

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**“Factores Etnicos, Culturales y Socio  
Económicos que afectan las Prácticas de  
Alimentación Infantil en la Comunidad de  
Guanaja, Departamento de Isla de la Bahía”**

# TESIS

Sustentada por el Bachiller

**José Ludovico Berlioz Abadie**

PREVIA OPCION AL TITULO DE:

**“Doctor en Medicina  
y Cirugía”**

TEGUCIGALPA, D. C.

— 1 9 8 6 —

HONDURAS, C. A.

612.664  
351

86-89  
3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**“Factores Etnicos, Culturales y Socio  
Económicos que afectan las Prácticas de  
Alimentación Infantil en la Comunidad de  
Guanaja, Departamento de Isla de la Bahía”**

**T E S I S**

Sustentada por el Bachiller

**José Ludovico Berlioz Abadie**

PREVIA OPCION AL TITULO DE:

**“Doctor en Medicina  
y Cirugía”**

ASOCIACION ASTURIANA  
DE INVESTIGACIONES  
SOCIALES Y ECONOMICAS  
1973  
10/10/73

**FACTORES ETNICOS CULTURALES Y SOCIOECONOMICOS**  
**QUE INFLUYEN EN LAS PRACTICAS DE ALIMENTACION INFANTIL**  
**EN LA COMUNIDAD DE GUANAJA,**  
**DEPARTAMENTO DE ISLAS DE LA BAHIA**

**SUSTENTANTE: BR. JOSE LUDOVICO BERLIOZ ABADIE**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

RECTOR LIC. OSCAR ALVARENGA ABOGADO OSWALDO RAMOS SOTO  
SECRETARIO GENERAL LIC. OSCAR ALVARENGA

\*\*\*\*

**JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

DECANO	DR. RAUL FELIPE CALIX
VICE-DECANO	DR. RENATO VALENZUELA
SECRETARIA	LIC. EVA LUZ DE ALVARADO
PROSECRETARIO	DR. JESUS ADELMO ARITA
VOCAL	DRA. XENIA JOSEFINA PINEDA
VOCAL	DR. CARLOS RAMON GARCIA V.
VOCAL	BR. ISNAYA NUILA
"	BR. GUSTAVO MONCADA
"	BR. WALTER GALINDO
"	BR. MARVIN CALDERON
"	BR. JOSE OCTAVIO IZAGUIRRE
"	BR. EDDY JUAREZ
"	BR. CELINA LINO
"	BR. HUGO ALONZO.

**TRIBUNAL EXAMINADOR**

1. LIC. IRMA A. MEJIA
2. LIC. NELSON ESPINAL
3. LIC. ANTONIO PONCE

**SUSTENTANTE**

= BR. JOSE LUDOVICO BERLIOZ ABADIE

**PADRINOS**

= ING. CESAR ABADIE STREBER  
= DR. SADY EDGARDO BERLIOZ S.

DEDICATORIA

A: IRIS Y LUDOVICO

DE SU HIJO

A: RENE Y GRISHELL

DE SU HERMANO

A: DOÑA LYDIA Y DON FRANCISCO

A: DOÑA GRACIELA Y DON LUDOVICO (Q.E.P.D.)

DE SU NIETO

## AGRADECIMIENTO

- A DIOS: *Por permitirme llegar a esta etapa de mi carrera.*
- A MIS PADRES: *Ludovico Berlóz Simón e Iris Abadie de Berlóz por su abnegación y dedicación.*
- A MIS FAMILIARES: *Por su apoyo durante mi carrera*
- A MIS COMPAÑEROS: *Por haber compartido buenos y malos momentos.*
- A MIS MAESTROS: *Por brindar lo mejor de sus conocimientos para hacer de mí un buen Médico.*
- A MI ASESOR: *Dra. Argentina de Chávez, por brindarme su tiempo y colaboración para realizar este trabajo.*

## INDICE

	PAG.
CAPITULO I : INTRODUCCION Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA.	1
CAPITULO II : OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS	6
CAPITULO III : MARCO CONCEPTUAL	8
CAPITULO IV : HIPOTESIS	48
CAPITULO V : VARIABLES E INDICADORES	50
CAPITULO VI : METODOS, MATERIAL Y PROCEDIMIENTOS.	53
CAPITULO VII : RESULTADOS	58
CAPITULO VIII : DISCUSION	175
CAPITULO IX : CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	183
CAPITULO X : RESUMEN	187
CAPITULO XI : REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	190
CAPITULO XII : ANEXOS	193

**FACTORES ETNICOS, CULTURALES Y SOCIOECONOMICOS  
QUE INFLUYEN EN LAS PRACTICAS DE ALIMENTACION  
INFANTIL EN LA COMUNIDAD DE GUANAJA,  
DEPARTAMENTO DE ISLAS DE LA BAHIA**

## **CAPITULO I.**

### **INTRODUCCION Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA**

*Los estudios sobre lactancia materna no son ninguna novedad en nuestro medio ni en otras latitudes, las ventajas inherentes a la leche materna, refiriéndonos a sus propiedades bioquímicas, nutricionales, antialérgicas, antiinfecciosas e inmunológicas, datan algunas del siglo XVII y otras de épocas más remotas aún.*

*No es sino hasta aproximadamente quince años cuando la importancia de estas propiedades reciben el crédito que se merecen, ésto debido a estudios realizados en ambientes diversos, llegando a la conclusión de que aún en los países industrializados, donde los riesgos aparentes de la lactancia artificial son mínimos, se presentan problemas en etapas posteriores de la vida, de la índole de mayor morbilidad, obesidad e hipercolesterolemia.*

*Este estudio no pretende ser una repetición de estas observaciones ya tan bien conocidas, sino más bien identificar aquellos factores reales y objetivos que impulsan a la madre a desistir del amamantamiento natural.*

*Debemos insistir en este aspecto, ya que son las vivencias diarias de la madre, su situación marital, familiar, laboral, su estado nutricional, de vivienda, el acceso a medios informativos y a recursos de salud, el entorno tradicional, su lugar de origen, la experiencia previa, las motivaciones de su infancia, en resumen es todo su ámbito socio-económico-cultural y no solamente el conocimiento de la lactancia materna y sus ventajas, las que en última instancia, actuarán determinando la alimentación del recién nacido.*

*El Dr. Pierre E. Mandi en su libro editado por UNICEF, "ALIMENTACION A PECHO el mejor comienzo para una vida" identifica este serio problema y lo expresa de la siguiente manera: "Las condiciones sociológicas, económicas y culturales que impiden o facilitan el amamantamiento, no han recibido suficiente atención ni se conocen bien".*

*Mis observaciones, al contrario de lo esperado, no fueron motivadas por la presencia de la patología propia de comunidades del tercer mundo, sino más bien, por la ausencia de éstas. Más explícitamente diré, que en la práctica médica, durante mi servicio social, los índices de desnutrición, enfermedades diarreicas, otros problemas como hipersensibilidad a productos lácteos, trastornos del desarrollo sicomotor, se presentan sustancialmente bajos o son nulos, y lo más importante aún, es que la mayoría de estos niños reciben lactancia artificial.*

*Estos hechos nos inducen a tomar en cuenta la posibilidad, de que uno o más factores "protectores", pueden estar actuando a manera de alterar los resultados esperados para esta comunidad.*

*Estos factores son susceptibles de destacarse, probablemente cuantificables y aplicables a otras comunidades modelo del país, pudiendo a la vez minimizar los efectos deletéreos de la lactancia artificial.*

*Los datos que recopila esta investigación provienen de una pequeña isla -- del Caribe hondureño llamada "Guanaja", forma parte del Departamento insular de Islas de la Bahía, ubicada a treinta y cinco millas náuticas de la costa norte de Honduras; es indudablemente un extraño lugar. - Desde la época de su descubrimiento realizado por Cristobal Colón en el año de 1502, hasta la actualidad, esta isla ha sobrevivido al paso de las décadas con una*

subcultura propia, con notable influencia norteamericana e inglesa, con niveles sumamente bajos de contaminación, sin automóviles, calles ni teléfonos, delincuencia cercana al 0%, cuya economía reside principalmente en la pesca y la exportación de mariscos, por lo que contribuye sustancialmente a la economía nacional.

Cuenta con una población aproximada de 5,000 habitantes, no es por su aislamiento un lugar cerrado a los inmigrantes, sino por el contrario es un lugar de intenso atractivo para la población desempleada de los Departamentos de Colón, Atlántida, Gracias a Dios y en resumen de todo el litoral Atlántico del país.- Una gran variedad racial: Zambos, blancos descendientes de piratas y bucaneros españoles e ingleses, latinos (mestizos), raza de color provenientes de diferentes lugares, se entrecruzan en los callejones de --puentecillos, acribillando sus oídos con variedad de lenguajes y dialectos; contrastan, su sistema de televisión privado vía satélite y sus almacenes repletos de productos importados, con las creencias mágico-religiosas heredadas de otras islas del Caribe, la miseria y el hacinamiento de los negros y zambos habitantes de Fire Point (Punta de Fuego).

Es por estas razones que el estudio no representa las observaciones de una comunidad aislada sino de un ultrafiltrado del desempleo, morbilidad e idiosincracia de nuestra población.

Guanaja es más que un lugar especial, concentra los extremos típicos de las sociedades latinoamericanas, con costumbres y anhelos propios de países industrializados, pero carentes de los mínimos recursos para construir infraestructuras acordes a su realidad social.

*Pretendo en mis observaciones analizar las principales características nutricionales y de morbilidad, enfocándolas brevemente y centrar mi atención en forma más detallada en aquellos elementos peculiares de la comunidad y de sus habitantes, que de alguna u otra manera dan como resultado un -- cambio rotundo en los hallazgos esperados para estudios de este tipo. - Además por ser en nuestro medio uno de los primeros estudios que se realizan en este sentido, se pretende brindar una imagen real de esta temática de - manera que los planeamientos posteriores para el abordaje de estos problemas se realice conociendo su distribución y dimensiones exactas, se efectuará una breve revisión sobre los efectos de los costos de la lactancia artificial sobre la ya deteriorada economía de la familia hondureña. - Enfocaremos en otro apartado las leyes de protección laboral en cuanto a maternidad y - lactancia materna se refiere y sus repercusiones en el tipo de alimentación escogido para los lactantes.*

*Este trabajo utilizará la entrevista personal directa, se encuestarán todas las madres de niños de cero a dos años que frecuentan el centro de salud de su comunidad, incluídas en el programa de control de crecimiento y desarrollo. - He tratado de resumir el instrumento que se utilizará, a preguntas cerradas con el fin de facilitar el análisis de las variables y hacer más comprensibles los resultados del estudio.*

*Para lograr una verdadera aproximación al problema de la alimentación infantil, es necesario la identificación de aquellos elementos que impulsan a la madre el abandono de las prácticas de amamantamiento, el mismo que - puede ser utilizado para dar una visión más amplia de este tema, lo cual - mejorará la preparación del personal de salud encargado de la administra-*

*ción de los escasos recursos disponibles para su solución.*

*Es mi opinión que uno de los aspectos fundamentales para mejorar los índices de amamantamiento, es mejorar las condiciones de vida, brindando la protección necesaria a las madres lactantes, cualquiera que sea el campo en el que se desempeñen.*

## **CAPITULO II**

### **OBJETIVOS**

#### **1. GENERALES:**

- 1.1 *Identificar los principales factores étnicos, culturales y socio-económicos, que favorecen o impiden las prácticas de amamantamiento en la comunidad de Guanaja, Departamento de Islas de la Bahía.*
- 1.2 *Establecer el papel que juega la lactancia materna en la morbilidad infantil y su repercusión en la economía familiar en la comunidad de Guanaja.*

#### **2. ESPECIFICOS:**

- 2.1 *Determinar porcentualmente la cantidad de lactantes de cero a dos años amamantados, en relación a los alimentos en forma artificial.*
- 2.2 *Categorizar los factores principales que influyen en el cese de el amamantamiento afectando a las madres de la comunidad de Guanaja.*
- 2.3 *Efectuar la relación entre extracción racial por su lugar de origen y lactancia materna, identificando porcentualmente los grupos étnicos más afectados.*
- 2.4 *Enumerar las fuentes de información existentes, utilizadas por las madres de la comunidad de Guanaja, con el fin de resolver problemas de lactancia materna cuando éstos se presentan.*
- 2.5 *Definir las políticas de protección laboral, en cuanto a maternidad y lactancia se refiere que prevalecen en las madres obreras laborantes en las empresas exportadoras de mariscos constituídas en*

*esta isla y su efecto sobre la lactancia materna.*

- 2.6 Detectar los productos alimenticios que con mayor frecuencia son utilizados como sustitutos de la lactancia materna en la comunidad de Guanaja.*
- 2.7 Establecer el efecto de la condición nutricional de la madre sobre la utilización de la lactancia materna.*
- 2.8 Identificar los problemas que más frecuentemente afrontan las madres, en cuanto a amamantamiento se refiere, y cuáles son las soluciones que eligen para solventarlos.*
- 2.9 Enunciar las principales causas de morbilidad, presentes en los lactantes de cero a dos años, que son amamantados en forma natural y los que reciben lactancia artificial en la Isla de Guanaja.*
- 2.10 Determinar el efecto de la inversión de recursos en lactancia artificial sobre el presupuesto familiar en los grupos que optan por este tipo de alimentación.*

### CAPITULO III

#### MARCO CONCEPTUAL

##### 1. LA HISTORIA NATURAL DE LACTAR AL PECHO MATERNO

*"La emancipación femenina que se inició en la década de los años veintes fué simbolizada por el cabello corto, faldas cortas, contraceptivos, cigarrillos, y el biberón". (12)*

*La evidencia de el deterioro creciente en el amamantamiento, a nivel mundial y su repercusión trascendente en la salud del niño y de la madre, ha desencadenado una explosión en la investigación y la literatura científica durante la presente década.- Reconocer el nivel alcanzado -- por el declinar paulatino de la alimentación al pecho en sectores de máxima agresividad ecológica (sectores urbanos no privilegiados y rurales) e implementar soluciones eficaces para su neutralización, constituye una prioridad en salud pública.*

*Es necesario enfocar este problema como un evento inicial y final a la vez de un fenómeno mucho más complejo que abarca sin duda todo el -- ciclo productivo de la mujer.- Es un fenómeno longitudinal que abarca toda la vida, del cual sólo asistimos a la última etapa.*

*Por definición, el hábito es la predisposición lograda una vez presentado el estímulo, que desencadena más o menos automáticamente y a nivel inconciente, una cadena de actos.- Es la tendencia a reaccionar de una manera u otra. (6).*

*El instinto o comportamiento maternal se desarrolla en tres fases de las cuales la primera ocurre antes del parto, la hembra se torna fisiológica e instintivamente lista para la atención del joven recién nacido, (en esta etapa algunos mamíferos construyen nidos o refugios adecuados donde su cría pueda nacer, otros se alejan de las manadas sólo para poder parir y otros no sufren absolutamente ningún cambio de conducta. - La segunda y mayor etapa del comportamiento maternal es el tiempo de la lactancia cuando el recién nacido requiere de su madre para sobrevivir. - La tercera etapa es la fase del destete en la cual las crías se tornan independientes de sus padres.*

*En algunos mamíferos esta etapa ocurre rápidamente y las crías se dispersan, otros por el contrario, permanecen al lado de sus padres por mucho tiempo y aunque la etapa de la lactancia haya terminado, incorporándose al grupo y formando manadas, mientras que otros son activamente liberados o abandonados a su suerte.*

*En resumen, el comportamiento de los mamíferos puede categorizarse en las siguientes etapas:*

**FIGURA NO. 1**

**ETAPAS EN LA FORMACION DEL COMPORTAMIENTO MATERNAL**

**EN LOS MAMIFEROS**

<b><u>ETAPAS</u></b>	<b><u>CARACTERISTICAS</u></b>
<i>I. Fase preparatoria</i>	<i>Es el comportamiento durante la gestación, como la construcción de nidos.</i>
<i>II. Fase de lactancia</i>	<i>Se relaciona con la alimentación cuidado y permanencia con el recién nacido.</i>
<i>III. Fase de destete</i>	<i>Es el comportamiento que ayuda a la cría a ser independiente.</i>

Si se establecen comparaciones entre el patrón paterno de diferentes especies de mamíferos, se observará que la lactancia es la actividad central y primordial, nótese que el recién nacido atraviesa por cada una de estas etapas de desarrollo, siendo finalmente destetados. -Debe apuntarse la importancia de la relación madre-hijo en estas etapas (Figura No. 2).

El hábito se forma cuando una motivación encuentra un camino expedito para realizarse. - Este rápido aprendizaje se lleva a cabo en los animales jóvenes denominándose IMPRONTA (Forma de aprendizaje que tiene lugar en -- ciertos períodos críticos y mediante el cual buscan la proximidad de estímulos, generalmente emanados de la madre presente en estos períodos).

FIGURA NO. 2

DIFERENTES PATRONES DE COMPORTAMIENTO MATERNAL  
EN MAMIFEROS

FASE PREPARATORIA	Construye nidos Acondiciona Madrigeras Cava cuevas No sufre ningún cambio	
FASE DE LACTANCIA	Prematuros recién nacidos	Kanguros
	Recién nacidos indefensos (nacen ciegos y sin pelo)	Ratones y Conejos.
	Recién nacidos semi-indefensos (nacen con pelo, pobre locomoción, posiblemente ciegos).	Perros y monos.
	Recién nacido precoz (nacen bien desarrollados)	Ballenas y Delfines.
FASE DE DESTETE	Las crías son abandonadas Las crías son liberadas (Marsupiales) Las crías se unen al grupo o manada Las crías se dispersan.	

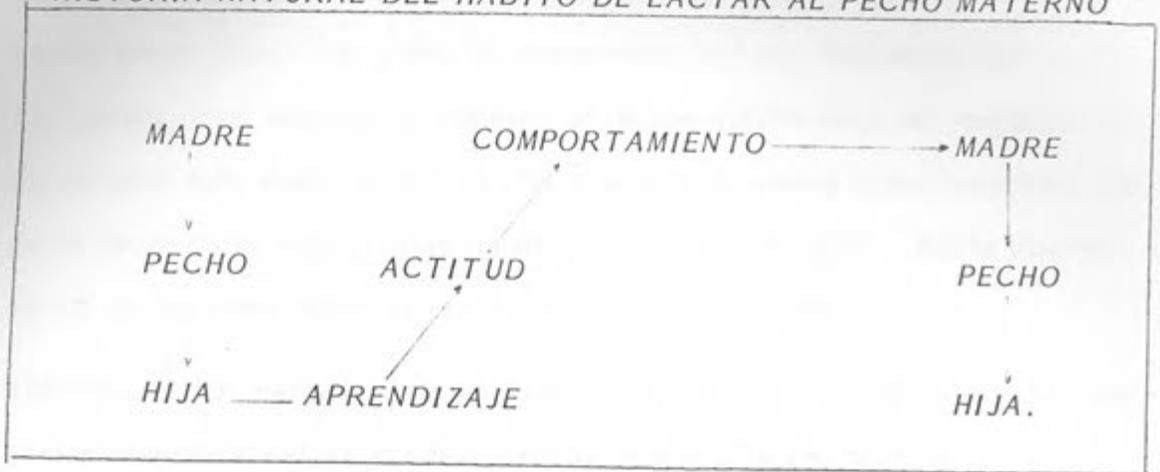
Esto se realiza en una edad concreta llamada PERIODO CRITICO y no en otro momento, es muy probable que nuestro hábito de lactar se constituya en igual forma en un momento dado y no en otro; el hábito es pues -- producto del aprendizaje que vale tanto para la madre como para el hijo.

En un desglose analítico, la historia natural del hábito de lactar al pecho se inicia cuando el recién nacido del sexo femenino es colocado en el seno materno a los pocos minutos de ocurrido el parto. - Ese contacto inicial piel a piel, se refuerza con las caricias maternas y sigue su curso normal cuando la madre desinhibida y desprejuiciadamente pone al pecho a su hijo cada vez que éste lo requiera por hambre, esto sin restricción de horarios - o tabues culturales, por la forma y sitio de amamantamiento. - Posteriormente esta experiencia inicial favorable, deberá seguir en la edad preescolar - la constatación que su madre u otra nodriza del vecindario, lacta al seno a otro recién nacido.

En este marco cultural, será natural que la niña repita en sus actividades lúdicas el estilo de crianza que aprendió de su madre; más tarde este aprendizaje que debe ser persistentemente reforzado, se transforma en una actitud firme y categórica de aceptación y valoración de la función nutricia de la glandula mamaria. - Finalmente ya mujer, cuando llegue al matrimonio y - al embarazo propio, le será absolutamente natural y lógico fantasear con un hijo amamantado por ella misma. Todo ello lo hará por convencimiento propio y no por imposición o recomendación de terceros. (6).

FIGURA NO. 3

HISTORIA NATURAL DEL HABITO DE LACTAR AL PECHO MATERNO



*Klaus y Kennell, sugiere que en los humanos existe este período crítico en donde la unión madre-hijo se establece; este período se define en las primeras doce horas postparto. - El impacto de esta temprana unión en el establecimiento y duración de la lactancia materna esta ampliamente reportada.*

*Si nos referimos a otros mamíferos, la lactancia, incluyendo la duración y frecuencia de las tetadas, son predecibles para cada especie debido a la determinación genética de estos aspectos. - Sólo aquellos animales mantenidos en laboratorios o zoológicos tienen tendencia a rechazar a sus crías y alterar estos patrones; ya en los grandes primates, el aprendizaje juega un papel de mucha importancia; los monos que se crían sin ningún modelo, deben ser enseñados como amamantar a sus pequeños.*

*En el ser humano, la tradición cultural dicta las reglas de inicio, frecuencia, finalización de la lactancia, el aprendizaje juega un papel primordial - en este proceso, pero está enfocado hacia las creencias, actitudes y valores*

de la madre y de la cultura a la cual pertenece.

El grado de contacto corporal permitido por las culturas es la principal diferencia entre ellas.- Las culturas prescriben qué tan frecuentes deben ser las tetadas, qué tan frecuentemente el recién nacido debe ser cargado, la forma como éste debe hacerse, como el niño y la madre deben vestirse, donde se deposita el niño cuando no es cargado por la madre, donde duerme, siendo todos estos factores culturalmente determinados.

Whiting, en sus estudios antropológicos, divide las sociedades en dos categorías atendiendo el grado de contacto corporal madre-hijo. (12)

FIGURA NO. 4  
CLASIFICACION CULTURAL DE LAS SOCIEDADES ATENDIENDO  
A GRADO DE CONTACTO CORPORAL MADRE-HIJO

<u>Clasificación Cultural</u>	<u>Características</u>
ALTO CONTACTO	Separación mínima madre-hijo.
Identificación simbiótica	El niño es casi completamente cargado en los primeros meses de vida.
Largo amamantamiento	Poca o ninguna ropa separa la madre del niño por cual ellos permanecen en contacto piel con piel.
BAJO CONTACTO	El recién nacido duerme con la madre.
Dependencia ambivalente.	El niño es separado de su madre al nacer.
Destete temprano.	El niño generalmente está sobrevestido sin ropa muy elaborada.
	El recién nacido es mantenido en su cuna o cargador.
	El infante no duerme con su madre.

*La mayoría de las culturas tradicionales no efectúan ningún esfuerzo especial para facilitar el contacto corporal con los lactantes en los primeros minutos después del nacimiento. El recién nacido generalmente es bañado por una asistente femenina al parto y colocado en una cuna o cesto; muy pocas culturas entregan al niño desnudo a su madre, permitiendo cuidados postparto inmediatos; generalmente la primera tetada se pospone veinticuatro horas o más (13).*

2. QUE TIPO DE MUJERES SON LAS QUE MAS ALIMENTAN AL PECHO MATERNO:

*Diversos estudios apuntan hacia el prototipo de la mujer lactante, - es decir aquella madre que cuenta con las facilidades económicas, sociales, maritales, laborales, educativas, apoyo por personal de salud, incentivos y motivaciones suficientes para poder hacer de la lactancia materna un acontecimiento con final feliz.*

*Según Cunningham, en su estudio realizado en el Mary Imogene Bassett Hospital de New York, existe una relación significativa con el nivel educacional de los padres, concluyendo que a mayor nivel educacional, se tendrá mayor lactancia materna, la misma relación se observa en relación al aumento de la edad materna y el tamaño pequeño del núcleo familiar (4).*

*Sepúlveda, describe los resultados de su estudio realizado en Concepción, Chile en 1980, concluyendo que las madres más predispuestas a amamantar, se encuentran en una edad mayor de 31 años, siendo las adolescentes y las madres adultas jóvenes las más inclinadas -*

a la lactancia artificial.- Por el contrario de lo descrito en el estudio anterior, se concluye que las madres con escaso nivel educacional, - presentan un rango mayor de lactancia materna.- En cuanto a la situación socioeconómica, aquellas madres con mejores ingresos, optaron por la lactancia artificial en un mayor porcentaje.- La paridad de la madre se relaciona directamente con el método de alimentación escogida para su hijo; las madres de tres o cuatro hijos, optaron en su mayoría por la alimentación al pecho materno, en cambio las primíparas prefirieron en su mayoría la alimentación artificial.- La estabilidad hogareña y la convivencia con el padre del niño favorecieron significativamente el amamantamiento, el uso de anticonceptivos hormonales en la historia previa de la madre, se asoció con un escaso rango de lactancia materna.- La lactancia y alimentación a libre demanda sin restricción de horarios se encontró como favorecedora de prolongar la lactancia materna.- Es de hacer notar que la disponibilidad de fuentes de información que promuevan la lactancia materna, no produjo diferencias apreciables en la decisión de amamantar o de alimentar artificialmente, en las madres que así planeaban hacerlo.- Lo mismo sucedió con la promoción de diversos productos alimenticios, no produjo un cambio sustancial en cuanto a la escogencia de la alimentación. El retorno al trabajo, en aquellas madres asalariadas, produjo una disminución en el número de tetadas que el niño recibe, pero no en el número de madres lactantes. (19).

El alojamiento conjunto reviste una de las técnicas más destacadas - entre las rutinas hospitalarias, como promotoras de la lactancia natural. (3, 16, 23, 7)

En 1981, Martínez y Dot, reportan como favorecedora de la alimentación natural, el nivel educacional alto de los padres, la adicción a los antiguos patrones tradicionales y la cultura conservadora de la familia; sin embargo, la multiparidad y el retorno al trabajo se consideraron como factores negativos al amamantamiento. (12).

Refiriéndonos a las fuentes de información que consultan las madres cuando presentan problemas relacionados con la lactancia, se comprobó que no existe diferencia apreciable entre las madres que recibieron información magistral en hospitales y clínicas de salud impartidas por médicos y enfermeras y aquellos que no recibieron esta enseñanza.- Las principales diferencias no radican en el contenido de la información, sino al tipo de acceso que a ellas se tiene; aquellas madres que optan por fuentes de información que la brindan en una forma personalizada, individualmente, en privado y dirigida a sus propios problemas, que contaron con la asesoría de parientes y amigos, presentan una mayor predisposición a la lactancia que aquellas que consultaron en una forma impersonal, grupal, sin capacidad de cuestionar el fenómeno, recibiendo información en materiales escritos o lecciones magistrales y que no consultaron familiares ni amigos con respecto a sus problemas. (20)

Algunos autores sugieren que la nutrición materna indirectamente afecta la lactancia debido a que imposibilitan a la mujer a producir más leche con un patrón de succión menos frecuente, como se ha observado en mujeres desnutridas. (8).

No suficiente es conocido al respecto del ciclo de la lactancia; el volumen y la calidad de la leche no son estáticos con respecto al tiempo, ni al ambiente. - Disminución en el volumen es común en mujeres pobres, desnutridas, de la misma manera situaciones de crisis y de stress pueden alterar grandemente la calidad de la misma, dando por resultado mujeres con leche ubicada en el rango inferior de calidad. (17).

FIGURA NO. 5

FACTORES QUE DISMINUYEN LA FRECUENCIA DE LA LACTANCIA



Suplementos dados manualmente.

En el esquema anterior las líneas continuas representan factores que promueven el patrón frecuente de succión y las líneas discontinuas - representan influencias deletereas a la frecuencia de la succión.

*Enfocando el contexto ocupacional, todas las madres son madres trabajadoras, pero los contratiempos que experimenta la madre que trabaja fuera de su hogar son únicos.- Primariamente se debe enfocar - si el trabajo que la madre desempeña es físicamente demandante, entre mayor flexibilidad se tiene en su trabajo, será más fácil retornar a éste después de su parto y continuar la lactancia.- Algunas madres tienen la facilidad de poder llevar sus pequeños al lugar de trabajo o tener alguna persona que se encarga de llevárselos cuando se requiere alimentarlos; otras madres tienen la opción de desplazarse hasta su casa para hacerlo. (12).*

*Refiriéndonos a la forma de ofrecer la lactancia materna, se distinguen dos categorías:*

- A. LACTANCIA MATERNA SIN RESTRICCIONES: Significa que el niño es puesto al pecho siempre que llora o se siente irritado, la alimentación es "Ad-libitum" y sin atender horarios; usualmente se proporcionan diez o más comidas al día, el niño no recibe biberones, los alimentos sólidos no se introducen sino hasta la segunda mitad del primer año, la lactancia materna sigue siendo la mayor fuente de nutrientes durante el primer año.*
- B. LACTANCIA MATERNA RESTRINGIDA: Es una alimentación caracterizada por reglas y regulaciones, ambos, frecuencia y duración de la lactancia, son limitados a horarios estrictos, el destete ocurre generalmente al tercer mes de vida o antes debido a que el patrón de eyección láctea no se establece adecuadamente y los alimentos suplementarios en este período son frecuentes.*

*Existen del mismo modo características psicológicas propias de las madres que prefieren la alimentación artificial para sus recién nacidos y éstas son:*

- a) Existe un conflicto de aceptación al rol biológico maternal en relación al infante y otros papeles sustentados para la mujer en la sociedad.*
- b) Se tiene un conflicto con respecto a la función del pecho por sí mismo, ya que es un órgano destinado a la nutrición de su cría - contra el papel de órgano de atracción sexual, dando al pecho el mismo valor psicológico que tiene el pene en el hombre, considerándose la lactancia como una "castración". (12)*

#### 2.1 CLASE SOCIAL Y EDUCACION:

*La educación y la clase social de una mujer afectan su motivación para amamantar, pero la forma en que lo hace es diferente según el lugar del mundo.- En muchos países industrializados, la alimentación al pecho se observa más frecuentemente en mujeres de clase alta y más educadas; por otra parte, en los países del tercer mundo, las mujeres educadas y de clase alta, tienden más a alimentar a sus hijos artificialmente; sin embargo, en algunos países socialistas, la educación de la mujer no afecta de ninguna de las dos maneras; es por esto que no está aclarado del todo.*

#### 2.2 AREAS RURALES Y URBANAS:

*El efecto es diferente en distintas partes del mundo.- En los países industrializados la lactancia artificial se ha extendido en todas las clases sociales y es tan común en las áreas rurales como*

urbanas; sin embargo en los países del tercer mundo, la lactancia artificial es más frecuente en las ciudades y los pueblos grandes.- Los materiales y la leche necesarios para la alimentación artificial sólo puede llegar donde hay buenos caminos y medios de comunicación, por consiguiente la leche y los alimentos artificiales nunca han llegado a muchas partes del tercer mundo.- En otro aspecto, es esencial una economía de dinero para que las compañías productoras traten de vender sus productos.- Cuando la gente va a vivir a los pueblos grandes, por lo general ya no cuentan con los sistemas de asistencia tradicional, que servían para promover la lactancia al pecho.

### 2.3 EL PAPEL DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN LA PROPAGACION DE LA LACTANCIA ARTIFICIAL:

Se ha demostrado la promoción desenfrenada de los sustitutos de la lactancia materna, sobre todo en salas de maternidad, clínicas privadas, servicios de recién nacidos y todos aquellos lugares donde las madres acuden a solventar los problemas referentes a la alimentación de sus bebés y donde un personal de salud poco entrenado puede promover directa o indirectamente el uso de la lactancia artificial.

### 2.4 EDAD DE LA MADRE:

Se ha especulado que a mayor edad de la madre, menor es la posibilidad de que lacten a sus hijos con éxito; sin embargo, la tendencia actual es al contrario, ya que son las jóvenes adolescentes las que tienden a imitar el ejemplo "modernista" de otras sociedades.

### 2.5 SEXO DEL BEBE:

*En Latinoamerica se tiende a destetar primero a las niñas que a los varones; las relaciones referentes a las diferentes estadísticas en cuanto a sexo, morbilidad y mortalidad, reflejan la tendencia a favorecer más a los varones durante el período de lactancia.*

### 2.6 DESNUTRICION MATERNA:

*Las madres crónicamente desnutridas, efectivamente tienen una producción de leche menor y sus bebés pueden dejar de crecer - adecuadamente si a los dos o tres meses sólo se alimentan al pecho. - Suplementando la dieta de la madre desnutrida, se mejorará la cantidad y calidad de leche.*

### 2.7 TAMAÑO DE LOS PECHOS:

*Es indiferente a la capacidad de producir leche ya que en la mayoría de los casos el volumen es a expensas de tejido adiposo y no de tejido glandular.*

2.8 OCUPACION MATERNA: *No es concluyente pero puede considerarse como un factor negativo en los países del tercer mundo.*

### 2.9 OTROS:

*El hábito de fumar se considera disminuye la producción de prolactina, influyendo negativamente en la lactancia materna. (7)*

*\* Ver figura No. 6.*

FIGURA NO.6

MADRES CON ALTA Y BAJA PREDISPOSICION A LA LACTANCIA

MATERNA

<u>VARIABLE</u>	<u>LACTANCIA FRECUENTE</u>	<u>LACTANCIA POCO FRECUENTE.</u>
<i>Edad Materna</i>	<i>Mayor de 31 años</i>	<i>Adolescente a 30 años</i>
<i>Estado nutricional</i>	<i>Bien nutrida</i>	<i>Desnutrida *</i>
<i>Lugar de Residencia</i>	<i>Area Rural</i>	<i>Area Urbana</i>
<i>Ocupación</i>	<i>Trabajo Liberal</i>	<i>Asalariada</i>
<i>Educación</i>	<i>Poca Educación **</i>	<i>Educación Superior **</i>
<i>Paridad</i>	<i>Multipara</i>	<i>Primipara</i>
<i>Clase Social</i>	<i>Baja</i>	<i>Alta</i>
<i>Sexo del Bebé</i>	<i>Masculino</i>	<i>Femenino</i>
<i>Nucleo Familiar</i>	<i>Vive cerca de los padres</i>	<i>Familia Aislada</i>
<i>Estabilidad Familiar</i>	<i>Padre vive con la madre</i>	<i>Madre sola</i>
<i>Madre Amamantada</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>
<i>Patrón Cultural</i>	<i>Tradicional</i>	<i>Modernista</i>
<i>Patrón Sicológico</i>	<i>Rol Materno</i>	<i>Rol Masculino</i>
<i>Patrón de Alimentación.</i>	<i>Lactancia sin restricciones.</i>	<i>Lactancia restringida.</i>
<i>Tipo de parto</i>	<i>Alojamiento conjunto</i>	<i>Separación temprana.</i>
<i>Fuentes de Información</i>	<i>Personalizada</i>	<i>Impersonal.</i>

\* Se encuentra relacionada con la CAPACIDAD de producir leche en cantidad y calidad suficiente.

\*\* Datos para países del tercer mundo.

3. PORQUE LAS MUJERES NO ALIMENTAN A PECHO MATERNO?

*Aunque la mujer moderna puede estar selectivamente influenciada al abandono de la lactancia materna, debido a la fácil adquisición de fórmulas ya preparadas, biberones de plástico y la fácil esterilización de estos utensilios en las últimas tres décadas, debe entenderse que éste no es un problema nuevo. - La historia de la civilización revela que casi todas las culturas han tenido que afrontar el problema de la madre que no desea o no puede amamantar a sus hijos.*

*El Código de Hamurabi alrededor de 1800 a.c. contiene regulaciones que obligan a las madres a amamantar a sus hijos. - En toda Europa se han descubierto copas especiales diseñadas para la alimentación artificial en tumbas de niños que datan de 2000 años a.c. - Paralelamente a la información de las antiguas técnicas de alimentación artificial se encuentra el problema de los niños abandonados; son bien conocidos algunos relatos bíblicos como los ocurridos en Roma en la época de los primeros Papas. - En 1700 ya existían en Francia guarderías especiales, las cuales empleaban nodrizas cuidadosamente seleccionadas por sus costumbres y hábitos de vida y cuyas actividades eran estrictamente controladas.*

*Si damos un vistazo a los tiempos de la antigua Esparta, era necesario que cada mujer espartana amamantara, si ésta era la esposa del Rey, amamantaría al mayor de sus hijos, las plebeyas estaban obligadas a amamantar a todos sus niños. - Plutarco reportó que el segundo hijo del Rey Temistes, heredó el reino de Esparta sólo porque fué --*

amamantado con la leche materna, ya que su madre por razones no claras, delegó el amamantamiento de su primogénito a una nodriza, siendo por éste motivo desheredado. - Se atribuye a Hipócrates el haber dicho: "La leche de la propia madre es beneficiosa, la de otra -- persona es dañina".

En el siglo XVIII tanto antes como durante el período de revolución que hizo descender del trono a Luis XVI, siendo sustituido por Napoleón, se describen las prácticas de alimentación, con leche materna, alimentación por nodrizas, alimentación artificial con Panada (del -- Francés Panada, pan, significa el alimento hecho de pan, agua y -- otro líquido, condimentada y hervida hasta tomar consistencia de puré).

La mayoría de los infantes, especialmente en París, fueron alimentados por nodrizas; la respuesta dada para esta práctica ampliamente difundida, fué que la lactancia materna "no era lo acostumbrado" y - que las madres deseaban guardar su frescura y belleza. - Dionisio - escribió en 1718 "hoy no sólo las damas de sociedad y nobleza sino - también las burguesas, y la esposa del último de los artesanos, han perdido la costumbre de amamantar a sus hijos".

Las razones dadas para el descenso en las prácticas de amamanta-- miento son múltiples, en el presente siglo los cambios sociales incluyendo la influencia de los patrones de vida, las familias más pequeñas y aisladas que se encuentran separadas de generaciones previas, el énfasis que la medicina moderna ha dado a la enfermedad y sus - tratamientos, especialmente lo relacionado con estudios de laborato-

*rio y cuidado hospitalario, actitudes negativas y conveniencia además de patrones culturales, han creado un sistema que induce a la madre a buscar alternativas para sí misma y para su infante. (12)*

*La decisión de iniciar o terminar la lactancia, está influenciada por factores sociológicos y culturales, así como patrones fisiológicamente determinados.*

#### FIGURA NO.7.

### FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ELECCION POR LA MADRE DEL MODO DE ALIMENTACION DEL BEBE.

#### 1. DIMENSIONES CULTURALES Y PSICOLOGICAS.

##### A. CONOCIMIENTOS:

- *Sobre necesidades nutricionales del infante*
- *Sobre el manejo del amamantamiento.*

##### B. NIVEL EDUCACIONAL:

- *Sobre alimentación infantil*
- *Sobre alimentación materna*
- *Sobre cuidado del niño.*

##### D. ACTITUDES Y PERCEPCIONES DE LA MADRE, EL PADRE, LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD.

- *Sobre el papel materno*
- *Sobre crianza del niño*
- *Sobre amamantamiento*
- *Sobre el papel materno*
- *Sobre sexualidad.*

- *Sobre papeles de la mujer (responsabilidad de producción)*
- *Sobre responsabilidades y obligaciones de la sociedad hacia sus miembros.*

## II. DIMENSIONES SOCIALES:

- A. *PRACTICAS DE ALUMBRAMIENTO Y PRACTICAS HOSPITALARIAS (INCLUYENDO SITUACION PRENATAL Y POSTNATAL).*
  - *Tradicionales*
  - *Modernistas*
- B. *SISTEMAS DE APOYO SOCIAL A MADRES RECIEN PARIDAS.*
  - *Tradicional*
  - *Modernistas*
  - *Privados*
  - *Públicos*
- C. *PATRON DE TRABAJO DOMESTICO (TRABAJO PRODUCTOR)*
  - *Estructuras familiares rápidamente cambiantes.*
  - *Responsabilidad del varón en cuanto al trabajo social reproductivo.*
- D. *PATRON DE CUIDADO DEL NIÑO.*
  - *Uso y disponibilidad de cuidadores infantiles*
  - *Edad y destreza del cuidador infantil.*
- E. *CONTROL DE RECURSOS.*
  - *Recursos materiales*
  - *Tiempo*
- F. *PRACTICAS DE MERCADEO DE LAS INDUSTRIAS DE ALIMENTOS PARA BEBES.*

- Por medio de los sistemas de salud
- Por medio de contactos personales
- Utilizando los medios de difusión.

### III. DIMENSIONES MATERIALES ECONOMICAS Y LEGALES

#### A. INGRESO FAMILIAR EN EFECTIVO Y EN ESPECIE.

#### B. CLASE SOCIAL DE LA FAMILIA.

#### C. NUMERO Y EDAD DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.

#### E. DISPONIBILIDAD DE ATENCION INFANTIL

- Precio
- Calidad
- Proximidad al lugar de trabajo.

#### F. SITUACION DE TRABAJO DE LA MADRE EN EL HOGAR

- Disponibilidad de tiempo libre
- Cantidad de Trabajo
- Obligaciones Sociales.

#### G. SITUACION DE EMPLEO DE LAS MADRES

- Seguridad en el empleo
- Flexibilidad de horario de trabajo
- Distancia del hogar al trabajo
- Naturaleza del trabajo.

#### H. SITUACION DE EMPLEO DE LA FAMILIA

#### I. LEGISLACION SOBRE PROTECCION DE LA MATERNIDAD

- Teoria
- Práctica.

#### J. CONDICION FISIOLOGICA DE LA MADRE

- *Condición nutricional*
- *Edad*
- *Paridad*
- *Historial Médico.*

K. *EXISTENCIA DE ALTERNATIVA PARA EL AMAMANTAMIENTO*

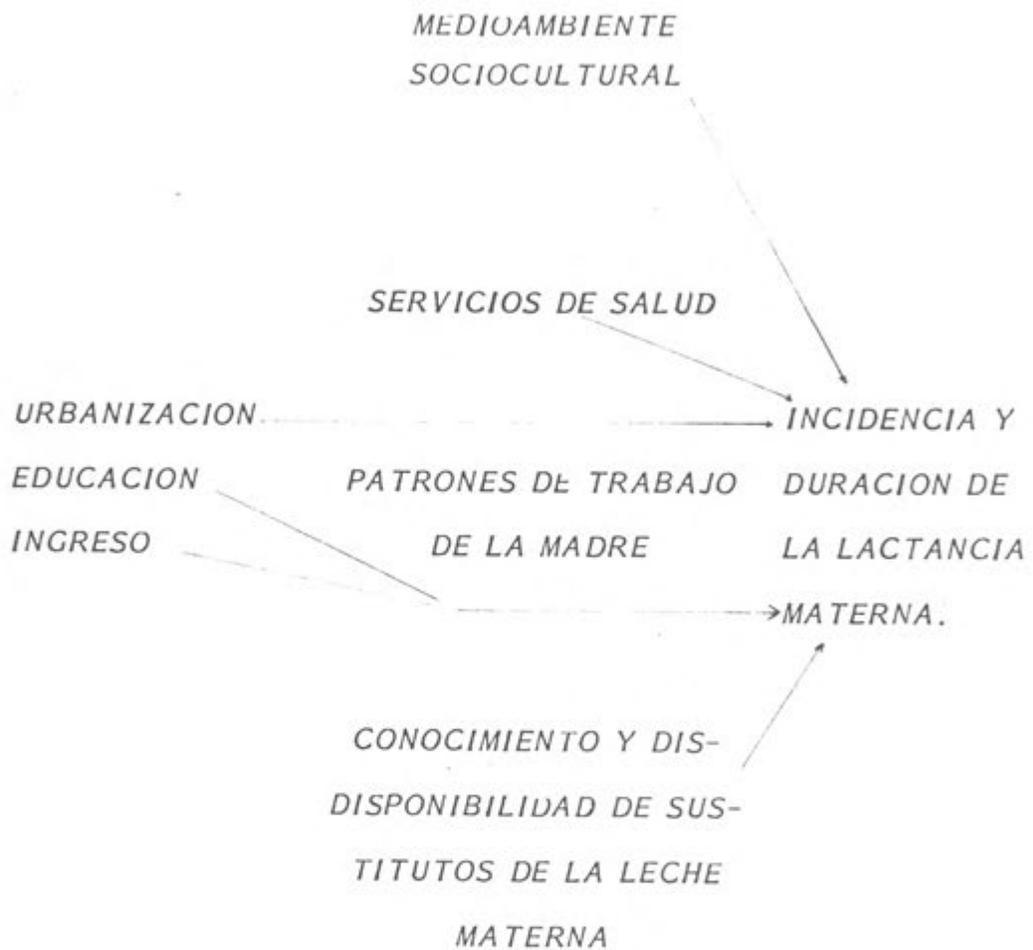
- *Disponibilidad*
- *Factibilidad*
- *Precio.*

*Los efectos de la urbanización, educación materna y el estado socio-económico o el ingreso, actúan a través de variables intervenibles como lo son los servicios de salud, el nivel de empleo de la madre, factores socio-culturales y la disponibilidad de sustitutos de la lactancia materna.*

*Las vías entre los varios segmentos de esta ecuación pueden actuar en varios sentidos, la salud y el estado nutricional de la madre han sido considerados con poco efecto, debido a que aunque la salud de la madre y su estado nutricional son importantes, no es un factor limitante, ya que sólo bajo condiciones de extrema caquexia, la mujer no es hábil para lactar y aunque la enfermedad severa puede producir una falla en la capacidad de secretar leche, no constituye un efecto demográfico de importancia (EN LOS PAISES DESARROLLADOS).*

FIGURA NO.8

FACTORES ASOCIADOS A LA PREVALENCIA DE LA LACTANCIA



*Se puede asumir que la urbanización enfocada a través de la mira de las compañías publicistas, representa una población creciente y fácil de dominar. - El aumento en la educación de la mujer, el ingreso y - su emancipación al exterior, pueden ser considerados como factores de disminución de la lactancia, sin embargo, estos tres factores son modificables y pueden aumentar o disminuir la lactancia.*

*Cambios en el deseo de amamantar son afectados por la modernización, influencias de tipo social, cultural, económico, que modifica el comportamiento de los padres y sus actitudes en relación a imágenes propias. - El modo de vida es influenciado por el ejemplo de las élites sociales, publicidad y procedimientos de los servicios de salud. La mujer en las áreas rurales está más dispuesta a iniciar la lactancia y a mantenerla por más tiempo que las mujeres de las áreas urbanas. - La respuesta de porqué este fenómeno es poco claro; algunos autores -- han sugerido que el modo de vida en las grandes ciudades es incompatible con la lactancia materna. - Otros consideran que el declinar de la lactancia materna es debido a un inconsciente deseo de cambio de lo tradicional a lo moderno. - Pelto (1981), sostiene que una de las características fundamentales de las sociedades occidentales es la adquisición de bienes materiales y tecnología por las clases más privilegiadas; se supone que el giro al biberón, representa la adquisición de esta -- cultura y significa prestigio y conveniencia.*

*Los miembros de la familia pueden presionar a la madre hacia el biberón o hacia la lactancia materna; las mujeres que viven con sus suegras u otros parientes mayores, están más dispuestas a iniciar la lactancia materna; ésto es explicable debido al soporte psicológico y social implícito en esta relación.*

*Otro de los fenómenos socio-culturales postulados como influyentes en este tópico, es la percepción de las mamas femeninas como órgano de atracción sexual, el sentido de vergüenza hacia ellos, restringiéndose la lactancia a las áreas privadas. - Esto hace que las mujeres jóvenes*

estén menos orientados hacia la lactancia por observación e imitación.

Sin embargo, en las áreas rurales, las mujeres están expuestas a -- otras mujeres que lactan, pudiendo aprender por observación las -- principales técnicas del amamantamiento; en las áreas urbanas el soporte de los parientes y vecinos no está disponible.

Los cambios en las rutinas hospitalarias, dirigidas a promover el alojamiento conjunto, influyen positivamente en el establecimiento del papel normal del amamantamiento. (8, 18, 23, 7, 16).

FIGURA NO.9

ASOCIACION DE LA LACTANCIA MATERNA Y LOS  
PATRONES LABORALES EN LA MADRE TRABAJADORA



*En cuanto al aspecto laboral de la madre, reviste gran significado la localización del lugar de trabajo (o la distancia del lugar de trabajo al hogar de la madre) así como el tipo de trabajo, las alternativas posibles para el cuidado de los niños, el ingreso derivado de este trabajo, todos tienen importancia.- El ingreso que la madre obtiene de esta actividad, debe ser suficiente para compensar el tiempo gastado para ir a su trabajo y el tiempo que ella gastará en otras actividades, incluyendo el cuidado de los niños, la preparación y el costo de los alimentos. (8).*

*Otro factor importante es el método de planificación de familia que la madre lactante debe escoger.- Experiencias provenientes de Brasil y Estados Unidos, demuestran que las madres a las cuales se les facilitan píldoras anticonceptivas, dejarán de amamantar en orden de tomar éstas.- El único medio recomendable para la madre lactante es el D.I. U. y los métodos de barrera; los anticonceptivos hormonales pueden disminuir la producción de leche y producir efectos poco conocidos en el recién nacido. (18)*

4. COMO SE EFECTUA LA DECISION EN EL TIPO DE ALIMENTACION -- DEL RECIEN NACIDO?

*"La alimentación a pecho materno es el producto sistemático de muchos factores interactuantes, más que el producto de un deseo individual".*

*Bentovin.*

*Bentovín creó el diagrama de bloques (Figura No. 10) representando y describiendo las relaciones conceptuales.- Como primer paso, se des*

cribe el bloque A que contiene las variables de la madre y las características que la impulsan a la lactancia materna.- El segundo paso lo constituye el bloque B con las características de la familia respecto a la lactancia.- El bloque C contiene las variables de la sociedad respecto a amamantar.- El bloque D constituye los factores precipitantes (como lo es el embarazo) que actúa igualmente en A, B, C, efectuando la decisión de lactar a este infante en particular.- El bloque E representa el intento de alimentar, que trae consecuencias para la madre que se enumeran en el bloque F, para el niño en el bloque G, para la familia y la sociedad en el bloque H.- A través de respuestas neurohormonales la succión puede producir placer o displacer, dolor o ansiedad.

El infante responde a los cuidados de la madre, interactuando con la familia y la sociedad, lo cual retroalimenta las influencias de las variables en los bloques A, B, C.

En la Figura No. 11 se describe el procedimiento de la decisión, las líneas continuas representan retroalimentación positiva y las líneas discontinuas retroalimentación negativa.- En este diagrama se ponen de manifiesto las actitudes y creencias que afectan la decisión.- Cuando una mujer ha efectuado la decisión de amamantar a su hijo y es incapaz de hacerlo debido a enfermedad o cualquier otro factor en contra de su voluntad, ella experimenta sensación de gran pérdida, depresión, sensación de tener una mayor separación con este hijo en relación con los otros, si éstos han sido amamantados exitosamente. (12)

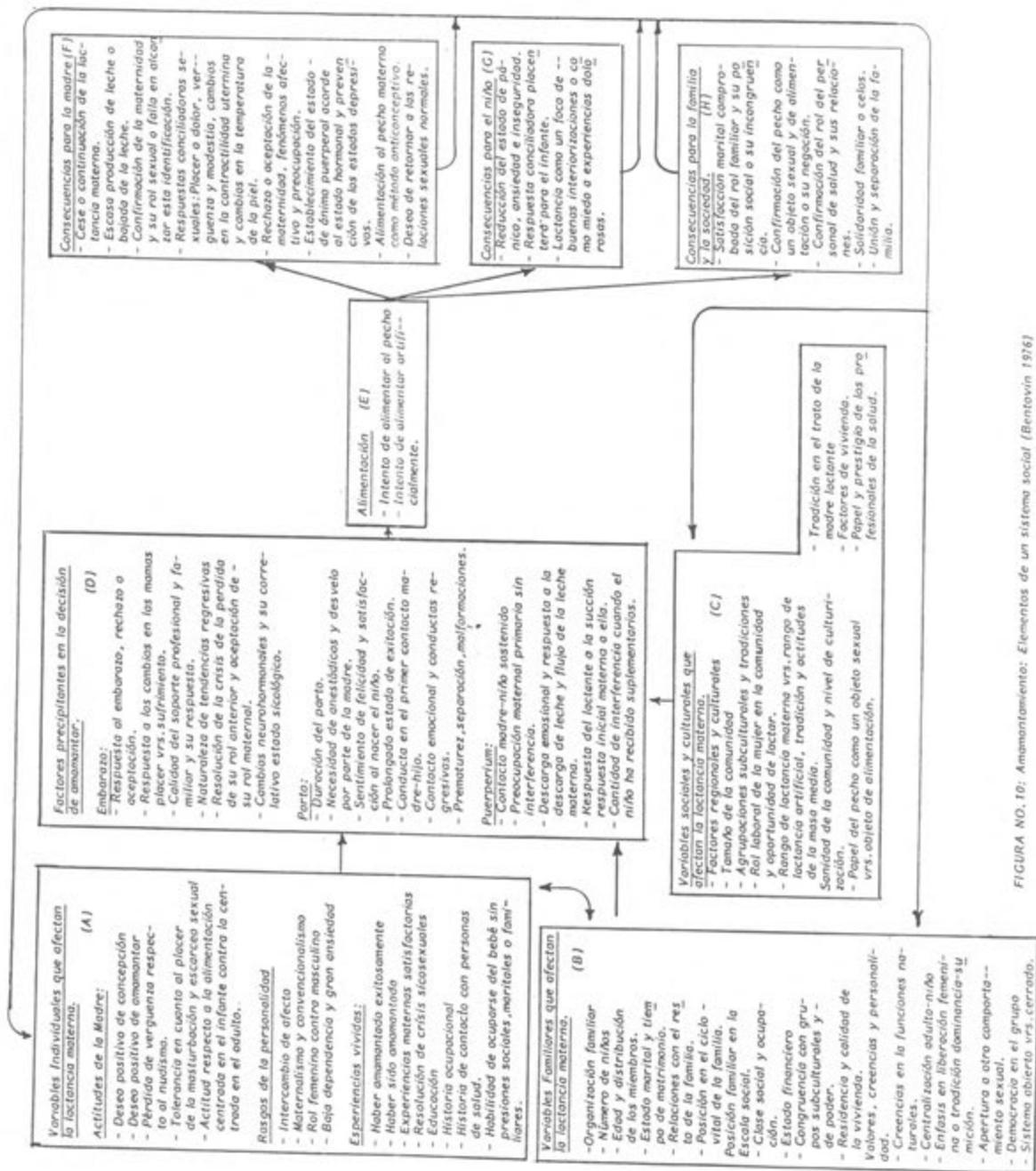
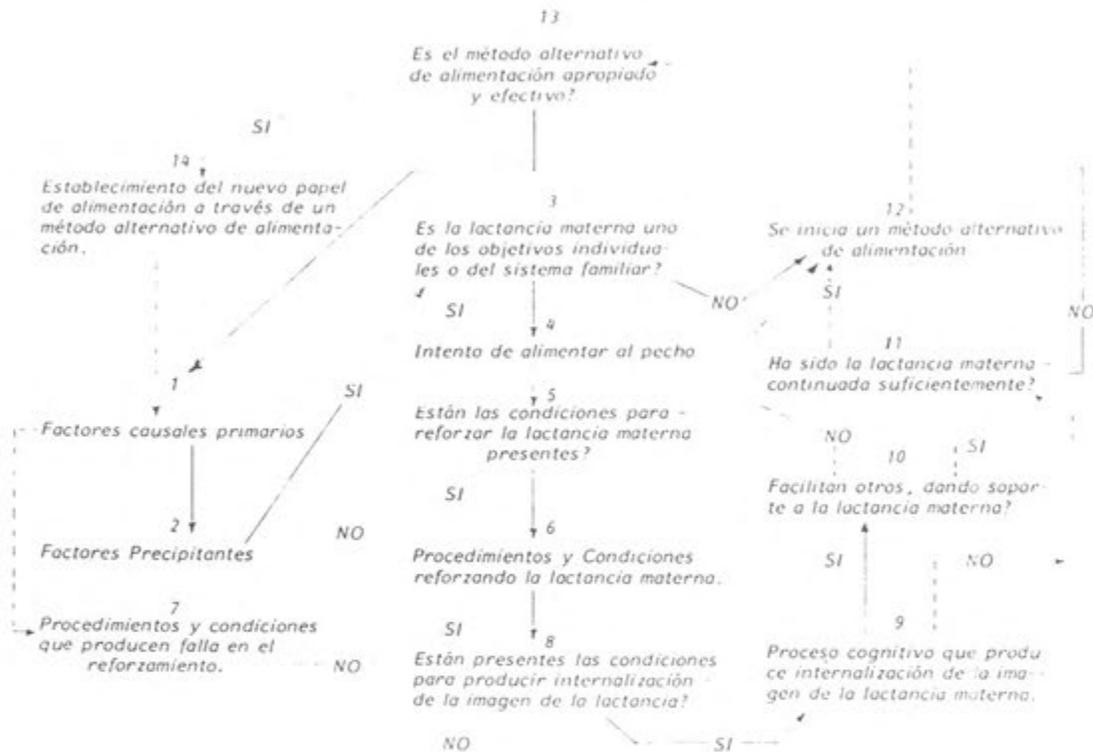


FIGURA NO. 10: Amamantamiento: Elementos de un sistema social (Bentovim 1976)

FIGURA NO.11

ALIMENTACION AL PECHO: EL PROCEDIMIENTO DE EFECTUAR

LA DECISION



5. QUE RAZONES DAN LAS MADRES PARA DEJAR DE AMAMANTAR?

Las razones dadas por las madres para el abandono de la lactancia recorre la gama de las razones morales, fisiológicas, patológicas, culturales hasta el simple capricho y la comodidad, influyen asimismo los prejuicios de clase social, tradición y crianza de la madre.

Sepúlveda y colaboradores recopilaron los siguientes motivos según expresión textual de las madres en su estudio de 833 mujeres en Con-cepción, Chile, 1979. (19)

FIGURA NO.12

RAZONES DADAS POR LAS MADRES PARA DEJAR DE  
AMAMANTAR SEGUN EXPRESION TEXTUAL

<u>RAZONES</u>	<u>PORCENTAJE</u>
SE ME SECO LA LECHE	34.5
POR EMBARAZO	10.2
EL NIÑO ERA MUY GRANDE	10.2
POR USO DE PILDORAS ANTICONCEPTIVAS	6.5
EL NIÑO RECHAZO EL PECHO	6.0
POR PROBLEMAS DE PEZON Y/O MAMA	5.5
REINCORPORACION AL TRABAJO	5.1
LA LECHE ERA MUY DELGADA (Hipogalactia)	3.5
NIÑO DEJO SOLO EL PECHO	3.5
POR PATOLOGIA MATERNA	3.0
POR PATOLOGIA DEL NIÑO	1.7
TENIA POCA LECHE (Hipogalactia)	1.7
NIÑO QUEDABA CON HAMBRE (hipogalactia)	1.3
POR INDICACION MEDICA	1.3
POR DENTICION	1.3
POR ADELGAZAMIENTO MATERNO	1.3
NIÑO SE ACOSTUMBRO AL BIBERON	1.0
AL MARIDO NO LE GUSTABA QUE MOSTRARA EL PECHO	0.4
POR TEMOR A DARLE PECHO ESTANDO EMBARAZADA	0.4
POR DETERMINACION MATERNA	0.4
NIÑO DEBIL PARA SUCCIONAR	0.4

FIGURA NO.12 CONTINUACION .....

<u>RAZONES</u>	<u>PORCENTAJE</u>
FALTA DE TIEMPO	0.4
POR TEMOR A CONTAGIARLE EL RESFRIO	0.4

---

*En este estudio se recopilaron datos sobre la ausencia total de inicio de la lactancia, sin embargo en este sentido, las relaciones se refieren exclusivamente con la fisiología enfermedad y hospitalización de la madre y el niño.*

FIGURA NO.13

RAZONES DADAS POR LAS MADRES PARA NO AMAMANTAR  
SEGUN EXPRESION TEXTUAL DE LAS MADRES

Chile, 1976.

<u>RAZONES PARA NO AMAMANTAR</u>	<u>PORCENTAJE</u>
PROBLEMAS CON PEZON Y/O MAMA	33.0
NO TUVE LECHE	24.0
HOSPITALIZACION DEL NIÑO	19.0
HOSPITALIZACION DE LA MADRE	14.0
RECHAZO DEL NIÑO POR EL PECHO	5.0
EL NIÑO NO SUCCIONABA	5.0
TOTAL	100.00%

*En otro estudio realizado en República Dominicana en 1981, por la Doctora H. Rondon, concluye en que las razones principales en orden de frecuencia expresadas por las madres en el abandono de la lactancia materna, son en primer lugar: Que se le secó la leche, seguida de enfermedad materna, hospitalización de los niños y únicamente un 9% - porque tenían que regresar al trabajo. (16)*

*Casi en todos los estudios realizados tanto en Latinoamérica como en países desarrollados, citan que la razón más comúnmente dada por las mujeres que abandonan la lactancia materna es la de leche insuficiente, aunque se supone que la insuficiencia de leche es causada por la desnutrición materna; no se explica porque una gran cantidad de mujeres en los países desarrollados manifiestan esta insuficiencia de leche como motivo para detener el amamantamiento, más aún de lo que lo hacen las mujeres desnutridas de los países en desarrollo.*

*Otros autores especulan que la respuesta de "leche insuficiente" es dada por las mujeres por ser más socialmente aceptada, justificando el cambio al biberón. (10)*

*Las publicaciones de la O.N.U. consideran que la razón más importante para el abandono del amamantamiento, según expresión de las madres es la de "No tenía suficiente leche". - No obstante se ha demostrado que casi todas las madres de las sociedades no expuestas a influencias adversas, pueden amamantar bien a sus hijos aún cuando ellas estén desnutridas. (3). - Estudios realizados en Dublín por Fitzpatrick en 1977 revelan que las respuestas más frecuentemente dadas*

para el cese de la lactancia son:

1. Leche insuficiente
2. Las madres se sentían cansadas
3. Por indicación médica.

Aunque la literatura muestra grandes diferencias en la duración, incidencia y prevalencia del amamantamiento, razones muy similares dadas en distintas partes del mundo y éstas son: TENIA LECHE INSUFICIENTE. (17)

En cuanto a los problemas que más frecuentemente las madres lactantes afrontan, se encuentran en orden de frecuencia:

- Pezones adoloridos, plétora y pechos adoloridos que pueden ser causa de mastitis.

Las dudas que se presentan más comúnmente con respecto al amamantamiento son: Si tendrá suficiente leche, si puede comer de todo y si ésto no afectará al niño sobre todo en la frecuencia de las evacuaciones, lo mismo que en su color y consistencia. (18).

En resumen, la declinación de la lactancia materna ha tenido diferentes causas según el lugar del mundo donde se haya producido. - En los países industrializados, el invento de la mamila de hule junto a los trabajos de Luis Pasteur, el creciente conocimiento de la nutrición humana, volvieron segura en este siglo la alimentación de los bebés. - La revolución industrial de occidente, representó para una buena parte de la población un cambio brusco: De una economía de subsistencia a la de la adquisición de un salario. - Significó también que mu--

chas mujeres con hijos pequeños, tuvieran que trabajar lejos de su hogar, generalmente en fábricas para ganar lo suficiente con que vivir.- Todos estos cambios crearon un mercado potencial aunque no la demanda abierta de biberones y de alimentos artificiales los cuales comenzaron a venderse hace más de 100 años.

Un factor clave en la declinación de la lactancia materna es que las mujeres pierden rápidamente la confianza en su capacidad para amamantar, esto se vé claramente en los países industrializados, como en los países del tercer mundo; las madres desisten rápidamente de la intención de dar de mamar a su bebé cuando surgen problemas y no tienen a mano la respuesta.- Sin embargo está demostrado actualmente que sí a las madres se les dice como hacerlo, muchas de ellas amamantarán venturosamente.

En los países del tercer mundo la alimentación artificial la adoptan primeramente las mujeres de la élite urbana, cuya educación y estilo de vida es similar al de las mujeres de los países industrializados.- Las principales razones para el abandono de la lactancia materna en los países en desarrollo son las siguientes:

1. Presiones comerciales, podrían ser las razones primarias de esta situación, ya que inducen desconfianza en las madres haciéndolas dudar de la calidad de la leche materna.
2. Efecto sobre el personal de salud mal informado que puede succumbir a la publicidad de las casas comerciales distribuidoras de sustitutos de la leche materna, la falta de tiempo debido a la

*sobrecarga de trabajo que no permite una adecuada evaluación - y tratamiento de los problemas referentes al amamantamiento.*

3. *Problemas prácticos de las mujeres asalariadas que no pueden -- ajustar sus horarios de trabajo, ya sea urbano o rural, a los requerimientos del amamantamiento.*

4. *Falta de confianza de las madres en si mismas con respecto a la suficiente calidad y cantidad de la leche materna.*

5. *Nuevas actitudes culturales con respecto a las glándulas mama-- rias, creencias de pérdida de atractivo, confusión respecto a la dualidad de la mama como objeto de atracción sexual y como órga-- no de alimentación. (8)*

6. ALGO SOBRE LA LECHE MATERNA Y LA SALUD DEL LACTANTE.

*No vamos a tratar de sintetizar en este breve espacio la enorme cantidad de literatura que a este respecto concierne, sino más bien a deli-- near el comportamiento general de los indicadores de salud cuando se comparan la alimentación artificial contra el pecho materno.*

*Los problemas de la alimentación infantil en los países en desarrollo, pueden dividirse en tres categorías principales:*

1. *La prevalencia de la malnutrición materna, resulta en la secre-- ción de un volúmen subóptimo de la secreción lactea, produciendo una prematura disminución de ésta.*

2. *La dieta tradicional que generalmente está constituída por cerea-- les, vegetales y tubérculos, es la principal fuente de nutrición -*

de la madre y son los alimentos presentes en el destete.

3. Las infecciones, particularmente aquellas del tracto gastrointestinal, aumentan agudamente el inicio del destete, tornándose la mayor determinante en la reducción del consumo de alimentos, - desperdicios de nutrientes y pérdida de la masa tisular corporal.

(14)

La alimentación con biberón en el tipo de circunstancias en las áreas rurales y urbanas de los vecindarios pobres de los países en desarrollo, es extremadamente difícil sino imposible, no pudiéndose llevar a cabo por el escaso poder de adquisición, defectuosa higiene ambiental y el bajo nivel educativo de la madre. - Bajo estas circunstancias, los infantes generalmente reciben alimentos diluídos, contaminados, conteniendo escasas dosis de nutrientes y masivas cantidades de bacterias. Los resultados se manifiestan en la salud infantil como el particular - síndrome marasmo-diarrea, que fué igualmente reconocido cuando similares circunstancias se presentaron en Europa y Norte América durante la revolución industrial en los siglos pasados. Así, los principales problemas, tanto en la salud infantil como en la materna, puede resumirse al siguiente esquema nemotécnico:

SALUD MATERNO-INFANTIL ES DIRECTAMENTE PROPORCIONAL A LA NUTRICION X INFECCION X RIESGO DE EXCESIVOS EMBARAZOS.

Cuando el amamantamiento es reemplazado por la necesariamente inadecuada alimentación al biberón, que prevalece en los países subdesa

rrollados, todos los factores de esta ecuación se afectan adversamente por razones biológicas y económicas. - El estado nutricional se deteriora, las infecciones (particularmente enfermedades diarreicas) hacen su aparición, los embarazos se hacen más frecuentes, poco espaciosos y peligrosos con alto riesgo de mortalidad materna. - En resumen para que la alimentación artificial sea un éxito, en el sentido de producir un adecuado crecimiento y supervivencia, es absolutamente necesario tener una adecuada infraestructura económica, educacional y sanitaria. (11)

En el hombre el consumo de la leche animal es relativamente reciente, data de menos de 10,000 años y aún hoy, la leche animal es culturalmente aceptada sólo por ciertas sociedades. - El amplio uso de las fórmulas infantiles, basadas en la leche de vaca, es un adelanto de los últimos 50 a 70 años en los países occidentales. - La desnutrición, es el mayor factor presente que afecta a grupos fisiológicamente vulnerables, especialmente niños pequeños que constituyen más del 10% de la población mundial. - En los países pobres, técnicamente menos desarrollados, la desnutrición proteico-calórica, en la temprana infancia es ampliamente diseminada. - Síndromes severos como el Kwashiorkor y el marasmo, se encuentran en el 1 al 7% de algunas comunidades en su población infantil, más aún, tanto como dos terceras partes están afectadas por menos severas, pero no menos debilitantes formas. - La malnutrición proteico-calórica, es el problema dominante mundial, frecuentemente asociado con deficiencia de otros nutrientes como es el caso de la vitamina A. - Se ha estimado que existen 10 a 20 millones -

de niños con síndromes nutricionales severos, ya sea Kwashiorkor o Marasmo, la mayoría de los cuales morirán sin tratamiento.

Contrariamente la obesidad infantil se está tornando uno de los problemas más relevantes en los países desarrollados y con tendencias occidentales. - Todos los países tienen niños afectos de malnutrición y de obesidad, pero en muy diferentes proporciones. - En los E.U.A. - el mayor problema ocurre en referencia a la obesidad, sin embargo se encuentra malnutrición en las clases menos privilegiadas. - En muchos países de Asia, Africa y Latinoamérica, el problema es la imagen en el espejo: Una gran proporción de niños con malnutrición calórica-proteica con algún grado de severidad. (18)

Podemos afirmar que aunque nos refiramos a grupos poco privilegiados, existe evidencia que la lactancia materna promueve el crecimiento físico, el desarrollo sicomotor y la resistencia a la infección. (4)

Se han documentado múltiples comparaciones entre las consecuencias mórbidas y el tipo de alimentación escogido: Existe una superioridad notable en los niños amamantados al comparar su desarrollo sicomotor, el cual se hace patente a partir de los ocho meses de vida, según la Escala Bayley. - Hay una clara protección contra la infección en las etapas tempranas de la vida. - La tendencia al amamantamiento, tiene un importante efecto protector contra el embarazo en más de diez meses, concluyéndose que la lactancia maternadebe estimularse en aquellas sociedades en desarrollo, especialmente las menos privilegiadas. (24)

*Ambos tipos de infantes, los alimentados al pecho materno y los alimentados con biberón están expuestos a los mismos factores mórbidos dentro de su medio ambiente, sin embargo en los lactantes alimentados artificialmente, estos episodios ocurren con mayor frecuencia y son más severos. (4)*

## 7. PORQUE LA SUPERIORIDAD DE LA LACTANCIA MATERNA?

*Hay una razón detrás de cada cosa en la naturaleza.*

### ARISTOTELES.

*En el caso de la leche humana, la más significativa diferencia con la leche de vaca, parece ser el abundante aporte de nutrientes necesarios para el rápido crecimiento, desarrollo del sistema nervioso central, incluyendo el cerebro.- Particularmente altos niveles de lactosa, cistina, colesterol y patrones específicos de ácidos grasos poliinsaturados son hallados en la leche humana.- Estudios recientes han demostrado que la leche materna, tiene propiedades antiinfecciosas, debido a la presencia de IgA, Lisozima, factor bifido, lactoferrina y otras sustancias, - siendo evidente este efecto, especialmente en las infecciones intestinales por E.Coli, enterovirus y Cándida Albicans. (14)*

*La leche humana contiene proteínas que son diferentes de aquellas de la leche de vaca.- Diferencias en la capacidad de fijadores de zinc, -- explica el efecto terapéutico de esta leche en las enfermedades por deficiencia de este metal.- Las diferencias se reflejan igualmente en la composición de los glóbulos de grasa ya que la leche materna, contie-*

gran cantidad de ácido oleico y linoleico, fosfatidopéptidos y fosfatidil inositol. - La cantidad de lactosa es significativamente mayor que la leche de vaca. - Finalmente las proteínas de la leche de los animales domésticos, pueden ser alérgenos para el recién nacido (por ejemplo la lactoglobulina-b).

FIGURA NO.14  
COMPOSICION DE LA LECHE HUMANA MADURA  
Y LA LECHE ENTERA DE VACA

<u>CONCEPTACION POR 100 m.l.</u>	<u>LECHE HUMANA</u>	<u>LECHE DE VACA.</u>
Sólidos totales (g)	11.3	12.6
Grasas (g)	3.0	3.7
Lactosa (g)	7.2	4.8
Proteínas (g)	0.9	3.4
Proteínas N (mg)	76.0	100.0
Caseína N (mg)	41.0	43.0
a-Lactoalbumina (mg)	150.0	90.0
b-Lactoglobulina (mg)	0	300.0
Albúmina sérica (mg)	50.0	30.0
Lactoferrina (mg)	150.0	7
Lisozima (mg)	50.0	0.01
IgA secretoria (mg)	100.0	3.0
Retinol(ug)	53.0	34.0
Vitamina C (mg)	4.3	1.8
Potasio (mg)	55.0	138.0
Sodio (mg)	15.0	58.0

Las propiedades antiinfecciosas de la leche materna son múltiples, pero aquella más relevantes son las de inhibir y destruir las bacterias y virus intestinales, factores activos contra streptococos, staphilococos y aún virus tumorales, en la protección contra la enfermedad diarreica, la lactoferrina juega un importante papel ya que disminuye la disponibilidad de hierro por quelación afectando de esta manera la proliferación bacteriana.

Otros determinantes inmunológicos como Iga Secretoria, Factor bífido, complemento, lisozima junto a grandes cantidades de lactosa son los productores de la proliferación de lactobacilus bífidus en el ileo terminal de los niños alimentados exclusivamente al pecho materno. (1,5,14)

FIGURA NO.15

FACTORES ANTIINFECCIOSOS EN LA LECHE MATERNA

<u>FACTOR</u>	<u>FUNCION</u>
Factor antiestafilococo	Inhibe la infección sistémica estafilococcica.
Iga secretoria, IgM, IgG.	Actúa contra las bacterias que colonizan o invaden las mucosas.
Lactoferrina	Se une al hierro e inhibe la replicación bacteriana.
Lactoperoxidasa	Destruye estreptococos y bacterias entéricas.
Complemento (C3 y C4)	Promueve la opsonización.
Lisozima	Lisa las bacterias.
Factor similar-ribonucleasa	Tiene actividad anti-viral.

<u>FACTOR</u>	<u>FUNCION</u>
Factor bífido	Estimula el crecimiento de bífido bacterias.
Linfocitos	Síntesis de IgA.
Macrófagos	Sintetiza complemento, lactoferrina lisozima y otros factores.

*En síntesis la leche humana esta provista de un complicado sistema inmunológico que es único para la fase temprana, intermedia y tardía de la lactancia, sugiriéndose que los niveles de constituyentes inmunológicos son regulados, pero la naturaleza del control no se ha determinado. (1)*

*Otras consideraciones son que la leche materna produce un adecuado vínculo madre-hijo, la lactancia materna es más barata que la lactancia artificial, sirve además como método de planificación familiar. (13)*

**CAPITULO IV**  
**FORMULACION DE HIPOTESIS**

1. *La lactancia materna incide directamente sobre el mejor estado nutricional del niño durante los primeros dos años de vida.*
2. *La lactancia materna promueve un mejor desarrollo sicomotor en los lactantes menores de dos años.*
3. *Los procesos mórbidos en los lactantes menores de dos años, serán más frecuentes en aquellos cuya lactancia sea menor en duración.*
4. *A menor edad de la madre, mayor será el uso de lactancia artificial.*
5. *La mayor paridad de la madre afectará favorablemente la utilización de la lactancia materna.*
6. *Las madres con mejores ingresos tendrán mayor incidencia de lactancia artificial.*
7. *Las madres originarias de lugares distantes al sitio de residencia optarán más frecuentemente por la alimentación artificial.*
8. *A mayor educación de la madre, mayor será el uso de la lactancia artificial.*
9. *Las madres asalariadas optarán más frecuentemente por la alimentación artificial.*

10. *La lactancia materna será favorecida por la mejor situación habitacional.*
11. *Las madres con acceso a fuentes de información sobre lactancia materna, tendrán una mayor duración de ésta.*
12. *La convivencia con el padre del niño, favorecerá el establecimiento y duración del amamantamiento.*
13. *La causa más frecuentemente dada según expresión textual de la madre será "leche insuficiente", para el cese del amamantamiento.*
14. *Los problemas que más frecuentemente afectarán a las madres lactantes serán pezones adoloridos, plétora y pechos adoloridos.*
15. *Las madres que fueron amamantadas en su infancia, presentarán una mayor frecuencia en el uso de la lactancia materna.*
16. *El sexo femenino del lactante se asociará a un mayor uso de alimentación artificial.*

## **CAPITULO V.**

### **VARIABLES E INDICADORES**

*Al analizar en este estudio los patrones de alimentación infantil se seleccionó una gran variable dependiente, la cual engloba cuatro categorías diferentes, la cual es "Duración de la Lactancia Materna" independientemente de la introducción de alimentos suplementarios:*

#### **1. VARIABLES DEPENDIENTES**

##### **1.1 DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA**

- 1.1.1 *Ausencia absoluta de lactancia materna (Duración menor de un día).*
- 1.1.2 *Lactancia materna en un período mayor de un día y menor de tres meses.*
- 1.1.3 *Lactancia materna en un período mayor de tres meses y menor de seis meses.*
- 1.1.4 *Lactancia materna en un período mayor de seis meses.*

*Las variables independientes se clasificaron en cuantitativos y cualitativas, atendiendo a la necesidad de enumerar los factores causales del fenómeno.*

#### **2. VARIABLES INDEPENDIENTES**

##### **2.1 CUANTITATIVAS**

- 2.1.1. *Edad de la madre*
- 2.1.2. *Ingreso del núcleo familiar*
- 2.1.3. *Paridad de la madre.*

## 2.2. CUALITATIVAS:

- 2.2.1 *Lugar de origen.*
- 2.2.2. *Grupo étnico de la madre*
- 2.2.3 *Lugar de residencia*
- 2.2.4 *Estado civil de la madre*
- 2.2.5 *Religión de la madre*
- 2.2.6 *Escolaridad de la madre*
- 2.2.7 *Situación laboral de la madre*
- 2.2.8 *Situación habitacional*
- 2.2.9 *Exposición previa a estímulo (entorno tradicional)*
- 2.2.10 *Acceso a información ante parto*
- 2.2.11 *Acceso a información postparto*
- 2.2.12 *Acceso a charla formal sobre lactancia*
- 2.2.13 *Deseo inicial de amamantar con éxito*
- 2.2.14 *Causas más frecuentes de abandono de la lactancia materna.*
- 2.2.15 *Problemas más frecuentes de la madre lactante.*
- 2.2.16 *Fuentes de información más frecuentemente consultadas en relación a problemas de lactancia.*
- 2.2.17 *Establecimiento en el cual se realiza el parto.*
- 2.2.18 *Sexo del niño*
- 2.2.19 *Estado nutricional de la madre*
- 2.2.20 *Integridad del núcleo familiar*
- 2.2.21 *Costo de la alimentación artificial.*

*Al analizar las relaciones entre la duración de la lactancia materna y el estado nutricional y morbilidad de la población en estudio*

*se definieron las variables siguientes:*

3. VARIABLES INDEPENDIENTES

3.1 DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA

3.1.1. *Lactancia materna nula (Duración menor de un día)*

3.1.2. *Lactancia mayor de un día y menor de tres meses.*

3.1.3. *Lactancia mayor de tres meses y menor de seis meses.*

3.1.4. *Lactancia mayor de seis meses.*

4. VARIABLES DEPENDIENTES

4.1 ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO

4.1.1. *Adecuado para edad*

4.1.2. *Obeso para edad*

4.1.3. *D.P.C. I*

4.1.4. *D.P.C. II*

4.1.5. *D.P.C. III*

4.2 DESARROLLO SICOMOTOR

4.2.1. *Adecuado para edad*

4.2.2. *Retrasado para su edad.*

4.2.3. *Superior para su edad.*

4.3 CAUSAS DE MORBILIDAD MAS FRECUENTEMENTE ASOCIADOS A ESTE GRUPO DE EDAD Y NUMERO DE EPISODIOS REGISTRADOS.

## CAPITULO VI

### MATERIALES, METODOS Y PROCEDIMIENTOS

#### 1. TIPO DE ESTUDIO

*Debido a las características de las propias variables a investigar y al comportamiento de la lactancia materna en esta comunidad en particular, considero que la manera ideal de realizar esta investigación es la forma transversal.*

#### 2. AREA DE ESTUDIO

*La población en estudio son cuatro pequeñas poblaciones pesqueras en la Isla de Guanaja, Departamento de Islas de la Bahía, las cuales son - por su densidad poblacional: Guanaja (casco urbano), Savvanhna Bight, Cooperativa, Mangrove Bight.- La Isla de Guanaja es la segunda en tamaño en el Departamento, su población es de aproximadamente 6,000 habitantes con una gran variedad racial y cultural debido a las diferentes oleadas de inmigrantes que ha recibido en el transcurso de los siglos. (Para más detalles favor ver anexos "DESCRIPCION HISTORICA, SOCIOECONOMICA Y POLITICA DEL MUNICIPIO DE GUANAJA EN EL DEPARTAMENTO DE ISLAS DE LA BAHIA").*

*La extensión superficial de este municipio se calcula en 55.4 Km<sup>2</sup>. conformado por cuatro aldeas y veintisiete caserios; su economía reside en la pesca, procesamiento y exportación de mariscos especialmente langosta.*

*Cuenta con un Centro de Salud con médico, escuela primaria pública y*

privada dependiente de la misión adventista, escuela secundaria dependiente de la misma, cuenta por orden de importancia con iglesia Adventista, Bautista, Evangelica Morava.- Existe Juzgado de Paz, Sub-Delegación de la Fuerza de Seguridad Pública, Sub-Administración de Aduanas ya que Guanaja tiene la categoría de puerto menor.

### 3. POBLACION Y MUESTRA DE ESTUDIO

La población en estudio corresponde a los niños menores de dos años de esta comunidad.- Por no existir un registro adecuado de los nacimientos y atendiendo a que la población es sumamente cambiante, dependiendo de las migraciones masivas que ocurren a consecuencia de la apertura y cierre de la temporada de pesca del camarón, se efectuó una revisión de las tarjetas familiares que se encuentran en el Centro de Salud, detectándose una cantidad de 112 niños menores de dos años con residencia estable en este Municipio, la cual se tomó como muestra en su totalidad; este dato fué confirmado al realizar visitas de reconocimiento como se detalla más adelante. (Las fechas de nacimiento de estos niños estaban comprendidas del 31 de enero de 1984 al 31 de enero de 1986).

### 4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para efectuar una adecuada recolección de datos se diseñó un instrumento que contiene las variables ya mencionadas en el inciso anterior (ver anexos). El recurso humano que se requiere, está constituido por un médico de servicio social y una auxiliar de enfermería, ambos labo-

rantes en el Centro de Salud de Guanaja. - A este personal, se informó de los objetivos del estudio, la importancia de las variables a recolectar, se efectuaron varias pruebas con voluntarios, con el fin de familiarizarse y adquirir destreza en el manejo de estos formularios. - Se entregó además un instructivo (Ver anexos), sobre el llenado correcto de este documento. - Se efectuará en primera instancia una visita de reconocimiento al área de trabajo; esta acción es facilitada su realización al cumplir con las campañas de vacunación programadas por el CESAMO de Guanaja, ya que se efectúa la detección activa de niños susceptibles de vacunar, se tendrá de esta manera un primer acercamiento con las futuras encuestadas y servirá para corroborar el número de observaciones a realizar.

Para la recolección de la información se visitarán casa por casa de los candidatos que reúnan los requisitos para incluirse en este estudio, - se explicará a la encuestada los objetivos e importancia de esta investigación, se llenará el formulario y se citará a la madre y al niño en la misma fecha que recibirá su próxima inmunización, para recabar información antropométrica de ambos.

En cuanto a recursos materiales a utilizar se encuentran los siguientes instrumentos del Centro de Salud de Guanaja:

- Báscula infantil de brazo horizontal con capacidad de hasta 15 Kgs.
- Infantómetro horizontal.
- Tallímetro vertical para adultos.

Se requerirá además para la elaboración de los formularios: Dos res--

mas de papel bond, siete stencil, un mimeografo y dos frascos de tinta, lo mismo que hojas de control de crecimiento y desarrollo, con relación peso-talla y esquema de desarrollo sicomotor según edad del niño, además se requirió de una tabla peso-talla para adultos con el fin de clasificar el estado nutricional de la madre.

#### 5. PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez extraídos los datos, se efectuará la tabulación de los mismos, se realizará el análisis de los resultados y las conclusiones pertinentes a los mismos, atendiendo el siguiente orden:

1. Análisis de las variables investigadas
2. Cruce de variables
3. Cuadros y gráficos según sean convenientes
4. Análisis e interpretación.

#### 6. PLAN DE ANALISIS E INTERPRETACION.

Se efectuará el análisis e interpretación de datos una vez realizado el procesamiento de la información; asimismo se tratará de establecer comparaciones con otros estudios acerca del estado nutricional y la lactancia.

Se realizará la distribución de cada variable en base a cantidad y porcentaje de las mismas, representándose en cuadros y gráficas según convenga para el mejor entendimiento de estas relaciones.

#### 7. ELABORACION DEL INFORME Y CALENDARIO DE EJECUCION

La elaboración de este estudio se inicia en el mes de agosto de 1985, recolectándose toda la bibliografía referente al tema, terminándose es-

ta etapa en el mes de octubre; seguidamente se efectuó el análisis de esta información, elaborando fichas bibliográficas, realizándose su integración, constuyéndose el marco conceptual; esta etapa abarco los meses de octubre, noviembre y diciembre de 1985.- El mes de enero se utilizó para el reconocimiento del área de estudio.- Durante el mes de febrero y marzo, se efectuará la recolección de datos (trabajo de campo).- Durante el mes de abril y parte de mayo se destinará el cruce de variables y la elaboración de los cuadros y gráficas que se presentan en este estudio.- Durante el mes de junio se realizará el análisis e interpretación de todos los datos obtenidos, formulando las conclusiones y recomendaciones; en el mes de julio de 1986, se elaborará el borrador para su revisión y posterior presentación.

**CAPITULO VII**

**RESULTADOS**

CUADRO NO. 1

RELACION EXISTENTE ENTRE EL NUMERO DE MADRES ENTREVISTADAS  
Y LA DURACION DE LA LACTANCIA NATURAL

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA

1 9 8 5

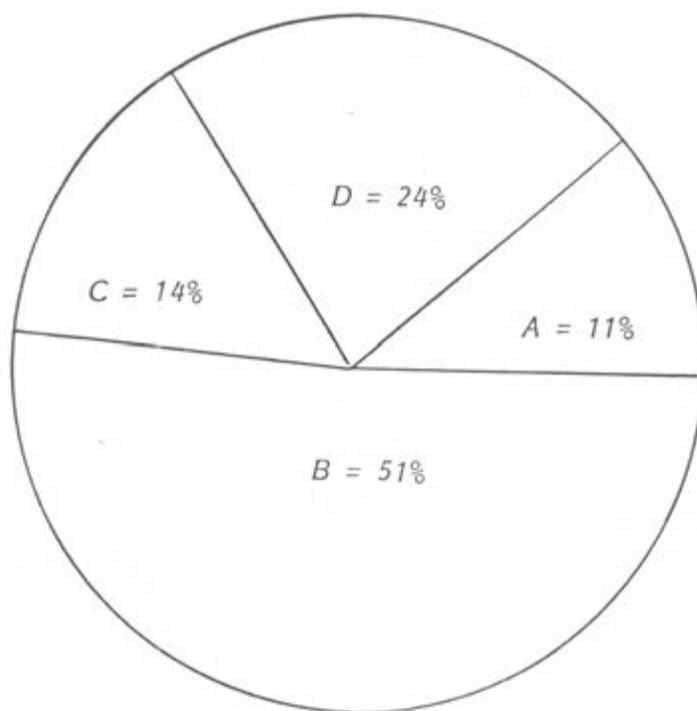
<b>DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA.</b>	<b>NO. DE MADRES.</b>	<b>% DE MADRES</b>
DURACION MENOS DE 24 HRS. (PERIODO NULO)	12	11%
DURACION MAYOR DE 24 HRS. Y MENOR DE TRES MESES. (PERIODO BREVE).	57	51%
DURACION MAYOR DE TRES - MESES Y MENOR DE SEIS MESES (PERIODO INTERMEDIO)	16	14%
DURACION MAYOR DE SEIS ME- SES (PERIODO LARGO).	27	24%
<b>T O T A L</b>	<b>112</b>	<b>100%</b>

**GRAFICA NO. 1**

**RELACION EXISTENTE ENTRE EL NUMERO DE MADRES ENTREVISTADAS Y LA DURACION DE LA LACTANCIA NATURAL**

**GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA**

1985



**DIRECTORIO:**

A = PERIODO NULO

C = PERIODO INTERMEDIO

B = PERIODO BREVE

D = PERIODO LARGO.

## ANALISIS

### CUADRO Y GRAFICA NO. 1

Las entrevistas realizadas con cada una de las 112 madres incluidas en este estudio, permitieron clasificarlas, atendiendo a la duración de la lactancia materna (independientemente de la introducción o no de alimentación complementaria) en cuatro períodos diferentes:

- A. PERIODO NULO (Es aquel en el cual el amamantamiento ha sido menor de 24 Hrs.); agrupó a las 12 madres (11%) del total de la población estudiada; en otras palabras de cada 100 niños nacidos vivos, 11 de éstos ni siquiera gozan de los privilegios de la alimentación natural en las primeras 24 horas de vida.
- B. PERIODO BREVE: Aquel en el cual la duración del amamantamiento se prolonga más allá del primer día de vida, pero es menor de los tres meses de edad). Durante toda la extensión del Estudio, representa en su mayoría el período más numeroso, 57 entrevistadas (51%); concluimos entonces que estos dos períodos abarcan el 62% de la población infantil menor de dos años de esta comunidad y nos indica que más de la mitad de los niños nacidos en Guanaja, tienen una alimentación inadecuada en los primeros tres meses de vida.
- C. PERIODO INTERMEDIO: (Aquel en el cual el amamantamiento se prolonga más allá de los tres meses y menos de seis meses de edad del lactante). Se agruparon en este período, 16 madres que representan el 14% de la población estudiada.

D. PERIODO LARGO: (El amamantamiento ocurre más allá del sexto mes de vida del infante) . Agrupó únicamente a 27 madres (24% de las entrevistadas).

En resumen podemos indicar que solamente 1/4 parte de la población menor de dos años en la comunidad de Guanaja, recibe la alimentación considerada como óptima la cual es amamantamiento superior a los seis meses de vida.

CUADRO NO.2

RELACION ENTRE EL NUMERO DE MADRES ENTREVISTADAS Y LA ELECCION DEL TIPO DE ALIMENTACION PARA SUS HIJOS SEGUN SEA ALIMENTACION NATURAL EXCLUSIVAMENTE, LACTANCIA MIXTA O LACTANCIA ARTIFICIAL.

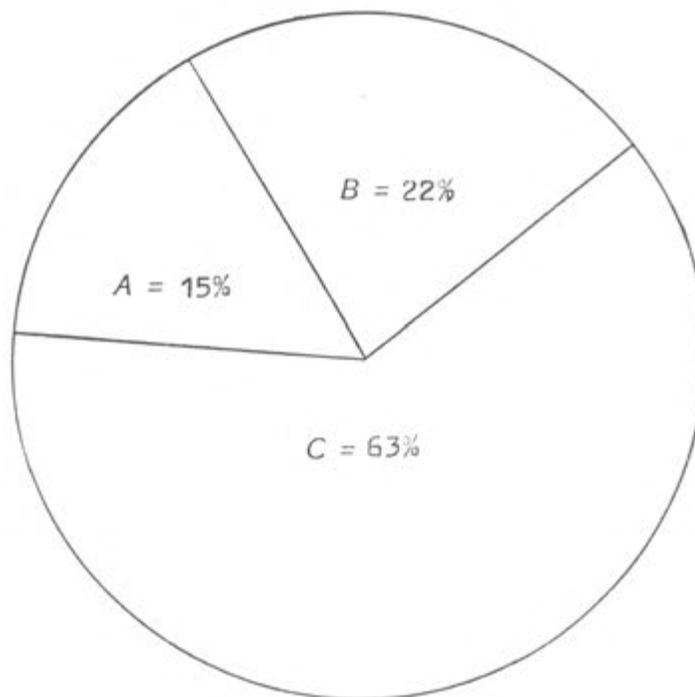
GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA, 1986.

TIPO DE ALIMENTACION SELECCIONADA	#	%
LACTANCIA MATERNA Estricta.	17	15%
LACTANCIA MATERNA MIXTA.	26	22%
LACTANCIA ARTIFICIAL	69	63%
TOTAL	112	100%

**GRAFICA NO.2**

**RELACION ENTRE EL NUMERO DE MADRES ENTREVISTADAS**  
**Y LA ELECCION DEL TIPO DE ALIMENTACION PARA SUS HIJOS,**  
**SEGUN SEA ALIMENTACION NATURAL EXCLUSIVAMENTE, LACTANCIA**  
**MIXTA O LACTANCIA ARTIFICIAL**

**GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA**



**DIRECTORIO**

- A = LACTANCIA NATURAL     C = LACTANCIA ARTIFICIAL
- B = LACTANCIA MIXTA.

## **ANALISIS**

### **CUADRO Y GRAFICA NO.2**

*Preténdese identificar en este apartado, el patrón predominante, tomando en cuenta la duración de la lactancia y la introducción de otros alimentos diferentes de la leche materna; se consideraron tres diferentes categorías:*

- A. LACTANCIA ARTIFICIAL: (La alimentación suplementaria se introdujo antes del 3er.mes de vida del lactante); comprende la categoría más numerosa, abarcando el 63% de las entrevistadas (69 niños).*
- B. LACTANCIA MIXTA: (Los alimentos suplementarios se introdujeron antes del sexto mes de vida del infante); agrupó 26 infantes (22% de la población estudiada).*
- c) LACTANCIA NATURAL: (Los alimentos suplementarios se introdujeron posteriormente al sexto mes de vida del infante); es la categoría de menor volumen, ya que únicamente el 15% de la población estudiada (17 niños) se ubicó en este grupo.*

*Podemos finalizar indicando que aproximadamente el 85% de la población infantil menor de dos años, en esta comunidad, no reciben nutrientes cualitativamente adecuados para su edad y desarrollo.*

CUADRO NO. 3

RELACION EDAD DE LA MADRE Y LA DURACION DEL

PERIODO DE AMAMANTAMIENTO

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA

1 9 8 6

EDAD DE LA MADRE	DURACION DEL PERIODO DE AMAMANTAMIENTO									
	NULO		CORTO		INTERM.		LARGO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
15-19	3	15/25	10	50/17	3	15/19	4	20/15	20	100/18
20-24	4	8/33	25	52/44	8	17/50	11	23/41	48	100/43
25-29	2	15/17	5	38/9	2	15/12	4	31/15	13	100/12
30-34	2	10/17	12	63/21			5	26/18	19	100/17
35-39	1	11/8	5	55/9	2	22/12	1	11/4	9	100/8
40-44					1	50/6	1	50/4	2	100/2
45-49							1	100/4	1	100/1
TOTAL	12	11/100	57	51/100	16	14/100	27-24	24/100	112	100

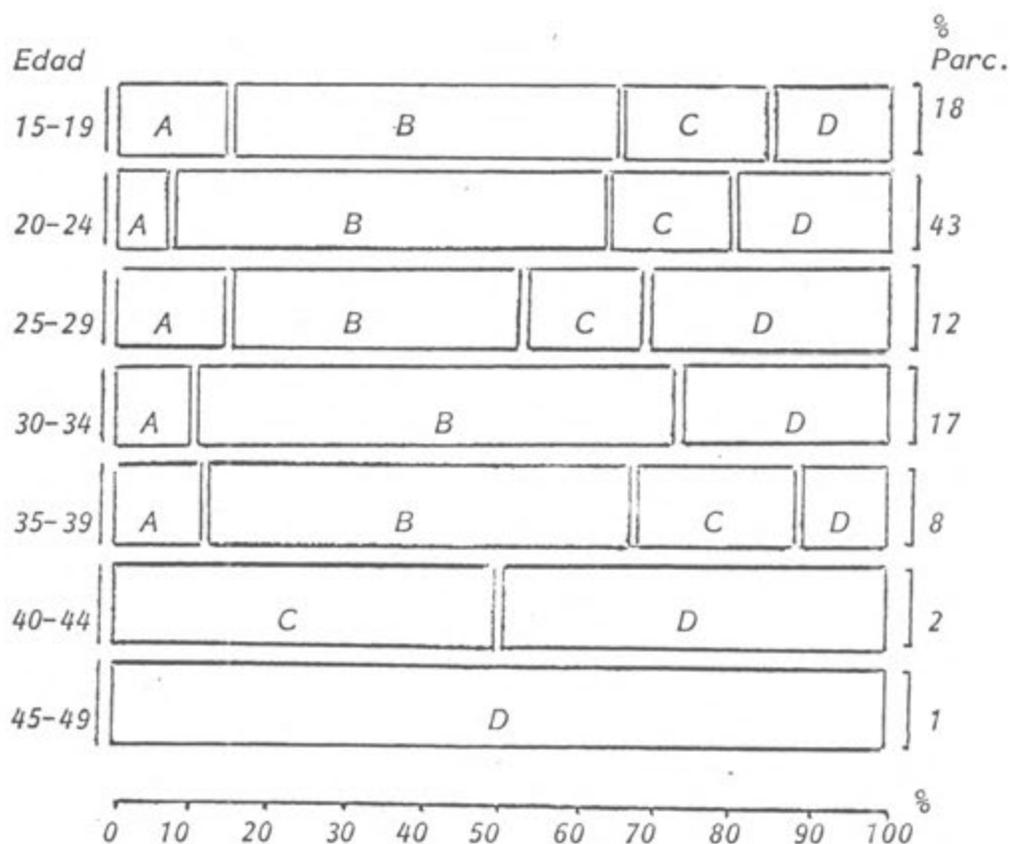
GRAFICA NO.3

RELACION EDAD DE LA MADRE Y LA DURACION DEL PERIODO

DE AMAMANTAMIENTO

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA

1985



DIRECTORIO:

A = PERIODO NULO

C = PERIODO INTERMEDIO

B = PERIODO BREVE

D = PERIODO LARGO

## ANALISIS

### CUADRO Y GRAFICA NO. 3

Para analizar la influencia del Factor "Edad de la Madre" sobre los diferentes períodos de duración del amamantamiento, se agruparon las entrevistadas en categorías o rangos de edad, cada uno de los cuales tiene una extensión de cinco años.

La distribución para cada categoría fue la siguiente:

El grupo más numeroso fué el que comprendió edades entre 20 y 24 años, - contando con 48 (43%) entrevistadas; es seguido en orden de frecuencia -- por las categorías de 15-19 años (20%), grupo de edades comprendidas entre 30 y 34 años (17%) con 19 entrevistadas, categoría de 25-29 años con - 13 integrantes (12%), rango de edad de 35-39 años, 9 personas incluidas - en este grupo (8%), finalizando con las categorías de 40-44 años y de 45-49 años, las cuales tuvieron 2 (2%) y 1 (1%) integrantes respectivamente.

Se efectuó la relación entre estas categorías y la extensión del amamanta-- miento resultando lo siguiente:

Las madres más jóvenes, (rangos de edad entre 15-19 años) tuvieron una mayor representatividad (65%) en los períodos NULO y BREVE de dura-- ción de la lactancia con un 15 y 50% respectivamente; similar situación se - identificó con las categorías de edades comprendidas entre 20-24 años, 25 a 29 años, 30 a 34 años y 35 a 39 años, a las cuales les corresponden 50%, 52%, 73% y 65% comprendidos dentro de los períodos nulo y breve.

Sobrepasando la categoría de 35 a 39 años de edad, se nos presenta un -- cambio diametralmente opuesto; la categoría de 40 a 44 años, ubica cada -

*de sus hemipartes en el período INTERMEDIO y LARGO, mientras que el desplazamiento hacia el período largo, en la categoría de 45 a 49 años, -- comprende el 100%. - Para concluir, nos parece evidente un "Borde Fronte-rizo" que limita dos estratos de las madres atendiendo a su edad:*

*Aquellas cuyo período de amamantamiento es primordialmente superior a -- los tres meses de vida del lactante, integrado en su mayoría por madres -- con una edad menor de 39 años, y un segundo estrato, formado por una -- minoría de madres jóvenes y/o menores de 39 años y la totalidad de madres -- mayores de 40 años de edad, en el cual la lactancia materna es superior a -- los tres meses de vida del lactante y se prolonga hasta la segunda mitad -- del primer año.*

**CUADRO NO. 4**

**RELACION ENTRE SITUACION MARITAL DE LOS PADRES**  
**Y LA DURACION DEL AMAMANTAMIENTO**

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA

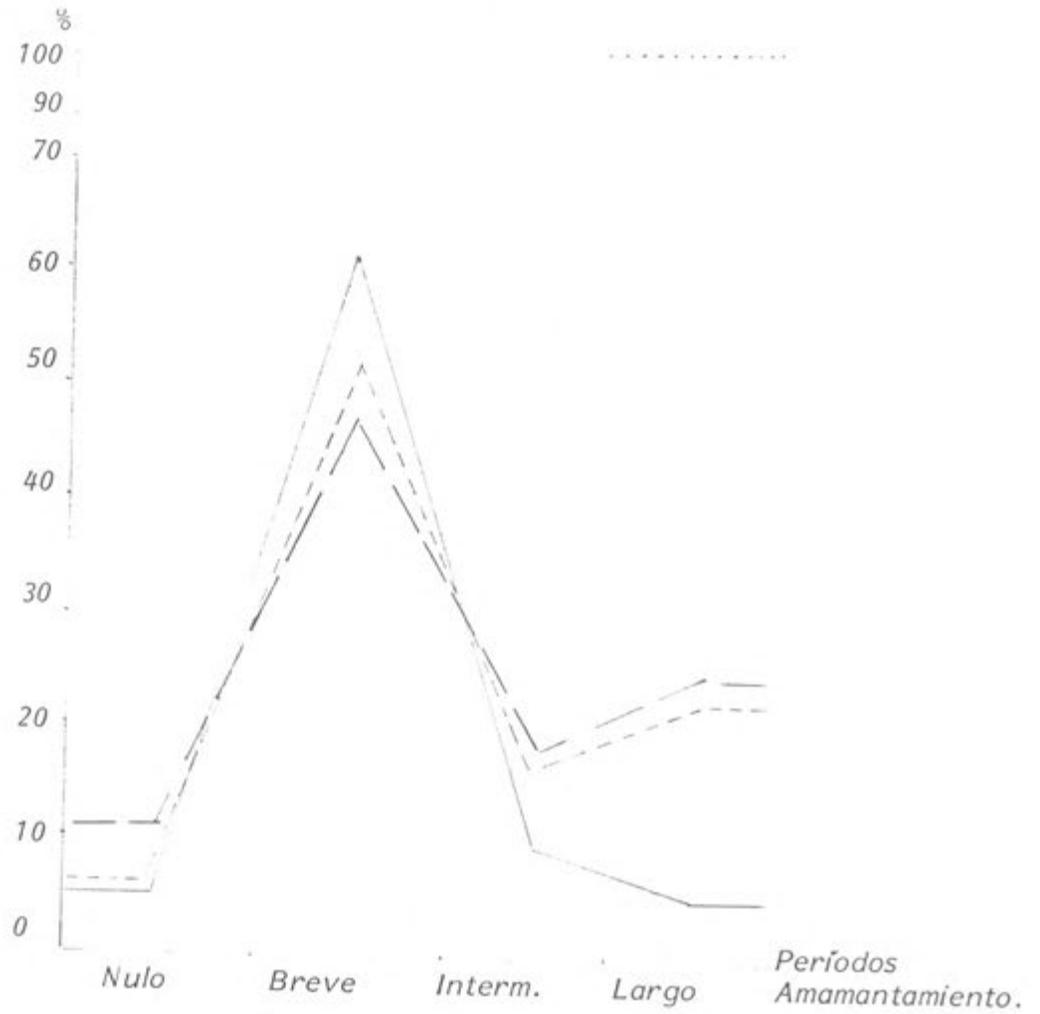
1 9 8 5

SITUACION MARITAL DE LOS PADRES.	PERIODOS DE AMAMANTAMIENTO INFANTIL									
	NULO		BREVE		INTERM.		LARGO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
SOLTERA	1	4	13	62	2	9	5	24	21	100
		18	23	23	13	13	18	19		
UNION LIBRE	5	9	29	54	8	15	12	22	54	100
		42	51	50	44	48				
CASADA	6	17	15	42	6	17	9	25	36	100
		50	26	37	33	31				
DIVORCIADA	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
		0	0	0	0	0	4	1		
VIUDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
		0	0	0	0	0	0	0		
TOTAL	12	11	57	51	16	14	27	24	112	100
		100	100	100	100	100	100	100		

GRAFICA NO. 4

RELACION ENTRE SITUACION MARITAL DE LOS PADRES  
Y LA DURACION DEL AMAMANTAMIENTO

**GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA**



DIRECTORIO:

—— Solteras

—— Casadas

--- Unión Libre

..... Divorciadas

## ANALISIS

### CUADRO Y GRAFICA NO. 4

Al revisar la distribución e influencia de la situación marital de la madre sobre la duración del período de amamantamiento, se obtuvieron los siguientes datos:

La categoría de Estado Civil predominante fué la de "Unión Libre" que agrupó al 48% de las entrevistadas (54 madres); en segundo lugar se ubicó la categoría "casadas" que comprendió 36 entrevistadas (31%); posteriormente la categoría de "solteras" ubicó el 3er. lugar con 19% y para finalizar el grupo de "Divorciadas" que tuvo la menor representatividad en este Estudio, contó con 1 integrante (1%); la categoría de "viudas" no se consideró ya que no se presentó ninguna observación comprendida dentro de ésta.

El período breve de duración del amamantamiento, fué el período predominante en la mayoría de estas categorías. - Esto debido en su mayoría a que es el período dominante en todo lo largo del Estudio. - El 42% de las madres casadas tuvieron un período de amamantamiento breve, lo mismo que el 54% de las madres en "Unión Libre" y el 62% de las madres solteras; en otras palabras, las madres casadas presentaron una menor incidencia del "período breve"; también la categoría de madres casadas presentó la mayor incidencia del "período largo" si se compara con el 22% que obtuvieron las madres en "unión libre" y el 24% de las madres solteras; sin embargo, las diferencias como es evidente, son mínimas.

La categoría de mujeres "casadas" también agrupó el mayor porcentaje en el "período intermedio" (17%) confrontando el 15% y 9% lo presentaron las

mujeres en unión libre y solteras. - Los grupos que más frecuentemente -- iniciaron el amamantamiento, fueron las madres solteras (período nulo = 4%) seguido de las madres en "unión libre" (período nulo = 9%) y paradójicamente las mujeres "casadas" son las que en mayor cantidad carecen del inicio de la lactancia (período nulo = 17%) .

Las madres divorciadas que se entrevistaron, se incluían en el "período largo" de amamantamiento, sin embargo, esta categoría representa sólo el -- 4% del período de cuestión, por lo cual debe ser considerado con esta salvedad.

En conclusión, existe la evidencia que las mujeres casadas presentan una mayor duración de la lactancia materna debido a altos períodos "Largo" e "Intermedio" y reducido período "breve"; sin embargo, actúan ambos factores (económicos talvez) que favorecen una alta incidencia en la falta de inicio del amamantamiento (Ver adelante: Apartado "Discusión").

**CUADRO NO.5**

**RELACION ENTRE EL GRUPO ETNICO DE LOS PADRES**  
**Y LA DURACION DEL PERIODO DE AMAMANTAMIENTO**

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA

1 9 8 5

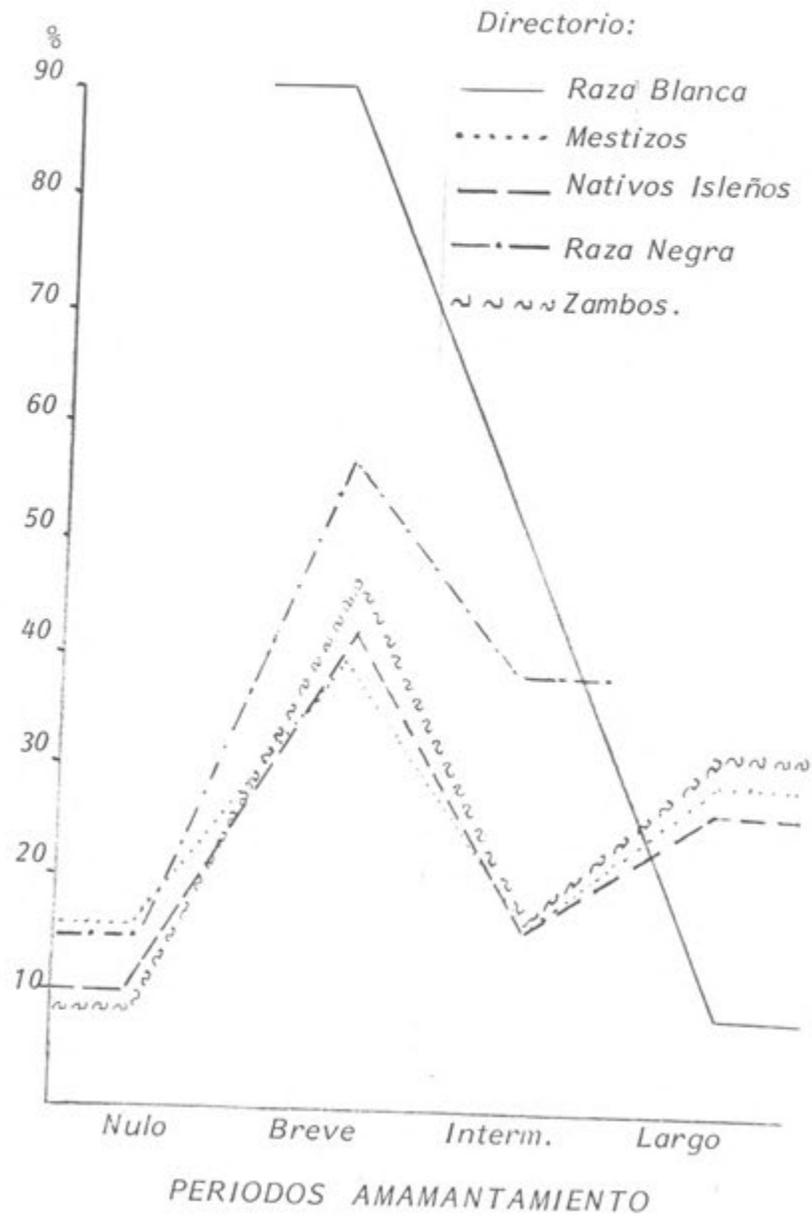
GRUPO ETNICO	PERIODO DE DURACION DEL AMAMANTAMIENTO										
	NULO		BREVE		INTERM.		LARGO		TOTAL		
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	
RAZA BLANCA	0	0	9	90	0	0	1	10	10	100	9.9
RAZA NEGRA	2	14	8	57	4	28	0	0	14	100	12.5
MESTIZOS	6	11	25	46	8	15	15	28	54	100	48.2
ZAMBOS	2	9	10	48	2	9	7	33	21	100	18.75
ISLEÑOS	2	15	5	38	2	15	4	31	13	100	11.6
TOTAL	12	11	57	51	16	14	27	24	112	100	

GRAFICA NO. 5

RELACION ENTRE EL GRUPO ETNICO DE LOS PADRES  
Y LA DURACION DEL AMAMANTAMIENTO

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA

1985



## ANALISIS

### CUADRO Y GRAFICA NO. 5

La gran variedad racial existente en esta comunidad es evidente en las siguientes observaciones, no menos de cinco categorías bien definidas fueron identificadas, las cuales se describen en orden de frecuencia así: El grupo más numeroso fueron los "Mestizos" con 54 personas (48% del total), seguido por los "Zambos" (18.75), raza "Negra" con un 12.5% y finalizando con dos categorías minoritarias: Los "Nativos Isleños" (11.6%) y las madres de Raza Blanca 11.6%.

Las influencias de cada grupo racial sobre el período de duración del amantamiento, se describe así:

El período largo de la lactancia materna fué más acentuada en la categoría de "Nativos Isleños" y en la de "Zambos" (31 y 33%). - Las madres "Mestizas" (28%) y "Blancas" tuvieron una menor proporción en este período, - siendo de 0% en las madres de raza negra.

La falta de inicio de la Lactancia (período nulo) se encontró mayormente - relacionada con la categoría de madres "Negras" y "Nativas Isleñas" (14 y 15%) seguidas por las madres "Mestizas" y "Zambos" que presentan un 11 y 9% respectivamente; la raza "Blanca" inicia en un 100% el amantamiento, sin embargo, el 90% lo descontinúa antes del 3er. mes de vida del niño, lo mismo ocurre con la mitad de las mujeres de raza "Negra", "Mestizas" y "Zambos" (57, 46 y 48%).

El período intermedio fué más frecuente en la raza negra (28%) seguido -- por los mestizos, nativos isleños y zambos (15, 15 y 9%).

*En resumen, la categoría étnica más afectada es la de raza negra con un alto período breve y un 0% de período largo; seguidamente la raza blanca con un 90% de madres con períodos breves de amamantamiento; en tercer lugar la categoría de las madres "Mestizas" las cuales tienen el 57% de sus integrantes en períodos inferiores a los tres meses de amamantamiento. - Similares valores se reportan para los "Zambos" cuyo índice de abandono del amamantamiento antes de los 3 meses de vida del lactante es igual al -- 57% . Sin embargo, el período nulo en esta categoría es menor que en la anterior (9% contra 11%).*

*La categoría racial menos afectada es la de los "Nativos Isleños", en la cual sólo el 52% de estas madres discontinúan el amamantamiento antes de los -- 3 meses de edad del niño; sin embargo, debe enfatizarse que de este porcentaje. 15% corresponde al período nulo (el cual, es la mayor proporción - entre todos los grupos étnicos revisados).*

**CUADRO NO. 6**

**RELACION RELIGION DE LA MADRES CON LA DURACION**

**DEL PERIODO DE AMAMANTAMIENTO**

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA

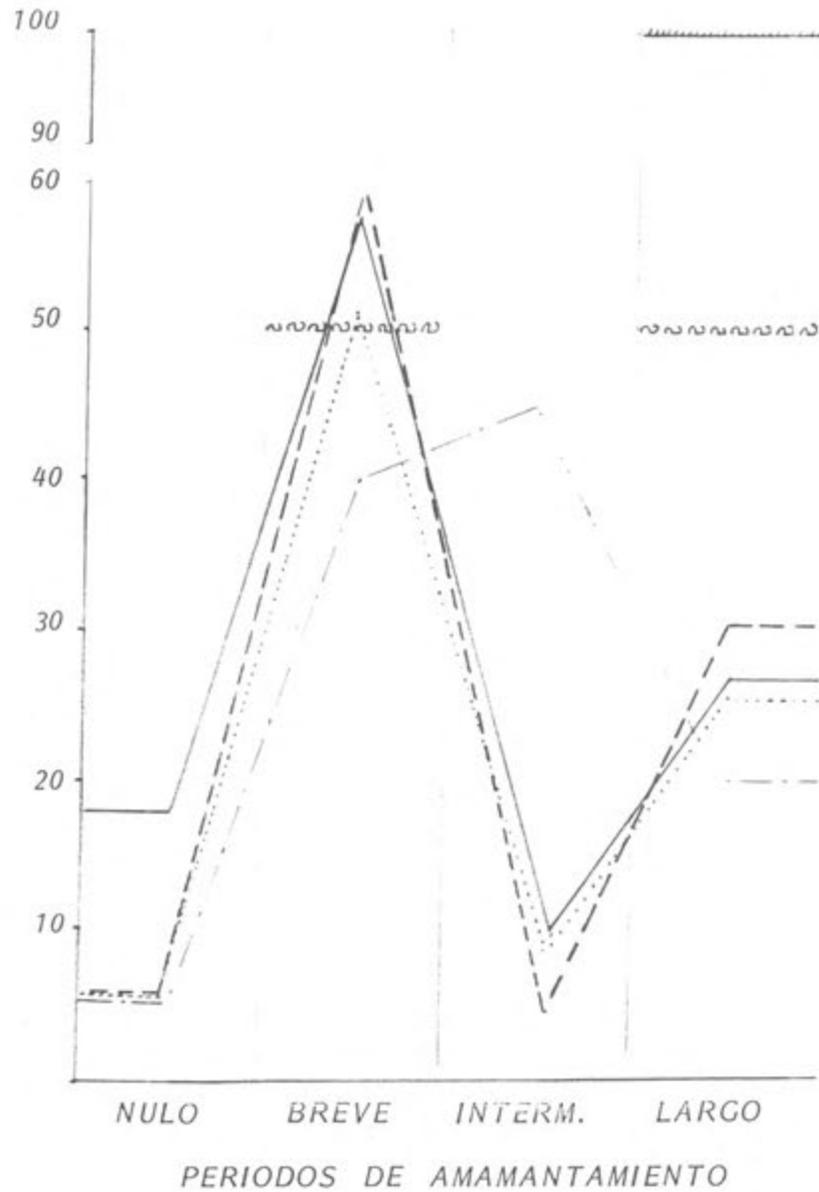
1 9 8 5

RELIGION	DURACION DEL PERIODO DE AMAMANTAMIENTO									
	NULO		BREVE		INTERM.		LARGO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
CATOLICA	5	14 42	18	51 32	3	9 19	9	26 33	35	100 31
ADVENTISTA	1	5 8	11	58 19	1	5 6	6	32 22	19	100 17
BAUTISTA	0		3	50 5	0	0 0	3	50 11	6	100 5
EVANGELICA	1	5 8	8	40 14	9	45 56	2	10 17	20	100 18
TESTIGOS DE JEHOVA	0	0 0	0	0 0	0	0 0	2	100 7	2	100 2
NINGUNA	5	17 42	17	57 30	3	10 19	5	17 18	30	100 27
TOTAL	12	11 100	57	51 100	16	14 100	27	24 100	112	100

GRAFICA NO.6

RELACION RELIGION DE LAS MADRES CON LA DURACION  
DEL PERIODO DE AMAMANTAMIENTO

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA, 1985



**RELACION RELIGION DE LAS MADRES CON LA DURACION**  
**DEL PERIODO DE AMAMANTAMIENTO**

**GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA**

1985

**DIRECTORIO**

SIMBOLO	RELIGION
—————	NINGUNA
~~~~~	BAUTISTAS
- - - - -	ADVENTISTA
.....	CATOLICA
- . - . - .	EVANGELICA
=====	TESTIGOS DE JEHOVA

## ANALISIS

### CUADRO Y GRAFICA NO. 6

La variable "Religión del Grupo Familiar" fue observada en seis categorías diferentes a saber: Religión Católica la cual representa la mayoría de la población con un 31% del total de las observaciones efectuadas; las madres que no profesaban "Ninguna" religión se ubicaron en 2o.lugar (27%) seguida de la religión "Evangélica" (18%), Adventista (17%), finalizando con las religiones "Bautista" y "Testigos de Jehova", las cuales representan el 5 y 2% respectivamente. Es de hacer notar que más de las 4/5 partes de los infantes que no iniciaron lactancia se ubicaron en la Religión Católica y en el grupo que no admitió profesar ninguna creencia, ambos con un 42% cada una.- De la misma manera, más del 60% de los niños que tuvieron un período breve se ubicaron en estas dos religiones (32 y 30% respectivamente).- El período largo presentó datos dispersos a excepción de 1/3 parte que se ubicó en la religión católica y un 22% en la religión Adventista.- El período intermedio alcanzó vistosidad únicamente en la Religión Evangélica en la cual se acumuló el 56% de este período.

Podemos concluir, que las religiones menos afectadas con bajos períodos de lactancia son la Adventista y la Evangelica, y las más afectadas es la Religión Católica y aquellos que no profesan ninguna creencia religiosa.- Tanto la religión Bautista como los Testigos de Jehova son minorías y no presentó una definición clara de éstos fenómenos.

CUADRO NO. 7

RELACION ENTRE LA ALIMENTACION QUE RECIBIO LA MADRE  
EN SU INFANCIA Y LA DURACION DEL PERIODO DE  
AMAMANTAMIENTO ALCANZADO POR ESTAS MADRES

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA  
 1 9 8 6

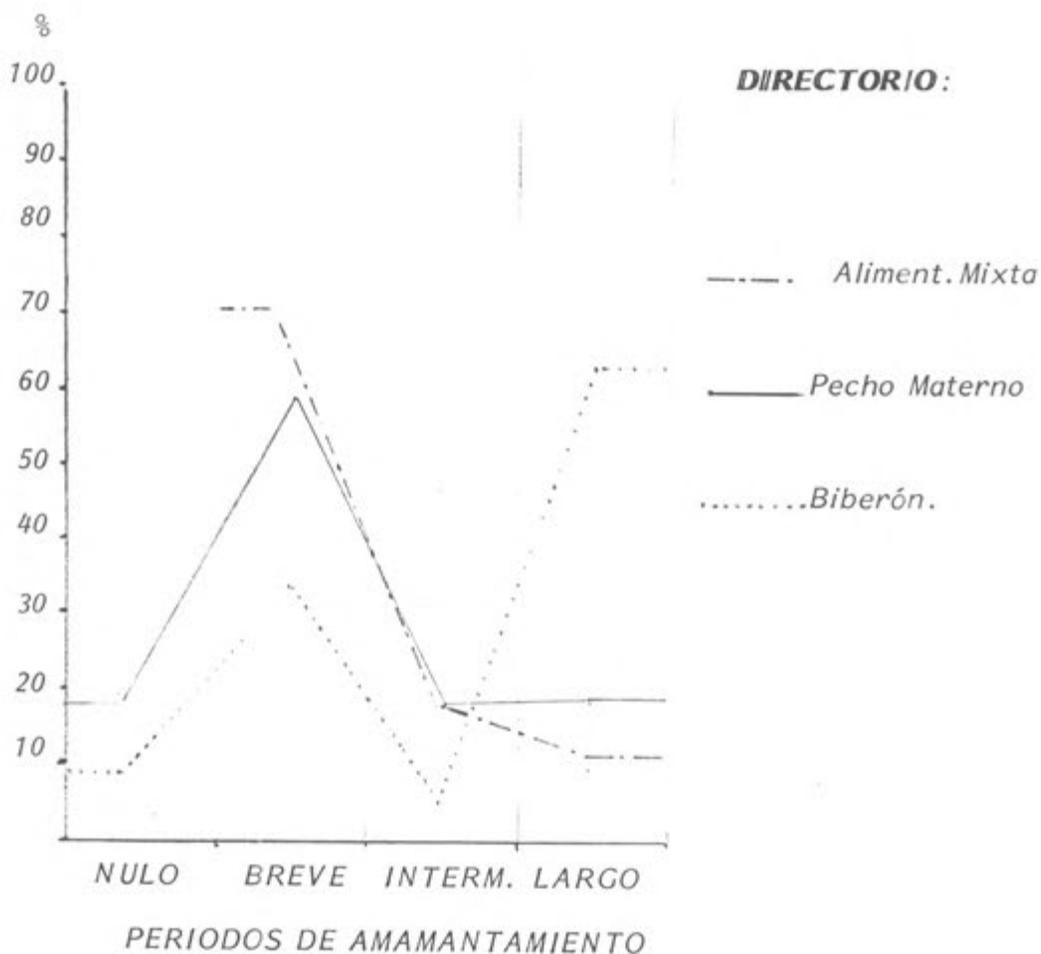
ALIMENTACION DE LA MADRE DURANTE LA INFANCIA	PERIODO DE DURACION DEL AMAMANTAMIENTO									
	NULO		BREVE		INTERM.		LARGO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
PECHO MATERNO	9	17	31	58	9	17	4	8	53	100
		75		54		56		15		47
BIBERON	3	9	7	22	2	6	20	62	32	100
		25		12		12		74		29
MIXTA	0		19	70	5	18	3	11	27	100
				33		31		11		24
TOTAL	12	11	57	51	16	14	27	24	112	100
		100		100		100		100		

GRAFICA NO.7

RELACION ENTRE LA ALIMENTACION QUE RECIBIO LA MADRE  
EN SU INFANCIA Y LA DURACION DEL PERIODO DE  
AMAMANTAMIENTO ALCANZADO POR LAS MADRES

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA

1985



## ANALISIS

### CUADRO Y GRAFICA NO.7

*Durante la revisión de la distribución e influencia del Factor "Alimentación de la Madre en su Infancia" sobre la duración del amamantamiento, hubo - necesidad de distinguir tres categorías, las cuales por orden de frecuencia se detallan a continuación:*

- A. Madres que se alimentaron en su infancia exclusivamente al pecho materno: 53 madres (47%)*
- B. Madres que fueron alimentadas estrictamente con biberón: 32 integrantes (32%)*
- C. Madres que en su infancia recibieron alimentación mixta, al pecho materno y biberón: 27 personas (24%).*

#### Madres alimentadas al pecho materno:

*En esta categoría el período nulo tuvo su mayor representatividad con un 17% del total de este grupo.- El período breve tuvo también una muy alta representatividad con un 58%; los períodos intermedio y largo presentaron frecuencias menores con 17 y 8% respectivamente.*

#### Madres alimentadas con biberón:

*Ocupó este grupo el segundo lugar en cuanto a falta de inicio de la lactancia, ya que el 9% de este grupo tuvo un período nulo. - Sin embargo, presentó asimismo el mayor índice de lactancia materna por más de seis meses (período largo = 62%). El período breve presentó el más bajo índice (22%), siendo el período intermedio igual al 6%.*

Madres alimentadas en forma mixta:

El 100% de aquellas madres que se alimentaron en esta forma, iniciaron felizmente el amamantamiento, sin embargo el 70% lo descontinuaron antes del 3er. mes de vida del lactante, siendo el período intermedio y largo, muy poco voluminoso (18 y 11%).

Para concluir podemos afirmar que aquellas madres más afectadas con breves períodos de duración, son las que tuvieron una alimentación al pecho materno y mixta y las que más favorablemente obtienen períodos prolongados de amamantamiento son aquellas cuya alimentación en la infancia fué artificial (Ver más detalles en "Discusión").

**CUADRO NO.8**

**RELACION LUGAR DE RESIDENCIA Y DURACION DEL PERIODO DE  
AMAMANTAMIENTO**

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA

1 9 8 5

LUGAR DE RESIDENCIA	PERIODO DE ALIMENTACION AL PECHO MATERNO									
	NULO		BREVE		INTERM.		LARGO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
GUANAJA	8	17 67	31	46 54	13	19 81	15	22 55	67	100 60
COOPERATIVA	2	13 17	9	60 16	1	7 6	3	20 11	15	100 13
SAVVANHA BIGHT	2	8 17	14	54 24	2	8 13	8	31 30	26	100 23
MANGROVE BIGHT	0	0 0	3	75 5	0	0 0	1	25 4	4	100 4
TOTAL	12	11 100	57	51 100	16	14 100	27	24 100	112	100



## ANALISIS

### CUADRO Y GRAFICA NO. 8

Atendiendo al lugar de residencia de la madre, se definieron 4 categorías, las que en orden de frecuencia son:

- a) Residentes de Guanaja: 60% de la población
- b) Residentes de Savannah Bight: 23% de la población
- c) Residentes de Cooperativa: 13% de la población
- d) Residentes de Mangrove Bight: 4% de la población.

Analizando la influencia sobre la duración del amamantamiento encontramos que las zonas más afectadas por el período nulo son las comunidades de Cooperativa (13%) y del casco urbano o Guanaja (12%); en la comunidad de Savannah Bight, disminuyó hasta el 8% finalizando con un 0% en la comunidad de Mangrove Bight. El período largo más voluminoso lo presentó la Comunidad de Savannah Bight (31%) seguido por Mangrove Bight con 25%; las comunidades que menos prolongan la lactancia fueron las de Guanaja y Cooperativa con 22 y 20% respectivamente. - El período intermedio presentó valores muy similares para Cooperativa y Savannah Bight (7 y 8%) y para la Comunidad de Guanaja presentó el valor mayor (19%).

El período breve abarcó al 75% de la comunidad de Mangrove Bight (sin embargo solamente representa el 5% de este período), seguidamente encontramos la comunidad de Cooperativa (60%) y Savannah Bight (54%), finalizando con Guanaja (46%).

Podemos concluir en el hecho de que las comunidades más alejadas y aisla-

das (y aquellas en las cuales el patrón cultural, racial y religioso es más uniforme) presentan altos índices de inicio de la lactancia y de períodos - largos de amamantamiento son éstas: Savvanna Bight y Mangrove Bight; y la contraparte, conformada por los pobladores del casco urbano y comunidades cercanas (en las cuales la población se agrupa en torno a las Empresas procesadoras de mariscos, tienen patrones culturales, raciales y económicos muy heterogeneos), presentando altos índices de "períodos nulos" y "Breves", con baja prolongación del amamantamiento más allá del tercer y - sexto mes de vida del lactante, son estas Guanaja y Cooperativa.

CUADRO NO. 9

RELACION ENTRE EL DESEO DE AMAMANTAR MANIFESTADO POR  
LAS MADRES EN EL PERIODO PREPARTO Y LA DURACION  
DEL AMAMANTAMIENTO.

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA

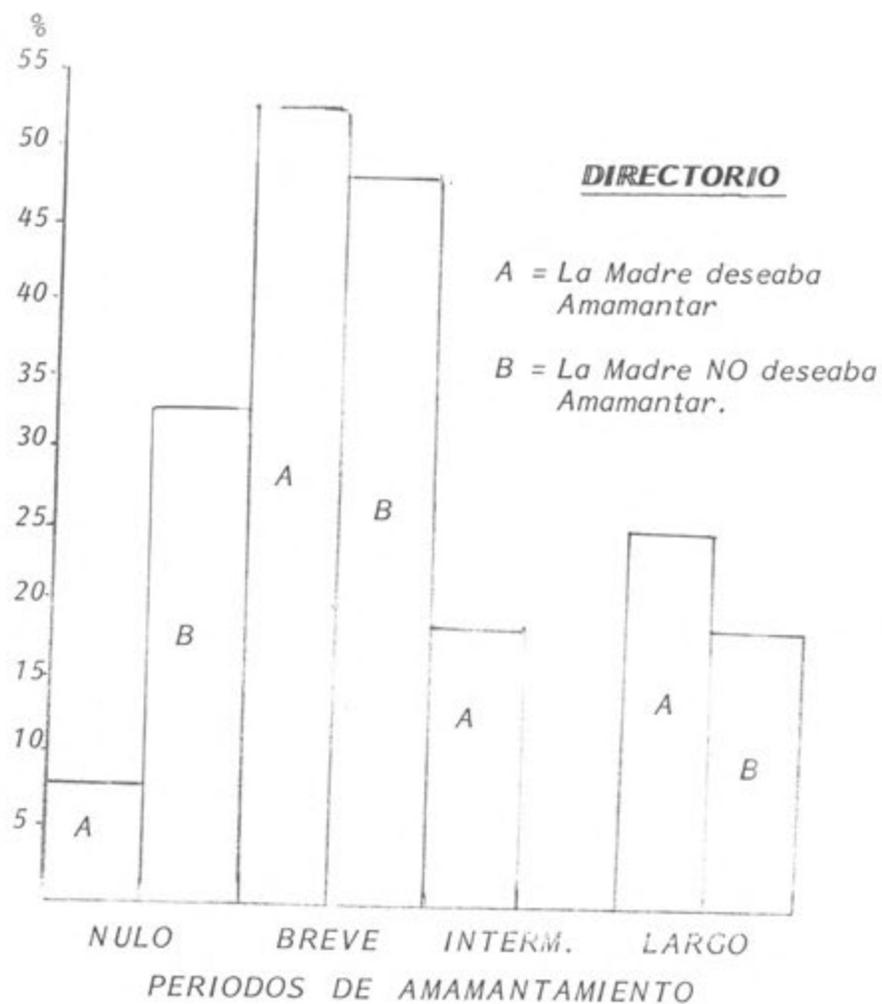
1 9 8 5.

Deseo de Amamantar de la Madre.	NULO		BREVE		INTERM.		LARGO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Si deseaba Amamantar	5	7 41	47	52 82	16	18 100	23	25 85	91	100 81
No deseaba Amamantar	7	33 59	10	48 18	0	0 0	4	19 25	21	100 19
T O T A L	12	11 100	57	51 100	16	14 100	27	24 100	112	100

**CUADRO NO. 9**

**RELACION ENTRE EL DESEO DE AMAMANTAR MANIFESTADO**  
**POR LAS MADRES EN EL PERIODO PREPARTO Y LA DURACION**  
**DEL AMAMANTAMIENTO**

**GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA, 1985**



## ANALISIS

### CUADRO Y GRAFICA NO. 9

Encontramos en la observación de este factor, dos categorías distintas de acuerdo a la presencia o no del deseo de amamantar, experimentado por la madre en el período preparto.

1. La Madre SI deseaba amamantar: Incluyó a la mayoría de las madres entrevistadas (81%).
2. La Madre NO deseaba amamantar: Comprende únicamente el 19% de la población estudiada.

La influencia de este factor, sobre la duración del amamantamiento, se evidenció de la siguiente manera:

Las madres que deseaban amamantar, iniciaron la lactancia en mucha mayor proporción que aquellas que no lo deseaban (93% contra 67%), es decir, que el "Período Nulo" en las primeras es menor (7%) en casi 1/3 partes, comparándolo con el "Período Nulo" de las segundas (25%).

El período breve fué ligeramente superior en las madres que deseaban amamantar (52%) que en las que no deseaban (48%).

El amamantamiento más allá del 3er. mes de vida del lactante, fué evidentemente superior en el 1er. grupo (Período intermedio = 18%, período largo = 19%).

En conclusión encontramos que las madres que expresaron su deseo de amamantar, iniciaron y prolongaron el amamantamiento casi tres veces más frecuentemente que aquellas madres que no deseaban amamantar, sin embargo,

*una pequeña porción del segundo grupo prolongó el amamantamiento aún -  
en contra de la intención de no amamantar.*

CUADRO NO. 10

RELACION ENTRE LAS MADRES QUE RECIBIERON CHARLA FORMAL  
SOBRE LACTANCIA NATURAL Y LA DURACION DE LOS PERIODOS  
DE LA LACTANCIA MATERNA

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA

1 9 8 5

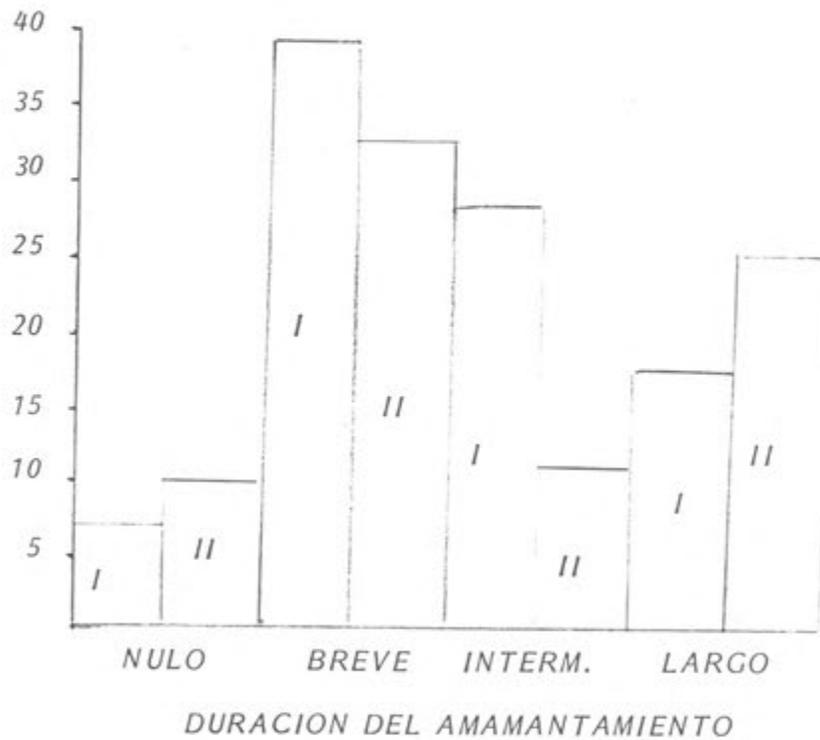
Recibieron charla sobre lactancia materna.	DURACION DEL AMAMANTAMIENTO									
	NULO		BREVE		INTERM.		LARGO		TOTAL.	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
SI	3	75	7	12	5	8	3	11	18	16
NO	9	25	50	88	11	31	24	89	94	84
TOTAL	12	100	57	100	16	100	27	100	112	100

CUADRO NO. 10

RELACION ENTRE LAS MADRES QUE RECIBIERON CHARLA FORMAL  
SOBRE LACTANCIA NATURAL Y LA DURACION DE LOS  
PERIODOS DE LACTANCIA MATERNA

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA

1985



DIRECTORIO: I Recibió Charla Formal  
II No Recibió Charla Formal.

## ANALISIS

### CUADRO Y GRAFICA NO. 10

*Se analiza en este apartado, el número de madres que tienen opción a recibir una charla formal y personalizada sobre algunos aspectos de las ventajas de la alimentación natural y el efecto de estas charlas sobre la duración del amamantamiento.*

*La mayoría de las entrevistadas negó el antecedente de haber recibido esta charla (84%), siendo una minoría (16%) aquellas madres que tuvieron esta oportunidad.*

*Ambas categorías presentaron similares "Períodos Nulos" siendo ligeramente superior en las madres que recibieron esta información (17% contra 12%).*

*El período "Breve" manifestó una notable minoría en la primera categoría (39% contra 53%).*

*El período "Largo" fué superior en la categoría de madres que no recibieron esta charla (25%) comparada con las entrevistadas que carecieron de ella (17%) y el período intermedio fué dos veces superior en la categoría de madres que recibieron charla educativa (28%) que en aquellas que no lo hicieron (12%).*

*Para finalizar, podemos concluir que las madres que recibieron charla educativa sobre las ventajas del amamantamiento, prolongaron este, por más de 3 y 6 meses de edad del niño, en el 45% de los casos, siendo superior al número de madres que no recibieron esta instrucción y que tuvo la misma duración del amamantamiento (37%).*

**CUADRO NO. 11**

**CAUSAS PRINCIPALES PARA EL ABANDONO DE LA LACTANCIA**

**NATURAL SEGUN EXPRESION TEXTUAL DE LAS MADRES**

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA

1985

CAUSAS DE ABANDONO DE LA ALIMENTACION NATURAL	#	%
1. Debido a enfermedad del niño	2	4
2. La madre se estaba adelgazando	1	2
3. La madre quería planificar	1	2
4. Simplemente no le gustaba a la madre	13	24
5. Al niño le caía mal el pecho	2	4
6. El niño no quiso agarrar el pecho	5	9
7. La madre tuvo problemas con los - pechos al amamantar (Inflamación y dolor).	3	5
8. No le bajaba suficiente leche (Hipo- galactía)	17	31
9. Porque tenía que ir a trabajar	6	11
10. El niño dejó el pecho él sólo	1	2
11. Le dijeron que el pecho era malo	1	2
12. La madre se enfermó	2	4
13. Por recomendación médica	1	2
<b>T O I A L</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>

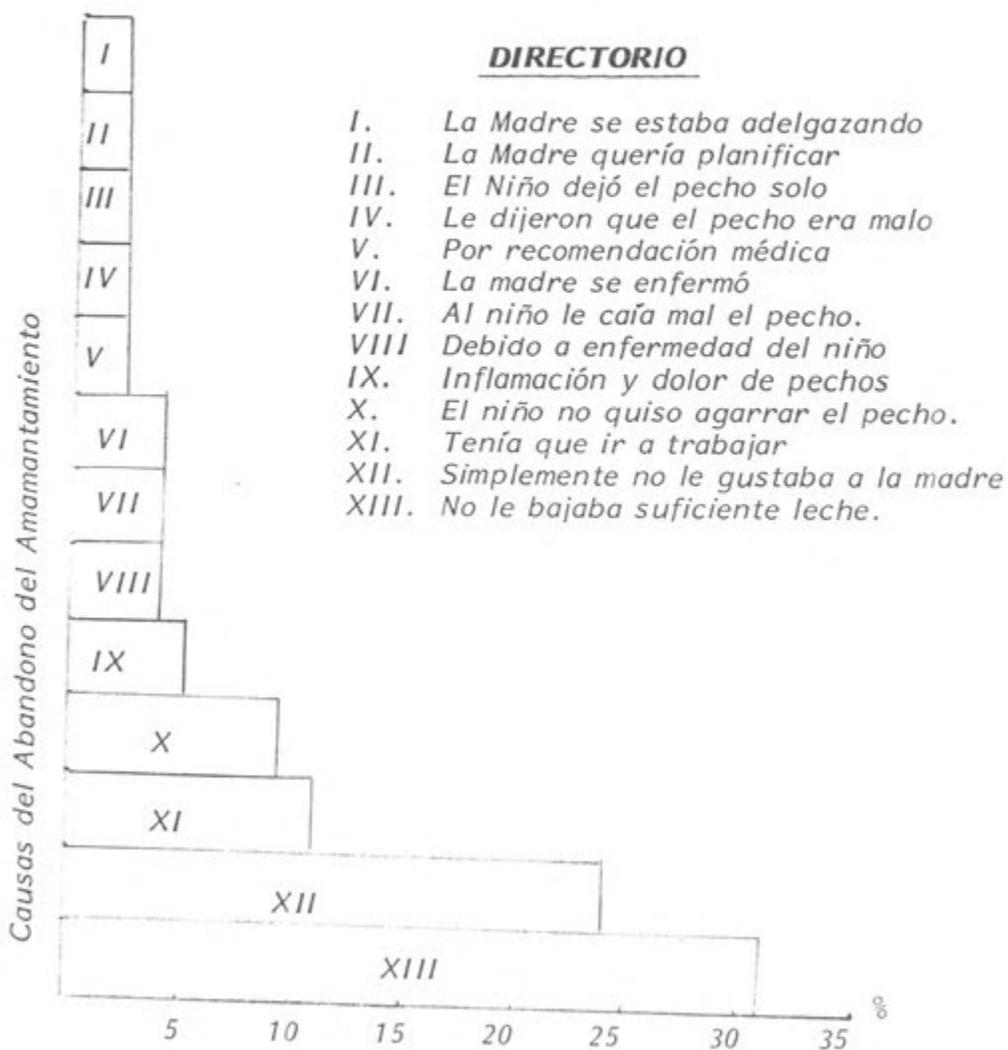
GRAFICA NO. 11

CAUSAS PRINCIPALES PARA EL ABANDONO DE LA LACTANCIA

NATURAL SEGUN EXPRESION TEXTUAL DE LAS MADRES

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA

1985



## ANALISIS

### CUADRO Y GRAFICA NO. 11

Los factores indicados en forma textual por las madres para el abandono del amamantamiento, recorre la gama de hechos fisiológicos, sociales, culturales, económicos, etc. se agruparon trece categorías las que se detallan a continuación:

La causa dada como factor primordial para el cese del amamantamiento fué "no le bajaba suficiente leche" que comprendió el 31% de la población entrevistada (Entendemos esta frase como sinónimo de hipogalactia); en segundo lugar, las entrevistadas reconocieron que "no le gustaba a la madre dar pecho" abarcando el 24% del Estudio; el tercer lugar en frecuencia fué adjudicado a que "la madre tenía que ir a trabajar" (11%); "el niño no quiso -- agarrar el pecho" fué la expresión que ocupó el cuarto lugar con un 9%; solamente el 5% de las madres mencionaron problemas de tipo orgánico referente a ellas mismas como "Dolor e inflamación de las mamas", la "enfermedad de la madre" y "enfermedad del niño" abarcaron un 4% cada una.

Otros problemas menos frecuentes, comprendiendo 2% del Estudio, en cada categoría fueron: "La madre se estaba adelgazando", "la madre quería planificar", "el niño dejó el pecho sólo" y por "recomendación médica".

En resumen las causas primordiales para abandonar el amamantamiento son:

1. Hipogalactia (Real y/o consecuencia de inadecuada técnica de amamantamiento).
2. Falta de interés de las madres por la alimentación natural.
3. Factores laborales y económicos.

**CUADRO NO. 12**  
**RESUMEN DE LA RELACION ENTRE LUGAR DE ORIGEN**  
**Y SU DISPONIBILIDAD A UN MAYOR PERIODO DE**  
**AMAMANTAMIENTO**

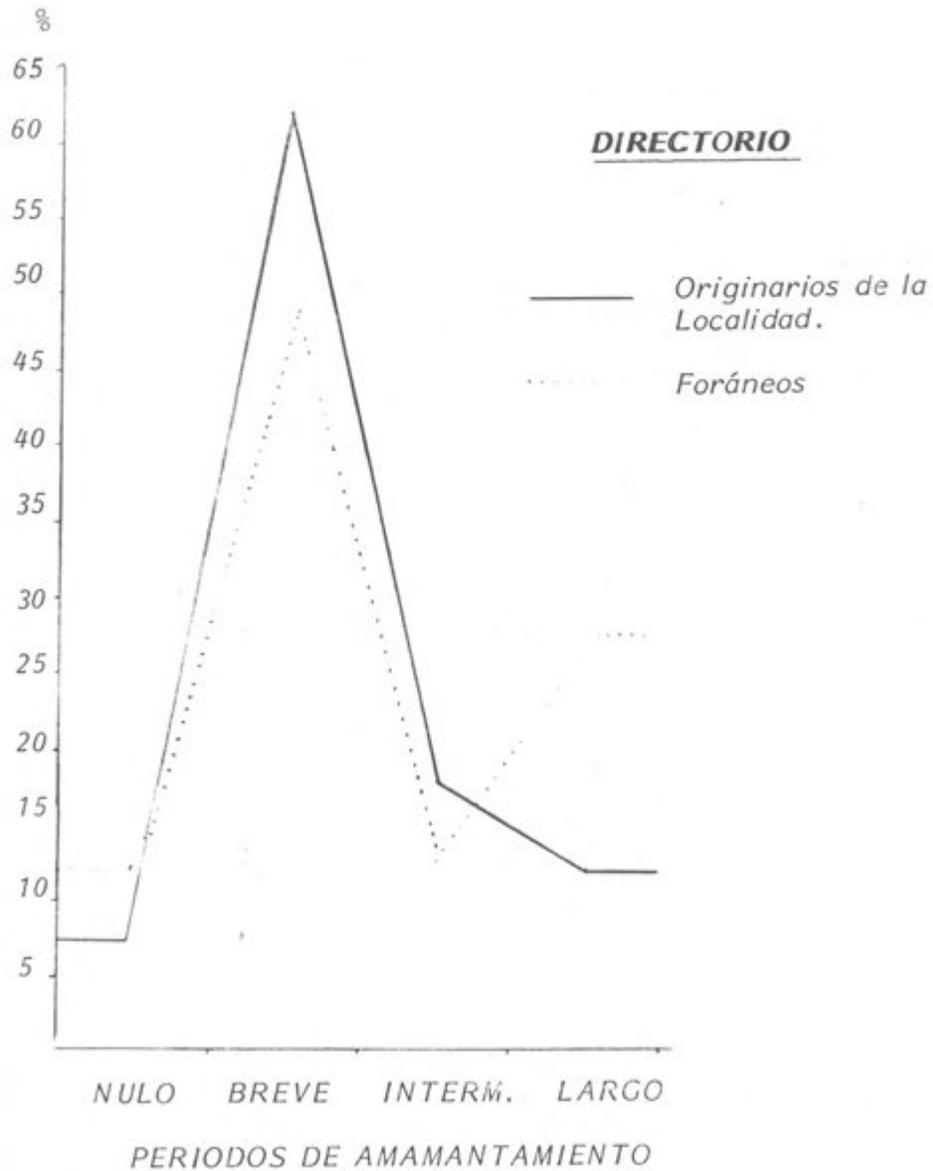
GUANAHA, ISLAS DE LA BAHIA

1 9 8 5

LUGAR DE ORIGEN	PERIODOS DE LA DURACION DEL AMAMANTAM.									
	NULO		BREVE		INTERM.		LARGO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
GUANAHA (Localidad)	2	7 17	17	61 30	5	18 31	4	14 15	28	100 25
OTROS (Foráneos)	10	12 83	40	48 70	11	13 69	23	27 85	84	100 75
TOTAL	12	11 100	57	51 100	16	14 100	27	24 100	112	100

**GRAFICA NO.12**

**RESUMEN DE LA RELACION ENTRE LUGAR DE ORIGEN**  
**Y SU DISPONIBILIDAD A UN MAYOR AMAMANTAMIENTO**



## ANALISIS

### CUADRO Y GRAFICA NO. 12

Al revisar la distribución y efecto del factor "lugar de origen de la madre" sobre la duración del amamantamiento, los datos arrojados son los siguientes:

De las 112 madres encuestadas, 28 (25%) son originarias de la localidad; 84 madres (75%) tienen su origen en poblaciones alejadas y diferentes de esta comunidad.

La categoría de las madres originarias de la localidad, presentaron bajas -- frecuencias en los períodos nulos y largos (17% y 15% respectivamente) y -- valores mayores en los períodos Breve e Intermedio (30 y 31%), es decir, -- que el patrón de duración del amamantamiento "Aceptado" y/o predominante por los nativos del lugar, es brindar lactancia materna por un período menor de seis (6) meses, en las 4/5 partes de los casos.

La contraparte esta presentada por las personas originarias de lugares diferentes a la comunidad de Guanaja (En su mayoría originaria del "Contente o tierra firme") cuyos rangos mayores se ubican en los períodos extremos: Nulo y largo, con menores frecuencias en los períodos Breve e Intermedio, existe una "Falta de Inicio" del amamantamiento casi en 1/3 parte de esta categoría; podemos atrevernos a pensar, que nos encontramos en una etapa -- de transición, en la cual, los períodos breve e intermedio se encuentran -- en crecimiento y pretenden igualar al patrón observado en la primera categoría, con evidentes cambios en los patrones de alimentación infantil si lo -- comparamos con otras regiones rurales del país en las cuales la alimentación

*natural puede llegar a comprender el 80% y más de la población.*

**CUADRO NO. 13**

**RELACION ENTRE LA DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA Y EL ANTECEDENTE DE HABER RECIBIDO CONSEJOS ANTES DEL PARTO, CON RESPECTO A LA ALIMENTACION DEL RECIEN NACIDO**

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA, 1985.

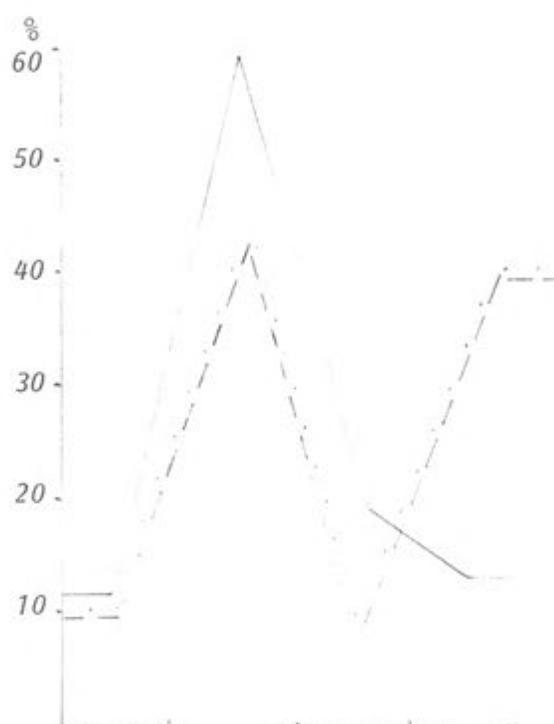
Recibió Consejos Preparto?	N U L O		BREVE		INTERM.		LARGO		T O T A L	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
<u>SI</u> Dar biberón	0	%	0	%	0	%	0	%	0	%
Dar pecho	7	11	36	57	12	19	8	13	63	100
Dar ambos	0	%	0	%	0	%	0	%	0	%
<u>NO</u> Ninguno	5	10	21	43	4	8	19	39	49	100
T O T A L	12	11	57	51	16	14	27	24	112	100

**GRAFICA NO.13**

**RELACION ENTRE LA DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA**  
**Y EL ANTECEDENTE DE HABER RECIBIDO CONSEJOS ANTES DEL PARTO**  
**CON RESPECTO A LA ALIMENTACION DEL RECIEN NACIDO**

**GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA**

1985



NULO BREVE INTERM. LARGO

DURACION DEL AMAMANTAMIENTO

**DIRECTORIO**

- Recibió Consejos preparto (Dar pecho)  
- - - - - No recibió ningún consejo.

## ANALISIS

### CUADRO Y GRAFICA NO.13

*Al evaluar si el antecedente de recibir consejos en el período preparto a favor de la lactancia natural, influía sobre la duración del amamantamiento, se obtuvieron los resultados siguientes:*

*Del total de 112 entrevistadas, el 66% recibió en alguna forma, información a favor del amamantamiento, mientras que el 44% no tuvo esta opción.*

*Aparentemente el inicio de la alimentación al pecho no fué alterado significativamente, ya que los valores para la primera categoría (aquellas madres que recibieron información) y para la segunda (madres que NO recibieron información) fueron similares en el período nulo (11 y 10%).*

*Existió un ligero predominio a favor de la primera categoría en el período breve (57 contra 43%) y de más del doble del porcentaje en el período intermedio (19 y 8%).*

*Las madres que no recibieron consejos, presentaron una mayor frecuencia en el período largo (39%), en contra posición al grupo que recibió consejos en el período preparto (18%), siendo superior casi en 3 veces el número de la segunda.*

*Podemos finalizar diciendo que los consejos brindados por terceros, - con el fin de apoyar el amamantamiento, no dán como resultado una prolongación evidente de los períodos tempranos de la alimentación al pecho, por el contrario, apareció como factor no favorable ya que el 68% de este grupo tuvo un amamantamiento inferior a los 3 meses de vida del lactante, mientras el segundo grupo presentó sólo un 53% en estos períodos.*

**CUADRO NO. 14**

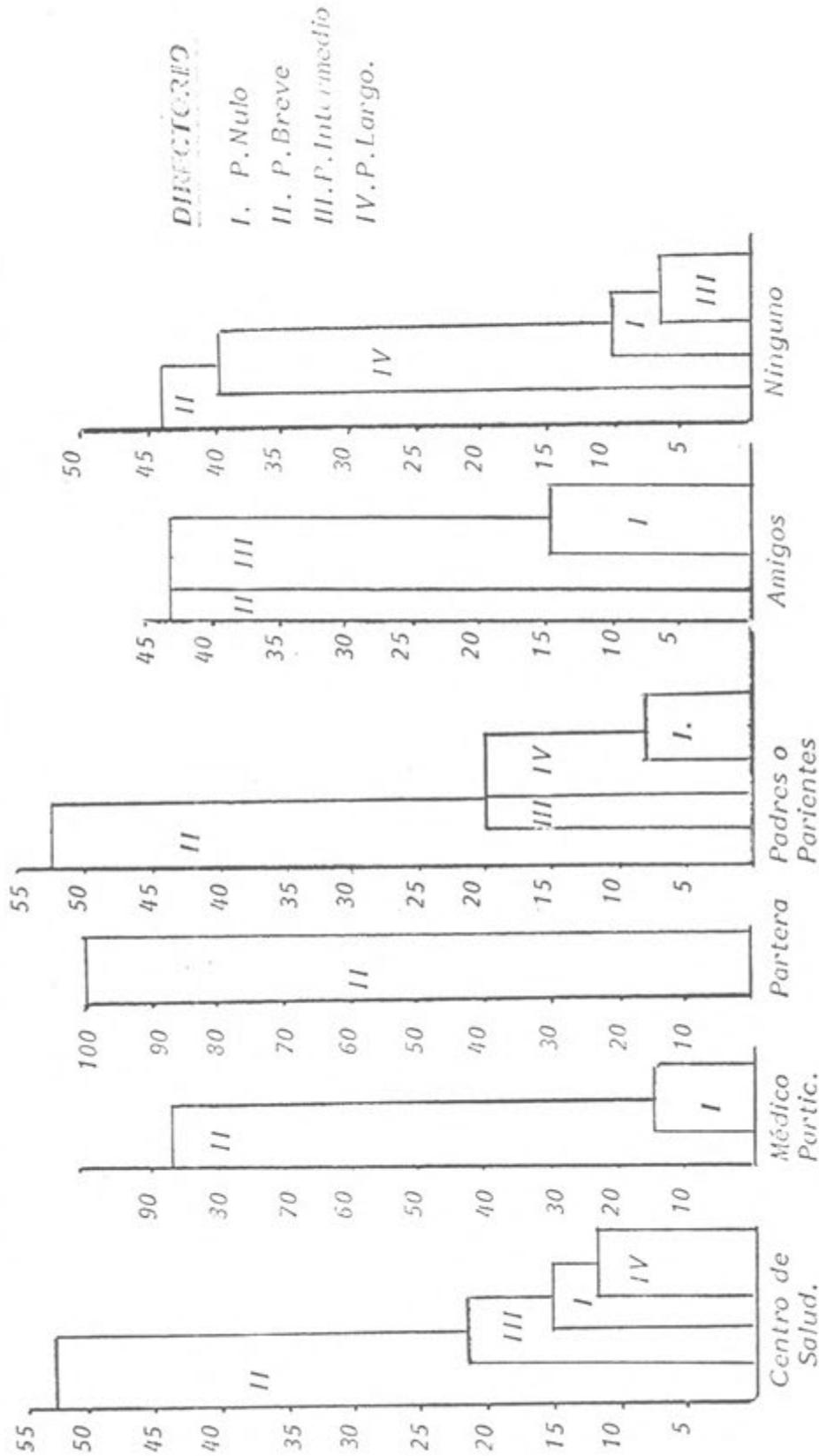
**RELACION ENTRE LA DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA**  
**Y LA FUENTE DE INFORMACION PREPARTO A LA QUE**  
**TIENEN ACCESO LAS MADRES CON RESPECTO**  
**A LA ALIMENTACION DEL INFANTE**

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA, 1985

Fuentes de Información Consultadas.	DURACION DEL PERIODO DE AMAMANTAMIENTO									
	NULO		BREVE		INTERM.		LARGO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Médico o enfermera Clin.	4	12/33	18	53/32	7	21/44	5	15/18	34	100/30
Médico Particular	1	14/18	6	86/10					7	100/6
Partera			1	100/2					1	100/1
Padres o Parientes	1	7/8	8	53/14	3	20/19	3	20/11	15	100/13
Amigos o Vecinos	1	14/8	3	43/5	3	43/19			7	100/6
Ninguno	5	10/42	21	44/37	3	6/19	19	40/71	48	100/43
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>11/100</b>	<b>57</b>	<b>51/100</b>	<b>16</b>	<b>14/100</b>	<b>27</b>	<b>24/100</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

RELACION ENTRE LA DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA Y LA FUENTE DE

INFORMACION CONSULTADA POR LAS MADRES EN EL PERIODO PREPARTO



F U E N T E S D E I N F O R M A C I O N

## ANALISIS

### CUADRO Y GRAFICA NO. 14

Cuando se revisa que tipo de fuentes de información consultan las madres en el período preparto, en busca de orientación en materia de alimentación infantil, encontramos los siguientes datos:

- a) La gran mayoría (43%) de las entrevistadas no tuvo ninguna orientación en esta materia.
- b) La fuente de información mayormente consultada fué el médico o la enfermera del Centro de Salud.
- c) Los padres y parientes de la futura madre, ocupan el segundo lugar (13%).
- d) El médico particular y los amigos o vecinos tienen similar frecuencia actuando como orientadores de la alimentación infantil (6% cada uno).
- e) La partera es la fuente de información MENOS consultada, ya que sólo el 1% acude a ellas en el período preparto.

En cuanto a la duración del amamantamiento, encontramos que aunque el médico o enfermera del Centro de Salud son la fuente de información mayoritaria, el 65% de esta categoría tiene un período de lactancia materna inferior a 3 meses; similar fenómeno ocurre con el resto de las categorías.

El grupo que prolongó por más tiempo el amamantamiento fué aquel que no visitó ninguna fuente de información (40% en el período largo), seguido por la categoría de "padres y familiares" (período Intermedio = 20%, Período Largo = 20%), teniendo estos fenómenos una posible y racional explicación, la cual es que en estas categorías la aceptación "tradicional" de la lactancia -

*materna hace de la prolongación del amamantamiento un evento exitoso.*

**CUADRO NO. 15**

**RELACION ENTRE EL LUGAR DE ATENCION DEL PARTO Y LA DURACION DEL PERIODO DE AMAMANTAMIENTO**

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA

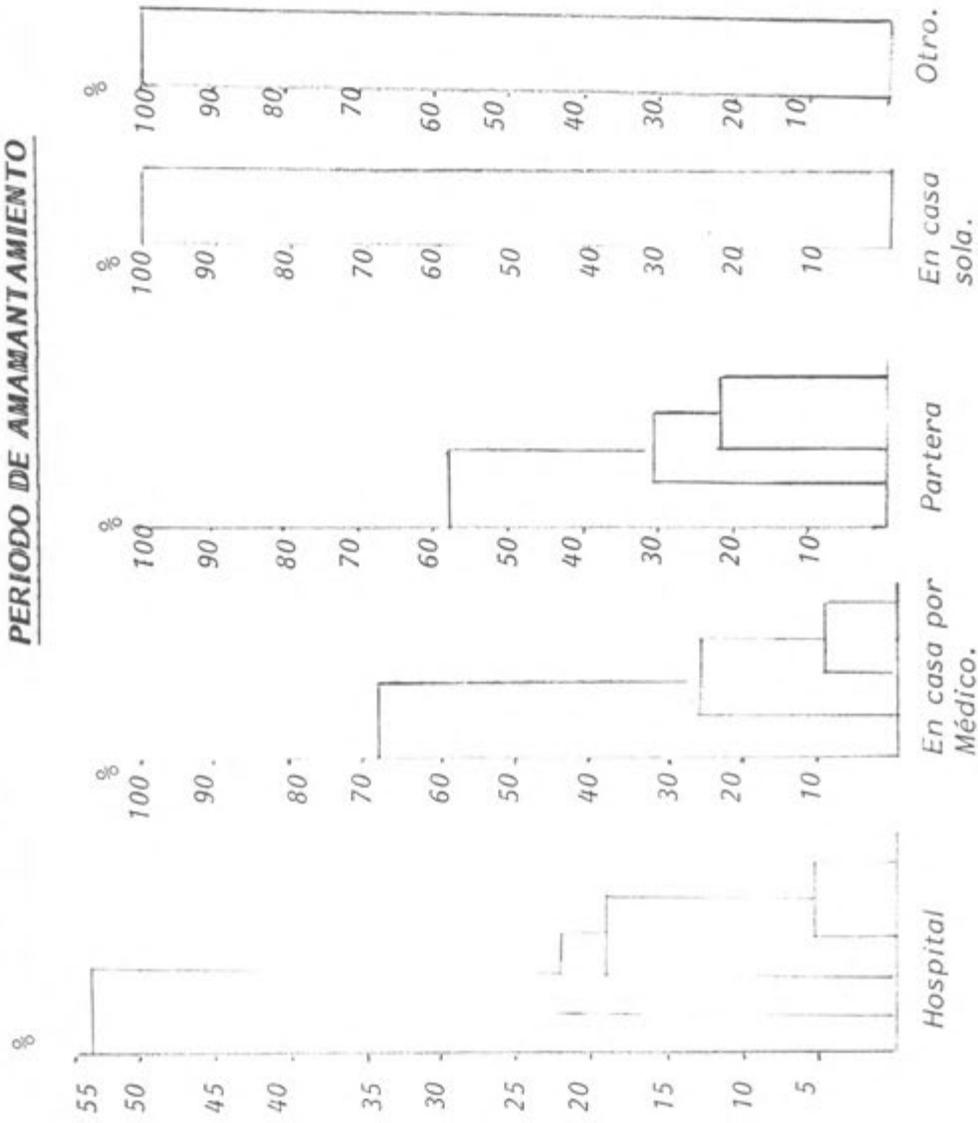
1 9 8 5

LUGAR DE ATENCION DEL PARTO	DURACION DEL PERIODO DE AMAMANTAMIENTO									
	NULO		BREVE		INTERM.		LARGO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
HOSPITAL	7	19	20	54	2	5	8	22	37	100
		58		35		12		30		33
EN CASA POR MEDICO O ENF.			6	25	2	8	16	67	24	100
				10		12		59		21
EN CASA POR PARTERA	5	12	23	57	12	30			40	100
		42		40		75				36
EN SU CASA SOLA							3	100	3	100
								11		3
OTRO			8	100					8	100
				15						7
TOTAL	12	11	57	51	16	14	27	24	112	100
		100		100		100		100		

**CUADRO NO. 15**

**RELACION ENTRE LUGAR DE ATENCION DEL PARTO Y LA DURACION DEL**

**PERIODO DE AMAMANTAMIENTO**



**DIRECTORIO**

- I. Período Nulo
- II. Período Breve
- III. Período Intermedio
- IV. Período Largo

**LUGAR DE ATENCION DEL PARTO**

## ANALISIS

### CUADRO Y GRAFICA NO. 15

*El lugar de atención del parto, reviste importancia vital en favorecer "el período crítico" para establecer la lactancia materna, lo mismo que el personal que actúa como "DOULA" (la persona que auxilia a la parturienta), son factores determinantes en esta etapa.*

*Se identificaron cinco categorías diferentes:*

- a) Parto atendido EN CASA por partera: Fue el grupo mayoritario; el 36% de las entrevistadas se incluyen en esta categoría.*
- b) Parto atendido en HOSPITAL: Ocupa el 2o. lugar en frecuencia, contando con el 33% de esta población.*
- c) Parto atendido en CASA por MEDICO o ENFERMERA: Ocupó el 3er. lugar con un 31%.*
- d) Sólo el 3% fué atendida ELLA SOLA en su casa.*
- e) Este apartado (otro) agrupa partos incidentales, ocurridos en lugares poco ortodoxos y atendidos por personal no capacitado (Ejm. : Autobuses, barcos, etc. ), representa un 7%.*

*Enfocando la duración del amamantamiento, encontramos que las categorías más afectadas, son los partos ocurridos en Hospital y los ocurridos en casa y atendidos por parteras (La alimentación al pecho en duración menor a los tres meses es del 63 y 69% respectivamente); lo mismo sucede con la categoría OTRO (100% en el período Breve), posiblemente debido a que su parto ocurre en el transcurso del viaje a un Hospital o son llevadas a és-*

*te inmediatamente después de ocurrido el parto.*

*La categoría cuyo parto fué atendido por la misma parturienta, se ubicó en el período largo con un 100%; no sabemos en este caso si ésto es debido a que la madre ni siquiera tuvo acceso a una "DOULA", peor aún para que tuviera acceso a biberones plásticos, leche en polvo y esterilizadores, o simplemente ésto es producto del entorno "tradicional".*

*En todo caso, la categoría más exitosa considerando su volumen, fueron las madres atendidas en CASA por MEDICO o ENFERMERA, con período nulo = 0%, Período Largo = 67% y Período Intermedio = 8%; únicamente el 25% presentó amamantamiento inferior a los 3 meses de vida del lactante.*

**CUADRO NO. 16**

**RELACION ENTRE EL ANTECEDENTE DE CONSEJOS POST-PARTO EN -**  
**CUANTO A ALIMENTACION INFANTIL Y LA DURACION DEL PERIODO**  
**DEL AMAMANTAMIENTO**

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA, 1985

Recibió conse- jo en el perío- do post-parto.	PERIODO DE DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA									
	NULO		BREVE		INTERM.		LARGO		T O T A L	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
<u>SI</u>										
Dar biberón										
Dar Pecho	7	11 / 58	44	58 / 77	10	13 / 62	15	20 / 55	76	100 / 68
Dar ambos							2	100 / 7	2	100 / 2
<u>NO</u>										
Ninguno	5	15 / 42	13	38 / 23	6	18 / 38	10	29 / 37	34	100 / 30
T O T A L	12	11 / 100	57	51 / 100	16	14 / 100	27	24 / 100	112	100

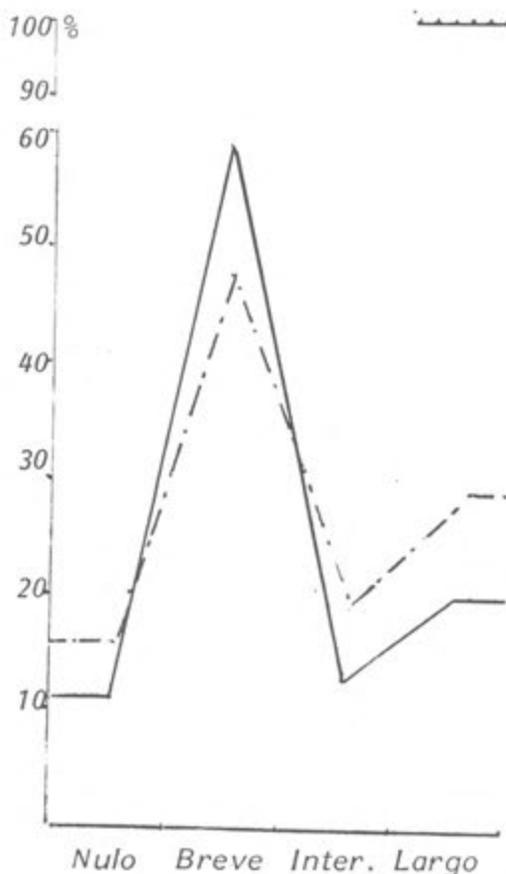
GRAFICA NO. 16

RELACION ENTRE EL ANTECEDENTE DE RECIBIR CONSEJOS POST-PARTO

EN CUANTO A LA ALIMENTACION INFANTIL Y LA DURACION DEL

PERIODO DE AMAMANTAMIENTO

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA, 1985



PERIODOS DE AMAMANTAMIENTO

DIRECTORIO:

- Consejo que recibió: Dar pecho
- - - Consejo que recibió: Dar pecho y biberón
- · - No recibió ningún consejo.

## ANALISIS

### CUADRO Y GRAFICA NO.16

*En cuanto a la información que la madre recibe en el post-parto, es cualitativamente similar a la que recibe en el preparto, incluso, la distribución de este antecedente es muy parecido al anterior.*

*Las madres que recibieron consejo post-parto, abarcó el 70% de las entrevistadas, (68% a favor de la alimentación natural y 2% a favor de la alimentación mixta).*

*Las personas que no tuvieron opción a consejo post-parto abarcó el 30% de la población.*

*Aquellas personas que recibieron información presentaron una menor frecuencia en los períodos Intermedio y Largo (33%), mientras que las que no lo recibieron, tuvieron un 47% en estos períodos.*

*En resumen, no se demostró que las charlas brindadas por terceros, a favor del amamantamiento puedan aumentar la duración de la alimentación natural; por el contrario, nos encontramos que el mayor porcentaje de madres que amamantaron por menos de tres meses (69%) se encontró en esta categoría, haciendo referencia al 53% que presentaron las madres sin esta información.*

**CUADRO NO. 17**

**RELACION ENTRE LAS FUENTES DE INFORMACION POSTPARTO  
UTILIZADAS POR LAS MADRES Y SU INFLUENCIA EN LA  
DURACION DE LA LACTANCIA NATURAL**

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA

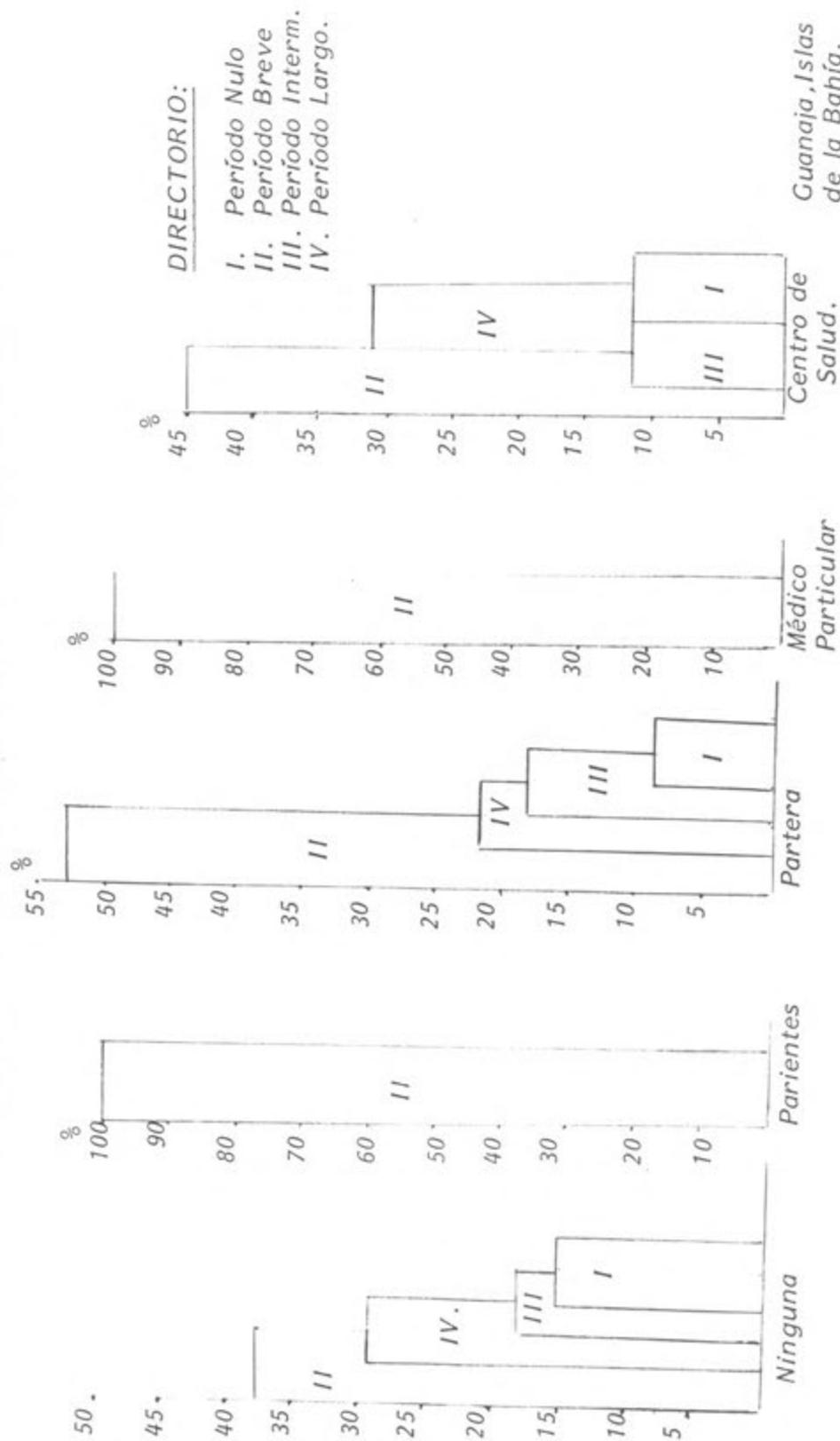
1 9 8 6

Fuente de Información postparto consult.	DURACION DEL PERIODO DE AMAMANTAMIENTO									
	NULO		BREVE		INTERM.		LARGO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Médico o enf. Centro Salud.	4	12/33	14	44/25	4	12/26	10	31/37	32	100/29
Médico Particular			9	100/16					9	100/8
Partera	3	9/25	18	53/32	6	18/37	7	21/26	34	100/30
Padres o Parientes			3	100/5					3	100/3
Amigos o Vecinos.										
Ninguna	5	15/42	13	38/23	6	18/37	10	29/37	34	100/30
<b>T O T A L</b>	<b>12</b>	<b>11/100</b>	<b>57</b>	<b>51/100</b>	<b>16</b>	<b>14/100</b>	<b>27</b>	<b>24/100</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

CUADRO NO. 17

RELACION ENTRE LAS FUENTES DE INFORMACION POSTPARTO UTILIZADOS POR LAS MADRES

Y SU INFLUENCIA EN LA DURACION DE LA LACTANCIA NATURAL



Guanaja, Islas de la Bahía. 1985.

## ANALISIS

### CUADRO Y GRAFICA NO. 17

*Después de ocurrido el parto, la información que la madre recibe, proviene de las mismas fuentes que en el preparto, sin embargo, varía la frecuencia en su distribución:*

- a) La Partera: Ocupa el primer lugar en esta etapa por ser la "Doula" - más frecuente (30% de las entrevistadas).*
- b) Ninguna fuente de información; comparte el primer lugar con 30%, lo mismo que la categoría anterior.*
- c) El Médico o Enfermera del Centro de Salud (o en el caso de ser atendida en Hospital, el responsable de esta paciente), son la fuente de información en el 29% de los casos.*
- d) El médico particular y los amigos y parientes, comparten lugares poco privilegiados con 8 y 3% respectivamente.*

*Las diferencias entre la "teoría" (El preparto) y "la práctica" (el post-parto), toman relevancia en este apartado, cuando el Médico o Enfermera del Centro de Salud son interrogados con problemas objetivos que ocurren en el recién nacido, los valores se tornan similares a los que presentan las parteras: 56% y 62% de las entrevistadas con amamantamiento inferior a los 3 meses, incluso la falta de inicio de la lactancia en la categoría de "Médicos o Enfermeras" es superior al de Parteras (12% contra 9%), siendo superados sólo por aquellas que no consultaron a nadie (Período Nulo = 15%).*

*Las personas que no consultaron a nadie, presentaron el mayor porcentaje en períodos largos (29%), seguido por los "Médicos o Enfermeras" y en última instancia las parteras con 21% en este período.*

*En resumen, no podemos concluir, si el factor más poderoso para prolongar la lactancia es el factor "Tradicional" de las madres que no consultaron a nadie en el posparto, o la promoción y la solución de problemas específicos y concretos que se presentan en esta etapa, no tienen el enfoque adecuado para lograr la sucesión exitosa del amamantamiento.*

**CUADRO NO. 18**

**RELACION CONVIVENCIA DE LOS PADRES Y LA DURACION  
DEL AMAMANTAMIENTO**

**GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA**

1985

Convivencia de los Padres.	PERIODOS DE DURACION DEL AMAMANTAMIENTO									
	NULO		BREVE		INTERM.		LARGO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
SI	8	10	44	51	15	17	19	22	86	100
NO	4	15	13	50	1	4	8	31	26	100
TOTAL	12	11	57	51	16	14	27	24	112	100

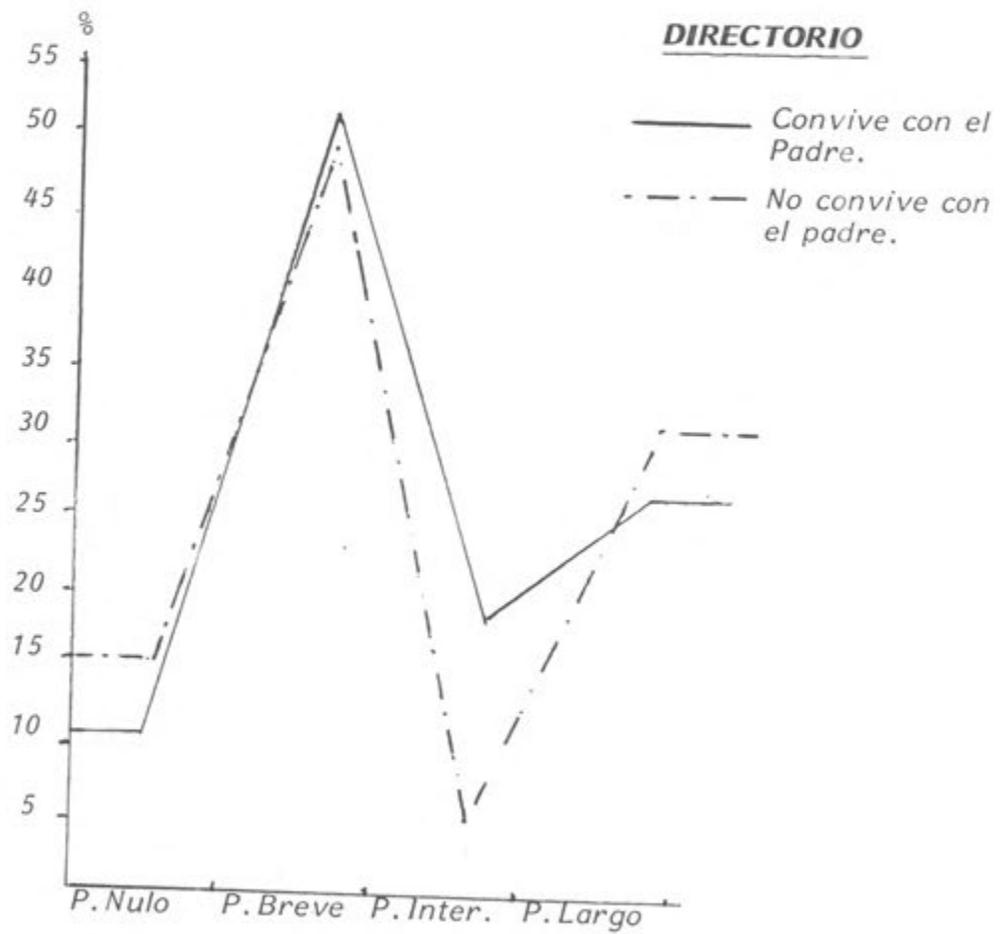
GRAFICA NO. 18

RELACION CONVIVENCIA DE LOS PADRES Y LA DURACION

DEL AMAMANTAMIENTO

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA

1985



## **ANALISIS**

### **CUADRO Y GRAFICA NO. 18**

*Al revisar el efecto del Factor "Convivencia de Ambos Padres", sobre la duración de la lactancia, se encontraron los siguientes datos:*

*El porcentaje mayor lo ocuparon los hogares integrados, cuyos padres son convivientes, abarcando el 86% de la población; mientras sólo el 26% confirmaron la presencia únicamente de la madre en su hogar.*

*Se evidenció que aquellas madres solas, iniciaban menos frecuentemente el amamantamiento (Período Nulo = 15%) que aquellas que convivían con el padre de la criatura (Período nulo = 10%).*

*El período breve tuvo mínimas diferencias (51% con las madres convivientes y 50% con las madres solas)*

*Las diferencias más marcadas se obtuvieron en el período intermedio donde las madres que si conviven con el padre del hijo duplicaron el porcentaje a las que no lo hacen (19% contra 8%).*

*El período largo por el contrario, fué superior en aquellas madres solas -- que no conviven con el padre del niño (31% contra 20%).*

*En resumen, encontramos que la convivencia con el padre del niño promueve la lactancia principalmente hasta los 6 meses de vida, pasados los cua--*

les, el amamantamiento decrece (podemos asumir que las madres en esta con  
dición, tienen el "privilegio" de contar con el reposo postparto, adecuado -  
para iniciar la alimentación natural, no así las madres solteras, en un lugar  
alejado de su familia y sin recursos, debe reintegrarse al trabajo prontamente  
te.)

Sin embargo esta misma "protección" que reciben de su compañero de hogar,  
las anima a buscar alternativas, cuando el amamantamiento se torna "incomo  
do".

Las madres solas que lograron establecer el patrón de amamantamiento, lo -  
prolongaron en su mayoría, tanto por factores tradicionales, económicos --  
y/o simplemente porque el niño "no agarró" el "pepe".

**CUADRO NO. 19**

**DATOS ECONOMICOS SOBRE EL COSTO DE LA ALIMENTACION**  
**ARTIFICIAL Y SU EFECTO EN EL PRESUPUESTO FAMILIAR**

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA

1 9 8 5

=	Ingreso mensual bruto del total de familias entrevistadas	L. 62,531.84/Mes.
=	Total de familias entrevistadas	112 familias.
=	Ingreso promedio mensual bruto por nucleo familiar.	L. 558.00 / Mes / Familia.
=	Erogación mensual bruta por compra de sucedaneos de la leche materna.	L. 3,704.68/Mes.
=	Erogaciones promedio mensual bruto por nucleo familiar para compra de sucedaneos de lactancia materna.	L. 33.07 / Mes / Niño.

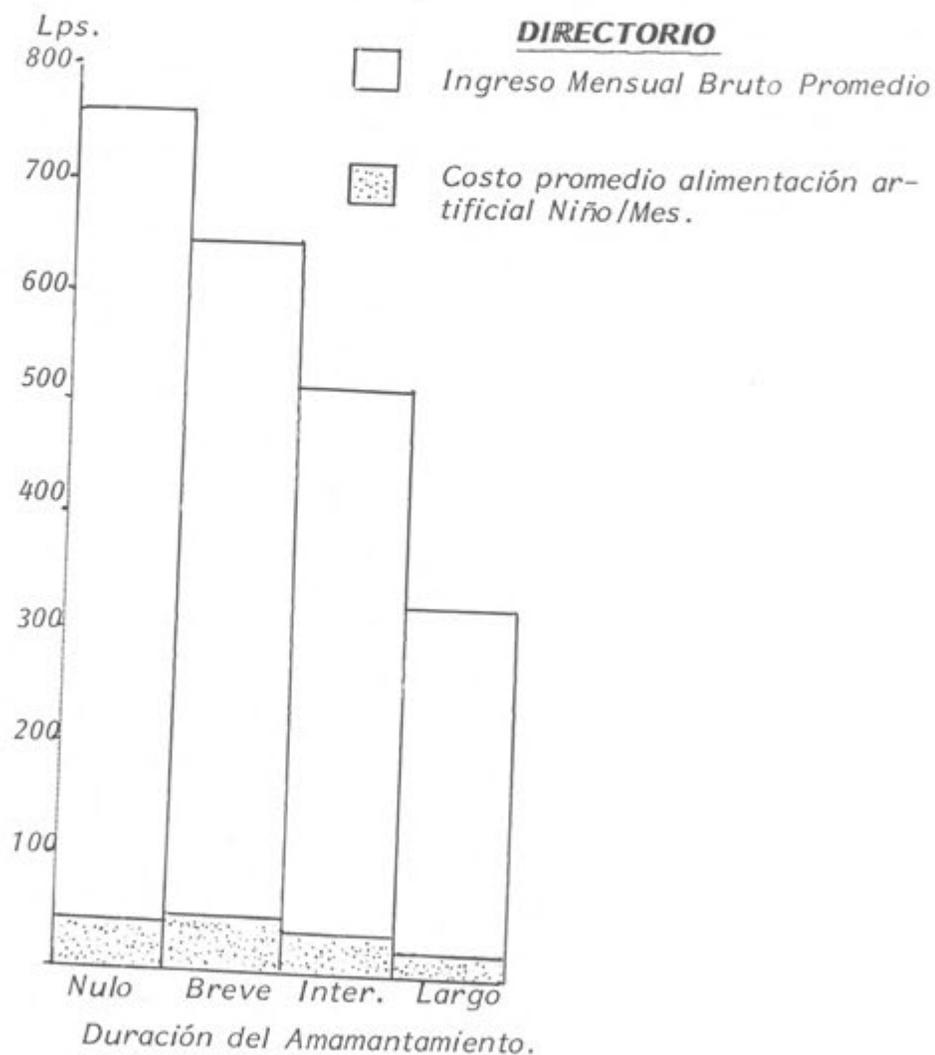
CONCEPTO	DURACION DEL AMAMANTAMIENTO							
	NULO		BREVE		INTERM.		LARGO	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Ingreso promedio mensual bruto por nucleo familiar y duración del amamantamiento.	751	100%	649	100%	512	100%	321	100%
Erogación promedio mensual por nucleo familiar para adquisición de sucedaneos de leche materna de acuerdo a duración del amamantamiento.	41.5	5.5	45.5	7	29	6	16.3	5

CUADRO NO. 19

DATOS ECONOMICOS SOBRE EL COSTO DE LA ALIMENTACION  
ARTIFICIAL Y SU EFECTO EN EL PRESUPUESTO FAMILIAR

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA

1985



## ANALISIS

### CUADRO Y GRAFICA NO. 19

*Este apartado identifica que proporción del presupuesto familiar se invierte en la compra exclusivamente de productos lácteos llamadas a sustituir el amamantamiento; no se incluyen, el costo energético, fuerza de trabajo ni materiales y utensilios necesarios para la preparación de estos alimentos.*

*Se describe asimismo el ingreso por familia según duración del amamantamiento.*

*El ingreso por núcleo familiar es inversamente proporcional a la duración del amamantamiento; es decir que el ingreso mayor (Lps 751.00/Mes/Familia) se presentó en el período nulo, seguido del período breve (L. 649.00/mes/familia), el período Intermedio (L. 512.00/Mes/Familia) y finalmente el período largo que presentó el ingreso menor (L. 321.00/Mes/Familia).*

*El costo de alimentación artificial, no reviste mayor efecto en el presupuesto, ya que este oscila entre el 5% en las madres con período largo de amamantamiento, hasta un 7% en el período breve del total del ingreso mensual.*

*Este bajo costo, puede depender de que la gran mayoría de los lactantes se alimentan con leches enteras, las cuales tienen un costo muy inferior a las leches especiales y/o maternizadas.*

**CUADRO NO.20**

**OCUPACION DE LA MADRE Y SU RELACION CON LA DURACION  
DEL AMAMANTAMIENTO**

**GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA**

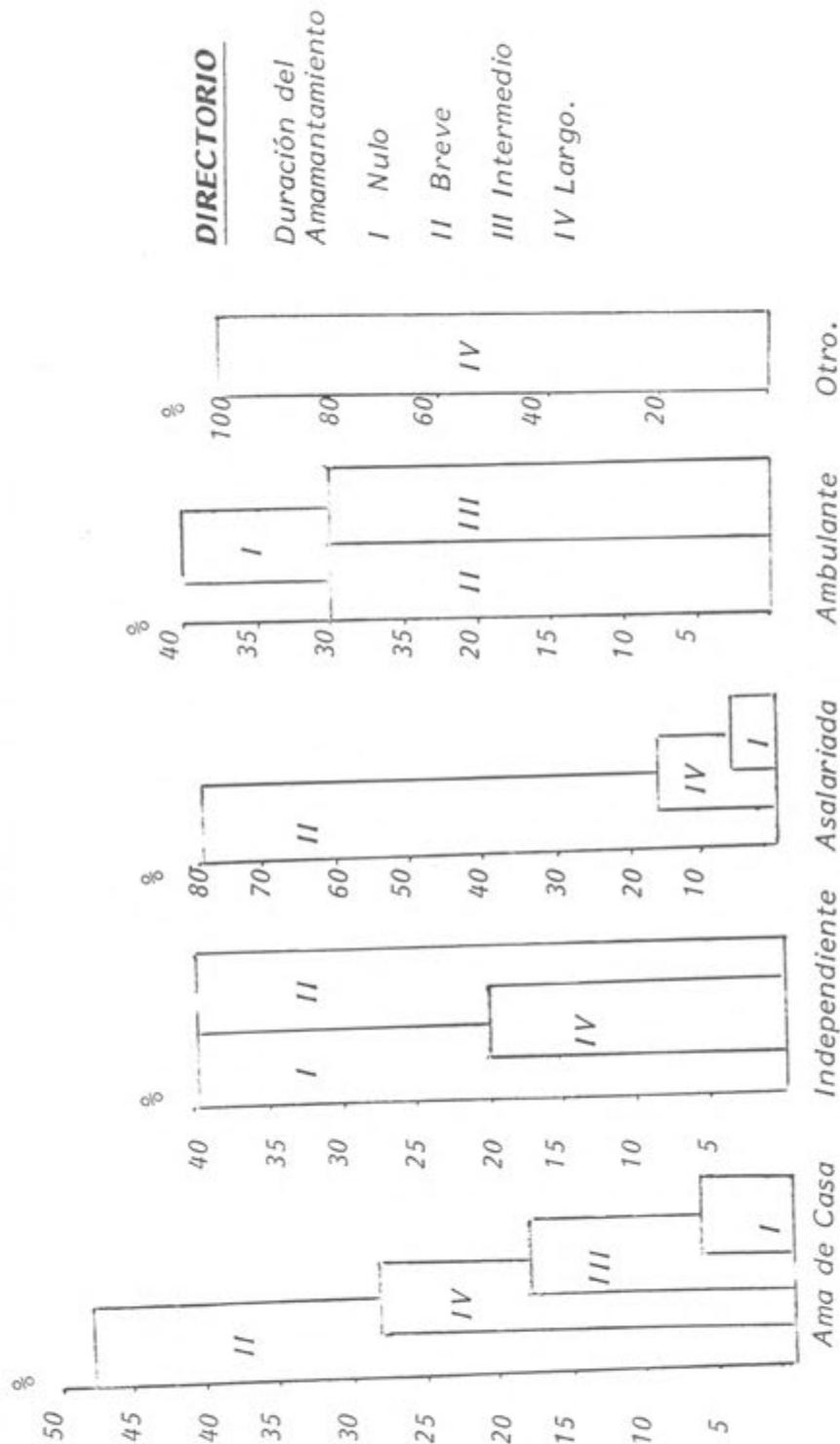
1985

OCUPACION DE LA MADRE	DURACION DEL AMAMANTAMIENTO									
	NULO		BREVE		INTERM.		LARGO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
<i>Ama de Casa</i>	5	6	37	48	13	17	22	28	77	100
<i>Trabajador Independ. (Negocio Pro- pio en casa)</i>	2	40	2	40			1	20	5	100
<i>Asalariadas</i>	1	5	15	79			3	16	19	100
<i>Vendedor Ambulante</i>	4	40	3	30	3	30			10	100
<i>Otro</i>							1	100	1	100
<b>TOTAL</b>	12	11	57	51	16	14	27	24	112	100

GRAFICA NO. 20

OCUPACION DE LA MADRE Y SU RELACION CON LA DURACION DEL AMAMANTAMIENTO

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA, 1985



OCUPACION DE LA MADRE

## ANALISIS

### CUADRO Y GRAFICA NO. 20

Se distinguieron cinco categorías de ocupación de las madres, que en orden de frecuencia son:

- = Amas de Casa (69%)
- = Madres asalariadas en trabajos públicos y privados (17%)
- = Vendedoras ambulantes de productos diversos (9%)
- = Trabajadoras independientes con negocio en casa (4%) y otras (1%).

AMAS DE CASA: La mitad de ellas (54%) suprimieron el amamantamiento antes de los 3 meses de vida del lactante, el 17% lo prolongaron hasta los 6 -- meses y el 28% amamantó por un período superior a la primera mitad del año de edad, siendo esta categoría la que mayor frecuencia presentó en este pe\_ríodo.

NEGOCIO PROPIO EN CASA: Solamente el 20% de las madres tuvieron un período largo de amamantamiento, mientras el 80% lo hizo por menos de 3 me\_ses.

ASALARIADAS: El 16% de esta categoría alcanzó un período largo de ama--mantamiento, mientras el 81% solamente lo prolongó hasta antes de los 3 me\_ses de edad del niño.

VENDEDORAS AMBULANTES: Prolongaron su amamantamiento por más de

seis meses en 0%, el 30% llegó hasta los seis meses y el 60% no lo hizo ni siquiera por 6 meses.

En resumen, las amas de casa y las personas que tienen negocio en casa, prolongaron definitivamente su amamantamiento en más del doble de la frecuencia de lo que lo hicieron aquellas madres sometidas a un horario estricto y restringido (asalariadas) y aquellas que deben abandonar su hogar en busca de trabajo (Vendedoras ambulantes).

**CUADRO NO.21**

**BENEFICIOS LABORALES QUE PUEDEN AFECTAR**  
**LA DURACION DEL AMAMANTAMIENTO EN LAS**  
**MADRES ASALARIADAS**

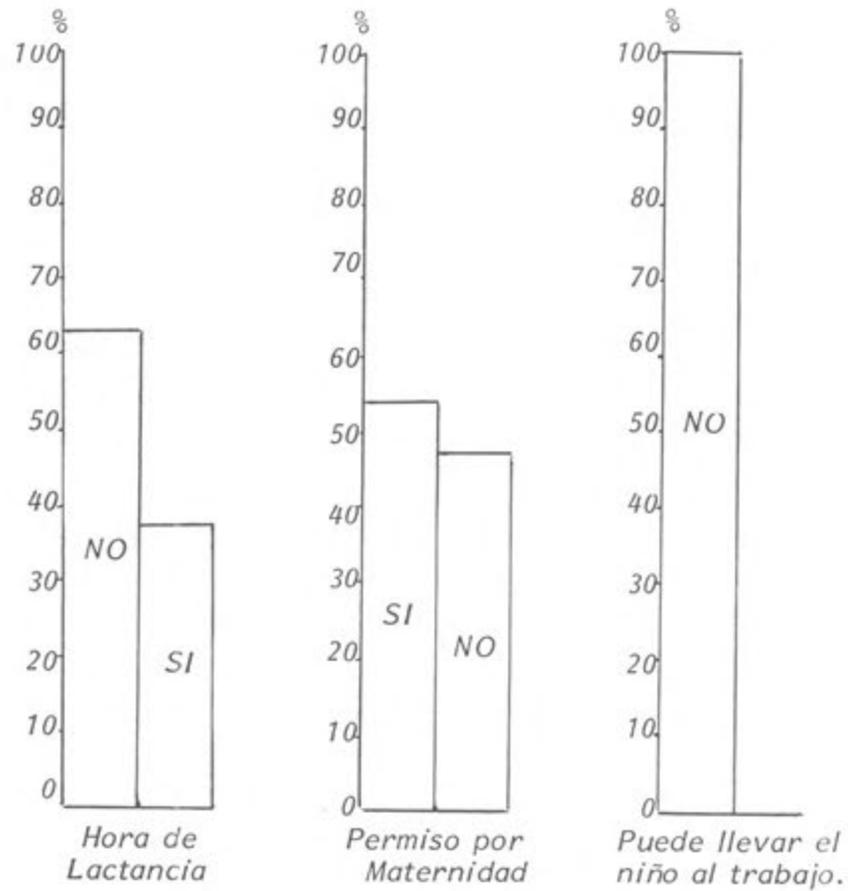
<i>Beneficio Laborales en su trabajo.</i>	<i>SI</i>		<i>NO</i>		<i>T O T A L</i>	
	<i>#</i>	<i>%</i>	<i>#</i>	<i>%</i>	<i>#</i>	<i>%</i>
<i>Hora de la lactancia</i>	7	37	12	63	19	100
<i>Permiso por Maternidad.</i>	10	53	9	47	19	100
<i>Puede llevar el niño al Trabajo.</i>	0	0	19	100	19	100

**CUADRO NO. 21**

**BENEFICIOS LABORALES QUE PUEDEN AFECTAR LA DURACION DEL AMAMANTAMIENTO EN MADRES ASALARIADAS**

**GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA**

1985



**BENEFICIOS LABORALES**

## ANALISIS

### CUADRO Y GRAFICA NO. 21

Este apartado, pretende identificar que beneficios laborales se otorgan a las madres de esta Comunidad. - De las 112 entrevistadas, únicamente 19 se incluyen en este cuadro debido a que son empleadas "asalariadas" y estos beneficios no son aplicables al resto de las ocupaciones; la gran mayoría son obreras de las Empacadoras de Mariscos que operan en la comunidad.

Hora de Lactancia: Sólo el 37% de las entrevistadas son partícipes de esta prerrogativa para las madres lactantes; más de la mitad (63%) están privadas de este beneficio.

Permiso por Maternidad: Se otorga en el 53% de los casos; sin embargo, el 47% solamente tienen derecho a reposo por unos pocos días para luego reintegrarse a sus ocupaciones.

Puede llevar el niño al trabajo: La totalidad negó la capacidad de poder amamantar en su lugar de trabajo, ni siquiera en los pequeños períodos de descanso.

En resumen, a pesar de existir la base legislativa para poder proteger la aproximación temprana madre-hijo y el establecimiento de la "impronta" en el período crítico, ésta no se aplica ni siquiera en la mitad de los casos.

CUADRO NO. 22

TIPOS DE PERSONAS ENCARGADAS DEL CUIDADO DE LOS  
LACTANTES DE LAS MADRES ASALARIADAS

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA

1 9 8 5

<i>ENCARGADA</i>	<i>#</i>	<i>%</i>
<i>ABUELA</i>	<i>7</i>	<i>37</i>
<i>HERMANITO DEL NIÑO</i>	<i>3</i>	<i>16</i>
<i>AMIGO DE LA MADRE</i>	<i>2</i>	<i>10</i>
<i>EMPLEADA (NIÑA MAYOR)</i>	<i>3</i>	<i>16</i>
<i>CUÑADA DE LA MADRE (NIÑA MAYOR)</i>	<i>2</i>	<i>10</i>
<i>SOBRINA DE LA MADRE (NIÑA MA- YOR)</i>	<i>2</i>	<i>10</i>
<i>TOTAL</i>	<i>19</i>	<i>100</i>

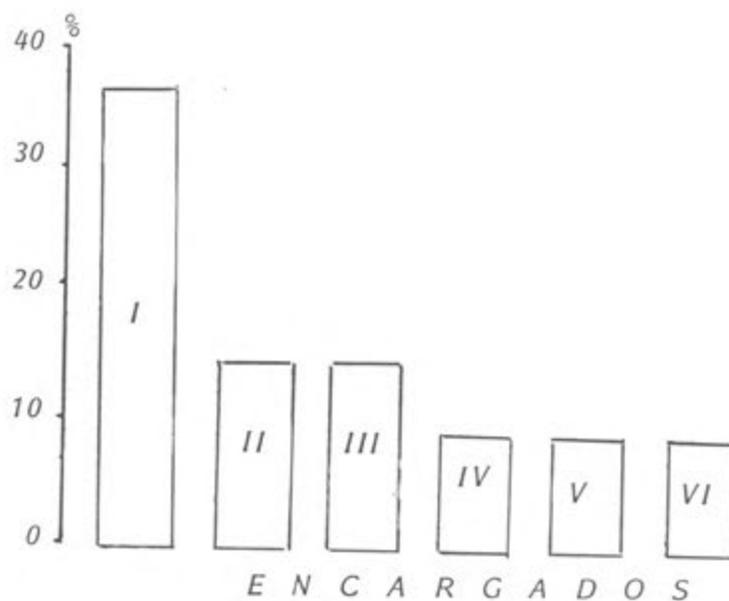
**GRAFICA NO.22**

**TIPOS DE PERSONAS ENCARGADAS DEL CUIDADO DE LOS LACTANTES**

**DE LAS MADRES ASALARIADAS**

**GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA**

1985



**DIRECTORIO**

- |              |              |
|--------------|--------------|
| I. ABUELA    | IV. EMPLEADA |
| II HERMANITO | V. CUÑADA    |
| III. AMIGO   | VI. SOBRINA. |

## ANALISIS

### CUADRO Y GRAFICA NO.22

*Las personas a las cuales se les delega la responsabilidad de proporcionar una "adecuada" alimentación artificial son en orden de frecuencia: La abuela del niño (37%), hermanito y empleada que generalmente es una niña mayor (16% c/u) y las cuñadas, sobrinas o amigas de la madre (10% c/u).- Lo más interesante de apuntar es la situación de que por lo menos el 42% de -- los "cuidadores" de estos lactantes, son asimismo niños mayores cuya destreza y habilidad en la preparación, higiene y administración de la alimentación artificial, es sumamente discutible.*

**CUADRO NO. 23**

**PRODUCTOS COMERCIALES MAS FRECUENTEMENTE USADOS COMO**

**SUSTITUTOS DEL AMAMANTAMIENTO**

**GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA**

1985

PRODUCTO COMERCIAL	PERIODO DE AMAMANTAMIENTO									
	NULO		BREVE		INTERM.		LARGO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
MILEX	8	73	28	57	10	77	7	58	53	62
ROYALAC			1	2	1	8	2	17	4	5
S.M.A. *			2	4	1	8			3	3
S-26 *			4	8					4	5
SIMILAC*			1	2					1	1
NIDO	1	9	4	8			2	17	7	8
CETECO			1	2			1	8	2	2
NAN *	1	9	4	8	1	8			6	7
KLIM	1	9	1	2					2	1
NESTOGENO*	1	9	1	2					2	2
PELARGON *			1	2					1	1
ANCHOR			1	2					1	1
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>85</b>	<b>100%</b>

\* LECHES ESPECIALES Y/O MATERNIZADAS.

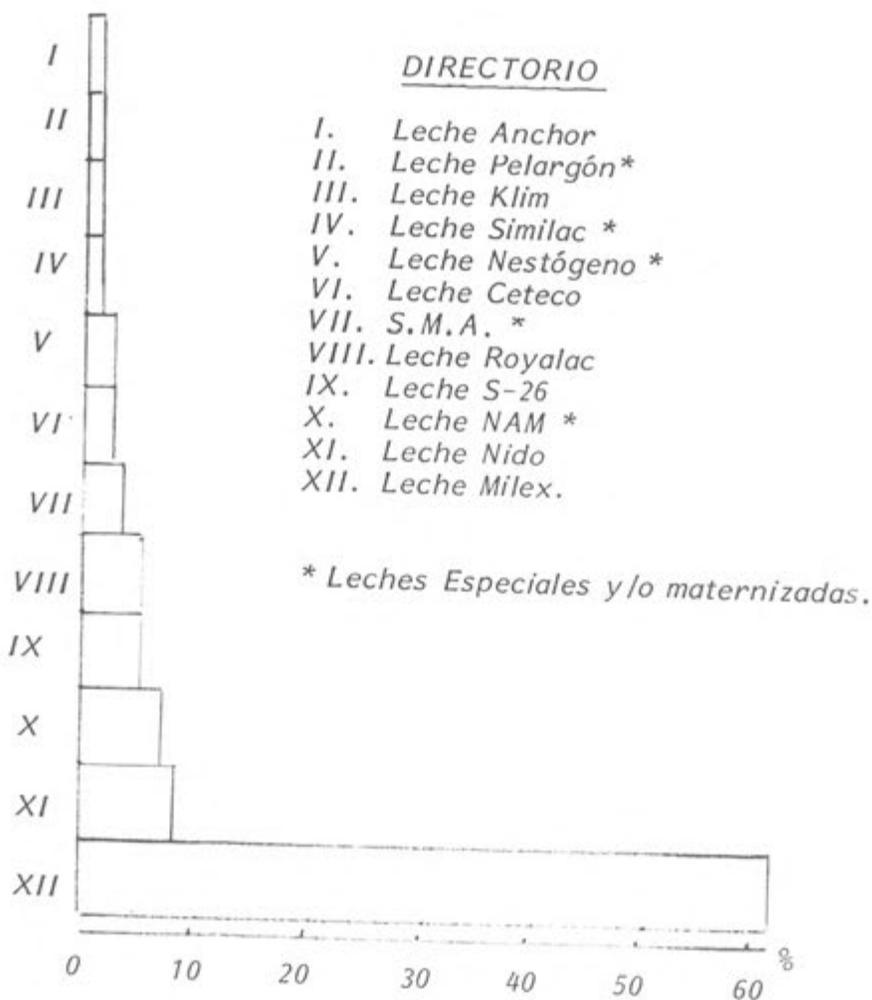
**GRAFICA NO. 23**

**PRODUCTOS COMERCIALES MAS FRECUENTEMENTE USADOS**

**COMO SUSTITUTOS DEL AMAMANTAMIENTO**

**GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA**

1985



## ANALISIS

### CUADRO Y GRAFICA NO. 23

Al investigar las 85 madres cuyo patrón alimentario de sus hijos fué Alimentación Artificial y Mixta, encontramos que las leches comerciales más utilizadas son aquellas que se caracterizan por Enteras, es decir son adecuadas para infantes mayores de 6 meses a 1 año, sin embargo, en esta comunidad el 82% de los recién nacidos a los cuales se les priva del pecho materno, inician su alimentación con este tipo de leche, lo mismo ocurre con el 73% de aquellos niños que se destetan antes de los 3 meses de vida y con el 84% de los que lo hacen antes de los seis meses.

Una alimentación artificial y mixta "adecuada", sólo ocurre en el 18% de los niños que reciben estos tipos de alimentación, debido principalmente a la inadecuada elección "cualitativa" del tipo de leche comercial que debe utilizarse como sustituto del pecho materno, en estas etapas tempranas de la vida.

En orden de frecuencia las leches más usadas son: Milex (62%), Nido (8%), Nam (7%), Royalac (5%), S-26 (5%), SMA (3%), Nestógeno (2%), Ceteco (2%) Similac, Klim, Pelargón, Anchor (1% c. u.)

Debe notarse el exagerado uso de MILEX (leche entera) en estos lactantes, sin embargo no debe pasar desapercibido que la mayoría de las preparaciones incluyen además cereales y harinas como suplementos y en concentraciones muy satisfactorias, ya que la costumbre de diluir la leche no existe en esta Comunidad, por el contrario se tiende a sobrealimentar a los niños.

CUADRO NO. 24

ESTABLECIMIENTOS COMERCIALES EN LOS CUALES LAS MADRES  
OBTIENEN MAS FRECUENTEMENTE LOS SUSTITUTOS  
DE LA LECHE MATERNA

GUANAHA, ISLAS DE LA BAHIA

1 9 8 5

ESTABLECI- MIENTO COMERCIAL.	PERIODO NULO		PERIODO BREVE		PERIODO INTERM.		PERIODO LARGO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
PULPERIAS	11	100	44	90	12	92	11	92	78	92
SUPERMERC.			4	8	1	8	1	8	6	7
FARMACIAS (SIN RECETA)			1	2					1	1
TOTAL	11	100	49	100	13	100	12	100	85	100

GRAFICA NO. 24

ESTABLECIMIENTOS COMERCIALES EN LOS CUALES LAS MADRES

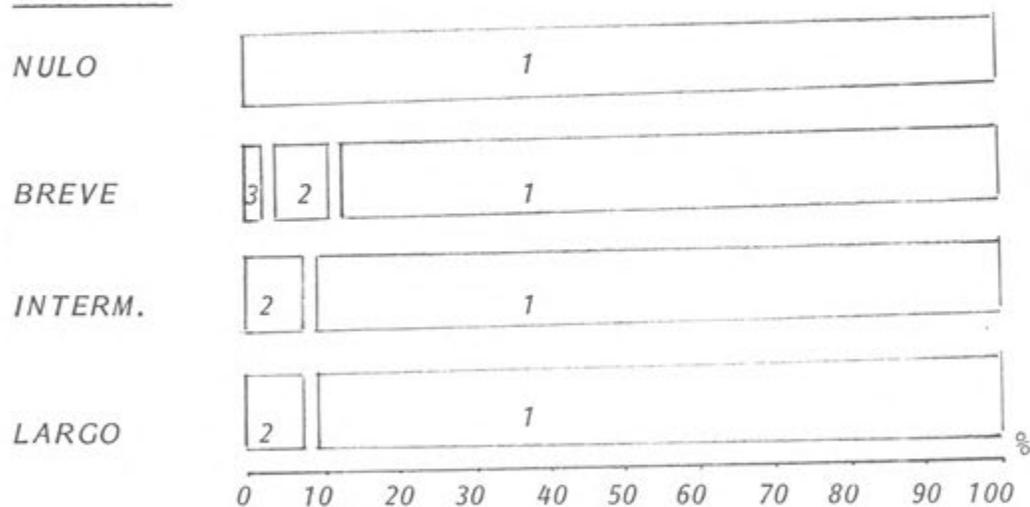
OBTIENEN MAS FRECUENTEMENTE LOS SUSTITUTOS

DE LA LECHE MATERNA

**GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA**

1985

DURACION



DIRECTORIO:

1 = Pulperías = 92%

2 = Supermercados = 7%

3 - Farmacias = 1%

## ANALISIS

### CUADRO Y GRAFICA NO. 24

*Los lugares donde las madres compran en primer lugar la leche para sus hijos son las pulperías (92%), seguido por los Supermercados (7%) y las Farmacias (1%).*

*Nótese que el 100% de las madres que no inician el amamantamiento, adquieren su leche en las pulperías, al igual que el 90% de las que suspenden el amamantamiento antes de los 3 meses.- Solamente 2 de estas madres, compraban leche en las Farmacias y de ellas ninguna lo hizo con receta médica.*

*En otras palabras, el uso y venta indiscriminada de sucedaneos de la lactancia, podría tener su origen parcial en el método de venta de estos productos, los cuales se obtienen libremente sin la previa evaluación o supervisión de personal calificado en materia de solventar aquellos leves problemas que pueden conducir al destete precoz.*

**CUADRO NO. 25**

**RELACION PARIDAD DE LA MADRE Y DURACION DEL**  
**AMAMANTAMIENTO**

**GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA**

1985

PARIDAD	N U L O		B R E V E		I N T E R ,		L A R G O		T O T A L	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
PRIMIPARA	9	29	15	48	5	16	2	6	31	100/28
MULTIPARA	3	4	42	52	11	14	25	31	81	100/72
T O T A L	12	11	57	51	16	14	27	24	112	100

## **ANALISIS**

### **CUADRO Y GRAFICA NO.25**

*Pretendemos investigar en esta oportunidad, si un embarazo anterior (en otras palabras "la experiencia de un embarazo anterior") puede favorecer la duración prolongada del amamantamiento; los resultados fueron los siguientes:*

*La población se dividió en dos categorías:*

*Las madres primiparas representaron el 28% de las entrevistadas, mientras las multíparas (el grupo dominante) el 72%.*

*Cuando se analizan los integrantes del período nulo el mayor porcentaje -- (29%) se presentó en la categorías de primiparas; el grupo de multiparas, fué menos (4%) en este período.*

*El Período Breve presentó porcentajes similares: El 48% de las primiparas y el 52% de las multiparas se encuentran en este período. La misma situación se presenta con el período intermedio (Primiparas 16% multiparas 14%)*  
E

*El período largo es practicamente la imagen en espejo del Período Breve -- (El 6% de las primiparas y el 31% de las multiparas se engloban en este -- apartado).*

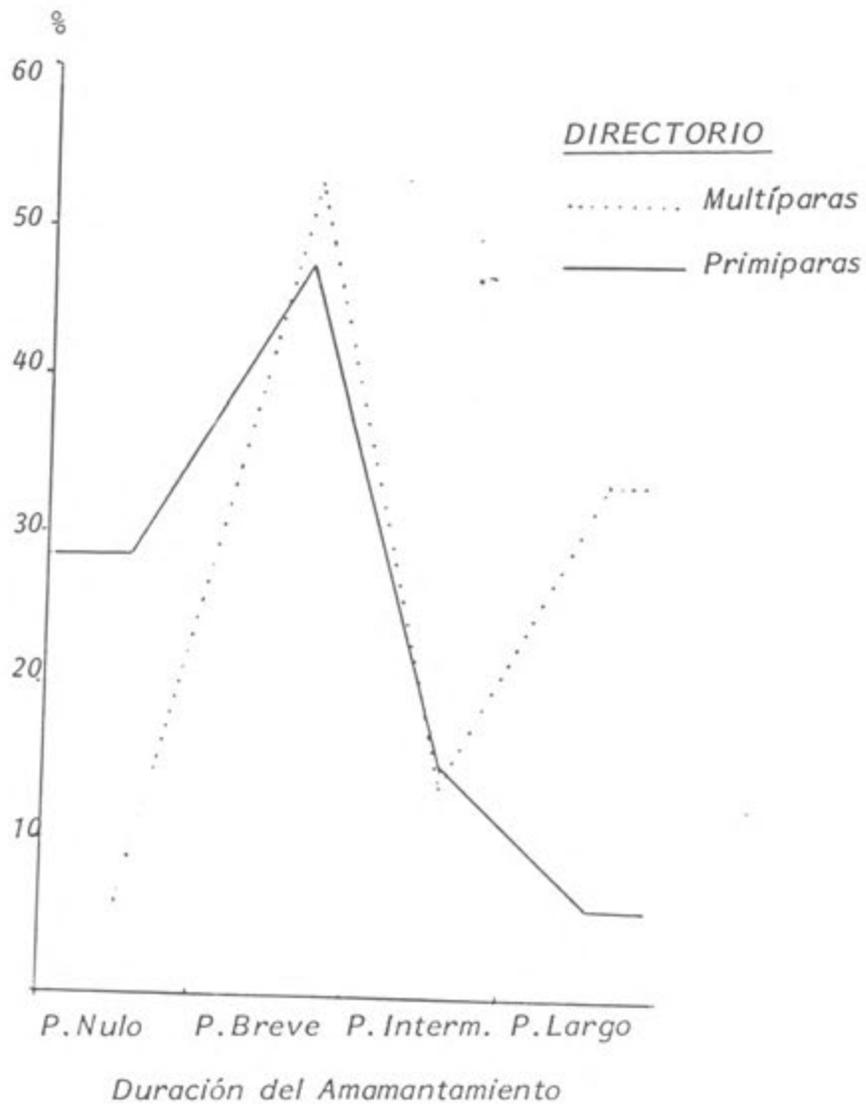
*En resumen se encuentran dos polos y una fase intermedio similar: Las -- multiparas inician más frecuentemente la lactancia casi en 7 veces el volumen de las primiparas y la prolongan por mucho más tiempo (casi 5 veces el volumen de estas últimas).*

GRAFICA NO. 25

RELACION PARIDAD DE LA MADRE Y DURACION DEL  
AMAMANTAMIENTO

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA

1985



CUADRO NO. 26

RELACION NIVEL EDUCACIONAL DE LA MADRE Y DURACION

DEL AMAMANTAMIENTO

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA

1985

NIVEL EDUCATIVO	PERIODOS DE DURACION DEL AMAMANT.									
	N U L O		B R E V E		INTERM.		LARGO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
<i>Ninguno</i>	1	25			1	25	2	50	4	100
<i>Primaria Incompleta</i>	6	19	13	42	6	19	6	19	31	100
<i>Primaria Completa</i>	3	5	32	57	9	16	12	21	56	100
<i>Secundaria Incompleta</i>	2	13	6	40			7	47	15	100
<i>Secundaria Completa</i>									2	100
<i>Educ. Técnica o Superior</i>									4	100
TOTAL	12	11	57	51	16	14	27	24	112	100

## ANALISIS

### CUADRO Y GRAFICA NO. 26

La educación de la madre fué dividida en seis categorías diferentes; agrupadas en orden de frecuencia son:

- = Categoría Primaria completa: 50%
- = Categoría Primaria incompleta: 28%
- = Categoría Secundaria incompleta: 13%
- = Categoría Educación ninguna; 3%
- = Categoría Educación técnica o superior: 3%
- = Categoría Secundaria completa: 2%

Las personas que no recibieron ninguna educación, presentaron el primer lugar en el período largo (50%), lo mismo que el período Intermedio; únicamente el 25% no inició amamantamiento.

El resto de las categorías presentaron sus máximos valores en los períodos de amamantamiento menores de 3 meses (primaria incompleta = 61%); Primaria Completa = 60%, Secundaria Incompleta = 42%, Secundaria Completa y Educación Superior = 100% c/u).

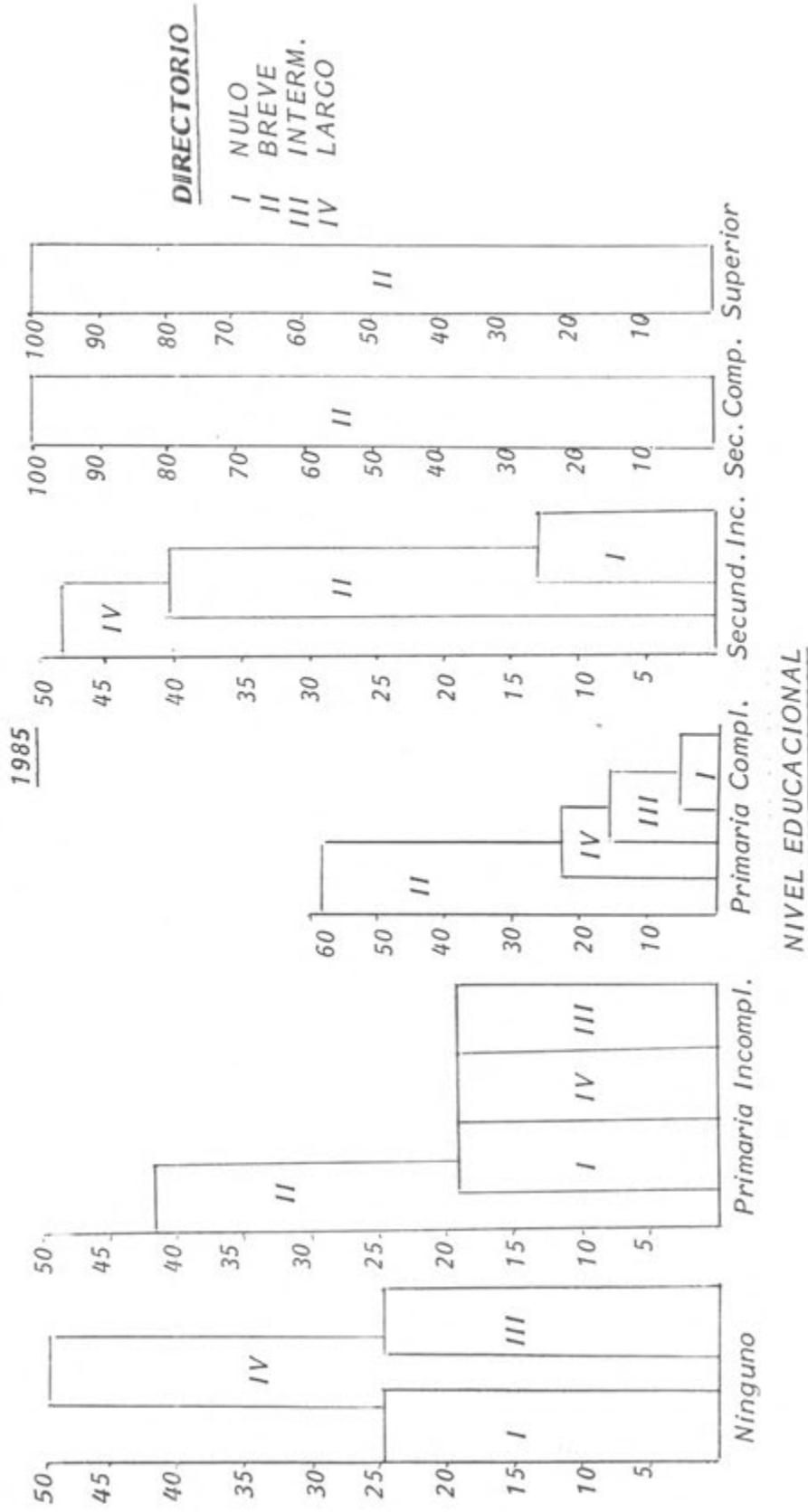
En resumen no existe un patrón claramente definido sobre cuales son las categorías con mayor o menor prolongación del amamantamiento, sin embargo las polarizaciones se mostraron en las dos categorías extremas: Las personas sin ninguna educación amamantaron en una buena proporción por un período largo, mientras que las que tenían un nivel educativo su-

*perior o secundaria completa, sustituyeron el pecho materno por el biberón antes de los 3 meses casi en su totalidad.*

GRAFICA NO. 26

RELACION NIVEL EDUCACIONAL DE LA MADRE Y DURACION DEL AMAMANTAMIENTO

**GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA**



CUADRO NO.27

SITUACION HABITACIONAL Y SANITARIA DE LAS FAMILIAS

Y SU RELACION CON LA DURACION DEL

AMAMANTAMIENTO

**GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA**

1985

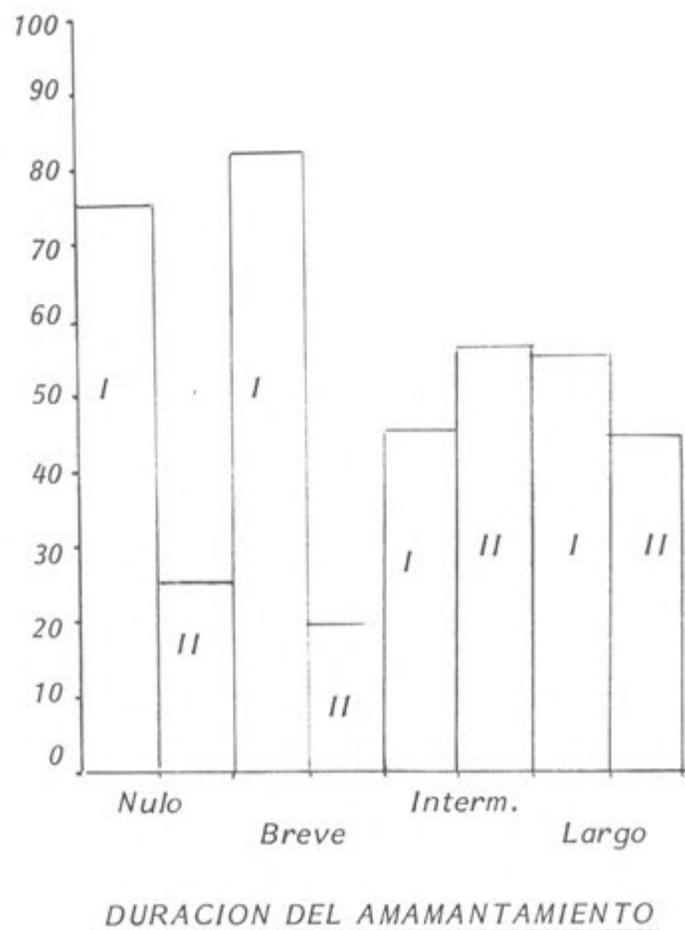
TIPO DE VIVIENDA	DURACION DEL AMAMANTAMIENTO									
	NULO		BREVE		INTERM.		LARGO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Vivienda tipo I.	9	75	46	81	7	44	15	55	77	69
Vivienda tipo II.	3	25	11	19	19	56	12	45	36	31
TOTAL	12	100	57	100	16	100	27	100	112	100

GRAFICA NO. 27

SITUACION HABITACIONAL Y SANITARIA DE LAS FAMILIAS  
Y SU RELACION CON LA DURACION DEL AMAMANTAMIENTO

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA

1985



## ANALISIS

### CUADRO Y GRAFICA NO. 27

*Cuando revisamos la situación habitacional, encontramos variados matices, sin embargo se trataron de englobar en dos categorías que mejor definieran esta variable.*

*La Primera Categoría es formada por aquellas familias que conviven en una casa propia o alquilada por lo menos con dos o más servicios públicos, disposición de excretas a través de letrinas o servicio sanitario, poseen dos o más electrodomésticos, no pernoctan más de tres personas por habitación, cuyo piso es de madera o cemento.*

*La Segunda Categoría fué conformada por las familias que viven en casa alquilada, poseen más de dos servicios públicos, excretas al aire libre, menos de dos electrodomésticos, el piso es de tierra y duermen cuatro o más personas por habitación.*

*En algunos casos, no se llenaron todos los requisitos, sin embargo, se agruparon por sus características dominantes.*

*Los resultados fueron los siguientes: La categoría dominante fué la I, la -- cual agrupó el 69% de la población, mientras el 31% lo hizo en la categoría II.*

*Los mejores porcentajes para la categoría I se encontraron en los períodos menores de 3 meses de duración del amamantamiento, mientras el período intermedio y largo agrupó una cantidad mayor de la Categoría habitacional II.*

*El fenómeno presentado por estas dos categorías habitacionales, puede relacionarse con otros aspectos considerados a todo lo largo de este estudio, -- los que describen en última instancia clases sociales y estatus socio-económicos.*

**CUADRO NO. 28**

**RELACION SEXO DEL INFANTE Y DURACION DEL PERIODO  
DEL AMAMANTAMIENTO**

**GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA**

1 9 8 5

SEXO DEL INFANTE	DURACION DEL AMAMANTAMIENTO									
	NULO		BREVE		INTERM.		LARGO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Masculino	5	41	16	28	8	50	16	60	45	40
Femenino	7	59	41	72	8	50	11	40	67	60
TOTAL	12	100	57	100	16	100	27	100	112	100

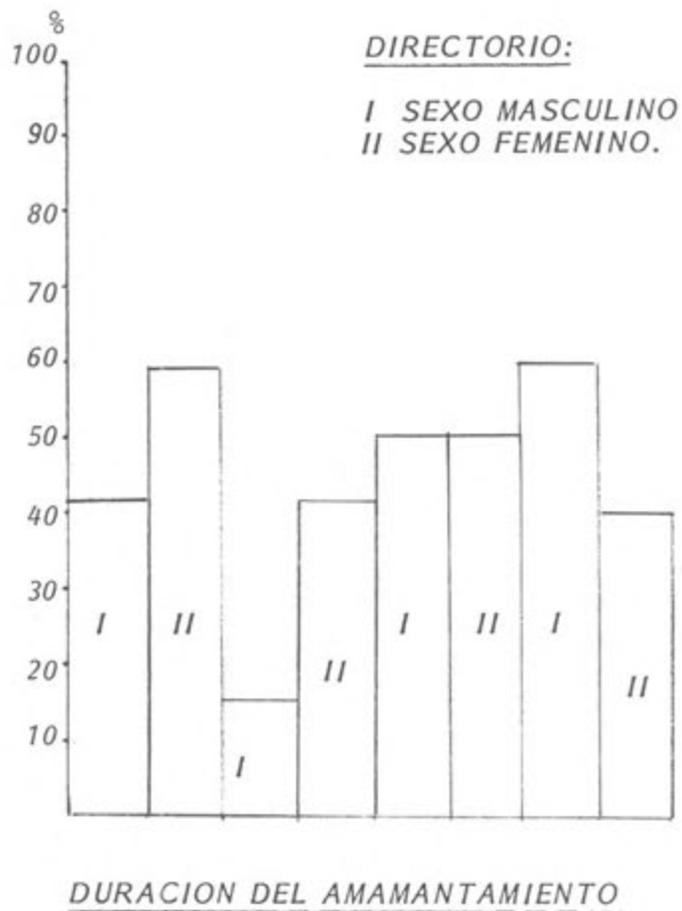
GRAFICA NO. 28

RELACION SEXO DEL INFANTE Y DURACION DEL

PERIODO DE AMAMANTAMIENTO

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA

1985



## **ANALISIS**

### **CUADRO Y GRAFICA NO. 28**

*La variable Sexo, favoreció a los lactantes del SEXO FEMENINO (60%) en contra del (40%) menos índice registrado para los infantes de sexo masculino.*

*El período largo fué más intenso en el SEXO MASCULINO; el período Intermedio no presentó polarizaciones y en los períodos de duración menores de 3 meses.*

*En resumen, en el sexo masculino el amamantamiento se prolonga en más de un 20%, mientras la mayoría de los lactantes femeninos, la lactancia es mucho menos extensa.*

**CUADRO NO. 29**

**PROBLEMAS DE AMAMANTAMIENTO QUE MAS FRECUENTEMENTE**  
**AFECTAN A LAS MADRES LACTANTES**

**GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA**

1985

PROBLEMA	#	%
<i>Ninguno</i>	69	69
<i>Dolor al amamantar</i>	9	9
<i>La madre se puso delgada</i>	2	2
<i>Incompatabilidad con el horario de trabajo</i>	1	1
<i>Deseaba planificar</i>	2	2
<i>Se sentía mal</i>	1	1
<i>La madre pasaba enferma</i>	6	6
<i>Poca leche (Hipogalactia)</i>	10	10
<b>T O T A L</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

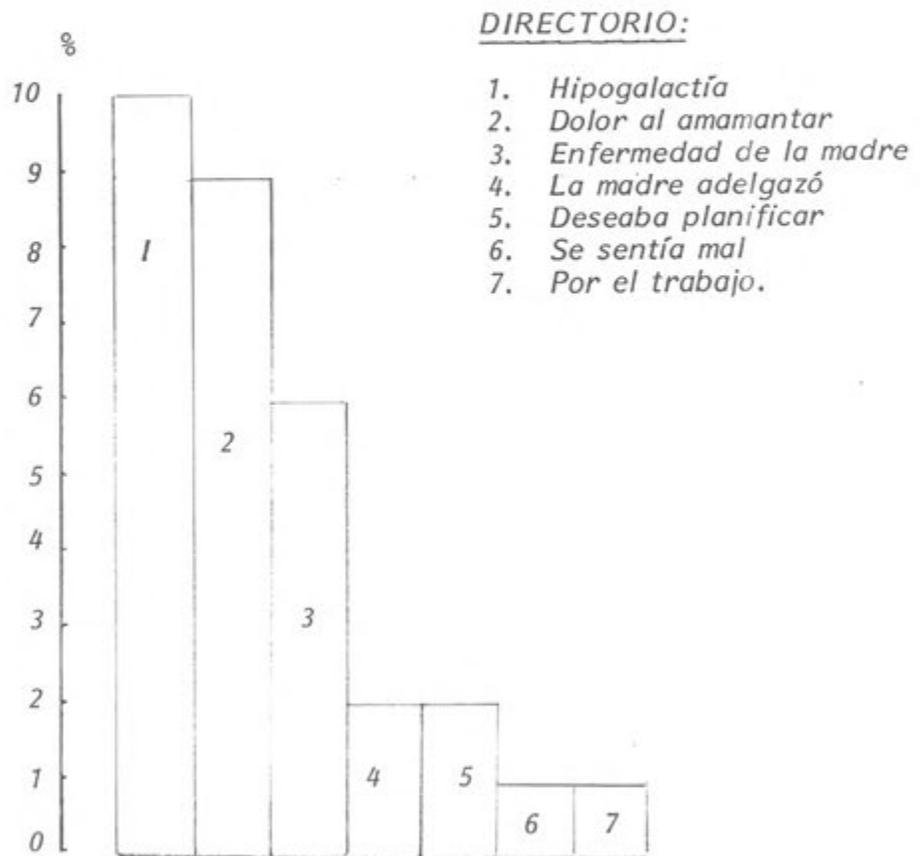
GRAFICA NO. 29

PROBLEMAS DEL AMAMANTAMIENTO QUE MAS FRECUENTEMENTE

AFECTAN A LAS MADRES LACTANTES

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA

1985



## **ANALISIS**

### **CUADRO Y GRAFICA NO. 29**

*Las madres que por lo menos iniciaron el proceso del amamantamiento, su fren algunas molestias a consecuencia de éste, estos problemas de detallan así:*

*El 69% de las madres no experimentaron ninguna molestia que las obligara a consultar personal capacitado.*

*En este grupo la molestia más frecuentemente reportado fué "Hipogalactia" (10%) seguida de "Dolor al Amamantar" (9%), y la "madre pasaba enferma" (6%).*

*Otros problemas reportados en menor frecuencia :*

- La madre adelgazó (2%)*
- Deseaba planificar (2%)*
- Incompatibilidad con el horario de trabajo (1%)*
- La madre se sentía mal (1%).*

*Nótese que la mayoría de las madres admite implícitamente en su respuesta, haber podido tener un amamantamiento prolongado y exitoso y que si éste se discontinuó fué por otras causas y no por "problemas" propios del amamantamiento.*

CUADRO NO. 30

ASPECTO NUTRICIONAL DE LOS LACTANTES, EN RELACION  
A LA DURACION DEL AMAMANTAMIENTO

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA

1985

ESTADO NUTRICIONAL	DURACION DEL AMAMANTAMIENTO									
	NULO		BREVE		INTERM.		LARGO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
OBESO	3	10	25	81	1	3	2	6	31	100 28
NORMAL	8	10	31	40	14	18	25	32	78	100 70
D.C.P. I			1	50	1	50			2	100 2
D.C.P. II	1	100							1	100 1
D.C.P. III	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	12	11	57	51	16	14	27	24	112	100

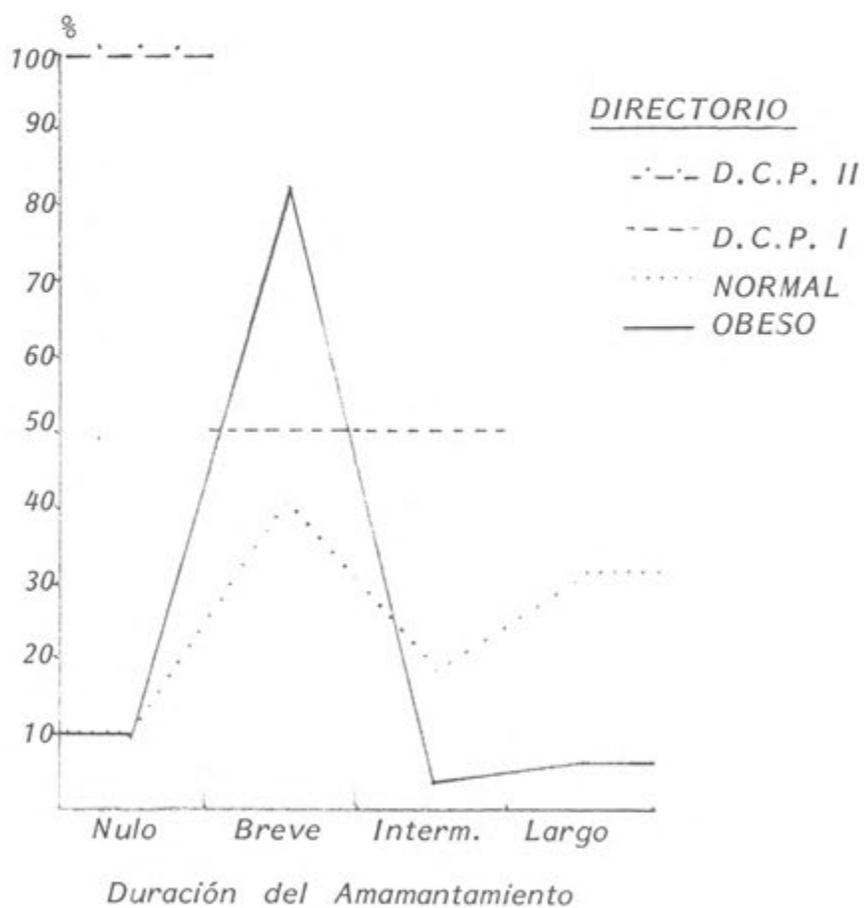
GRAFICA NO. 30

ASPECTO NUTRICIONAL DE LOS LACTANTES EN RELACION

A LA DURACION DEL AMAMANTAMIENTO

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA

1985



## ANALISIS

### CUADRO Y GRAFICA NO. 30

*Este apartado evalúa someramente el Estado Nutricional del grupo investigado, debido principalmente a que el objetivo primordial es no detallar este aspecto y mencionarlo simplemente como medida de referencia.*

*Se identificaron las siguientes categorías:*

1. Relación Peso-Edad/Sexo: Normal	=	70%
2. Relación Peso-Edad/Sexo: Obeso	=	28%
3. Relación Peso-Edad/Sexo: DCP. I	=	2%
4. Relación Peso-Edad/Sexo: DCP. II	=	<u>1%</u>
TOTAL	=	100%

*Nótese que solamente el 3% fué detectado como carente de nutrientes adecuados, al efectuar una revisión de rutina; además, más de 2/3 partes se encuentran en la Categoría de "Obesos".*

*El porcentaje más significativo de "Obesos" se encuentra en el Período Breve y solamente un 6% en el período Largo.*

*Los niños portadores de DCP. I se encontraron en los períodos Breve e Intermedio, mientras que la DCP. II se encontró en el período Nulo (1% c/u).*

*En resumen, el problema entre la proporción obesidad y desnutrición se inclina más favorable hacia la primera, es decir que existe como problema nu*

*tricional (al igual que en los países desarrollados) un mayor número de niños obesos (31 niños) que el que lo hay de desnutridos (3 niños), al contrario de la imagen en espejo esperado que incluiría un número mayor de niños desnutridos.*

**CUADRO NO. 31**

**FACTORES NUTRICIONALES DE LAS MADRES Y SU RELACION**

**CON LA DURACION DEL AMAMANTAMIENTO**

**GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA**

**1985**

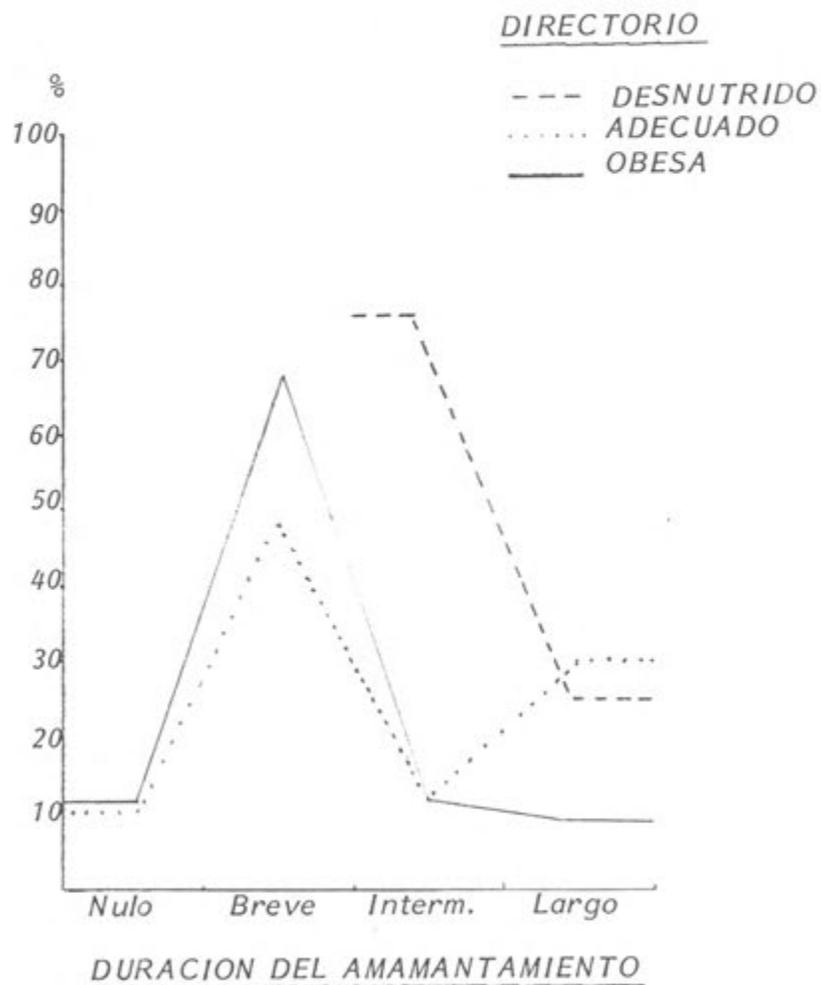
ESTADO NU- TRICIONAL DE LA MADRE	DURACION DEL AMAMANTAMIENTO									
	N U L O		B R E V E		INTERM.		LARGO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
OBESA	4	12	21	67	4	12	3	9	32	100 28
ADECUADA	8	10	36	47	9	12	23	30	76	100 68
DESNUTRIDA	-	-	-	-	3	75	1	25	4	100 4
TOTAL	12	11	57	51	16	14	27	24	112	100

GRAFICA NO. 31

FACTORES NUTRICIONALES DE LAS MADRES Y SU RELACION  
CON LA DURACION DEL AMAMANTAMIENTO

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA

1985



## ANALISIS

### CUADRO Y GRAFICA NO. 3II

*El aspecto nutricional de las madres, reviste vital importancia como factor influyente en la consecución del amamantamiento. Las categorías que encontramos fueron las siguientes:*

=	<i>Madres con relación peso-talla adecuada</i>	=	68%
=	<i>Madres con relación peso-talla inferior al normal</i>	=	4%
=	<i>Madres con relación peso-talla superior al normal</i>	=	28%

*No se observó que las madres desnutridas tuvieron una menor duración del amamantamiento, ya que la totalidad superó los 3 y 6 meses.*

*Las madres con peso adecuado, obtuvieron el mejor porcentaje en el período largo (30% y el menor en el período nulo (10%).*

*Las madres obesas no iniciaron amamantamiento en un 12%, tuvieron el período breve mayor (67%) y fueron las que menos prolongaron la lactancia materna por más de seis (6) meses (9%).*

*En resumen no se pudo comprobar que la mal nutrición materna imposibilita la prolongación del amamantamiento por más de seis meses.*

CUADRO NO. 32

DURACION DEL AMAMANTAMIENTO Y SU RELACION CON EL

DESARROLLO SICOMOTOR DE LOS LACTANTES

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA, 1985

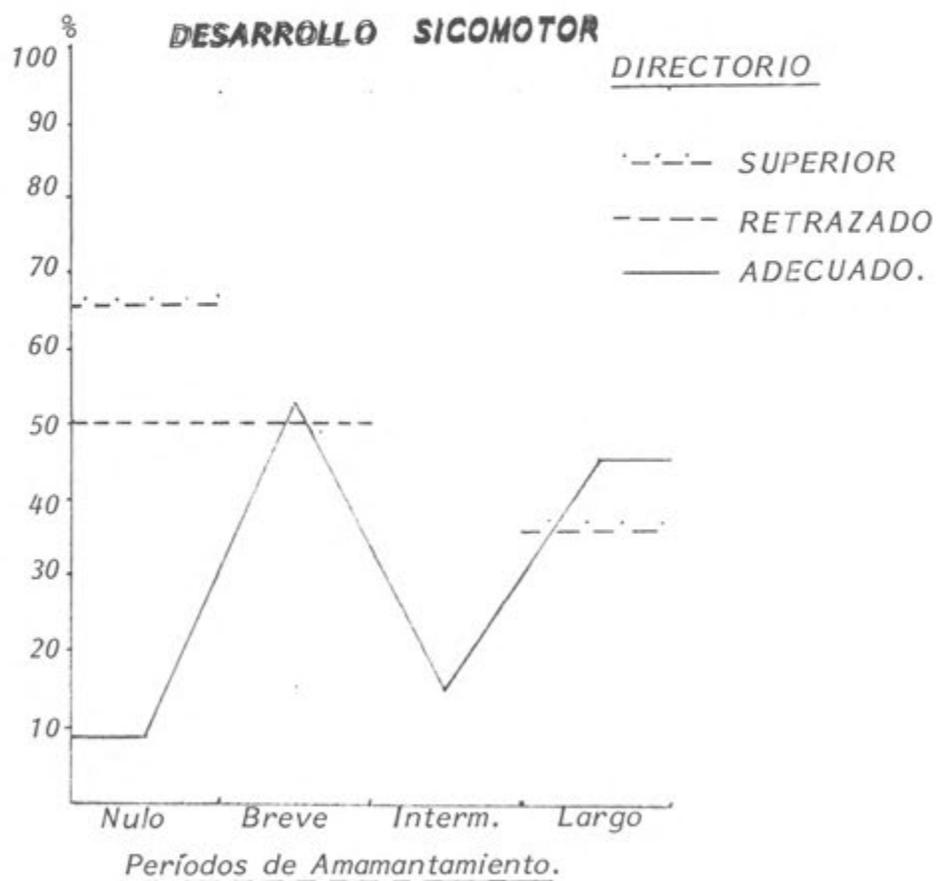
Desarrollo Sicomotor Según Edad.	DURACION PERIODOS DE AMAMANTAMIENTO									
	N U L O		B R E V E		INTERM.		LARGO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Adecuado	9	9	56	52	16	15	26	24	107	100 95
Superior	2	66					1	33	3	100 3
Retrasado	1	50	1	50					2	100 2
TOTAL	12	11	57	51	16	14	27	24	112	100

GRAFICA NO. 32

DURACION DEL AMAMANTAMIENTO Y SU RELACION CON EL  
DESARROLLO SICOMOTOR DEL NIÑO

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA

1985



## ANALISIS

### CUADRO Y GRAFICA NO. 32

La evaluación del Estado Sicomotor del lactante, para lograr un exacto perfil de desciba áreas afectadas y áreas desarrolladas, requiere más de una simple inspección de reconocimiento, sin embargo, al igual que lo hicimos con el "Estado Nutricional", éste se evaluó solamente como punto de referencia, de acuerdo a los parámetros establecidos en las tablas de control de "Crecimiento y Desarrollo" dadas por el Ministerio de Salud Pública de Honduras.

Se encontraron los siguientes datos:

1. Niños con "Desarrollo Sicomotor" adecuado: 95%
2. Niños con "Desarrollo Sicomotor" retardado: 2%
3. Niños con "Desarrollo Sicomotor" superior: 3%

Los niños "Superiores" en desarrollo sicomotor, se presentaron en un 2% en el período Nulo y en 1% en el período Largo; mientras que los niños "Retardados" se colocaron principalmente en los períodos Nulo y Breve (1% -- c/u).

No fué posible, por el poco número de niños retardados, hacer una clara definición, de si, el amamantamiento influía directamente sobre este desarrollo sicomotor.

CUADRO NO. 33

RELACION ENTRE INDICE DE MORBILIDAD Y DURACION DEL

AMAMANTAMIENTO

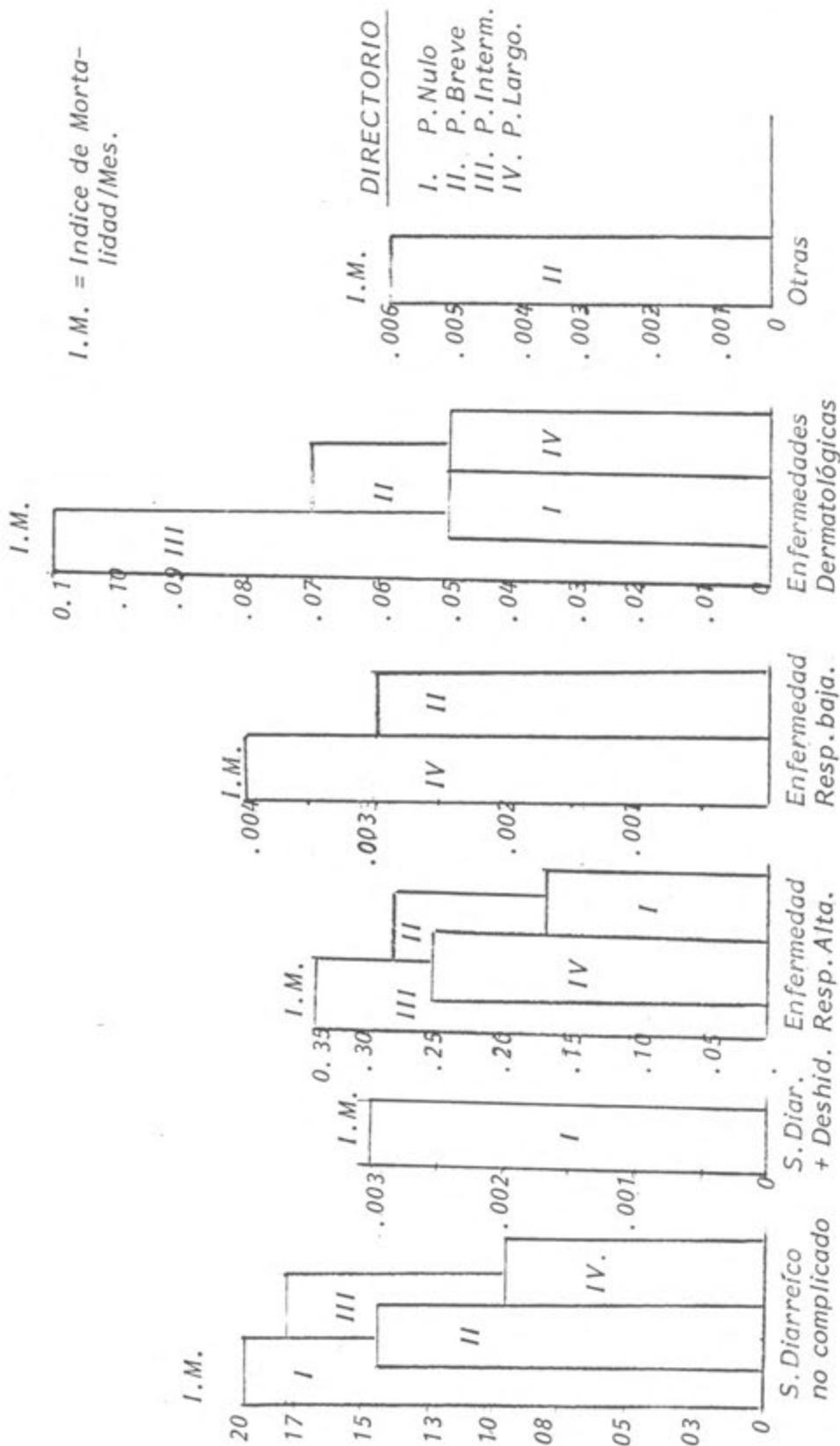
GWANAJA, ISLAS DE LA BAHIA

1985

INDICE DE MORBILIDAD	PERIODOS DE DURACION DEL AMAMANTAMIENTO				
	N U L O	B R E V E	INTERM.	LARGO	TOTAL
Síndrome diarrei co no complicado	0.19	0.16	0.17	0.09	0.15
Síndrome Diarrei co + Deshidratac.	0.003	0	0	0	<sup>-4</sup> 7.5x10
Enfermedades respirat. altas	0.16	0.27	0.34	0.25	0.25
Enfermedades Respirat. bajas	0	0.003	0	0.004	<sup>-4</sup> 17x10
Enfermedades Dermatológicas	0.05	0.07	0.11	0.005	0.07
Otras	0	0.006	0	0	<sup>-4</sup> 15.0x10

RELACION INDICE DE MORBILIDAD Y DURACION DEL AMAMANTAMIENTO

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA, 1986



EPISODIOS MORBIDOS.

## ANALISIS

### CUADRO Y GRAFICA NO. 33

Para efectuar el análisis y la interpretación del factor "morbilidad", fué necesario expresarlo como "Índice Morbilidad/Mes" el cual se define así:

*Episodios Morbidos  
por categorías/# de lactantes.*

*Edad en meses  
de c/lactantes/# de Lactantes.*

Obteniéndose cifras decimales con unidades: *Episodio mórbido por mes.* -  
Atendiendo a estos parámetros, la morbilidad en orden de frecuencia fué la siguiente:

1. *Enfermedades respiratorias altas: 0.25 Episodios/Mes*
2. *Síndrome diarreico agudo no complicado: 0.15 episodios/mes*
3. *Procesos Dermatológicos: 0.07 episodios/mes.*
4. *Enfermedades Respiratorias Bajas:  $17.5 \times 10^{-4}$  Episodios/mes.*
5. *Otras :  $15.0 \times 10^{-4}$  Episodios/mes.*
6. *Síndrome Diarreico más deshidratación :  $7.5 \times 10^{-4}$  Episodios/mes.*

Al revisar la distribución de morbilidad de acuerdo a la duración del amantamiento, se produjeron los siguientes resultados:

Las Enfermedades Respiratorias Altas se produjeron en orden de frecuencia en el Período Intermedio (0.34), Período Breve (0.27), Período Largo (0.25) y en menos frecuencia en el Nulo (0.16).

El Síndrome Diarreico no Complicado presentó una frecuencia inversamente proporcional a la duración del amamantamiento: Período Nulo = 0.19, - Período Breve = 0.16, Período Intermedio = 0.17 y la menor incidencia en el Período Largo.

Enfermedades Dermatológicas: Presentaron su mayor frecuencia en los períodos Breve e Intermedio (0.07 x 0.11 respectivamente), siendo la menor incidencia en el Período Nulo y Largo (0.05%/u).

El resto de las categorías mórbidas, son factores de menor importancia, ya que su frecuencia es sumamente baja; nótese que el Síndrome diarreico + - Deshidratación, ocupa el último lugar en esta lista (Índice =  $7.5 \times 10^{-4}$  episodios/mes), es decir que en esta localidad en especial la enfermedad diarreica infantil no reviste importancia epidemiológica notable.

## CAPITULO VIII

### DISCUSION

En el presente Estudio, se constató que la mayoría de las madres utilizan -- alimentación artificial y mixta, por el contrario de otros Estudios realizados en el área, la alimentación natural cubrió menos de una quinta parte de la -- población.

El período de amamantamiento que predomina en cada uno de los análisis pre-- sentados, es sin lugar a dudas el "Breve", precisamente ésto es debido a -- que es, el que mayor número de niños agrupó a lo largo del Estudio.

X Existe notable desacuerdo entre el deseo de amamantar expresado por las -- madres en el período preparto y en la práctica de la lactancia, posiblemente es debido a que las madres no cuentan con soluciones y actitudes positivas ante los contratiempos que se presentan en este proceso.

Encontramos en la edad de las madres, un borde divisorio para las madres menores de 39 años, las cuales presentan amamantamiento menor a 3 meses y las madres mayores de esta edad con amamantamiento superior a 3 y 6 me-- ses.- Es explicable esta división debido a la tendencia de los jóvenes al re-- chazo de lo tradicional y el apego a los cánones de "modernismo" que dic-- tan los patrones locales y foraneos en favor de la "moderna alimentación ar-- tificial", además estos grupos se encuentran en su mayoría aislados y ex-- puestos a otros factores deletereos al amamantamiento.

✓ Más de la mitad de las madres vien en "unión libre", sin embargo las muje

res casadas están más predispuestas al amamantamiento, pudiendo ser debido al apego "tradicional" a las antiguas normas de vida y a factores económicos.- Las madres solteras debido a que son ellas el único sosten económico para sí mismas y su hijo deben retornar a sus labores habituales, más prontamente de lo que lo hacen las mujeres casadas.

Cuando hablamos de factores étnicos, no podemos independizarlo de la fuerza de la tradición y las culturas que arrastran cada uno de estos grupos.- Los nativos isleños fueron los menos afectados, explicable esto por el apego tradicional, los consejos de sus parientes y los mandatos socio-culturales de su raza.

Los "Blancos" han sido sinónimo de progreso y poder económico y por ello su amamantamiento es menor ya que tienden a imitar élites extranjeras de mayor poder adquisitivo.

La Religión Católica ha sido tradicionalmente la profesada por los "Mestizos" o provenientes del continente, los mismos que están alejados de su familia, origen y costumbres, siendo éstas las justificaciones que se ostentan para hacer de este grupo el de menor prolongación del amamantamiento; las madres que no practican ninguna religión son asimismo afectadas por factores no claros.- La Religión Adventista y Evangelica es profesada en su mayoría por los "Nativos" y son éstas las más asociadas al amamantamiento prolongado.

La exposición temprana a estímulo, es decir las madres alimentadas al pe--

cho materno, no brindaron un amamantamiento prolongado; creemos que -- factores de "Reforzamiento" juegan roles de vital importancia en este sentido, los cuales se encontraron ausentes en estos grupos.

Al detallar el lugar de residencia en el que vive la madre, diferenciamos -- dos categorías: Las localidades más alejadas y aisladas (con patrones culturales, raciales y religiosos uniformes) y las con patrones heterogeneos, -- acceso a comunicación y avance; las primeras se asocian al amamantamiento prolongado, siendo mucho menos en las segundas.

Charlas formales e impersonales recibidas por las madres, no mejoraron el índice de amamantamiento, comparándole con las madres que no recibieron las primeras.

El factor considerado como causante primordial de la suspensión de la lactancia natural fué la "hipogalactía" como se esperaba, sin embargo el segundo motivo fué el reconocimiento de que "a la madre simplemente no le gustaba dar pecho". - Esto refleja las costumbres más liberadas de estas -- madres, las cuales no ocultan el motivo de sus actos, tras excusas consideradas aceptadas y que justifican la introducción del biberón.

Cuando se habla de lugar de origen, se evalúa la subcultura predominante en la localidad y en las madres entrevistadas; la tendencia general en -- este lugar es hacia el cambio de la alimentación artificial sobre la natural; la segunda se inicia en un mayor porcentaje en los nativos, pero se suspende prontamente antes de los 6 meses de vida, sin embargo, los foráneos la prolongaron por períodos de tiempo superior.

Los consejos individuales y personalizados que se brindaron por terceros, no prolongaron en mayor número el amamantamiento, si se comparan con -- aquellas madres que no tuvieron esta opción. - Lo mismo ocurre en el post-parto, ésto nos lleva a pensar que el proceso de amamantamiento debe ser conducido y estimulado desde etapas tempranas, ser debidamente reforzado y expuesto como alternativa y no como elección inquirida por extraños.

El lugar y las personas que atienden el parto, revisten vital importancia, - debido a que son los llanados a brindar el primer contacto y acercamiento - madre-hijo; en nuestro Estudio las personas que menos prolongaron su ama-  
mantamiento fueron las atendidas por parteras (en la práctica diaria pudi-  
mos comprobar que éstas no juegan un rol activo en las actividades de pro-  
moción sanitaria que se realizan en la Comunidad y el concepto de "atención  
comunitaria" no se ejecuta por varios motivos, dando ésto, una falta de es-  
timulación del personal comunitario), significativamente, los valores más al-  
tos en amamantamiento, lo presentaron las madres atendidas en Hospital y -  
por médico en su casa.

Tanto antes como después del parto, las madres aceptaron haber recibido -  
consejos específicamente a favor del amamantamiento, sin embargo en la --  
práctica diaria la realidad es otra; generalmente se evocan las ventajas del  
pecho materno, sin brindar una información clara del lado "oscuro" del bi-  
berón, y precisamente debido a esta falta de conocimiento de técnicas, re-  
querimientos, inversión de tiempo y esfuerzo, en que las madres fácilmen-  
te cambian el pecho materno por la "alternativa desconocida" que el biberón  
representa.

*Un hogar integrado promueve notablemente el amamantamiento en la etapa - del "período crítico" y el postparto inmediato, ya que el compañero de hogar puede hacerse cargo de las obligaciones del hogar, mientras la puerpera se recupera, representa el respaldo económico del hogar; sin embargo, este grupo de madres son las que más frecuentemente abandonan el amamantamiento; ésto a consecuencia de que la madre debe retornar a sus obligaciones diarias, atender a su compañero, efectuar los quehaceres del hogar, cuidar a su hijo y si se le presentó la alternativa de disponer de un poco más de tiempo libre, si se suprime el amamantamiento y se sustituye por el biberón que el compañero de hogar "puede y debe" pagar, sin lugar a dudas efectuará esta elección si no cuenta con los reforzamientos adecuados para sostener la lactancia materna. - Si el lactante es de sexo femenino, el amamantamiento se prolongará menos por razones no bien claras.*

*Si la madre trabaja, perdón, todas las madres lactantes trabajan, pero si - su trabajo lo efectúa fuera del hogar, como lo hacen las asalariadas y las - vendedoras ambulantes, su amamantamiento será menor, en parte porque - en Guanaja las Leyes de protección laboral se cumplen en menos del 50% de los casos y además porque su ocupación obliga a estas mujeres a mostrar - los pechos en público, lo que para algunas señoras (y sus respectivos maridos) no es culturalmente aceptable, además de muchos otros factores de riesgo.*

*Observamos ahora la otra cara de la moneda y revisemos quién es el encargado del cuidado del lactante cuando la madre trabaja fuera de su hogar; en poco más de un tercio de los casos es "la abuela" (generalmente la dulce matrona experimentada que ha lidiado con más de varias generaciones -*

de crios y que en base a los resultados por ella obtenidos, puede ser "la cuidadora ideal"), pero recordemos que en Guanaja, más de la mitad de los niños quedan al cuidado de otros niños, los cuales no cuentan con experiencia, no han recibido en la escuela una enseñanza adecuada a este respecto, ni conocen los "Reglamentos" que conducen a la alimentación artificial al éxito, convirtiéndose en un factor más en contra de la nutrición adecuada.

La mayoría de las personas en esta Comunidad, tienen un nivel educativo de por lo menos primaria incompleta, las personas que sobrepasan el sexto grado y llegan a la secundaria y educación superior, amamantan menos, posiblemente debido a razones similares al de las madres trabajadoras y el anhelo de mejorar su modo de vida.

El estado nutricional de las madres, no reveló en ninguna de ellas una desnutrición severa, por el contrario, la obesidad es bastante común; en esta localidad por el contrario de lo que sucede en el resto del país, la malnutrición materna no debe ser considerada como causa de disminución del amantamiento.

Con todos estos factores en contra, la situación nutricional y de salud debería estar sumamente comprometida, pero para nuestra sorpresa encontramos que, el problema principal hablando de nutrición es la obesidad más que la desnutrición, el desarrollo sicomotor no se afectó en las proporciones afectadas y los problemas más frecuentes en el resto del país como son Síndrome Diarreico más deshidratación y enfermedades del aparato respiratorio no tienen importancia epidemiológica de relevancia; es de esperarse --

que una alimentación deficiente cualitativamente, ya que se base en leche - entera, de vaca en su mayoría, produjese los mismos efectos que se produjeron en Europa en los inicios de la revolución industrial, ya que se dan - características similares. - Posiblemente la solución a esta incognita se encuentre en que Guanaja cuenta con características de infraestructura que la hacen diferente de otras comunidades del país e incluso de la misma área del Departamento de Islas de la Bahía. - Estas son:

1. Fuentes de trabajo para obreros no calificados.
2. Sistemas de acueductos no contaminados en cada hogar
3. Sistema de energía eléctrica en la mayoría de los hogares
4. Sistema de eliminación de excretas (letrinas o sanitarios) en la totalidad de la comunidad.
5. Areas y vías públicas pavimentadas o "entabladas"
6. Contacto cultural con otros países (E. U. A.)
7. Sistema de tren de aseo en toda la comunidad.
8. Ingresos por nucleo familiar superiores a Lps.
9. Condiciones climatológicas y ambientales estables.
10. Alimentación infantil cualitativamente suficiente predominantemente suplementada con cereales.

Son en resumen estos factores los que transforman los resultados esperados y no simplemente si el niño es alimentado por pecho materno o con biberón. - Estamos de acuerdo en que la lactancia materna es el mejor alimento para cualquier niño de cualquier nacionalidad, raza y estrato social, - sin embargo esta protege de síndromes carenciales hasta la primera mitad

*del primera año de vida pasado el cual, si ésta no se suplementa, la morbilidad y desnutrición se tornan más frecuentes en presencia de condiciones "ecológicas" críticas, aunque el niño continúe siendo amamantado.*

## CAPITULO IX

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

*El objetivo principal de este trabajo fué identificar ciertas características o "factores de riesgo" que caracterizan a las madres con alta predisposición - al abandono de la alimentación natural; en Guanaja, un lugar donde la tónica dominante es la alimentación artificial, y donde la duración promedio del amamantamiento es inferior a los tres meses de vida del lactante, los factores más relevantes son:*

- *Edad de la madre inferior a 39 años*
- *Recibió o no consejos sobre amamantamiento en el período preparto.*
- *Recibió o no consejos sobre amamantamiento en el período postparto.*
- *No consultó médico o enfermera del Centro de Salud en el período preparto.*
- *Consultó a partera en el período postparto.*
- *Su parto fué atendido por partera en su casa.*
- *Edado civil: Solteras*
- *Grupo racial: Blancos*
- *Religión: Católica*
- *Recibió o nó charla formal sobre ventajas de la lactancia materna.*
- *Reside en el caso urbano*
- *La madre fué o no alimentada al pecho materno.*
- *Madre originaria de un lugar diferente al cual reside.*
- *Posición socioeconómica privilegiada.*

- Nivel educacional superior a la primaria incompleta.
- Lugar de trabajo fuera de su hogar o con horarios estrictos.
- Primipara.
- Sexo del niño: Femenino.

Cada uno de estos parámetros deben ser utilizados como guía para la identificación de estas madres con "alto riesgo" de iniciar alimentación artificial, No existe ningún arreglo especial, ni una cantidad específica de factores que en forma matemática nos señalen estas madres, ya que la presencia de por lo menos uno de estos factores puede desencadenar el abandono del amamantamiento, es sin embargo, un punto que nos alerta a intensificar, de una manera racional y sistematizada, la información necesaria para que la madre efectúe su elección por propio convencimiento y no por imposición.

Es únicamente la madre la que tiene el derecho a hacer la selección de que alimentación es la más adecuada a su hijo y cuál es la más conveniente a la situación real que ella vive en ese momento.

Creo que la conclusión más importante que pude obtener de este Estudio es que a pesar que actualmente las naciones desarrolladas nos han invadido con propaganda tendiente a promover el amamantamiento, basando sus estudios en que la lactancia materna puede mejorar definitivamente el estado nutricional y de morbilidad de los infantes más desfavorecidos, no pretendamos "cubrir el sol con un dedo" pues la lactancia materna no resolverá por sí sola los problemas sociales de nuestro país y porque las madres "den pecho" no se mejorarán las condiciones habitacionales y de sanidad prevalentes en otras áreas del país.

*Las recomendaciones que pueden brindarse a partir de los resultados de este trabajo son las siguientes:*

- a) Fomentar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y mixta hasta el primer año de vida.*
- b) Brindar a las madres una visión clara sobre las alternativas en cuanto a la alimentación infantil se refiere, enfocando aspectos prácticos de la alimentación artificial, comparándola con la alimentación natural, para que la madre efectúe la elección en forma racional y por propio convencimiento y no por inquisición de terceros.*
- c) Continuar promoviendo el amamantamiento tal como se ha efectuado a nivel de médicos, enfermeras y demás personal de Salud.*
- d) Fomentar el amamantamiento en madres jóvenes y primíparas cuya edad es menor de 39 años.*
- f) Favorecer la lactancia materna a través de directivos y organismos del Estado, en aquellas empresas públicas y privadas que agrupan gran cantidad de mujeres en edad fértil, las cuales pueden ser beneficiadas con hora de lactancia, permiso por maternidad, etc., exponiendo el sentido real y los objetivos de estas leyes de protección laboral.*
- g) Establecer sistemas más efectivos de vigilancia, en base a garantizar el cumplimiento de las leyes de protección laboral que favorecen la lactancia materna.*
- h) Exponer en charlas de actualización al personal comunitario (Guardianes de Salud, parteras, etc.) técnicas propias de la alimentación artificial y natural, de manera que sean capaces de resolver y recomendar*

*alternativas viables para la elección y resolución de los problemas de la alimentación infantil.*

- i) Estimular a los niños escolares para el conocimiento de los diversos tipos de alimentación infantil, productos adecuados para cada edad del niño y superioridad del amamantamiento, brindando así refuerzos racionales al efectuar su elección cuando sean mayores y futuros padres.*
- j) Dar a conocer que la lactancia materna a pesar de ser el alimento de elección en los niños menores de seis meses, debe ser acompañada de cambios tendientes a mejorar el nivel de vida de los grupos familiares más expuestos a la "agresividad ecológica", a fin de lograr cambios sustanciales en los patrones de morbilidad.*
- k) Regular más estrictamente la venta y distribución de los sucedaneos de la leche materna, a fin de que los vendedores de estos productos comerciales conozcan cuales son las aplicaciones reales y objetivas de ellos y puedan a su vez ser factores de cambio en la elección que la madre hace en cuanto a alimentación infantil.*

## CAPITULO X

### R E S U M E N

*Este trabajo de investigación explora diversas situaciones que modifican - los patrones de alimentación infantil en niños menores de dos años.*

*Se utilizó como área de estudio una pequeña comunidad pesquera en el Caribe hondureño, localizada en la Isla de Guanaja, Departamento de Islas de la Bahía.- La población estudiada fueron 112 madres y sus respectivos hijos, las cuales representaron nuestro universo.- Se efectuó esta investigación en forma transversal; la duración aproximada del Estudio fué de 8 meses en los cuales se cubrieron todas las etapas pertinentes a este respecto. Las áreas investigadas comprendían características propias de la localidad como patrones culturales, religiosos, educacionales, factores tradicionales como deseo de amamantar de la madre, lugar de nacimiento del niño, experiencia previa de la madre en el ámbito del amamantamiento, fuentes de información utilizadas, efecto de charlas formales sobre las ventajas del amamantamiento, factores étnicos y relación con el lugar de origen de los padres; estabilidad marital, habitacional y laboral.*

*Otros aspectos enfocados en menor detalle pero sin restarle la importancia que se merecen fueron: Estado nutricional de la madre y el hijo, procesos mórbidos más frecuentes, todos relacionados con la duración del amamantamiento.*

*Se interioriza en las vivencias diarias de la madre, enumerando según ex-*

*presión textual de éstas, aquellas causas para el cese del amamantamiento, lo mismo que los problemas que más frecuentemente deprimen la prolongación de la alimentación natural.*

*Para la perfecta expresión de los resultados, se elaboraron cuadros y gráficas con los puntos determinantes enfocados claramente, pretendiendo analizarlos en la forma más objetiva posible.*

*La principal conclusión obtenida de este Estudio puede resumirse en las siguientes frases:*

*La lactancia materna por sí sola no es capaz de resolver los problemas nutricionales y de morbilidad de los países en desarrollo, en este sentido es necesario la promoción de todas aquellas variables que actúan simultánea e indiferentemente sobre la madre y el niño.- Debe brindarse a la madre el derecho a "elegir" sobre el tipo de alimentación que brindará al recién nacido, pero basándose en una aproximación racional y no como la elección efectuada por terceros, que en forma inquisitiva y arbitrariamente imponen su opinión personal en este tópico.*

*En el tercer mundo, este derecho de "elección" es prácticamente invalidado en aquellos grupos más social y ecológicamente agredidos, ya que la alimentación artificial se convierte en la antesala de la desnutrición y la enfermedad.*

*Se describe un breve sumario sobre aquellos aspectos que identifican a la madre de "alto riesgo" para el abandono de la lactancia materna, señalando*

*la relación causal de ellos en este proceso.*

*No hubo grandes diferencias de mortalidad en los grupos revisados, las diferencias existen entre esta comunidad y otras comunidades modelo del país, las cuales presentan la imagen en espejo caracterizada por alto grado de --  
amamantamiento acompañado de alto índice de morbilidad.*

## CAPITULO XI

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. *Butte N.F. Daily ingestion of immunologic components in human milk during the first four months of life, Acta Paediatr. Scand. 73: 296-301, 1984.*
2. *Cáceres Pineda Guillermo, Departamento de Islas de la Bahía, Revista Cultural Independencia, ed. Unión, Sept. 1984, pag. 61-69.*
3. *Comité Administrativo de Coordinación de la O.N.U., Subcomité sobre nutrición, la lactancia materna y la lactancia con biberón en los países en desarrollo, ACC/SCM NS4 1981.*
4. *Cunningham Allan, Morbidity in breastfeeding and artificially fed infants, The journal of pediatrics, Vol. 90 No. 5, May. 1977, pp. 726-729.*
5. *Goldman Armond S. y Cols., Immunologic Factors in Human Milk During the First Year of Lactation., The Journal of Pediatrics, Vol. 100 No. 41, pp. 563-567, April 1982.*
6. *Gutierrez Leyton Mario, Agullos María Luisa, El hábito de lactar al pecho y su historia natural, Arch. Arg. Ped. Vol. LXXVIII, No. 5, 1980 pg. 656-659.*
7. *Helsing Elizabeth, Savage K. Felicity. Guía práctica para una buena - lactancia, Ed. Pax Méjico 1984, Cap. 1. 20. Pg. 17-27, 206-211.*
8. *Haffman Sandra L. Determinants of breastfeeding Developing Countries Overview and Policy Implications, Studies in Family Planing. Vol. 15,*

- No. 4, July-August. 1984 pp.170-181.
9. Houston Mary J. *Breastfeeding success or failure*, *Journal Advanced Nursing*, 1985, 6. pp. 447-454.
  10. Jellife Derrick, Jellife Patrics. *Human Milk, Nutrition, and the world Resourse Crisis*, *Cience*, Vol.134, pp.557-561, May. 1975.
  11. Jellife Derrick, Jellife Patrice, *Breastfeeding, Thrird Wolrld conside-ration, keeping Abreast*, *Journal os Human Nurturing*, Jan-March 1978 pp'10-13.
  12. Lawrence Ruth A. *Breastfeeding a Guide Medical Profesion*, Ed.DCV Mosvy company St.Luis, USA 1985, Cp.1.6, pp.1-21,141-158.
  13. Lozoff Betsy. *Birth and Bonding in Non Industrial Societies.*, *Deve-lopmental medicine and child Neurology.*, 1983 25: pp.595-600.
  14. Mata Leonardo. , *Breastfeeding, Main promoter of infant Healt.*, *Am. Jour. Clinical Nutrition*, 31 Nov.1978, pp.2058-2065.
  15. Mendez Israël, *Recopilación de datos históricos de Guanaja*, *Archivos Palacio Municipal de Guanaja, Islas de la Bahía*, 1984. (no clasificados)
  16. Nove H. Rondon. , *Factores Socioculturales en la aceptación o rechazo de la lactancia Materna en nuestro país*, *Centro Regional de Documen-tación Nutricional Materno-Infantil, Lactancia y Destete, Rep.Domini-cana*, 1981.
  17. Pinkney Carol, *The Bothe Baby Controversy.*, *Journal of Medwifery-Nurse* Vo. 26 No.2 March-April 1981, pp.34-42.
  18. *Proyecto de apoyo a la lactancia materna, Consideraciones Generales -*

*para un amamantamiento exitoso.*

19. Sepúlveda Dilia et. al. , *Lactancia Materna, Algunos factores sicosociales y biológicos que la influncian. , Vol.of Sanit.Panam. 95 (1) 1983. pp. 51-61.*
20. Shand Nancy, Kosawa Yorio. , *Breastfeeding as Cultural or Personal - Decision: Sources of information and actual succes in Japan and the - United States. , Jour. biosoc.sci. ,1984, 16: pp.65-80.*
21. Shepered C. Susan. , et. al. , *Breastfeeding and the Working Mother. , Journal of Nurse Midwifery. , Vol. 27. No.6, Nov.-Dec. ,1982. , pp.16-17.*
22. Shillito Watson. , *Maternal Behaviour in Mammals. , Symp.Zool.Lond. , 1977, No.41, pp.313-331.*
23. Vis Henri-L y Cols. *Alimentación al pecho el mejor comienzo para una - vida, Ed.Pax.Méjico, 1983, Cp. 11, pp.229-249.*
24. Young Boutourline y cols. , *Milk and Lactation, Some Social and Deve- lopmental correlates Among 1,000 infants. , Pediatrics, Vol. 69, No.2, February, 1982, pp.169-176.*

## CAPITULO XII

### A N E X O S

#### **DESCRIPCION HISTORICA, SOCIO-ECONOMICA Y POLITICA DEL MUNICIPIO DE GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA.**

*Ubicado a 16 grados, 26 minutos latitud norte y a 65 grados 53 minutos -- longitud oeste, se encuentra el archipelago de Islas de la Bahía, consistente en tres islas mayores: Roatán, Utila y Guanaja, varias islas menores y multitud de cayos.*

*Tiene una historia que abarca la antigua civilización Maya, los comienzos de la exploración española, los filibusteros de la colonia, hasta el extenso imperio británico.*

*Las Islas de la Bahía han cambiado poco desde que Cristobal Colón desembarcó en Guanaja el 30 de julio de 1502, en su cuarto y último viaje al nuevo mundo. - Encontraron una población relativamente grande de indios, -- probablemente descendientes de los Mayas, que una vez habitaron estas - islas. - Los españoles creyeron que éstos eran caníbales, los capturaron y los enviaron como esclavos a las minas de oro y plata de México y Guatemala, lo mismo que a las plantaciones de caña en Cuba.*

*Ya para el año de 1528, las Islas estaban totalmente deshabitadas; no permanecieron mucho tiempo así, ya que los piratas franceses, ingleses y holandeses, establecieron campamentos en las islas y la población nuevamente floreció.*

*Los españoles enviaban tesoros desde Guatemala y Panamá hasta la Habana. - Las rutas marítimas estaban cerca de las Islas de la Bahía y sus re-*

*motas y profundas bahías ofrecían un refugio ideal a los bucaneros que fácilmente las defendían.- Se creó que los piratas comenzaron a establecer estas bases poco después que el último indio desapareció.- Se sabe que los piratas holandeses utilizaron Utila, la isla más occidental, en el año de 1530.*

*Henry Morgan y sus cuadrillas, construyeron fuertes y una base temporal en Port Royal, en Roatán, alrededor de 1600. Los españoles estimaban que la población de las islas en los últimos años del siglo XVII fue de 5,000 piratas.- La base en Islas de la Bahía es el lugar donde se supone que Morgan reunió sus fuerzas para atacar, capturar y saquear la ciudad de Panamá en 1671.*

*Algunos historiadores creen que el botín obtenido del asalto a Panamá todavía se encuentra en estas Islas.*

*Una y otra vez los españoles trataron de expulsar a los piratas, sin ningún resultado.- En Port Royal habían construido tres fuertes de Piedra y ladrillo con cañones en puntos estratégicos vigilando las dos estrechas entradas de la bahía; los restos de estos fuertes todavía pueden ser observados.*

*Finalmente en 1782, los españoles con un ejército de más de 2,000 hombres se reunieron en Honduras, Guatemala y Nicaragua.- Desembarcaron en Roatán; dos semanas completas (del 12 de marzo hasta finales de ese mes) les tomó a los españoles para someter a los bucaneros.- El Obispo Pelaez, un Sacerdote español que acompañó a la expedición, relata que más de 500 viviendas de piratas fueron quemadas; la mayoría de los sobrevivientes fue-*

ron vendidos como esclavos, quedando nuevamente estas islas desoladas. Luego en 1796, los británicos deportaron 2,000 negros caribes (negros africanos que se habían mezclado con indios Caribes) de las Islas de Varlovento en Sur América; los españoles creyendo que los británicos habían invadido las islas, rápidamente enviaron un contingente militar, pero al encontrar sólo los negros los deportaron a Cuba, de esta manera las islas volvieron a quedar deshabitadas.

En 1850, la expansión del imperio británico reclamó como suyas estas islas, pero posteriormente fueron devueltas al recién formado Gobierno de Honduras.

A través de su historia, el Municipio de Guanaja ha recibido diferentes de nominaciones, algunas de las cuales detallamos a continuación:

= CAGUAMARA	1.600
= ISLA PINOS	1.600
= GUANACA	1,601
= GUAINAIA	1,657
= GUANAJA	1,647
= BONACCAO	1,771
= BONACCA	1,779

Son estas algunas de las muchas razones las que deberán considerarse al hacer una descripción de cualquier fenómeno que ocurra ya sea en el Municipio de Guanaja o en cualquier otro de esta área. - Son factores económicos, culturales, raciales y políticos los que hacen de estos isleños un tipo especial de "HOMMO NOVO".

*El Departamento de Islas de la Bahía fué creado por Decreto del Congreso Nacional el 14 de marzo de 1872, estando constituido por las Islas de Roatán, Utila, Guanaja, Santa Elena, Barbareta, Morat, Islas del Cisne, Cayos Cochinos y otros cayos de menor importancia.*

*El Municipio de Guanaja se creó por Acuerdo de la Gobernación Política en representación del Supremo Poder Ejecutivo, el 25 de agosto de 1887. - Además de la Isla de Guanaja se encuentran sometidos a jurisdicción de esta municipalidad, los cayos vecinos en forma de media luna que por su orden son: South West Cay, Sheen Cay, Hog Cay, Pod Cay, Flower pt Cay, Catherine Cay, Half Moon Cay, Channel Cay, Crown Cay, Clark Cay, Stuart Cay, Josh Cay, Jones Cay, Hendricke Cay, George Cay, North East Cay.*

*La extensión superficial de este municipio está calculada en 55.4 Kms. 2, - está formado por cuatro aldeas y 27 caserios que por su importancia son:*

<u>ALDEA</u>	<u>CASERIO</u>
= GUANAJA	Clark Cay
	Foreingh Farm
	Puercales
	Sandy Bay
	Peak Rock
	Michael Rock
	Watering Place
	El Soldado
	Lagoon
	Red Cliff

ALDEA

CASERIO

West End.

Fruit Harbour Bught

Half Moon Bay.

MANGROVE BIGHT

Plan Grande

Big Gully

Black Rock

North East Bight

Bullet Tres

COOPERATIVA

SAVVANHNA BIGHT

East End.

*En la actualidad, Guanaja es un laborioso pueblo pesquero enclavado en los cayos de Hog Cay y Sheen Cay. - Descansa su economía en la pesca, procesamiento y exportación de la langosta y otros mariscos, lo cual constituye el patrimonio de estos isleños.*

*La comunicación se efectúa a través y exclusivamente por la radio, los medios de transporte son aéreos y marinos con itinerarios regulares. - Posiblemente es el único Municipio de Honduras totalmente pavimentado o "entablado", es decir, debido al tipo de vivienda predominante en la zona y a la conformación geográfica del lugar, la gente camina sobre puentecillos - sobre el mar. - En Guanaja no hay automóviles, motocicletas, ni bicicletas siquiera, porque no son necesarias, además por la sencilla razón de que - NO HAY CALLES por las cuales circular.*

*No podemos pasar por alto que en Guanaja el 100% de la población tiene -- servicio de agua potable (ésta proviene de represas ubicadas en la isla ma\_ yor, siendo trasladada hasta las viviendas por un acueducto submarino), tren de aseo, alumbrado público.*

*La religión predominante es la Adventista, sin embargo hay templos Evan- gelicos y Bautistas.- En este lugar se ofrece atención médica en el Centro de Salud de la comunidad, existe Escuela pública primaria mixta y Escuela primaria y secundaria privada mixta dependiente de la Misión Adventista. Cuenta con una subdelegación de la Fuerza de Seguridad Pública, Capita- ña de Puerto (ya que Guanaja tiene la categoría de puerto menor), Oficia\_ lía de Hacienda, Oficina de Migración, Oficina de Aduanas, Juzgado de Paz y servicio de radio y telégrafo dependiente de la Empresa Hondureña de - Telecomunicaciones.*

VER MAPA HISTORICO DE GUANAJA

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA ENCUESTA

"PRACTICAS DE ALIMENTACION INFANTIL"

GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA

PERIODO 1985-1986

**GENERALES:**

*Esta encuesta se encuentra dirigida a todas las madres de niños menores de dos años, residentes en la Comunidad de Guanaja, Islas de la Bahía. Tiene por objeto recopilar información relacionada con el tipo de alimentación infantil prevalente en esta área, las repercusiones en la condición nutricional, morbilidad y economía familiar, así como aquellas determinantes sociales, étnicas y culturales que favorecen este fenómeno.*

**IDENTIFICACION DE LA ENCUESTA:**

*En el margen superior izquierdo del instrumento, deberá llenarse la casilla titulada "Encuesta No. \_\_\_\_\_", cuyo número corresponderá al número de entrevistas realizadas. - Ejm.: Encuesta No. 1 ; Encuesta No. 2 , Encuesta No. 3 , etc.*

*Preguntas del 1 al 5: Son preguntas abiertas y sencillas, las cuales recogen una característica específica de la madre y el niño.*

*Preguntas 6, 8 y 9: Serán respondidas por el encuestador con los datos provenientes del examen físico y medición antropométrica.*

*Pregunta No. 7: Se anotaran en este inciso todo embarazo o término y con producto viable, el cual fuera susceptible de amamantarse.*

*Preguntas del No. 10 al 15: Están relacionadas con el estado civil de la ma-*

*dre, residencia, fuentes de información en el anteparto. - Se seleccionará una sólo de las posibilidades enunciadas, especificándose en los casos que convenga.*

*Preguntas del No. 16 al 18: Se revisa las posibles fuentes de información - en el postparto inmediato, se seleccionará una sólo respuesta. - En caso de que su respuesta sea NO en la pregunta No. 16, pase inmediatamente a la - pregunta No. 19 y continúe llenando el formulario como se indica.*

*Preguntas del No. 19 al No. 22: Estas preguntas exploran el deseo inicial de la madre por iniciar la lactancia, lo mismo que los factores principalmente implicados en el abandono de la misma. - En caso que la madre el momento de esta entrevista esté lactando aún, se obviará esta última pregunta.*

*Preguntas del No. 23 al No. 25: Explora las causas más frecuentes de pro--blemas de la mujer lactante así como las fuentes de información más frecuen--tamente consultadas a este respecto.*

*Pregunta No. 26: Evalúa la exposición previa a estímulo, que se describe - como favorecedora de la lactancia.*

*Pregunta No. 27 al No. 32: Para uso exclusivo en las madres que optaron - por la alimentación artificial y mixta. - Se revisan los sustitutos más usa--dos y su repercusión en la economía familiar; son en su mayoría preguntas abiertas que no revisten ninguna complejidad.*

*Preguntas del No. 33 al No. 37: Se detentan madres trabajadoras, evaluán--dose el medio ambiente laboral y la aplicación del Código del Trabajo vigen--te. - Si la madre no es asalariada (Ama de Casa o Negocio Propio), se pasa--rá inmediatamente a la pregunta No. 38.*

*Preguntas del No. 38 al 39: Detecta la integridad del nucleo familiar y el presupuesto familiar.- En la pregunta No. 39 se deben incluir los gastos mayores de la familia: Vivienda, alimentación, aseo de ropa, recreaciones, pago de energía eléctrica, agua potable, tren de aseo, etc.*

*Preguntas del No. 40 al 41: Investiga la relación morbilidad y desarrollo sicomotor con la variable tipo de alimentación; se deberá detallar el número de episodios mórbidos registrados desde el nacimiento del niño; la respuesta a la pregunta No. 40 la dará el encuestador, basándose en tabla de control adjunta al final del formulario.*

*Pregunta No. 42: Se elegirá el inciso que abarque el nivel educacional de la madre.*

*Preguntas de la No. 43 al No. 51: Evalúa la situación habitacional de la familia, los servicios públicos de la comunidad y en cierta medida el nivel sanitario de la región, son preguntas cerradas en las cuales deberá seleccionarse una sólo respuesta.*

**ENCUESTA "PRACTICAS DE ALIMENTACION INFANTIL"**

**GUANAJA, ISLAS DE LA BAHIA**

**PERIODO 1985-1986**

**ENCUESTA NO. \_\_\_\_\_**

1. Edad de la madre \_\_\_\_\_ años. 2. Lugar de origen \_\_\_\_\_
3. Edad en meses del niño \_\_\_\_\_ meses. 4. Sexo: Masculino \_\_\_\_\_  
Femenino \_\_\_\_\_.
5. Religión de la madre \_\_\_\_\_.
6. Estado nutricional de la madre: Peso \_\_\_\_\_ Lbs. Talla \_\_\_\_\_ Cms.
  - a) Adecuado
  - b) Desnutrida
  - c) Obesa.
7. Paridad de la madre No. de Hijos \_\_\_\_\_.
8. Estado nutricional del Niño: Peso \_\_\_\_\_ Lbs. Talla \_\_\_\_\_ Cms.
  - a) Adecuado para su edad.
  - b) D.P.C. I
  - c) D.P.C. II
  - d) D.P.C. III
  - e) Obeso.
- 9) Raza de la madre:
  - a) Blanco
  - b) Negro
  - c) Mestizo
  - d) Zambo
  - e) Otro: \_\_\_\_\_  
Especifique.
10. Estado Civil de madre: \_\_\_\_\_

- a) Soltera.                      c) Viuda  
b) Casada                      d) Divorciada                      e) Unión Libre.

11. Lugar de residencia:  
a) Casco Urbano                      b) Area de influencia (Especifique) \_\_\_\_\_
12. Antes del parte de este niño recibió usted algún tipo de recomendación sobre la alimentación del recién nacido?  
a) Si                      b) No                      (Pase a pregunta No. 15)
13. Qué tipo de consejo usted recibió?  
a) Dar únicamente pecho materno  
b) Alimentación con biberón  
c) Alimentarlo con biberón y pecho materno  
d) No alimentarlo con pecho  
e) Otro. Especifique: \_\_\_\_\_
14. De quién recibió usted estos consejos?  
a) Médico o enfermera de la Clínica  
b) Médico particular  
c) Partera que la atendió  
d) Su madre u otro pariente cercano  
e) Amigos o vecinos  
f) Otro. Especifique: \_\_\_\_\_
15. En que lugar fué atendido su parto?  
a) Hospital por médico o enfermera  
b) En su casa por Médico o enfermera  
c) En su casa por partera  
d) Otro. Especifique: \_\_\_\_\_

16. Después de ocurrido su parto, recibió usted inmediatamente algún - consejo sobre como alimentar al recién nacido?
- a) Si \_\_\_\_\_; b) No \_\_\_\_\_. (pase a la pregunta No. 19)
17. Que tipo de consejo usted recibió?
- a) Dar pecho materno únicamente
- b) Alimentarlo con biberón
- c) Alimentarlo con biberón y pecho materno
- d) No alimentarlo con pecho materno
- e) Otro. Especifique: \_\_\_\_\_
18. De quién recibió usted estos consejos?
- a) De médico o enfermera
- b) De la partera que la atendió
- c) De su madre u otro pariente cercano
- d) De amigos o vecinos
- e) Otro. Especifique : \_\_\_\_\_
19. Alguna vez usted recibió una charla sobre las ventajas de la lactancia materna?
- a) Si \_\_\_\_\_; No \_\_\_\_\_.
20. Antes de que su hijo naciera había decidido usted alimentarlo al pecho materno?
- a) Si \_\_\_\_\_; b) No \_\_\_\_\_.
21. Hasta que edad alimentó usted a su hijo al pecho materno?
- a) No se alimentó al pecho materno (menos de 1 día)
- b) Período corto, duración de menos de tres meses

- c) *Período intermedio, duración mayor de tres meses y menor de seis meses.*
- d) *Período largo, duración mayor de seis meses.*
22. *Si usted todavía alimenta a su hijo al pecho materno pase a la pregunta No. 23.- Sino, seleccione la razón de porqué se suspendió el amantamiento (Seleccione una sola respuesta).*
- a) *No tenía suficiente leche*
- b) *Oyó que era mejor la leche de lata*
- c) *Al niño le caía mal la leche materna*
- d) *Porque se enfermó el niño*
- e) *Porque se enfermó la madre.*
- f) *Por recomendación médica. Especifique: \_\_\_\_\_*
- g) *Por problemas anatómicos en los pezones*
- h) *Por dolor e Inflamación de las mamas.*
- i) *Porque tenía que trabajar.*
- j) *Simplemente no le gustaba a la madre*
- k) *El niño no susccionaba*
- l) *Al niño no le gustaba el pecho*
- m) *La madre quería planificar*
- n) *Otra razón. Especifique: \_\_\_\_\_*
23. *Durante el período que usted amamantó a su hijo, que problemas se le presentaron con respecto a la lactancia?*
- a) *El niño no succionaba*
- b) *El niño pasaba con hambre*

- c) Tenía muy poca leche
- d) Tenía dificultades con el horario del trabajo
- e) El niño no aumentaba de peso.
- f) El niño pasaba enfermo
- g) Empezó a planificar
- h) Pesones adoloridos y agrietados
- i) Pechos inflamados y dolorosos
- j) La madre pasaba enferma
- k) Le restaba tiempo para hacer los quehaceres de su hogar
- l) La madre no se alimentaba bien.
- m) La madre se puso delgada
- n) Otro. Especifique: \_\_\_\_\_
- o) No tuvo ningún problema. Pase a la pregunta No. 26.

24. Consultó a alguien por este problema?

- a) Médico o enfermera de la clínica
- b) Médico particular
- c) Partera
- d) Madre o parientes cercanos
- e) Vecinos o amigos
- f) Otro. Especifique: \_\_\_\_\_
- g) No consultó a ninguna persona.

25. Que respuestas le dieron a su problema?

- a) Continuar dándole el pecho a pesar de las dificultades
- b) Solucionaron su problema y continuar dándole pecho.
- c) Darle pecho menos frecuentemente e iniciar lactancia artificial.
- d) Retirar el amamantamiento completamente e iniciar fórmula láctea.

d) Otro. Especifique: \_\_\_\_\_

26. Usted cuando fué pequeña que tipo de alimentación recibió?

a) Pecho materno exclusivamente

b) Biberón exclusivamente

c) Biberón y pecho.

27. Si usted dá biberón a su niño, en que lugar compra la leche para preparar la fórmula?. Si el niño se alimenta al pecho materno exclusivamente, pase a la pregunta No. 33.

a) Pulpería

b) Supermercado

c) Farmacia sin receta

d) Farmacia con receta

e) Otro. Especifique: \_\_\_\_\_

28. Que leche está utilizando?

\_\_\_\_\_.

29. Cuánto cuesta la lata de esta leche?

Lps. \_\_\_\_\_.

30. Cuanto tiempo le dura?

\_\_\_\_\_ días.

31. Cuantos niños se alimentan de esa leche?

\_\_\_\_\_ niños.

32. La prepara como indican las instrucciones?

Sí.

No. Especificaue: \_\_\_\_\_

33. *Donde trabaja usted actualmente?*
- a) *Ama de casa (Pase a la pregunta No. 38)*
  - b) *Negocio dentro de la casa. (Pase a la pregunta No. 38)*
  - c) *Empleada. Especifique: \_\_\_\_\_*
34. *Lleva al niño con usted al trabajo?*
- a) *Si*                      b) *No.*
35. *Tiene derecho a la hora de lactancia?*
- a) *Si*                      b) *No*
36. *Tiene derecho a permiso por maternidad?*
- a) *Si*                      b) *No.*
37. *Quién cuida a su niño mientras usted trabaja?*
- a) *La misma madre*
  - b) *Abuela del niño*
  - c) *Otro pariente adulto*
  - d) *Hermanito mayor del niño*
  - e) *Amiga o vecina*
  - f) *Empleada*
  - g) *Nadie.*
  - h) *Otro. Especifique: \_\_\_\_\_*
38. *Convive usted con el padre del niño?*
- a) *Si*                      b) *No*
39. *Cuantos son los gastos que su familia tiene que cubrir mensualmente?*  
L. \_\_\_\_\_.

40. *Desarrollo sicomotor del niño.*
- a) *Adecuado para su edad.*
  - b) *Retardado pra su edad*
  - c) *Superior para su edad.*
41. *Cuáles de las siguientes enfermedades ha padecido su niño y cuántas veces ha presentado la misma enfermedad?*
- a) *Síndrome diarreíco no complicado* \_\_\_\_\_ veces
  - b) *Síndrome diarreíco más deshidratación* \_\_\_\_\_ Veces
  - c) *Infecciones respiratorias altas* \_\_\_\_\_ Veces
  - d) *Infecciones respiratorias bajas* \_\_\_\_\_ Veces
  - e) *Infecciones dermatológicos* \_\_\_\_\_ Veces
  - f) *Otras. Especifique:* \_\_\_\_\_ Veces.
42. *Nivel educacional de la madre.*
- a) *Ninguna*
  - b) *Primaria incompleta*
  - c) *Primaria completa*
  - d) *Secundaria incompleta*
  - e) *Secundaria completa*
  - f) *Universitaria o superior.*
43. *Características de la vivienda?*
- a) *Propia*
  - b) *Alquilada*
  - c) *Prestada.*
44. *Piso de la vivienda:*

- a) Tierra
- b) Ladrillo o cemento
- c) Madera.

45. Tiene servicio de agua potable en su casa?

- a) Si
- b) No.

46. Tiene servicio de energía eléctrica?

- a) Si
- b) No.

47. Cuántas habitaciones (dormitorios) tiene su casa?

\_\_\_\_\_ Habitaciones.

48. Cuántas personas viven en su casa?

\_\_\_\_\_ Personas

49. Disposición de excretas?

- a) Al aire libre
- b) Letrina o sanitario colectivo
- c) Letrina o sanitario privado
- d) Otro. Especifique: \_\_\_\_\_

50. Electrodomésticos.

- a) Radio
- b) Televisión
- c) Refrigeradora
- d) Estufa.
- e) Otro. Especifique: \_\_\_\_\_

31. Tiene servicio de drenaje de aseo?

- a) Si
- b) No.

## INDICE DE TABLAS Y GRAFICAS

1. CUADRO Y GRAFICA NO. 1  
*"Relación existente entre el número de madres entrevistadas y la duración de la lactancia natural"* Pag. 59
2. CUADRO Y GRAFICA NO. 2  
*"Relación entre el número de madres entrevistadas y la elección del tipo de alimentación para sus hijos según sea la alimentación natural exclusivamente, lactancia mixta o lactancia artificial"* Pag. 63
3. CUADRO Y GRAFICA NO. 3  
*"Relación edad de la madre y duración del período de amamantamiento"* Pag. 67
4. CUADRO Y GRAFICA NO. 4  
*"Relación entre situación mortal de los padres y la duración del amamantamiento"* Pag. 70
5. CUADRO Y GRAFICA NO. 5  
*"Relación entre el grupo étnico de los padres y la duración del período de amamantamiento"* Pag. 74
6. CUADRO Y GRAFICA NO. 6  
*"Relación Religión de la madre con la duración del período de amamantamiento"* Pag. 78
7. CUADRO Y GRAFICA NO. 7  
*"Relación entre la alimentación que recibió la madre en su infancia y la duración del período de amamantamiento alcanzado por estas madres"*. Pag. 82
8. CUADRO Y GRAFICA NO. 8  
*"Relación entre lugar de residencia y duración del período de amamantamiento"* Pag. 86
9. CUADRO Y GRAFICA NO. 9  
*Relación entre el deseo de amamantar manifestado por las madres en el período preparto y la duración del amamantamiento* Pag. 90

10. CUADRO Y GRAFICA NO. 10  
*"Relación entre las madres que recibieron charla formal sobre lactancia natural y la duración de los períodos de lactancia materna"* Pag. 94
11. CUADRO Y GRAFICA NO. 11  
*Causas principales para el abandono de la lactancia natural según expresión textual de las madres.* Pag. 98
12. *Resumen de la relación entre lugar de origen y su disponibilidad a un mayor período de amamantamiento.* Pag. 100
13. CUADRO Y GRAFICA NO. 13  
*Relación entre la duración de la lactancia materna y el antecedente de haber recibido consejos antes del parto, con respecto a la alimentación del recién nacido.* Pag. 104
14. CUADRO Y GRAFICA NO. 14  
*"Relación entre la duración de la lactancia materna y la fuente de información preparto a la que tienen acceso las madres, con respecto a la alimentación del infante."* Pag. 107
15. CUADRO Y GRAFICA NO. 15  
*"Relación entre el lugar de atención del parto y la duración del período de amamantamiento."* Pag. 111
16. CUADRO Y GRAFICA NO. 16  
*"Relación entre el antecedente de consejos post-parto en cuanto a alimentación infantil y la duración del período de amamantamiento".* Pag. 115
17. CUADRO Y GRAFICA NO. 17  
*"Relación entre las fuentes de información post-parto utilizados por las madres y su influencia en la duración de la lactancia materna."* Pag. 122
18. CUADRO Y GRAFICA NO. 18  
*"Relación convivencia de los padres y duración del amamantamiento"* Pag. 122

19. CUADRO Y GRAFICA NO. 19  
*"Datos económicos sobre el costo de la alimentación artificial y su efecto en el presupuesto familiar".* Pag. 127
20. CUADRO Y GRAFICA NO. 20  
*Ocupación de la madre y su relación con la duración del amamantamiento.* Pag. 131
21. CUADRO Y GRAFICA NO. 21  
*"Beneficios laborales que pueden afectar el amamantamiento en las madres asalariadas"* Pag. 133
22. CUADRO Y GRAFICA NO. 22  
*"Tipos de personas encargadas del cuidado de los lactantes de las madres asalariadas".* Pag. 136
23. CUADRO Y GRAFICA NO. 23  
*"Productos comerciales más frecuentemente usados como sustitutos del amamantamiento".* Pag. 139
24. CUADRO Y GRAFICA NO. 24  
*"Establecimientos comerciales en los cuales las madres más frecuentemente obtienen los sustitutos de la leche materna"* Pag. 142
25. CUADRO Y GRAFICA NO. 25  
*"Relación paridad de la madre y duración del amamantamiento".* Pag. 145
26. CUADRO Y GRAFICA NO. 26  
*"Relación entre nivel educacional de la madre y la duración del amamantamiento".* Pag. 148
27. CUADRO Y GRAFICA NO. 27  
*"Situación habitacional y sanitaria de las familias y su relación con la duración del amamantamiento"* Pag. 152
28. CUADRO Y GRAFICA NO. 28  
*"Relación sexo del infante y duración del período de amamantamiento".* Pag. 155

29. CUADRO Y GRAFICA NO. 29  
*"Problemas del amamantamiento que más frecuentemente afectan a las madres lactantes"* Pag. 158
30. CUADRO Y GRAFICA NO. 30  
*"Aspecto Nutricional de los lactantes en relación a la duración del amamantamiento."* Pag. 161
31. CUADRO Y GRAFICA NO. 31  
*Factores nutricionales de las madres y su relación con la duración del amamantamiento.* Pag. 165
32. CUADRO Y GRAFICA NO. 32  
*Duración del amamantamiento y su relación con el desarrollo sicomotor de los lactantes.* Pag. 168
33. CUADRO Y GRAFICA NO. 33  
*Relación entre el índice de morbilidad y duración del amamantamiento.* Pag. 171