedades infecciosas intestinales e infecciones respiratorias agudas bajas.^{2- 6, 15, 35}

De acuerdo al Programa Nacional de Salud 2001-2006 de México, se estimó que cada niño menor de 4 años en ese país, padecería un promedio de dos episodios de diarrea y cinco de infecciones respiratorias, representando 100 millones de consultas por estas causas por año, equivalentes al 30 % de la demanda de consulta de la población enferma.²⁵

La secreción láctea se lleva a cabo en las células epiteliales de los alvéolos de la glándula mamaria de la mujer. En las células mamarias: madre y alveolares secretoras, son estimuladas, las primeras por la hormona del crecimiento y la insulina, y las segundas por la prolactina. En el núcleo de la célula secretora tiene lugar la síntesis del Ácido Desoxirribonucleico (ADN) y Ácido Ribonucleico (ARN), encargados de regular el metabolismo celular y el perfil enzimático. En el citoplasma se lleva a cabo la oxidación de la glucosa, la síntesis de los ácidos grasos y la activación de los aminoácidos para la síntesis de proteínas. Las mitocondrias obtienen la energía adenosintrifosfato (ATP) y son precursoras de los aminoácidos no esenciales y de los ácidos grasos. En el aparato de Golgi se agrupan aminoácidos, glucosa y ácidos grasos en los principios inmediatos (proteínas, grasas y carbohidratos), los cuales intervienen en la síntesis de lactosa. En el retículo endoplásmico se lleva a cabo la síntesis de las proteínas, los triglicéridos y los fosfolípidos, así como la saturación de los ácidos grasos.^{28, 29, 30, 31}

El mecanismo de secreción celular ocurre a través de diferentes procesos. La difusión mediante las membranas de las células alveolares hacia el lumen alveolar iones monovalentes como sodio (Na^+), potasio (K^+), cloro (Cl^-) y agua (H_2O). La exocitosis permite el mecanismo proteico y de algunos carbohidratos en pequeñas vesículas, que al contacto con la membrana celular se libera a la luz alveolar. La secreción apocrina permite que la célula ceda una parte de su membrana y su citoplasma al secretar partículas grasas. La pinocitosis permite el transporte de inmunoglobulinas mediante receptores transcelulares, la más importante es la A que se sintetiza en la célula plasmática y la vía paracelular permite que por las soluciones de continuidad intercelulares se eliminen abundantes células en el calostro y en menor cantidad en la leche madura.²⁹

La leche humana se elabora de acuerdo con un patrón y código genético, propios de nuestra especie, de tal forma que su composición experimenta variaciones. Se encuentra como calostro durante los primeros días de vida, en las siguientes semanas se conoce como leche de transición y a partir de la tercera semana y hasta más de dos años como leche madura. El calostro se segrega en dos fases, al final del embarazo y en los primeros cinco días después del parto. Este alimento es un compuesto espeso y amarillento por el betacaroteno que posee y tiene una alta concentración de proteínas, inmunoglobulinas principalmente Inmunoglobulina A, lactoferrina, leucocitos, vitaminas liposolubles, minerales, antioxidantes, así como iones de sodio, potasio y cloro superior a la leche de transición y madura. Su valor calórico es de 67 kcal por cada 100 ml y su contenido de grasas es bajo. La composición de la leche de transición cambia desde el séptimo día hasta 15 días después del parto, y disminuye los niveles de proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles y aumentan la lactosa, las grasas, las vitaminas hidrosolubles y el valor calórico total.²⁹⁻³¹

A partir de 15-20 días después del parto aparece la leche madura, cuyo contenido proteico es bajo, entre 1 y 1.5 g/100 ml, el 5 % del valor energético total. Las proteínas son homólogas y se distinguen: la caseína, la seroalbúmina, la alfa lactoalbúmina, la lactoferrina, el nitrógeno no proteico, las inmunoglobulinas, la

lisozima, la albúmina sérica y los aminoácidos, de los cuales nueve son esenciales: valina, fenilalanina, metionina, treonina, lisina, leucina, isoleucina, triptófano y cistina. Las grasas constituyen la principal fuente de energía para el lactante, su contenido está entre 3.5 y 4.5 g/100 ml, aportan el 50% del valor calórico total. La cantidad es mayor al inicio y al final de la tetada; cuanto menos tiempo transcurre entre una toma y otra, más grasa tiene la leche. Los principales compuestos lipídicos se encuentran en forma de triglicéridos, ácidos grasos esenciales (oleico, palmítico, linoleico y alfa-linoleico) y de cadena larga (ácido araquidónico y docosahexanoico), fosfolípidos y colesterol. El nivel de hidratos de carbono es elevado, entre 6 y 7 g/100 ml, que representa el 40 % del valor calórico total y dentro de ellos, la lactosa es el principal con el 90 %. ^{32, 33}

En su aspecto externo, el tamaño y forma de la mama es variable pues depende del contenido de tejido graso y conectivo, con poca relación entre el tamaño y la capacidad de producir de leche. En mujeres obesas se reporta un riesgo de retraso en la lactogénesis-II, sin embargo las mujeres con poca grasa corporal pueden fabricar leche con poco contenido lipídico, que compensan produciendo un volumen superior, por lo que el aporte calórico final no se afecta. ²⁵

El pezón de la mama está cubierto por piel gruesa y rugosa. Como estructura juega un papel importante durante los primeros días, al facilitar el acoplamiento de la boca del niño a la mama, hace función de esfínter de los conductos glandulares y desde él se origina los estímulos sensoriales que activan las secreciones hormonales necesarias para la producción y expulsión de la leche materna. Está formado por tejido muscular liso, numerosas anastomosis arteriovenosas, gran cantidad de terminaciones nerviosas sensitivas y motoras, y es atravesado por las porciones distales de los conductos galactóforos. Fuera de la succión, el tejido muscular de pezón ejerce de esfínter para evitar el goteo continuo de leche. Durante la succión, aproxima los conductos galactóforos entre sí y acorta su longitud por delante del seno galactóforo, con objeto de que resulten más fáciles de vaciar al ser exprimidos por la lengua. La disposición de las fibras musculares formando anillos y haces tangenciales desde el pezón hasta la areola es

específica para esta misión.^{34,35}

Hay grandes diferencias en la forma y tamaño de los pezones de las mujeres, así como en la piel que los cubre. Ello repercute en la calidad de la lactancia que brinda la madre al niño. Algunos autores plantean que si estas dificultades son identificadas antes de iniciar la lactancia y son advertidas y orientadas durante el embarazo, afrontan mejor el problema tras el parto. El pezón más favorable a la lactancia y el más frecuente en las mujeres, es el blando en reposo con poco más de un centímetro de altura y de anchura. Es bastante frecuente que el pezón resulte poco prominente, dando la sensación de pezón plano, pero toma forma y sobresale al ser estimulado. El pezón plano es poco frecuente y al estimulado con los dedos aumenta su consistencia pero apenas sobresale respecto a la areola. Exige, por tanto, más dedicación para conseguir que el niño acople bien su boca, pero tras unos días de succión toma forma y apenas dificulta la lactancia. En menos ocasiones, al estimular el pezón, éste penetra hacia el interior de la mama en vez de sobresalir, es el pezón invertido y exige aún más paciencia durante los primeros días, pero tampoco representa un obstáculo insalvable.^{25, 26, 36, 41}

Los pezones muy anchos o muy largos pueden ser difíciles de introducir si la boca del niño es pequeña, y también pueden causar problemas los que son muy duros por tener mucho tejido muscular. Cuando se inicia la succión, el dolor de los pezones es un problema frecuente. A partir de la pubertad la sensibilidad del pezón guarda relación con el nivel de estrógenos. Durante el embarazo es poco sensible al tacto y al dolor, debido a los altos niveles de estrógenos. En las 24 horas después del parto la sensibilidad aumenta llamativamente, aunque la mujer no amamante, para activar el mecanismo de liberación de prolactina y oxitocina.^{37, 38, 39}

Además del alto nivel de estrógenos, el dolor de las primeras tetadas se ha relacionado con la succión en vacío de los conductos galactóforos, la congestión vascular de la zona y la compresión brusca de un pezón en erección. Muchas madres encuentran alivio “ablandando” los pezones con sus dedos unos minutos antes de la toma, ordeñando un poco de leche para descomprimir, o alternando

calor y frío local antes de la toma. Estas molestias ceden en pocos días.³⁹

La areola es la porción de piel que rodea al pezón. Es de color oscuro, como el pezón y se oscurece más durante el embarazo. Tiene gran cantidad de células sudoríparas y sebáceas. Las glándulas sebáceas de la areola son voluminosas, resaltan como pequeños granos en la superficie y segregan una sustancia que protege la piel de la areola y del pezón durante la lactancia. Se les llama tubérculos de Montgomery o de Morgani.³³

El tejido glandular de la mama está formado por gran número de alveolos, en los que se elabora la leche y un sistema de conductos, que la conduce hacia el exterior. Los conductos son al principio de pequeño calibre –conductos terminales de 0,2 mm-, y van confluyendo en otros cada vez más gruesos –subsegmentarios, segmentarios y colectores-. A la altura de la areola los conductos alcanzan su mayor calibre, entre 2 y 4mm –conductos galactóforos-. Antes de atravesar el pezón se dilatan aún más formando los senos galactóforos, y luego se hacen más estrechos hasta salir al exterior por orificios de alrededor de 0,5mm, en número de 8 a 12. A lo largo de todos los conductos hay fibras musculares mioepiteliales que provocan acortamiento y estiramiento durante la succión para favorecer la progresión de la leche hacia el pezón.^{36, 40}

La disposición anatómica de las ramificaciones de los conductos (ángulo de la bifurcación), la presión de alveolos adyacentes o de reacciones inflamatorias locales puede influir en que algunos segmentos de la mama tengan más dificultades para vaciarse y puedan provocar en algunas madres cuadros de retención de leche recurrentes, o incluso mastitis de repetición. El aumento de presión intralveolar de los segmentos bloqueadores termina por introducir la involución de esas zonas, resolviendo el problema.⁴¹

Desde las primeras semanas del embarazo la mama se prepara para lactar. El aumento de tamaño durante el embarazo depende sobre todo del crecimiento del árbol de conductos. A partir del 5^o-6^o mes el aumento de tamaño depende del inicio de función de las células alveolares y del acumulo de secreción en los

alveolos y conductos. La mama está preparada para fabricar leche y de hecho se pueden detectar pequeñas cantidades de lactosa y lactoalbúmina en sangre y orina. A esta etapa se le denomina lactogénesis.^{23, 24,42}

El término succión es confuso, porque hace pensar que la leche se obtiene solo por aspiración, mientras que en realidad se necesitan además de otros dos mecanismos: la expresión de los alveolos por la musculatura que los envuelve, y el ordeño que realiza la lengua del niño. Al tratarse de fibras lisas, la contracción muscular es involuntaria; depende la liberación de oxitocina y es imprescindible para crear un gradiente de presión que empuje la leche hacia los conductos más distales. En cuanto al ordeño, es importante que una buena porción de la mama entre dentro de la boca. La lengua presiona la mama contra el paladar al tiempo que hace un movimiento de adelante hacia atrás con la punta de la lengua. Es este movimiento de expresión complementado con otro de aspiración consiguen vaciar la leche de los senos y conductos galactóforos, disminuyendo la presión en la parte final del sistema y favoreciendo el avance de la leche desde los alveolos hacia el pezón. Independientemente de la forma y tamaño de la mama o del pezón, lo realmente importante es que se produzca el acoplamiento correcto con la boca del niño para que la succión resulte efectiva.^{26, 27,42}

La regulación central de la producción de leche depende básicamente de la actuación de hormonas: prolactina, oxitocina, hormonas tiroideas, hormona del crecimiento, insulina y suprarrenales. La Prolactina (PRL) es la hormona más importante de la lactancia, tanto durante el desarrollo de la glándula en los primeros meses del embarazo como durante la lactogénesis. La secreción basal de PRL tiene un ritmo circadiano con incremento nocturno que depende del sueño y no de la hora del día. La concentración de PRL aumenta progresivamente durante el embarazo, estimulada por los elevados niveles de esteroides sexuales.

43

A diferencia de lo que ocurre con la oxitocina, los estímulos sonoros, visuales o emotivos, previo a la succión, no provocan liberación de PRL. Tras el parto, el estímulo más efectivo para la liberación de PRL es la succión o la estimulación

táctil del pezón. Sin embargo, a pesar del importante papel de la PRL en el funcionamiento de la mama, y de la asociación entre niveles elevados de PRL y duración de la lactancia, no se ha podido demostrar que exista relación entre los niveles de PRL liberada y la cantidad de leche fabricada.^{27,28}

La Oxitocina (OXT) es la hormona responsable de la contracción de las células mioepiteliales que envuelven los alveolos, permitiendo la expulsión de leche hacia conductos de mayor calibre. Igual que la PRL, la OXT se libera en respuesta al estímulo del pezón, bien por succión o manipulación, pero la OXT se puede liberar además por estímulos visuales, sonoros o simplemente emocionales, generalmente relacionados con el bebé. Todos estos estímulos alcanzan por diferentes vías los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo, liberando OXT.^{27, 28}

La caída en los niveles de progesterona tras el parto es necesaria para que el epitelio mamario inicie la producción de leche.⁴⁹ Aunque con un papel menos relevante, es necesaria la presencia de niveles adecuados de insulina, corticoides, hormonas tiroideas y factores del crecimiento, para el correcto funcionamiento de la mama.⁵⁰

En la regulación local de la producción de leche cobran importancia diferentes factores a partir del tercer día del posparto, el vaciamiento de los alveolos es imprescindible para que se mantenga la producción de leche. El efecto negativo de la retención en el interior de los alveolos parece actuar a través de tres mecanismos: el aumento de la presión intralveolar, la actuación de factores de inhibición presentes en la propia leche sobre las células secretoras y el compromiso en la vascularización de la glándula. Bien sea a través de estos mecanismos o de otros, lo cierto es que un vaciado eficaz y frecuente es el mejor estímulo para incrementar la producción de leche.^{28, 51}

La composición de la leche de cada especie es diferente y está adaptada a las necesidades de sus crías. La leche materna es específica de la especie humana y el alimento más completo y seguro para el lactante. La leche humana no es solo

un alimento, es un fluido vivo y cambiante, capaz de adaptarse a los diferentes requerimientos del niño a lo largo del tiempo (modificando su composición y volumen) y que facilita su adaptación a la vida extrauterina. Tiene una gran complejidad biológica, ya que está compuesta por nutrientes, sustancias inmunológicas, hormonas, enzimas, factores de crecimiento, etc. Es capaz también de adaptarse a las diferentes circunstancias de la madre y aporta todos los elementos nutritivos que necesita el niño en los primeros 6 meses de vida y sigue siendo un alimento esencial hasta los 2 años, complementada con otros alimentos no lácteos.²⁹⁻³⁰

Los diferentes tipos de leche que se producen en la glándula mamaria son calostro, leche de transición, leche madura y leche del pretérmino. Durante los cuatro primeros días después del parto se produce el calostro, fluido amarillento y espeso de alta densidad y escaso volumen. El calostro tiene menos contenido energético, lactosa, lípidos, glucosa, urea, vitaminas hidrosolubles, Hormona Paratiroidea (PTH) y nucleótidos que la leche madura. Sin embargo, contiene más proteínas, ácido siálico, vitaminas liposolubles E, A, K y carotenos que la leche madura. El contenido de minerales como sodio, zinc, hierro, azufre, manganeso, selenio y potasio también es superior en el calostro. Tiene un elevado contenido en inmunoglobulinas especialmente IgA, lactoferrina, células (linfocitos y macrófagos), oligosacáridos, citoquinas y otros factores defensivos, que protegen a los recién nacidos de gérmenes ambientales y favorecen la maduración de su sistema defensivo. El calostro está adaptado a las necesidades específicas del neonato y además facilita la evacuación de meconio evitando la hiperbilirrubinemia neonatal. Contiene enzimas intestinales que ayudan a la digestión y facilita la colonización del tracto gastrointestinal por lactobacilo bifidus.^{31,32}

La leche de transición es la que se produce entre el 4 y 15 día después del parto. Entre el 4-6 día se produce un aumento brusco en la producción de leche (subida de la leche), que sigue posteriormente aumentando hasta alcanzar un volumen de 600-700 ml día entre los 15-30 días postparto. Esta leche es de composición intermedia y va variando día a día hasta alcanzar la composición de la leche

madura que tiene una gran variedad de componentes nutritivos y no nutritivos. El volumen promedio de leche madura producido por una mujer es de 700-900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto. Si la madre tiene gemelos se producirá un volumen suficiente para cada uno de ellos. Cuando la lactancia involuciona pasa por una fase calostrál antes de desaparecer la secreción de leche.^{31, 32}

La leche humana es un alimento completo, contiene agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas. El contenido energético es de 68-74 Kcal/100ml, contiene nucleótidos, enzimas, hormonas y factores de crecimiento. Además ésta leche está dotada de diversos componentes inmunológicos que proveen protección al bebé. La composición y el volumen de la leche son bastante variables, a causa de diferentes situaciones nutricionales, psicológicas, fisiológicas o sociológicas que pueden experimentar la madre y el niño. Muchas de estas diferencias son adaptativas. La madre ha de decidir libremente sobre el tipo de alimentación que desea para su bebé, lo ideal es que lo haga desde antes del nacimiento del niño, después de haber recibido una información adecuada sobre la lactancia materna y la técnica del amamantamiento.^{33, 34}

Amamantar favorece la formación del vínculo afectivo entre que permite al niño desarrollar una personalidad segura e independiente. La madre que amamanta se siente muy íntimamente ligada a su bebé. Tal vez sea por el intercambio de miradas y por la secreción de oxitocina. Pero es que el bebé encuentra en el pecho el amor de su madre, recibe su calor, se siente protegido y se refugia en él; cuando lo succiona se consuela con facilidad, se alimenta y, además, le supone alivio natural al dolor.³⁴

La leche artificial tiene peor sabor y, además, siempre es el mismo. La leche materna modifica ligeramente su sabor según los alimentos ingeridos por la madre. Es curioso, pero la creencia popular dice que la madre no debe ingerir según qué alimentos para que el sabor de su leche no se altere y así el niño no rechace el pecho. Se cree que la variación del sabor de la leche materna es la causa de que al bebé amantado le cueste menos trabajo aceptar la alimentación complementaria.³²

La leche artificial es menos digestiva, el estómago del bebé se tarda en vaciarla unas tres horas y solamente una y media en el caso de la leche materna. Así mismo, se ha descrito un retraso en la eliminación de meconio y una mayor frecuencia de reflujo gastroesofágico en los niños alimentados con biberón. Es mucho menos frecuente que un lactante que amamanta regurgite y si lo hace, hay que evaluar la postura al amamantar.²⁷

El lactante pequeño tiene una serie de carencias defensivas. La función fagocítica y del complemento son poco adecuadas, no maduran hasta los seis meses de edad. Además, el recién nacido es incapaz de sintetizar IgM, inmunoglobulina que alcanza los niveles del adulto al año, lo que le predispone a las infecciones por E. coli. La capacidad de segregar anticuerpos específicos frente a antígenos polisacáridos, como los de las bacterias encapsuladas (neumococo, meningococo, H. influenzae) se alcanza al segundo año de edad.³⁰

La Leche Artificial supone un aporte defensivo nulo para el bebé. A diferencia de la Leche Materna, carece de células con función inmune. La ausencia de bacterias lácticas (probióticos) es la causa de que la flora intestinal de los lactantes alimentados con biberón sea predominantemente patógena. La Leche Materna tiene un efecto tan importante sobre la respuesta inmune que el desarrollo inmunológico normal del lactante depende directamente de ella. Se ha comprobado que la respuesta inmunitaria, tanto humoral como celular frente a las vacunas es menor en los lactantes alimentados con Leche Artificial. Por todo ello, no es extraño que la Leche Artificial aumente la incidencia y/o gravedad de las diarreas, de las infecciones de vías respiratorias bajas como neumonía y bronquiolitis, de otitis media aguda y de infecciones urinarias. Los lactantes amantados por sus madres por más de tres meses sufren menos infecciones o son más banales, lo que ha llevado a considerar el pecho como el órgano inmunitario del bebé.^{36, 37}

La leche artificial no favorece la maduración intestinal, porque carece de los factores de crecimiento epitelial presentes en la leche materna. Que la leche artificial no tenga especificidad de especie, que carezca de efecto inmunomodulador y antialérgico, y que el intestino del bebé alimentado con biberón sea más tiempo permeable a las macromoléculas, influye sin duda en que se describan más frecuencia de alergias, de diabetes, de enfermedad inflamatoria intestinal, de enfermedad celíaca, de esclerosis múltiple, de artritis crónica juvenil, de leucemia y de linfoma.^{36, 37, 38}

Se ha descrito que el desarrollo intelectual de las personas que han sido alimentadas con biberón es significativamente peor que el de los alimentados al pecho. En los niños amamantados se describen mejores niveles de función cognitiva a los 6-23 meses que en los que recibieron Leche Artificial, y esta diferencia es más llamativa si se analizan los bebés prematuros. Cuanto más tiempo ha sido amamantado el bebé, mayores son los beneficios del desarrollo cognitivo.³⁸

La lactancia natural es un proceso natural en los mamíferos y, por tanto, supone ventajas naturales para la especie, fundamentalmente para la supervivencia de las crías. Algunas de estas se manifiestan en el terreno de la biología; otras son de índole psicológica. Ambos tipos pueden manifestarse a corto, mediano o largo plazo. Pero mientras que algunas de ellas pueden ser medidas en términos económicos hay otras que escapan a los análisis numéricos o estadísticos, pues pertenecen al campo de lo vivencial. El momento ideal para el inicio de la lactancia materna es en el postparto inmediato, a ser posible durante las 2 primeras horas de vida del neonato, momento en que el bebé se encuentra más reactivo. La succión del pezón, por una vía cerebral, produce liberación de oxitocina, hormona que actúa sobre el útero provocando su contracción. Esto facilita el cierre de los capilares rotos al desprenderse la placenta y disminuye el sangrado posterior al parto. Las sucesivas descargas de oxitócina en la toma siguiente producen nuevas contracciones del útero con lo que éste recupera más rápido el tono y tamaño anteriores.³⁹

El cierre precoz del lecho vascular de la placenta disminuye el sangrado puerperal, contribuyendo a la recuperación de la anemia del embarazo. Además, durante varios meses, la acción de la lactancia sobre el eje hipotálamo-hipófisis-ovarios, inhibe la ovulación, por lo que no hay menstruación, lo que contribuye a un importante ahorro de hierro. La producción de leche supone un gasto energético, para el cual el organismo de la madre gestante se ha ido preparando por anticipado. A lo largo de las semanas o meses que se mantenga la lactancia materna se irán consumiendo estas reservas, hasta lograr recuperar el peso previo al embarazo. Al parecer esta disminución de peso es paulatina, más evidente a partir de los 3 meses de lactancia y localizada preferentemente en la zona de caderas y cintura. El metabolismo cálcico se acelera, produciéndose una movilización de los depósitos óseos del mismo. Aumenta la calcemia para que sea mayor su disponibilidad a nivel mamario, para la producción de leche. Sin embargo, se produce un aumento de la absorción del calcio y a largo plazo, a pesar de este aparente incremento en el gasto de calcio y de su remoción del tejido óseo, las mujeres que dan el pecho mucho tiempo ven disminuida la probabilidad de sufrir fracturas de cadera o de columna vertebral en la posmenopausia. Amplios estudios poblacionales han demostrado una disminución del riesgo de padecer cáncer de mama premenopáusico hasta en un 4,3% por cada 12 meses de lactancia materna, a la que se sumaría un 7% por cada nacimiento. También se ha observado una disminución del riesgo de cáncer de ovarios.⁴⁰

Dar el pecho supone un importante ahorro económico dado el alto precio de los sustitutos de la leche materna y todo lo que rodea a la lactancia artificial. Los bebés que toman el pecho enferman menos, esto supone menor gasto en consultas médicas, ingresos hospitalarios y fármacos. Para la mayoría de las mujeres resulta agradable desde los primeros momentos, otras, en cambio, tienen que superar algunas dificultades. Pero si reciben el apoyo necesario, descubren que amamantar es fácil y placentero. La oxitocina disminuye la respuesta al estrés y ayuda a integrar las interacciones psicológicas entre la madre y el bebé. La lactancia materna ejerce un importante papel para el desarrollo de un vínculo de

apego saludable y duradero. Este apego firme es la base de las relaciones de tipo afectivo que el niño podrá desarrollar en la edad adulta.^{40, 41}

Existen factores de riesgo asociados al abandono precoz de la lactancia materna. La adolescencia constituye un período de particular importancia en el desarrollo del individuo. Cambios físicos y psicológicos profundos se producen durante esta etapa del ser humano a la vez que comienza la maduración social tan compleja. La Organización Mundial de la Salud (OMS), con fines estadísticos define al adolescente como persona que ya cumplió los 10 años de edad y aún no ha cumplido los 20 años, en nuestro país aproximadamente el 25% de la población está incluida dentro de este grupo etáreo. Defendiendo la adolescencia como la etapa crucial de la vida, desde los 10 a 19 años.^{42, 43}

A fines del pasado siglo se observó una gran incidencia mundial de embarazos en la adolescencia unido a una alta tasa de mortalidad infantil. En los Estados Unidos de Norte América uno de cada cinco niños nace de madres menores de 19 años y más de un millón de chicas entre 15 y 19 años quedan embarazadas. Estas cifras justifican que el embarazo en adolescentes se haya convertido en un problema prioritario de salud por tratarse de una gestación de alto riesgo. Los conocimientos de las madres adolescentes en relación a la lactancia materna son todavía controvertidos según plantea la literatura especializada en el tema. La mayoría de los trabajos describen a las madres adolescentes amamantando por poco tiempo y con menor frecuencia.⁴⁴

Algunos autores plantean que mientras mayor nivel educacional tiene la madre el tiempo que dedica a la lactancia exclusiva es menor, esto ocurre mayormente en los países industrializados pues las madres dedican más tiempo a sus estudios o al desempeño laboral que al bebé; no siendo así en Latinoamérica donde se puede observar que mientras una mujer está más preparada en el ámbito escolar es más prolongado el tiempo de lactancia exclusiva, lo cual en esta sociedad coincide pues las mujeres de mayor grado escolar aceptan y llevan a cabo las orientaciones sanitarias que las de menor nivel escolar.⁴⁵

Diferentes estudios sobre factores de riesgo asociados al abandono precoz de la lactancia materna reflejan marcada importancia al estado civil de la madre, pues refieren que en nuestra sociedad donde todavía se vive bajo una idiosincrasia machista, las mujeres se sienten más motivadas a brindar el pecho a su bebé cuando tienen un compañero que comparte con ellas las responsabilidades y cuidados del o los hijos y del hogar. Ya que las madres solteras o separadas de su pareja generalmente tienen que desempeñar el papel de madre y padre a la vez, lo que conlleva al abandono de la lactancia materna e introducción de otra leche u alimento que la sustituya.⁴⁵

Cuando una madre que está lactando enferma, la decisión sobre continuar o interrumpir el amamantamiento debe tomarse siempre con la mujer, valorando su estado general, los beneficios de la lactancia y los riesgos de la medicación para el bebé. Durante el embarazo ocurre una marcada vasodilatación, que origina un descenso significativo de la tensión arterial, se puede observar en embarazadas hipertensas crónicas cifras totalmente normales en el primer y segundo trimestre, volviendo las mismas en el tercer trimestre a las cifras previas al embarazo. Cifras diastólicas de 80 mmHg y 85 mmHg en el segundo trimestre de gestación pueden sugerirnos el diagnóstico de hipertensión crónica, aunque existen otras clasificaciones como: preeclampsia-eclampsia, hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida, hipertensión transitoria, ninguna de ellas contraindica la lactancia, aunque se debe valorar cada caso individualmente. Las posibilidades de la lactancia dependen del estado de la madre, del grado de prematuridad del bebé y de la medicación.⁴⁶

La mamogénesis y la lactogénesis no se afectan en la mujer diabética tratada y en situación estable. Además, la lactancia es un factor antidiabetógeno. Asegurar un buen control metabólico durante el puerperio, con especial atención a las pautas de insulinoterapia, a la alimentación y al ejercicio así como disminuir las dosis de insulina y aumentar el ingreso calórico sin aumentar de peso puede garantizar una lactancia exitosa en estos tipos de pacientes. En cuanto a las cardiopatías, la indicación depende de la gravedad de la lesión y la incapacidad que origine a la

madre. Si la madre está en situación de insuficiencia cardiaca moderada o severa, el esfuerzo de la lactancia puede dificultar su propia recuperación.^{47,48}

El asma es compatible con la lactancia, excepto en las crisis graves por razones maternas. La teofilina puede producir síntomas en el bebé como irritabilidad e insomnio, que deben ser vigilados. Debemos señalar que el tratamiento del hipotiroidismo no interfiere con la lactancia materna. Tampoco el hipertiroidismo contraindica la lactancia, aunque el tratamiento con antitiroideos requiere mayor control. Es recomendable un control periódico de la función tiroidea del lactante.^{47,}

48

Las drogas son sustancias excretadas a través de la leche materna que pueden conspirar en contra de la lactancia. EL alcohol pasa en cantidades menores a la leche materna y cambia el olor y el sabor de la misma, lo que puede hacer que el niño rechace el pecho. Además, el alcohol bloquea la liberación de oxitocina y dificulta la salida de leche. El lactante tiene reducida la capacidad para oxidar el alcohol, por ello el que recibe a través de la leche materna, aunque sea en pequeñas cantidades, puede tener un efecto negativo en su conducta, ritmo de sueño y desarrollo psicomotor. Hay que aconsejar a la madre que no consuma alcohol, o al menos que no lo haga tres horas antes de la toma de pecho y que limite la cantidad a un máximo de 0,5g/kg de peso corporal materno. La cafeína y otras metilxantinas contenidas en el café, té, refrescos con cafeína y chocolate, pasan a la leche. Si se consumen en cantidades elevadas (más de dos bebidas con cafeína al día) pueden producir irritabilidad y trastornos del sueño en el niño; así mismo la Nicotina, al igual que el alcohol, puede cambiar el gusto y el olor de la leche provocando rechazo del pecho. La nicotina también inhibe la liberación de prolactina, disminuyendo la producción de leche, e interfiere en el reflejo de eyección y al pasar a la leche puede tener efectos adversos en el niño (escaso aumento de peso, mayor frecuencia de cólicos, etc.). A ello se suma los problemas derivados de la exposición pasiva al humo del tabaco; mayor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante, infecciones respiratorias, tos y asma. Si la madre no puede dejar de fumar, no se debe suprimir la lactancia, ya que sus beneficios

superan los posibles riesgos. En estas circunstancias se la aconsejará que reduzca lo más posible el consumo de tabaco, que fume cigarros bajos en nicotina, que evite fumar durante un periodo superior a 2,5 horas antes de la toma de pecho y que no fume, ella ni ninguna otra persona, en la misma habitación donde está el niño.^{49, 50}

Entre las enfermedades de la mama que provocan un abandono de la lactancia materna las más frecuentes son las mastitis, las cirugías, los nódulos, las displasias, el pezón plano o invertido y las grietas del pezón. La mastitis y las grietas del pezón no solo no contraindican la lactancia materna, sino que el cuadro mejora dando con frecuencia el pecho afectado en la posición correcta manteniendo una higiene adecuada de la mama y en algunos casos con el uso de antibiotico.⁵¹

En caso de cirugía de cáncer de mama, hay que suprimir la lactancia para disminuir el tamaño y vascularización de los senos. En el cáncer de mama de diagnóstico reciente se contraindica la lactancia por la elevación de la prolactina, además cuando existe mastectomía radical o subcutánea por falta de mama, extirpación de áreas de papilomatosis múltiples o galactoforitis crónica recidivante que se extirpe el cono mamario terminal, cirugía reparadora con mastectomía previa y en los casos que al colocar los implantes se lesionó el sistema excretor mamario, mamoplastias de reducción con sección de galactóforos, vasos y nervios; de todas formas, si la glándula conserva el sistema excretor íntegro se aconseja intentar siempre la lactancia con ambos pechos y continuar con el sano si el tratado no produce leche o no es del gusto del bebé.⁵¹

El pezón plano o invertido no impide la alimentación al pecho, es importante informar a la gestante que podrá dar el pecho a su hijo, aunque necesitará más paciencia y ayuda al inicio. Durante los primeros días, antes de poner al niño al pecho, se puede emplear una extraedera, bombeando suavemente hasta que el pezón salga. Otras patologías mamarias como la displasia, los nódulos y las grietas del pezón y areola no contraindican el lactar, pero debe explicarse a las madres como deben lidiar o tratar dichas enfermedades para poder mantener la lactancia,

pues en la mayoría de los casos la abandonan precozmente por las molestias que éstas causan como son el dolor y la inflamación al momento de la succión. La madre debe saber que la lactancia materna es la forma natural de alimentar al bebé, confiar en su capacidad de amamantar y sentirse apoyada por los profesionales sanitarios.^{51, 52}

La posición de amamantamiento debe ser correcta, con una buena colocación del niño y un acoplamiento adecuado de la boca del bebé al pecho de la madre. El éxito de la lactancia depende mucho de que la técnica de amamantamiento sea correcta, ya que un elevado porcentaje de problemas precoces se producen por errores al poner al bebé al pecho. Cuando la postura es incorrecta se forman grietas dolorosas, maceración del pezón y la mandíbula y la lengua del bebé pueden ser incapaces de extraer leche de forma efectiva⁵² anexo 5

Con el tiempo, la mayoría de las madres aprenden y se hacen verdaderas expertas en el amamantamiento, de manera que los niños pueden mamar en diferentes posturas y circunstancias. Sin embargo las primeras tomas son difíciles, a veces porque la madre está dolorida o tiene dificultades para moverse. Muchas madres pueden necesitar ayuda del personal sanitario en la primera toma. Una vez que se ha conseguido una toma adecuada, las siguientes irán siendo mejor.⁵²

Es por todo lo anterior que los profesionales de la salud juegan un papel importantísimo para informar a la mujer desde el embarazo sobre la importancia de la lactancia materna y las posiciones correctas para dar de mamar a su hijo, ya que mientras más elevado es el nivel de información de la madre sobre el tema más exitosa se torna la lactancia.⁵²

MATERIAL Y MÉTODO.

Tipo de estudio: Se realizó un estudio observacional de corte transversal prospectivo, con el propósito de determinar los factores que influyeron en el abandono de la lactancia materna exclusiva (LME) en los lactantes menores de seis meses de la población que perteneciente al Consultorio Médico de Familia #7 Policlínico Docente "Doña Emilia González Echemendía", Majagua en el periodo comprendido entre septiembre del 2015 y febrero del 2016.

Población y Muestra: La población estará constituida por 44 madres, de esta fue tomada una muestra de 31 madres de lactantes menores de seis meses. Para la determinación de la muestra se aplicó el muestreo aleatorio simple.

Consentimiento informado: Participaran aquellas madres que dieron su consentimiento para colaborar en la investigación respetándose el criterio de aquellas que no desearon participar.

Criterio de inclusión: Aquellas madres que deseen formar parte del estudio. Todas las de bebés menores de seis meses del Consultorio Médico de Familia #7 Policlínico Docente "Doña Emilia González Echemendía" Majagua en el periodo comprendido entre septiembre del 2015 y febrero del 2016.

Criterio de exclusión: Todas las madres de bebés menores de seis meses que no desearon participar en el estudio.

Criterios de salida: Abandono por decisión propia o por situaciones ajenas a su

voluntad.

Conceptualización de las variables.

Edad: Tiempo en que una persona ha vivido a contar desde que nació.

Escolaridad: Proporcionar la enseñanza declarada obligatoria a una persona.

Estado civil: Estado en que se encuentra las madres (acompañada soltera o casada).

Nivel de información sobre la lactancia: Grado de información que tiene una madre y su familia sobre la lactancia materna y sus características.

Enfermedades del pezón y la mama: Padecimientos a nivel de la mama, areola o pezón que no permiten que una mujer pueda lactar adecuadamente a su hijo.

Hábitos tóxicos: Modo especial de proceder o conducirse, adquirido por repetición de los mismos actos, relacionados con el uso inadecuado de sustancias que dañan o merman la salud del individuo.

Calidad de la técnica del amamantamiento: Aspecto que refleja la calidad de la lactancia materna en la toma del recién nacido.

Operacionalización de variables:

Variables	Tipo	Definición	Indicador
Edad.	Cuantitativa continúa.	Señala los años cumplidos según la fecha de nacimiento.	Números y porciento según edad materna.

Escolaridad.	Cualitativa ordinal.	Señala estudios culminados	Se refiere al nivel escolar máximo terminado que alcanza una persona.
Estado Civil.	Cualitativa Nominal Politómica.	Expresa el estado civil. de la paciente.	Según declare.
Hábitos tóxicos	Cualitativa nominal.	Describe la presencia de hábitos tóxicos en la madre.	Número y por cientos según declare Hábitos tóxicos
Enfermedades del pezón y la mama.	Cualitativa Nominal Continua.	Se describirá el aspecto y características del pezón, areola y mama.	Número y porciento según observación realizada a las madres.
Técnica empleada por las Madres.	Cualitativa Nominal Continua.	Refleja la calidad de la técnica que emplea la madre al lactar a su hijo, en términos de buena y mala. Para estas calificaciones se debe seguir una lista de observación que se anexa al final de este trabajo.	Número y porciento según conocimiento de la técnica.
Nivel de información	Cualitativa ordinal.	Evalúa el nivel de información que tiene una madre sobre la lactancia materna	Número y porciento según nivel de información

Durante la investigación se utilizaron diferentes métodos:

Nivel teórico:

Analítico-sintético: Permitió analizar la situación actual del problema planteado para la determinación de las partes que conformaron el proceso investigativo y su integración en las distintas etapas del cumplimiento de los objetivos propuestos.

Histórico-Lógico: Se profundizó en la evolución y desarrollo de la problemática.

Inductivo-Deductivo: Se utilizó en el diseño investigativo y en la elaboración de conclusiones y recomendaciones.

Empíricos: Revisión de documentos como historias clínicas de los lactantes y registro del Programa de Atención Materno Infantil (PAMI) del Policlínico.

Encuesta a las madres de los lactantes.

Observación a las madres y lactantes para determinar la calidad del amamantamiento.

Matemáticos: Cálculos de frecuencias relativas de las variables estudiadas (porcentaje).

Técnicas de recolección de la información: Se recolectaron datos primarios de encuesta y visitas a los hogares de los lactantes para constatar la calidad del amamantamiento del bebe mediante la aplicación de una guía de observación. Se utilizan además fuentes secundarias como las historias clínicas y el registro del Programa de Atención Materno Infantil del Policlínico.

Técnicas de procesamiento de los datos:

Para dar salida a los objetivos declarados se calcularon las frecuencias relativas de las variables estudiadas. Los datos se procesaron empleando el paquete estadístico Windows versión 8 para la confección de base de datos, y se construyeron tablas estadísticas y figuras para presentar la información obtenida.

sobre las técnicas del amantamiento.

Para la revisión de la bibliografía se utilizaron varias bases de datos bibliográficos que nos proporciona la Biblioteca Virtual de Salud, se visitó la base de datos CUMED, donde se encuentra la bibliografía médica cubana, también la base de datos LILACS que es la base de datos bibliográficos que agrupa la Literatura Latinoamericana y del Caribe de Información de Ciencias en la Salud. Se utilizaron motores de búsquedas como el Google y LIS (Localizador de información en la salud). La bibliografía se acotó por el método Vancouver y se elaboraron los siguientes instrumentos:

Para determinar los factores de riesgo que llevan al abandono de la Lactancia Materna Exclusiva antes de los seis meses y evaluar el nivel de información de las madres sobre la lactancia materna, se aplicó una encuesta elaborada al efecto y revisión de historias clínicas individuales (anexo 2). Para comprobar la calidad de la técnica del amamantamiento se aplicó una guía de observación que se muestra en el (anexo 3).

En el (anexo 4) se establece la clave para determinar el nivel de información de las madres sobre la lactancia materna exclusiva.

En el (anexo 5) se muestran figuras con las técnicas correctas para amamantar al bebé (Fig. 4-9).

El tema de la lactancia materna durante muchos años ha sido grandemente estudiado y discutido, en la actualidad cobra gran importancia, siempre destacándose sus ventajas que lo hacen ser inigualable. A pesar de ello en pleno siglo XXI con los adelantos tecnológicos y sofisticados sistemas de comunicación, existe desconocimiento sobre muchos aspectos de la misma.

Aspectos éticos:

Las madres encuestadas y sus bebés fueron vistos en consulta y de forma individual y en un ambiente de adecuada privacidad, se explicaron los objetivos de la investigación solicitándose su consentimiento y voluntariedad además de

garantizar la confidencialidad de la información que nos facilitaron, agradeciéndole su colaboración. Los anexos fueron llenados por el autor de este trabajo en todos los casos.

Edad (años).	Número de Madres.	%.
15-20	12	38.71
21-25	9	29.0
26-30	6	19.35
31-35	3	9.68
35 y +	1	3.23

ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Tabla 1: Factores que intervienen en el abandono de la lactancia materna exclusiva Consultorio Médico de Familia # 7. Policlínico Docente "Doña Emilia González Echemendía". Majagua. Septiembre 2015- Febrero 2016. Distribución según edad materna.

Total	31	100
--------------	-----------	------------

Fuente: Encuesta.

En la **Tabla 1** se recoge que el grupo etáreo que predominó fue entre 15 a 20 años representando un 38.71 % del total de la muestra, mientras que las edades comprendidas entre 21 a 30 años represento un 48.35%, le siguieron en orden de frecuencia las edades de 31 a 35 años con un 9.68%, mientras las que menos incidieron en el abandono de la lactancia materna fueron las madres mayores de 35 años representando el 3.23 %; esto quiere decir que la mayoría son adolescentes. Coincidiendo con Valdés, Palmero y Peláez afirman que la edad de la madre influye en el mantenimiento de la lactancia materna, pues mientras más joven es la mamá, mayor es la incidencia del abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, según se plantea esto se debe a la inmadurez psicológica, fisiológica y emocional de la mujer en la adolescencia además de que el principal motivo que alegan estas mujeres al abandono de la Lactancia Materna fue “no tener leche” seguido de “el niño se quedaba con hambre”^{42,44}

El autor es del criterio que estos resultados se deben a la necesidad de llevar adelante una educación materna (EM) antes del parto constituyendo un instrumento útil y eficaz para el inicio y mantenimiento de la Lactancia Materna Exclusiva, además se pudo constatar en algunos casos que la exposición a influencias negativas según el medio social y familiar, es un factor que favorece a las adolescentes al abandono de la Lactancia Materna Exclusiva.

Tabla 2: Nivel de escolaridad de las madres entre septiembre del 2015 y febrero del 2016.

Escolaridad.	Número de Madres.	%.
Primaria	2	6.45
Secundaria	16	51.61
Preuniversitario	9	29.04

Universitario	4	12.90
Total	31	100

La **Tabla 2** muestra el nivel de escolaridad de las madres, se observó que predomina el nivel secundario con un número de 16 que representa el 51.61% seguido del preuniversitario con un número de 9 para un 29.04 %, el universitario con numero de 4 para un 12.90%; mientras el nivel primario representa el mínimo con un numero de 2 para un 6.45%; en el estudio se pudo determinar que el nivel de escolaridad influye en el abandono de la lactancia materna exclusiva; o sea, que a menor nivel escolar mayor es la posibilidad del abandono de la lactancia o la introducción de otra leche o alimento antes de los seis meses de vida del bebé. También observamos que mientras mayor es el nivel de escolaridad la madre acepta mejor las orientaciones médicas y mantiene por más tiempo la lactancia materna exclusiva. En estudio realizado por Morán Rey J. destaca que el nivel educativo de la madre es un potente predictor en la Lactancia Materna Exclusiva, de forma que poseer estudios universitarios llega a triplicar la probabilidad de que el niño reciba lactancia natural. Esta investigación es consistente con lo encontrado en casi todos los estudios encontrados, de forma que, si bien las madres de mayor nivel educativo y social fueron las primeras en abandonar esta práctica en la década de los sesenta, hoy serían las pioneras en su recuperación Parece que el grupo de madres con mayor nivel educativo podría tener más capacidad crítica frente a la promoción de esta necesidad materna.¹⁰

A criterio del autor, el estudio realizado coincide con la bibliografía consultada pues aunque en nuestro país el nivel de escolaridad de la población se ha incrementado notablemente, en el área de salud que se realizó el estudio, predominó considerablemente el nivel secundaria y preuniversitario demostrando que estas adolescentes aún necesitan mayor información sobre los factores de riesgo .

En investigaciones revisadas, como la de Hernández Aguilar, refiere que la lactancia materna brinda un efecto protector a la madre al demorar el

restablecimiento de la ovulación, al disminuir la producción de estrógeno y convertir la glándula mamaria en tejido totalmente diferenciado.²⁰

Tabla 3: Estado civil de las madres entre septiembre del 2015 y febrero del 2016

Estado Civil.	Número de Madres.	%.
Casada	4	12.90
Soltera	17	54.83
Acompañada	10	32.3
Total	31	100

La **Tabla 3** refiere sobre el estado civil de las madres, observamos que 17 de ellas son solteras lo que representa un 54,83%, 10 son acompañadas representando un 32,3% solamente 4 son casadas para un 12,90 % del total de la muestra. Coincidimos con Vega y González que plantean que el hecho de ser madre soltera influye negativamente en el mantenimiento de la Lactancia Materna Exclusiva hasta los seis meses, pues la mujer no se siente apoyada y muchas veces tiene que buscar por sí sola el sustento para su hogar, desempeñando simultáneamente el papel de madre y padre; lo cual, por lo general las obliga a destetar precozmente a su bebé e introducir sustitutos de leche o algún otro tipo de alimento.⁴⁵

Diversos estudios han concluido que las características socio-demográficas influyen en la duración de la Lactancia Materna Exclusiva, siendo las madres de menor edad, las solteras, las de un nivel socioeconómico menor, primíparas y con un menor nivel de educación las que llevan a cabo una Lactancia Materna Exclusiva más reducida²¹

Es importante inferir que en el estudio realizado el autor pudo constatar que las madres soltera sin apoyo familiar en muchas de las ocasiones se vieron en la necesidad de interrumpir su maternidad y comenzar su vida laboral por problemas

Hábito Tóxico.	Número de Madres.	%.
-------------------	-------------------	----

de economía, lo cual trajo consigo que se sustituyera la leche materna por fórmulas u otras leches, exponiendo al bebe a infecciones en la infancia.

Tabla 4: Hábitos tóxicos de las madres, entre septiembre del 2015 y febrero del 2016.

Fuma.	18	58.06
Alcohol.	1	3.23
Café.	12	38.71
	Número de	
Enfermedad.	31	100%.
Total:	Madres.	

En la **Tabla 4**, se recoge que el hábito tóxico que predominó fue la adicción tabáquica con 18 mujeres para un 58.06 %; el cual influye en el abandono precoz de la lactancia materna, pues como citan Díaz y Amir los componentes del tabaco cambian el gusto y el olor a la leche, esto provoca rechazo del pecho, además disminuye la producción y eyección de la leche. Todo esto coincide con lo referido por las madres estudiadas. También causan influencia negativa en el mantenimiento de la lactancia materna el consumo excesivo de café que en este caso fue de 12 madres para un 38.71y el alcoholismo con 1 mamá que representa el 3.23 % del total de la muestra estudiada. Resultados similares se encontraron en estudios realizados por otros autores, donde se muestra lo perjudicial que es para la madre los hábitos tóxicos que mantienen algunas madres después de embarazo y durante la lactancia materna.⁴⁹⁻⁵⁰

Fue necesario señalar por el autor de este trabajo el papel protagónico que juegan los equipos básicos de salud en la atención primaria para llevar a cabo acciones de salud que traigan como resultado el incremento del nivel de información de la población femenina sobre la importancia de la Lactancia Materna Exclusiva, y los perjuicios de hábitos tóxico en el embarazo y la etapa de lactancia, promocionando la información adecuada estaría vinculado a una mayor calidad de vida del bebe.

Tabla 5: Enfermedades del pezón de las madres, entre septiembre del 2015 y febrero del 2016.

Cirugía	1	3.23
Grietas del pezón	7	22.6
Mastitis	3	9.7
Alteraciones morfológicas del pezón (plano o invertido)	15	48.4
Nódulos o displasia	5	16.13
Total:	31	100

En la bibliografía consultada para éste acápite entre las que señalamos a Martin Calama J., se encontró que ninguna de las enfermedades que muestra la **Tabla 5** contraindica la lactancia materna, simplemente algunas la limitan por breve periodo de tiempo.⁴⁸

A pesar de ello el estudio realizado no coincidió pues se pudo identificar que los padecimientos del pezón y la mama fueron motivo de abandono precoz de lactancia materna antes de los seis meses. Las más frecuentes fueron el pezón plano o invertido con 15 madres para un 48.4%, seguido de las grietas del pezón con 7 madres para un 22.6 %, el nódulo o displasia con 5 madres para un 16.13 %, mastitis con un numero de 3 para un 9.7% y la cirugía de mama con un numero de 1 madre que represento el 3.23%.

En observación realizada por el autor en las visitas al hogar de las madres se pudo comprobar, posturas incorrectas del recién nacido durante la toma, al corregir la posición mejora la succión y el dolor disminuye o desaparece rápidamente en las Grietas en el pezón. Se suelen producir también por mala posición durante la toma, mejora en cuanto cambiamos la posición, lo que no parece que tenga ninguna evidencia es la preparación prenatal de los pezones,

además el vaciamiento de la mama por él bebe no es el correcto, las medidas para su resolución incluyen: mantener la lactancia en ambas mamas y favorecer el vaciamiento correcto de ambas mamas, todo con el objetivo de evitar enfermedades en la mama que obstaculicen el buen desarrollo de la Lactancia Materna Exclusiva, como destacan documentos emitidos por la OMS y la UNICEF.²⁶

Tabla 6: Evaluación de la técnica del amamantamiento empleada por las madres, en el periodo comprendido entre septiembre del 2015 y febrero del 2016.

Evaluación de la técnica.	Número de Madres.	%.
Buena	12	38,71
Mala	19	61.3
Total:	31	100

Fuente: La observación

La **Tabla 6** refleja la técnica aplicada por las madres. Como se observa, la mayoría emplearon una mala técnica pues 19 de ellas que representan el 61.3 % del total lactaron mal a su bebé, lo cual incidió negativamente, pues según Schellhorn plantea que el éxito de la lactancia materna depende mucho de la técnica del amamantamiento; mientras que tan solo 12 madres para un 38.71% presentaron una buena técnica.⁵¹

En el estudio realizado se pudo observar que no todas las madres poseen un conocimiento acertado sobre las diferentes técnicas de amamantamiento, pues se pudo determinar incorrecta posición del bebe es decir no se emplean varias posturas, deficiente tiempo para su alimentación, el bebé que toma la leche a una

gran velocidad mamará durante un espacio de tiempo corto, mientras que si la salida de leche ocurre a una velocidad lenta el bebé necesitará alimentarse durante un tiempo más largo.

El autor infiere que con el tiempo la mayoría de las madres se hacen expertas en amamantamiento y los bebés pueden mamar en diferentes posturas y circunstancias, sin embargo, las primeras tomas son más difíciles, porque la madre está dolorida o tiene dificultades para moverse, motivo por el cual, estas tomas suelen necesitar el apoyo de los profesionales sanitarios y familiares.

Tabla 7: Nivel de información de las madres, en el periodo comprendido entre septiembre del 2015 y febrero del 2016.

Nivel de Información.	Número de Madres.	%.
Alto	7	22.58
Medio	10	32.26
Bajo	14	45.18
Total:	31	100

La **Tabla 7** refleja el nivel de información que tenían las madres sobre la lactancia materna, el más predominante fue el nivel bajo con 14 madres que representan el 45.18 % del total de la muestra lo cual influyó negativamente en el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva, pues como señalo en su estudio en el año 2010 el Dr. Hernández Garduño, mientras menos informada esta la mamá sobre la importancia de la lactancia materna, el abandono de la misma y la introducción precoz de otra leche o alimento es mucho más frecuente que cuando las madres está bien informada sobre sus ventajas para el binomio madre-hijo. Le siguió en modo de proporción el nivel medio con un numero de 10 madres para un 32.26 %; y en menor proporción el nivel alto con un numero de 7 madres para un 22.58%.⁵²

Según Ferráez de Lee, es posible que uno de el factor más decisivo en la disminución de la lactancia materna haya sido la falta de habilidad para amamantar, práctica que anteriormente se enseñaba de abuela a madre o de madre a hija de la forma más natural, y que ha desaparecido en nuestros días. El autor después de revisar varias bibliografías pudo determinar que existen otros factores documentados que afectan al tipo de alimentación de los recién nacidos y a la duración de la lactancia; lugar de residencia, nivel socioeconómico, educación de la madre, situación laboral e información. También la actitud del padre del niño y de otros miembros de la familia va a influir en la decisión de la madre de lactar o no a su hijo, aun cuando la madre posee la información adecuada sobre el tema.³⁴

El propio autor en los resultados encontrados pudo comprobar que la falta de información sobre las desventajas de la introducción de otros alimentos y las ventajas del amamantamiento hasta los 6 meses de vida para el bebe, constituyeron aspecto fundamental para el abandono de la Lactancia Materna Exclusiva.

CONCLUSIONES.

En la investigación realizada se identificaron algunos factores de riesgo asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses de vida del lactante. Entre los cuales se destaca la edad materna pues se demostró que las

madres adolescentes abandonaron la lactancia materna con mayor frecuencia que madres no adolescentes. Se comprobó que el nivel de escolaridad secundario en las madres influyó notablemente en el abandono de la lactancia materna exclusiva. Se demostró que las madres solteras abandonaron con mayor frecuencia la alimentación al pecho, a diferencia de las casadas o acompañadas. Respecto a los hábitos tóxicos el que mayor influyó fue la adicción tabáquica. Otro de los factores identificados fueron las enfermedades del pezón y las características de las mamas, dentro de ellas el pezón plano o invertido. El empleo de una mala técnica de amamantamiento y el bajo nivel de información influyeron negativamente en el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva en el estudio concluido.

RECOMENDACIONES.

Elaborar una estrategia de intervención educativa con el propósito de elevar el nivel de preparación de las madres con los factores de riesgo identificados que se

relacionan con el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva antes del sexto mes de vida.

Desarrollar investigaciones con otros diseños metodológicos en el área de salud, que consoliden y/o esclarezcan estos resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Álvarez S, R.; Lactancia Materna, temas de Medicina General Integral, 1ra edición, Editorial Ciencias Médicas, 2014 Tomo 1; 302-313.
2. OMS/Lactancia Materna, Microsoft Internet Explorer. Salud y desarrollo del niño

y del adolescente: OMS. Lactancia Natural.htm. @. OMS 2012.

3. Cruz. M.; Lactancia Natural. Tratado de pediatría, 7ma Edición, Editorial Ciencias Médicas, 2009, volumen II. 664- 677.

4. Novak, D M.; Importancia de la alimentación en los primeros días de vida. Clin. Perinatol.2007; 183-202.

5. Amador, M., y col.; Caracterización de la lactancia materna en Cuba. Food Nutri.Bull.2002;101-7.

6. Shaffer, A. J.; Lactancia Materna. Enfermedades del recién Nacido. 4ta Edición, 2011

7. Bautista L. E.; Factores asociados al inicio de la lactancia materna en mujeres dominicanas. Rev. Panam. Salud Pública 2005; 1 (3): 200-207

8. Valdés Cairo, M.; Factores que influyen en el destete precoz de la lactancia materna exclusiva. Tesis para optar por el título de Especialista de primer grado en MGI. 2005.

9. Valdez Díaz-Argüelles, V. M.; y col.; La alimentación inadecuada del lactante sano y sus consecuencias. Rev. Cubana Pediatría. 2005. 77:1 Ciudad de la Habana ene.-mar.

10 Morán Rey J. Lactancia materna en España. Situación actual.An Esp Pediatr 2011; 36: 45-50.

11. Costas Moraga C Comportamiento Alimentario del neonatos III Congreso Español de Lactancia Materna.

12. Aguilar Cordero MJ. Lactancia Materna. Cap.4. Ed. Elsevier. 2005. España.

13. Anderson AM. Disruption of lactogénesis by retained placental fragments. J Hum Lact 2013; 142-4.

14. Aguilar Cordero MJ. Lactancia Materna. Cap.12. Editorial Elsevier. 2008. España.

15. Díaz Tabares O; Soler Quintana ML. Aspectos Epidemiológicos relacionados con la lactancia materna durante el primer año de vida. Rev. Cubana Medicina General Integral.2002.

16. Stuart-Macadam P, Breastfeeding, Biocultural Perspectives, New York, 2013.

17. Arsuaga JL. El collar de Neandertal. En busca de los primeros pensadores.

Madrid: Temas de hoy; 2011.

18. Vahlquist B. Introducción, Organización Mundial de la Salud. Modalidades de la lactancia natural en la actualidad. Informe sobre el estudio en colaboración de la OMS acerca de la lactancia natural. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012.

19. Valdez Martín, S. y col.; Temas de Pediatría. Lactancia Materna, Capítulo /, Alimentación y Nutrición, Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2012. P: 44-47.

20. Hernández Aguilar MT, Maldonado Aguayo J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica recomendaciones del Comité d práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. An Pediatr (Barc). 2005;63:–56.

21. Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. JOGNN.2011 .38:259–68.1

22. Li R, Fein SB, Chen J, et al. Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. Pediatrics. 2008;122:S69.

23. Matos Díaz Z. Algunos factores de riesgos asociados al abandono de la Lactancia Materna en el municipio Bolivia Provincia Ciego de Ávila. [Trabajo para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral] .Ciego de Ávila 2012.

24. Wright A. Incremento de la lactancia materna en Estados Unidos. Paediatric Clin. North Am (Ed esp) 2011; 1: 1-12.

25 Vega MG, González G. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en áreas periféricas de Guadalajara, México 2009; 115; 118-

26. OMS/UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad. Declaración conjunta OMS/UNICEF. Ginebra 1989.

27. Lawrence RA. La lactancia materna. 4ª ed. Madrid: Mosby/Doyma; 2013.

28. Nguyen DA, Parlow AF, Neville MC. Hormonal regulation of tight junction closure in the mouse mammary epithelium during the transition from pregnancy to lactation. J Endocrinol 2011; 347-56.

29. Cantidad y calidad de la leche materna. OMS, Ginebra 2005.
30. Cummins AG, Thompson FM. Effect of breast milk and weaning on epithelial growth of the small intestine in humans. 2012; 748-754.
31. Fidler N, Koletzko B. The fatty acid composition of human calostrum. Eur J Nutr 2010; 31-37.
32. UNICEF. Lactancia materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud. UNICEF. Santiago de Chile, 2007.
33. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. Lactancia materna. Últimas evidencias. An Pediatr Contain 2011; 175-180.
34. Ferrández de Lee MA. Lactancia materna. Madrid: McGraw-Hill; 2011.
35. Goldman AS. El sistema inmunitario de la leche humana: propiedades antimicrobianas, antiinflamatorias e inmunomoduladoras. Enfermedades infecciosas pediátricas 2013; 664-671.
36. Pabst HF. Immunomodulation by breast-feeding. Pediatr Infect Dis J 2007; 991-995.
37. Davis MK. Breastfeeding and chronic disease in childhood and adolescence. Pediatr Clin North Am 2001; 125-141.
38. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta analysis. Am J Clin Nutr 2012; 525-535
39. Labbok MH. Lactancia materna y su escala de salud para la madre. Clínica de Perinatología Norteamericana 2006; 491-4.
40. Labbok MH. Efectos de la lactancia en la madre. Clínica de Perinatología Norteamericana 2007; 143-158.
41. Jiménez CA. Lactancia materna: beneficios, riesgos y alternativas. Ginecología y Obstetricia 2009; 12:519-524.
42. Valdés J, Ferrera E, Muñoz J. Lactancia Materna y madre adolescente. Rev. Cubana Ped. 2007; 560-5.
43. Palmero B. Comportamiento de la lactancia materna en madres adolescentes. Rev. Cubana Medicina General Integral 2012; 270-4.
44. Peláez MJ Adolescencia y Juventud. Desafíos Actuales. La Habana: Editorial

Científico- Técnica; 2003; 125-36.

45. Vega MG, González G. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en áreas periféricas de Guadalajara, México 2011; 115; 118-27.

46. Cuesta Mejías LA, Sierra Pérez D, Porto Hernández T. Hipertensión arterial: Guía para profesionales. Ed. Ciencias Médicas, Habana Cuba 2004; p. 38-39.

47. Tejerizo López LC, de Miguel Sesmero JR, Pérez Escamilla JA, Corredera Moro F. Implicaciones de las enfermedades maternas en la lactancia natural. Zaragoza 2009. p. 831-869.

48. Martín Calama J, Lozano de la Torre MJ. Contraindicaciones de la lactancia materna. Sevilla: Universidad de Sevilla, 2008; 157-179.

49. Díaz C, Riaño I, Rodríguez R, Palencia Z, Candás MA. Lactancia materna. Guía para los profesionales sanitarios. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Gobierno del Principado de Asturias. 2008.

50. Amir LH, Donath SM. Does maternal smoking have a negative physiological effect on breastfeeding? The epidemiological evidence. Birth 2011; 29: 112-123.

51. Schellhorn H. Lactancia materna contenidos técnicos para profesionales de salud. UNICEF. Ministerio de Salud de Chile. Santiago de Chile, 2011; p. 223-41

52. Hernández Garduño AG. Capacitación sobre lactancia materna al personal de enfermería del Hospital General de México. Salud Pública México 2010; p. 112-17.

