

# SALUD Y LACTANCIA MATERNA

Con el objetivo de "disminuir la morbimortalidad infantil" a través de la prolongación de la lactancia materna, las investigaciones realizadas se han basado en la actitud y conducta de las madres y en los factores socioeconómicos, culturales y biodemográficos que las rodean.

El presente trabajo se orienta a conocer la actitud del equipo de salud. En cuatro regiones del país se estudiaron muestras de usuarias, nodrizas y embarazadas, procesándose más de 4.000 Cédulas de Entrevistas. Consideran los autores que los resultados aquí consignados servirán para mejorar la eficiencia de las actividades dirigidas a promover al máximo la duración de la lactancia materna.

## DIAGNOSTICO DE SITUACION DE LA LACTANCIA MATERNA EN CUATRO REGIONES DE SALUD DE CHILE - 1979

CRISTIAN PEREDA, \* *sociólogo.*  
JEMIMAH RODRIGUEZ, \*\* *matrona.*

*Colaboraron:*

JUANA SOTO, *matrona;*  
DELIA SOTO, *nutricionista;*  
HILDA AMESTICA, *enfermera;* y  
MERCEDES BAEZ, *Educadora para la Salud.*

### INTRODUCCION

La política de salud ubica la atención de la madre y el niño en un lugar de preferencia; uno de los objetivos es "disminuir la morbimortalidad infantil" y entre las estrategias planteadas para lograrlo encontramos la de prolongar el período de lactancia y aumentar el número de niños alimentados con leche materna.

Se sabe que la mejor motivación para desarrollar actividades en torno a un objeto común es conocer, a partir de una situación dada, los progresos que se van logrando a medida que se realizan y perfeccionan las actividades programadas.

Hay factores socioeconómicos, culturales y biodemográficos que junto con la actitud y conducta tradicional del equipo de salud en relación a la lactancia materna condicionan un mayor riesgo de destete precoz en determinados establecimientos de salud y en algunos grupos de madres.

Las investigaciones realizadas en relación a la lactancia materna generalmente giran en torno a la actitud y conducta de las madres

y a los factores socioeconómicos, culturales y biodemográficos que las rodean.

En este caso el diagnóstico está orientado principalmente a conocer la actitud y conducta del equipo de salud.

Más específicamente, los objetivos de esta investigación son los de realizar un diagnóstico sobre:

1. La percepción de embarazadas y nodrizas concurrentes por cualquier motivo a los establecimientos de salud, acerca de la conducta del equipo de salud materno-infantil en relación a lactancia materna.

2. Duración de la lactancia materna en los hijos de madres usuarias de los establecimientos de salud.

\* Depto. de Salud Pública y Medicina Social, Fac. Medicina, Universidad de Chile.

\*\* Depto. Programa de las Personas, Ministerio de Salud.

3. Características de los establecimientos con duración promedio larga de lactancia, comparadas con aquellos con lactancia materna corta o media.

4. Características de embarazadas y nodrizas, su distribución e impacto sobre el riesgo de destete precoz.

## METODO

Para cumplir con los objetivos se investigó una muestra al azar de establecimientos de salud de cuatro regiones del país, que presentaban entre sí diferencias importantes en cuanto a ruralidad y distancia a la capital.

En cada establecimiento se investigó una muestra al azar de usuarias concurrentes por cualquier motivo, en días normales de atención. A cada usuaria se le aplicó una cédula de entrevista, con ligeras variantes según se tratara de una embarazada o de una nodriza con niños de 0 a 6 meses.

En el trabajo de terreno, le cupo activa participación como entrevistadores a alumnos de las carreras de la Salud de las cuatro regiones incluidas en el estudio (\*), como supervisores a profesionales del Nivel de Área y Región del Sistema Nacional de Servicios de Salud. El adiestramiento se realizó en varias sesiones, por profesionales del Ministerio de Salud, responsables del trabajo de terreno.

Terminado el trabajo de terreno se revisó y ordenó las Cédulas de Entrevistas, para su posterior envío y procesamiento por computador en Santiago, quedando el Banco de Datos del estudio en CONPAN a disposición de los interesados.

## RESULTADOS

Se llenaron poco más de 4.000 Cédulas de Entrevista, quedando un total de 4.003 aptas para procesar: 1.993 entrevistas a embarazadas y 2.010 a nodrizas con hijos de 0 a 6 meses.

Las Regiones incluidas en el estudio fueron: a) V Región, con 988 entrevistas en 21

establecimientos ubicados en las Áreas San Felipe, Quillota, Quilpué, Viña del Mar, Valparaíso y San Antonio. b) VIII Región, con 1.017 entrevistas en 20 establecimientos ubicados en las Áreas Chillán, Concepción, Talcahuano, Yumbel, Coronel, Curanilahue y Los Angeles. c) IX Región, con 1.008 entrevistas en 15 establecimientos de las Áreas Angol, Victoria, Traiguén y Temuco, y d) X Región, con 990 entrevistas en 14 establecimientos ubicados en las Áreas Valdivia, La Unión, Osorno, Puerto Montt, Ancud y Castro.

En cada establecimiento se entrevistó el mismo número de embarazadas y nodrizas (con ligeras variaciones en la proporción, en algunos establecimientos). El total de entrevistas en cada establecimiento fue proporcional a demanda atendida. Las usuarias fueron entrevistadas inmediatamente después de ser atendidas antes de retirarse del establecimiento.

El principal motivo de consulta de las embarazadas fue el control de embarazo (97% del total), un 2% consultó por morbilidad materna, y el 1% restante por otros motivos. Para las nodrizas, el principal motivo fue el Control de Salud del Niño (69% del total), un 18% consultó por Morbilidad Infantil, un 4% por Control de Planificación Familiar, y el 9% restante por otros motivos (Morbilidad Materna, Retiro de Leche, Vacunas y otros). Así la mayoría de ellos son controles de salud, instancia cuyo objetivo principal es educar y, por lo tanto, el tema de lactancia materna debería tener preponderancia.

1. Percepción de embarazadas y nodrizas concurrentes por cualquier motivo a los establecimientos de salud acerca de la conducta del equipo de salud en relación a lactancia materna.

Cada una de las usuarias tuvo poco más de un contacto (1,17 embarazadas y 1,23 las nodrizas) con algún funcionario.

La mayor parte de los contactos de las embarazadas fue con matronas (78%) y un porcentaje muy pequeño (1%) se distribuyó entre enfermera, pediatra y nutricionista; en cambio la mayor frecuencia de contactos de la nodriza corresponde a enfermeras (38%) y pediatras (26%), luego vienen auxiliares (18%), matronas (12%), nutricionistas (4%) y obstetras (3%).

(\*) Alumnos de las Escuelas de Obstetricia y Puericultura de Valparaíso, Concepción, Temuco y Valdivia. De las Escuelas de Enfermería de Concepción, Temuco y Valdivia y alumnos de la Escuela de Nutrición y Dietética de Santiago, Sede Norte.

La entrevista incluyó una pregunta destinada a saber si la usuaria recordaba que se mencionara la lactancia materna durante la atención.

Las respuestas se agruparon en 3 categorías:

— Positiva, se señaló la importancia de la lactancia materna en general o en forma específica.

— Neutra, no se mencionó la lactancia.

— Negativa, se dieron indicaciones sobre alimentación artificial, relleno, etc.

Los resultados respecto a esta pregunta, se observan en el Cuadro N° 1, según tipo de funcionario que otorgó la prestación.

**CUADRO 1**

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA SEGUN TIPO DE FUNCIONARIO. CUATRO REGIONES, 1979

Tipo de funcionario	NODRIZAS				EMBARAZADAS			
	Contactos				Contactos			
	Posit.	Neutr.	Negat.	Total	Posit.	Neutr.	Negat.	Total
Matrona	69	27	4	100 ( 295)	39	60	1	100 (1810)
Enferm., Nutric.	50	20	30	100 (1022)	31	58	11	100 ( 19)
Obstet. Pediat.	37	48	15	100 ( 709)	10	88	2	100 ( 186)
Auxiliar	17	74	9	100 ( 445)	2	97	1	100 ( 320)
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>39</b>	<b>19</b>	<b>100 (2471)</b>	<b>31</b>	<b>67</b>	<b>2</b>	<b>100 (2335)</b>

Enfermeras y nutricionistas se juntaron en un grupo ideal que obstetras y pediatras, por tener ambos pares similares patrones de respuestas.

Con el fin de profundizar en este aspecto se presentan a continuación los temas específicos tratados durante el contacto con el funcionario de salud.

**CUADRO 2**

TEMAS IDENTIFICADOS POR LAS MADRES COMO TRATADOS POR LOS FUNCIONARIOS DURANTE LA PRESTACION. CUATRO REGIONES, 1979

Temas tratados		Nodrizas	Embarazadas
		%	%
Recomendaciones sobre mamadas	Horario fijo	15	3
	No tratado	56	89
	Libre demanda	29	8
		100	100
Qué es mejor dar	Mamaderas	1	0
	No tratado	53	73
	Pecho	46	27
		100	100
Cuidado y limpieza de los pechos	No tratado	62	53
	Tratado	38	47
		100	100
Recomendación sobre cómo asegurar leche suficiente	No tratado	79	87
	Tratado	21	13
		100	100
Indicaciones sobre agua o líquido para el niño	No tratado	49	89
	Tratado	51	11
		100	100

Llama la atención que muchas madres sólo recordaron que se le había hablado de algún tema, cuando se le preguntó directamente por él. ¿Falta de comprensión a la pregunta inicial o escaso grado de retención de la información entregada por el funcionario?

Como se observa en general, la proporción de temas tratados con las nodrizas fue mayor que los tratados con las embarazadas; el tema tratado con mayor frecuencia con las nodrizas es: "indicación sobre agua o líquidos para el niño, esto nos plantea la interrogante: ¿cuántas de estas indicaciones fueron necesarias y se hicieron a madres que ya no amamantaban?

Los otros temas, por su orientación deberían aparecer preferentemente mencionados a las embarazadas, hecho que no ocurre en este caso. ¿Cuán eficaz es este tipo de indica-

ciones generales? ¿Hasta qué punto estamos en presencia de indicaciones que se dan en forma mecánica independiente del problema particular de la madre?

Tanto la madre que dejó de amamantar, como la que aún lacta, pueden haber tenido o percibido algunos problemas que según ellas contribuyeron al destete precoz. En la misma forma la embarazada puede preocuparse por problemas que eventualmente la condujeran al destete.

Para los fines del estudio es importante conocer los problemas más frecuentes y la respuesta del equipo de salud frente a ellos.

En el Cuadro Nº 3 se muestra la incidencia de ocho problemas indicados en la literatura con estudios previos como significativos en el destete precoz.

### CUADRO 3

PORCENTAJE DE USUARIAS CON PROBLEMAS RELACIONADOS CON LACTANCIA MATERNA. CUATRO REGIONES. 1979

Problema	NODRIZAS		EMBARAZADAS
	Dejaron de lactar	Aún lactan	
	Tuvo durante lactancia %	Tuvo últimos 15 días %	Cree que tendrá %
Niño queda con hambre	63	45	37
Leche aguada o poca	50	39	28
Niño engorda poco	49	24	28
Niño rechaza el pecho	31	14	24
Problemas de salud o con los pechos	30	21	26
Falta de tiempo para dar pecho	13	12	8
Vergüenza de dar pecho	7	9	8
No llega la regla cuando está dando pecho	32	32	33

El análisis de este Cuadro nos indica que tanto para las nodrizas que dejaron de lactar como para las que aún lactan y las embarazadas tienen mucho peso los problemas relacionados con el bienestar y nutrición del niño, lo que indicaría que la educación debería intensificarse en torno a la libre demanda, destinada, por una parte, a aumentar la producción de leche y, por otra, a tranquilizar a la madre en cuanto a su capacidad para satisfacer las necesidades del niño.

La actitud del equipo de salud frente a la percepción la observamos en el Cuadro Nº 4.

Las respuestas se clasificaron:

*Positivas*, cuando conversó del problema.

*Neutra*, no conversó.

*Negativa*, cuando desvió el tema o no estimuló la lactancia.

**CUADRO 4**

RESPUESTAS DEL EQUIPO DE SALUD A PROBLEMAS E INQUIETUDES DE EMBARAZADAS Y NODRIZAS EN RELACION A LACTANCIA MATERNA. CUATRO REGIONES. 1979

Funcionarios	Nodrizas %	Embarazadas %
<b>Matronas</b>		
— respuesta negativa (—)	10	3
— no hubo respuesta (o)	58	92
— respuesta positiva (+)	23	5
	100 (n:212)	100 (m:1466)
<b>Enfermera, nutricionista</b>		
— respuesta negativa (—)	26	7
— no hubo respuesta (o)	59	86
— respuesta positiva (+)	15	7
	100 (n:852)	100 (m:15)
<b>Obstetra, pediatra</b>		
— respuesta negativa (—)	20	2
— no hubo respuesta (o)	66	96
— respuesta positiva (+)	14	2
	100 (n:585)	100 (m:153)
<b>Auxiliar</b>		
— respuesta negativa (—)	11	1
— no hubo respuesta (o)	83	99
— respuesta positiva (+)	6	0
	100 (n:358)	100 (m:265)

La actitud de los funcionarios es, en general, más adecuada con las nodrizas que con las embarazadas, aunque el porcentaje de respuestas neutras supera con creces en todos los casos las respuestas positivas.

2. Duración de la lactancia materna según regiones, sectores urbano y rural y por establecimientos.

Como medida resumen de duración de la lactancia en las regiones se utilizó, duración de la lactancia en el último hijo de las embarazadas y penúltimo para las nodrizas.

Los resultados se observan en el Cuadro N° 5.

**CUADRO 5**

DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA POR REGION Y SECTOR DE RESIDENCIA (% ACUMULADO), 1979

Edad del niño	V Región		VIII Región		IX Región		X Región		Total	
	Rural %	Urbano %	Rural %	Urbano %	Rural %	Urbano %	Rural %	Urbano %	N°	%
más de 1 mes	92	81	83	81	96	85	90	83	(1876)	84
más de 3 meses	78	56	70	61	83	65	74	63	(1443)	64
más de 6 meses	52	38	51	47	60	50	55	46	(1054)	47
más de 9 meses	39	28	40	33	39	36	42	31	( 760)	34
más de 12 meses	32	22	22	24	20	23	28	17	( 499)	22
más de 18 meses	20	13	12	11	9	11	15	8	( 255)	11
(N° de casos	(71)	(469)	(143)	(431)	(173)	(434)	(165)	(339)	(2225)	

Si definimos como norma que "el amamantamiento debe durar más de 6 meses", el grado de cumplimiento para las cuatro Regiones en conjunto es de 47%, similar a lo observado en otros estudios nacionales o internacionales. Siendo mucho mayor en el sector rural en general y en particular en rural de la IX Región (60%) y el cumplimiento menor en el sector urbano de la V Región (38%). Las diferencias entre urbano y rural son menores a mayor porcentaje ruralidad regional.

### 3. Establecimientos según duración de la lactancia.

Hay sectores entonces donde el riesgo de destete precoz es mayor que en otros, lo que indica la necesidad de intervenir. Sin embargo, clasificar a la Región como de alto riesgo de destete precoz es demasiado amplio. Parece mucho más práctico clasificar a los establecimientos según su grado de riesgo.

- Establecimientos con lactancia materna corta son aquéllos en que menos del 40% de las madres entrevistadas daba pecho a su hijo hasta los 6 meses, o de alto riesgo.
- Establecimientos con lactancia materna media, son los que entre el 40 y el 62% de las madres amamanta a sus hijos hasta los 6 meses o de mediano riesgo.
- Establecimientos con lactancia materna prolongada son aquéllos en los que más del 62% de las madres amamanta hasta los 6 meses, de bajo riesgo de destete precoz.

Para realizar la clasificación de riesgo por establecimiento en una región basta tomar una muestra al azar de embarazadas y nodrizas usuarias de los servicios (30 a 50 por cada establecimiento), preguntar por la duración de la lactancia en el último o penúltimo hijo respectivamente y calcular el porcentaje que cumple con la norma (6 meses) en cada establecimiento.

Para que la intervención educativa, administrativa o de otro tipo sea eficaz, es necesario conocer la asociación que existe entre "establecimiento con lactancia corta" y determinadas características de las madres, del medio, de los establecimientos y de los funcionarios de salud.

Las características que aparecen con una mayor frecuencia relativa en los estableci-

mientos de Lactancia Materna Corta o Media, se han clasificado como sigue:

- a) Características biodemográficas y socio-económicas de las usuarias:
  - paridad (3 o menos hijos)
  - escolaridad materna (más de 5 años)
  - trabajo de la madre (debe ausentarse del hogar por trabajo)
  - residencia (sector urbano)
  - trabajo del cónyuge o pareja (no agrícola)
  - previsión del cónyuge o pareja (tienen previsión).
- b) Actitudes y conocimientos de las madres usuarias:
  - fuente de información sobre cuidados en salud (señalan como fuente la radio, televisión, amigos, familiares y la escuela)
  - uso de leche que recibe del establecimiento (no consume la totalidad de ella).
- c) Conducta y Actitud del Equipo de Salud del establecimiento:
  - oportunidad de entrega del recién nacido (más de una hora después del parto)
  - permanencia continua de la madre con el niño en la maternidad (no es continua de día, o no continua de noche)
  - indicación de horario de amamantamiento (indican horario fijo)
  - indicación para asegurar una lactancia materna prolongada (no dan indicaciones técnicas que contribuyan a prolongar la lactancia).

Obviamente, muchas de estas asociaciones son espúreas, o sea, son producto de la asociación de la característica que se analiza y de la variable tipo de establecimiento, con una variable antecedente común. Por ejemplo, con ruralidad. En una segunda etapa de este estudio se refinará más el procedimiento de análisis, a fin de obtener información más precisa sobre las características que aún aparecen asociadas con los establecimientos de Lactancia Materna corta una vez controlado el efecto de otras variables o características.

Por el momento, las características incluidas más arriba sirven para promover una discusión sobre qué implicaciones ellas tendrían para el diseño de estrategias destinadas a aumentar la duración de la lactancia en

aquellos establecimientos con Lactancia Materna Corta o Media.

4. Características de embarazadas y nodrizas asociadas con alto riesgo de destete precoz.

Pesquisar sectores geográficos (Regiones) con alto riesgo de destete precoz, es una medida más eficiente que intervenir al azar, independiente del riesgo de cada uno, si además podemos determinar establecimientos con mayor riesgo y dentro de ellos usuarias de mayor riesgo, la eficiencia será aún mayor.

Para ello ahora caracterizaremos a las embarazadas y nodrizas usuarias de los establecimientos en las 4 Regiones.

*Residencia.* El 65% reside en ciudad y de ellos, la mitad vive a menos de 15' del Consultorio. El 13% vive en pueblos y la mitad de ellos también reside a 15' del Consultorio.

El 23% vive en el campo y de ellos el 83% a más de 30' del consultorio.

*Edad y número de partos.* Casi el 60% de las usuarias tienen entre 20 y 29 años; 20% tienen menos de 20 años y el resto más de 29 años; sólo el 1% es menor de 15 años.

El 16% de ellas son multíparas y el 27% solamente tienen 3 o más hijos, o sea, más o menos 2/3 de las mujeres tendrá uno o más hijos en el futuro.

*Trabajo, previsión y permanencia en el hogar después del nacimiento.* El 16% trabaja o trabajará con remuneración durante los primeros 6 meses del hijo, el resto se dedica a labores de hogar en el mismo período. En relación al trabajo el 19% se ausenta del hogar casi todo el día en el período de nodriza, en general corresponde a nodrizas que continúan con trabajo remunerado.

Concordante con lo anterior, sólo un 14% de las mujeres tiene alguna previsión, pero puede tener previsión la pareja y con ello el hijo obtiene los beneficios.

*Estado civil.* El 75% de las mujeres es casada o con convivencia estable, el resto no convive con la pareja.

*Escolaridad.* Un tercio tiene menos de 6 años de instrucción; otro tercio tiene entre 6 y 8 años, el resto tiene 9 o más años de instrucción.

*Fuentes de información sobre salud, alimentación y cuidado de los hijos.* El 75% indica que su fuente es el personal de salud, pero dado que las entrevistas se realizaron en consultorios el valor está artificialmente aumentado. Sigue en frecuencia los familiares y amigos (57%); luego, radio, televisión y revistas (46%); la menos mencionada (18%) es la escuela, pero puede deberse a que abandonaron el colegio hace tiempo o lo que es más probable, la escuela enseñaba hace 10 años muy poco de salud.

*Trabajo y previsión del padre.* Entre los padres existe un 65% de obreros o empleados, 12% trabajadores por cuenta propia y 16% cesantes o trabajadores del empleo mínimo.

— Algunas creencias, actitudes y conductas de las madres respecto a la lactancia materna.

Existe una variada gama de normas, conocimientos y actitudes que las madres deberían tener incorporadas para garantizar la duración adecuada de la lactancia.

En el Cuadro N° 6 se observan los resultados de la combinación de duración real de la lactancia en el último hijo y creencia de la madre sobre duración adecuada.

El 72% de las madres acepta la norma amamantar por más de 6 meses".

Si la norma limita el amantamiento de 7 a 12 meses, tendríamos sólo el 56% de aceptantes a esta norma.

Cabe destacar que entre las madres que cumplieron con la norma hay un 10% que no la acepta. ¿Es que instintivamente sus madres y abuelas lactaron en forma prolongada?

Sin embargo, 63% que no han cumplido la norma, la acepta. ¿Será que desearían amamantar por más tiempo al hijo, pero no pudieron hacerlo? El 37% restante no cree ni cumple la norma; ¿corresponderá a madres que no se esmeraron o no supieron cómo hacerlo?

### CUADRO 6

CUMPLIMIENTO DE LA NORMA DE AMAMANTAMIENTO POR MAS DE 6 MESES Y CREENCIA DE LA MADRE. CUATRO REGIONES, 1979

Creencia sobre edad de destete	Cumplimiento con último hijo (Duración de la lactancia)		TOTAL %
	NO 0 a 6 meses %	SI más de 6 meses %	
0 a 6 meses	37	10	28
7 a 12 meses	50	59	56
+ de 12 meses	13	21	16
TOTAL	100	100	100

En el Cuadro Nº 7 se compara la aceptación de dos normas opuestas entre sí: "dar pecho hasta los 6 meses" y "dar relleno o mamadera antes de los 6 meses".

Hay madres que aceptan la norma por haberla escuchado o por ver su cumplimiento entre sus iguales, pero sin razonarla o internalizarla.

### CUADRO 7

COMPARACION ENTRE ACEPTACION DE LA NORMA "DAR PECHO HASTA LOS 6 MESES" CON "DAR RELLENO O MAMADERA ANTES DE LOS 6 MESES". CUATRO REGIONES, 1979

Ventaja dar pecho hasta 6 meses		Ventaja dar relleno antes de 6 meses	
	%		%
— nada, no sabe	7	— nada, no sabe	28
— ahorra tiempo, más cómodo	3	— produce enfermedades, diarrea	15
— alimenta más, mejor	10	— bueno sólo si es necesario	18
— niño crece, se desarrolla mejor	30	— alimenta más, mejor	15
— resiste mejor las enfermedades	29	— niño crece, se desarrolla mejor	14
— otra respuesta favorable inespecífica (es bueno, etc.)	21	— resiste mejor las enfermedades	1
		— quita el hambre al niño	9
TOTALES	100		100

Sólo 7% no sabe las ventajas de la leche materna, en cambio 43% no ve las ventajas de la mamadera, pero también se observa que un 30% de las madres atribuye el mismo valor de la leche materna a la mamadera; sin embargo, un 69% le encuentra más ventajas a la leche materna.

Existe por lo tanto un 31% a las que habría que convencer que la leche materna es mejor; desde otro ángulo encontramos un

39% de madres a las que habría que instruir de que la mamadera no tiene ventajas respecto a protección y desarrollo del niño.

También se les preguntó a las madres si conocían otras "leches mejores que la leche materna" y un 16% contestó que sí, como por ejemplo NAN, SMA, NIDO, ELEDON, PURITA, MILO, etc.; creemos que si la pregunta se hubiera planteado "leches tan buenas como la

leche materna", el porcentaje habría sido mayor.

Estos resultados estarían indicando la importancia del impacto publicitario.

— Características asociadas con mayor riesgo de destete precoz.

Hemos descrito actitudes y conductas del equipo de salud de los establecimientos. Se ha descrito un conjunto de variables socio-económicas y otras que se supone tienen alguna asociación con el riesgo de destete precoz.

También hemos medido la presencia de problemas relacionados con la lactancia materna, así como la incidencia del destete precoz en el último o penúltimo hijo de embarazadas y nodrizas. Cabe la pregunta: ¿qué factores están realmente asociados con el riesgo de destete precoz?

Para contestarla se realizó un análisis preliminar de la información: se comparó el porcentaje de casos (binomio madre-último niño) con lactancia superior a 6 meses (o sin des-

tetar) en cada categoría (o combinación de categorías) de cada una de las variables.

a) CARACTERISTICAS POSITIVAS, o categorías que aparecen asociadas con un menor riesgo de destete precoz.

b) CARACTERISTICAS NEGATIVAS, o categorías que aparecen asociadas con un menor riesgo de destete precoz.

Los "mejores" predictores del riesgo de destete precoz, se seleccionaron y jerarquizaron de acuerdo con el siguiente criterio estadístico:

*A mayor diferencia en el porcentaje de madres en la categoría positiva, que lactaron por más de 6 meses, comparado con el mismo porcentaje en la categoría negativa, mayor impacto de esa variable en el riesgo de destete precoz o mejor capacidad de predicción de duración de la lactancia materna para esa variable.*

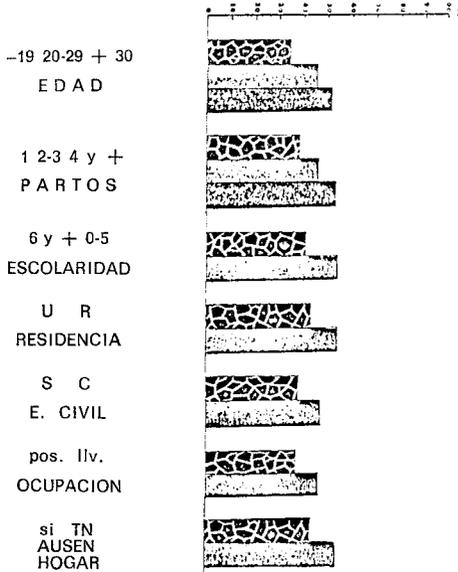
Como resultado de este análisis, se seleccionaron y jerarquizaron las 16 variables con mayor capacidad de predicción de la lactancia materna del riesgo de destete precoz:

Característica negativa de la variable o predictor	Diferencia %, de casos de LM de más de 6 meses, entre caract. (+) y (—)
1. No cree que conviene dar pecho a los niños los primeros 6 meses de vida	20%
2. Tiene problemas porque el niño rechaza (rechazará) el pecho	19%
3. Tiene problemas porque su leche es (será) escasa o poco nutritiva	19%
4. Tiene problemas porque su niño queda (quedará) con hambre después de alimentarse con su leche	18%
5. Tiene 19 o menos años de edad	17%
6. Tiene menos de 4 hijos	15%
7. Tiene 6 o más años de escolaridad	13%
8. Vive en áreas rurales	11%
9. Debe ausentarse del hogar los primeros 6 meses de vida del niño	11%
10. La madre encuentra incómodo o vergonzoso dar pecho al niño	12%
11. Tiene problemas porque el niño engorda (engordará) poco con su leche	9%
12. Madre cree que existen alimentos o leches mejores que la materna	9%
13. Realiza trabajos pesados o no se dedica a labores de hogar en la etapa de nodriza	9%
14. Es soltera, separada o mantiene una convivencia irregular	9%
15. Tiene problemas (o tendrá) con sus pechos o su salud al amamantar	9%
16. No usa la leche que le entregan mientras amamanta para su consumo exclusivo	8%

Los 16 mejores predictores del destete precoz se puede agrupar como sigue:

a) Biodemográficos (Gráfico 1):

DURACION DE LA LACTANCIA SEGUN CARACTERISTICAS BIODEMOGRAFICAS Y SOCIOECONOMICAS DE LAS MADRES 4 REGIONES 1979



- Edad de la madre
- Número de hijos

A menor edad y menor número de hijos mayor es el riesgo de destete precoz, asociado probablemente con una menor experiencia y capacidad para amamantar, junto con una mayor ruralidad. Sería de interés ahondar en esta asociación: ¿son factores psicológicos, biológicos y/o sociológicos los determinantes?

b) Socioeconómicos y sociológicos (Gráfico 1):

- Escolaridad
- Residencia urbano-rural:

A mayor ruralidad y menor escolaridad, menor es el riesgo de destete precoz. Ambos factores asociados a costumbres prevalentes en sociedades más tradicionales, donde el impacto de la modernización ha sido menos fuerte. En el sector moderno, donde hasta hace algún tiempo predominaba una orientación más bien negativa hacia la lactancia materna, ésta se ha convertido en la actualidad en un objetivo importante a lograr. Es, pues, previsible que en el futuro, la madre urbana de mayor nivel edu-

cional, que es más receptiva a los medios de comunicación masivos y a los mensajes emitidos por el equipo de salud, aumente la duración de su lactancia y progresivamente alcance los niveles de las madres del sector menos moderno. Así, el factor residencia urbana y la mayor escolaridad, probablemente dejen de ser factores de riesgo de destete precoz.

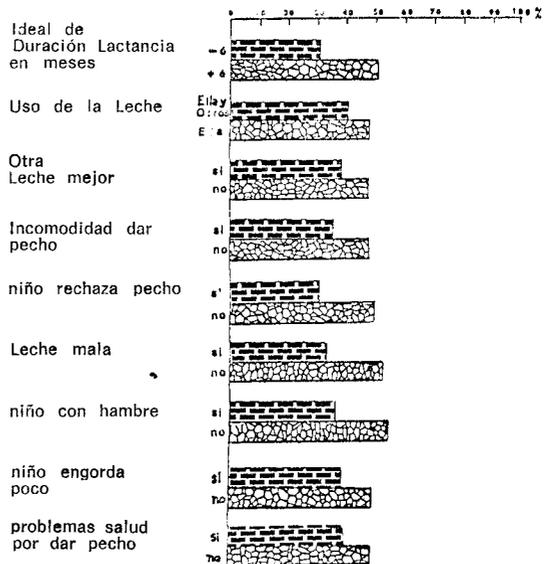
- Trabajo de la madre y ausencia del hogar en el período de nodriza.
- Estado civil de la madre.

La madre de mayor riesgo es aquella que debe realizar trabajos físicos fuera del hogar, durante el período de nodriza o debe permanecer casi todo el día fuera del hogar en ese mismo período. También es de mayor riesgo la madre soltera o que convive en forma irregular con su pareja. Aun cuando los factores biodemográficos, socioeconómicos y sociológicos ya nombrados no son estrictamente causales ni modificables por el equipo de salud, es importante que éste los considere, para pesquisar a madres de alto riesgo.

Estos factores considerados como causales pueden ser modificados por el equipo de salud.

c) Actitudes y conocimientos (Gráfico 2).

DURACION DE LACTANCIA SEGUN ACTITUDES Y CONOCIMIENTO DE LAS MADRES EN CUATRO REGIONES 1979



Que incluye el rechazo de normas como:

- El niño debe recibir pecho por lo menos hasta los 6 meses de edad.

- La leche que recibe la madre nodriza, es para su consumo exclusivo.
- No existen leches o alimentos mejores que la leche materna.
- Dar pecho dentro o fuera del hogar no es ni incómodo ni vergonzoso. Incluyen, además, a las madres que esperan tener algunos de los siguientes problemas relacionados con la cantidad o calidad de su leche (\*):
  - Tendrá algún problema con su salud o sus pechos al amamantar.
  - El niño rechazará el pecho.
  - Su leche será aguada, poca o mala.
  - El niño quedará con hambre.
  - El niño no engordará lo suficiente.

Si bien en la incidencia de estos problemas puede existir un componente biológico, es probable que lo determinante sea la predisposición subjetiva a tenerlos, además de las actitudes y conductas relativas al cumplimiento de normas importantes durante el embarazo y el puerperio. Esto, a su vez, está determinado por factores como los indicados en a) y b), además de depender de la actitud y conducta del equipo de salud con el cual ella tiene relación.

Hemos listado predictores que muestran diferencias porcentuales que varían entre 8% y 20%, al comparar la incidencia del daño con la característica positiva y la negativa. A continuación señalaremos otro grupo de factores que también son buenos predictores, aun cuando las diferencias porcentuales varían entre 5% y 7%.

#### *Predictores de menor impacto en el riesgo:*

- a) Actitudes y conductas de los funcionarios de los establecimientos donde concurren las usuarias:
  - Tiempo transcurrido entre el nacimiento y la entrega del niño a la madre.
  - Continuidad de contacto de la madre con el niño, durante el día en la maternidad.
  - Si el recién nacido recibe "patitos de agua".

(\*) Los problemas fueron detectados retrospectivamente o después del período de amamantamiento del último hijo. Para conocer la real validez predictiva de la expectativa de tener problemas, será necesario un estudio prospectivo donde primero se mida la expectativa y después de 6 meses o un año, se mida la duración real de la lactancia.

- Donde el niño no es entregado a la madre en forma precoz o no permanece en contacto continuo con la madre y que recibe patitos de agua, existe el mayor riesgo de destete precoz.

#### b) Otras características socioeconómicas y sociológicas:

- Ocupación del marido o pareja.
- Previsión de la madre.
- Tiempo disponible para dar pecho.
- Madre cuya pareja no sea obrero agrícola, la que no tiene previsión y dispone de tiempo para amamantar tiene menos riesgo de destete precoz. La falta de previsión está asociada a mujeres que no realizan trabajo remunerado durante la lactancia.

#### c) Fuentes de información en salud:

- Personal y equipo de salud.
- Amigos y familiares.
- Escuela.

Los factores de riesgo en este caso son el haber aprendido de la escuela, familiares y amigos y no del equipo de salud; sobre alimentación adecuada, cuidado de los niños y temas afines. Esto demuestra que la promoción de la lactancia materna hecha por el equipo de salud puede tener un impacto significativo, por encima de la influencia que tradicionalmente ha tenido la familia y los amigos. El efecto de la información obtenida en la escuela que aparece como negativa, debe ser estudiada con más detención a fin de transformar esta fuente de información en un factor positivo.

Debemos señalar que el uso del computador y de técnicas estadísticas más complejas (como son el Análisis de Clasificaciones Múltiples) (\*) permitirá determinar el peso que realmente tiene cada una de las variables investigadas, una vez que se haya controlado el efecto de las restantes variables

(\*) Ver C. Pereda. "Under and over demand of personal health services; the problem of differential accessibility" en ETHICS IN SCIENCE AND MEDICINE, Vol 3, 1976; C. Pereda y H. Sánchez. "Elaboración de un instrumento de pesquisa de desnutrición infantil en el sector rural de Talca. (CENDERCO/TERRA INSTITUTE/ DEPTO. DE SALUD PUBLICA. U. DE CHILE, 1977) y C. Pereda, "Elaboración de un instrumento de pesquisa de riesgo de desnutrición infantil en base a características socioeconómicas y biodemográficas (INFORME A CONPAN, 1978).

que están incidiendo en el riesgo. Cuando se cumpla esta etapa más avanzada del análisis, es probable que algunos predictores que aparecen en este documento como significativos no lo sean tanto y otros, en cambio, adquieran su real valor. Por ejemplo, es probable que la actitud y conducta del equipo de salud, tome un rol preponderante para aquellas madres del sector urbano que utilizan principalmente como fuente de información en materia de salud, alimentación y cuidados del niño, precisamente al personal de salud.

*Ilustración de la elaboración y uso de instrumentos de pesquisa de riesgo de destete precoz.*

Los predictores analizados previamente, han sido tomados de uno en uno, independientemente de la interacción que puede haber entre ellos y del efecto simultáneo que ellos tienen sobre el mayor o menor riesgo de destete precoz. Sin embargo, pocas madres poseen sólo características negativas o sólo características positivas. Por esto, no existirá en la realidad una dicotomía donde en un grupo estén las madres que sólo tienen características positivas y en el otro sólo aquellas con características negativas. Más bien existirá una escala o gradiente de riesgo, donde cada madre quedará ubicada según la combinación particular de características negativas y positivas que ella tenga.

Es entonces importante llegar a un instrumento simple que permita clasificar a cada madre en una escala de riesgo global de destete precoz. La metodología de elaboración y validación de instrumentos de este tipo, se ha estado perfeccionando desde hace algún tiempo, con especial énfasis en el riesgo de rechazo o incumplimiento de normas de salud (\*\*). Para ilustrar la factibilidad de la elaboración de instrumentos de este tipo, para el

caso de la lactancia materna, presentaremos un instrumento tentativo elaborado por el Dr. Hugo Muñoz, de la Escuela de Salud Pública de la Unicersidad de Chile. El instrumento ha sido elaborado utilizando información recogida también en el presente estudio, siguiendo una versión simplificada de la metodología para la elaboración de instrumentos de pesquisa. Esta versión, no requiere del uso de computador y el procesamiento de la información puede hacerse en forma manual.

El instrumento desarrollado, se puede observar en el Gráfico 3, y para demostrar su validez, se presenta en el cuadro N° 8 la relación entre Puntaje Total obtenido por cada madre y el daño para el último hijo que en este caso se ha definido como el "haber dejado el pecho exclusivo antes de los dos meses de edad". La información corresponde solamente a la información de la V Región.

Se observa una gradiente, donde a mayor puntaje de riesgo, mayor es el porcentaje del total de madres en cada categoría de puntaje, que ha dejado de dar pecho en forma exclusiva antes de los dos meses de edad. Comparando las categorías extremas, se observa que la madre en la categoría de mayor riesgo (Categoría VII) tiene una incidencia del daño de un 47% contra la de menos riesgo (Categoría I) que sólo tiene un 16%.

Sin considerar por ahora la consistencia lógica de cada uno de los puntajes asignados a la categoría de cada predictor, ni la posibilidad de incluir otros predictores como las analizados en secciones previas de este diagnóstico la posibilidad de mejorar la eficiencia del instrumento (en términos de especificidad y sensibilidad), mostraremos las implicaciones del uso de un instrumento de este tipo, en estrategias de intervención selectivas, en relación al problema de lactancia materna.

Según el Cuadro N° 8, si se interviniera por ejemplo en forma selectiva y preventiva a las parturientas de 35 o más puntos (203 madres de las categorías VI y VII o sólo a 27% del total) con técnicas 100% eficaces, se lograría disminuir el destete precoz de 93 niños o en un 37%.

En cambio, si la intervención no fuera selectiva y se interviniera al azar a un grupo equivalente también al 27% del total de parturientas, se evitaría el daño en 67 niños

(\*\*) C. Pereda, J. Rodríguez, "Riesgo de sub y sobre utilización de servicios médicos en el Consultorio de Maipú (Departamento de Salud Pública, U. de Chile, 1973); C. Pereda, "Un método de pesquisa de riesgo de incumplimiento de normas de salud (Departamento de Salud Pública, U. de Chile, 1976); C. Pereda "Metodología de diagnóstico de riesgo, para un programa de investigaciones en lactancia materna de la Organización Mundial de la Salud (Informe de Consultoría a la OMS/Ginebra, 1978); C. Pereda "Ensayo de un sistema de vigilancia continua de familias vulnerables a la desnutrición" (Memoria de Seminario de interrelación entre población, desnutrición y subdesarrollo. INCAP/OPS Guatemala, 1979).

**GRAFICO 3**

**EJEMPLO DE INSTRUMENTO TENTATIVO DE PESQUISA DE RIESGO DE DESTETE PRECOZ (\*)**

		<b>PUNTAJES PARCIALES</b>	
<b>1. Edad de la embarazada:</b>			
	19 o menos años	4	<input type="text"/> a
	20 - 24 años	0	
	25 - 34 años	11	
	35 y más	23	
<b>2. Paridad:</b>			
	1 hijo previo	6	<input type="text"/> b
	2 a 3 hijos	2	
	4 y más	18	
<b>3. Patología durante el embarazo:</b>			
	con patología	10	<input type="text"/> c
	sin patología	5	
<b>4. Tipo de parto:</b>			
	cesárea	2	<input type="text"/> d
	sin cesárea	7	
<b>5. Peso de nacimiento:</b>			
	Menos de 2.500 gramos	17	<input type="text"/> e
	2.500 a 3.499 gramos	3	
	3.500 y más	10	
Suma de a+b+c+d+e = PUNTAJE TOTAL DE RIESGO		<input type="text"/>	

(\*) Este instrumento está destinado a predecir riesgo de destete precoz en parturientas solamente, ya que incluye variables relacionadas con el parto y el recién nacido,

la suma de los puntajes parciales para cada madre da un Puntaje Total de Riesgo que mientras más alto sea, mayor riesgo de destete precoz implica.

**CUADRO 8**

**VALIDEZ DEL INSTRUMENTO TENTATIVO DE PESQUISA DE RIESGO DE DESTETE PRECOZ, V REGION DE SALUD. 1979 (\*)**

Categoría de Riesgo (Puntaje de Riesgo)	% con daño (0 a 1 de LM) %	Nº y % acumulado de niños con daño		Nº y % acumulado de niños en cada categoría	
		Nº	%	Nº	%
VII. 45 ó más puntos	47	43	17	91	12
VI. 35 - 44 puntos	45	93	37	203	27
V. 30 - 34 puntos	39	139	56	322	43
IV. 26 - 29 puntos	39	184	74	438	58
III. 24 - 25 puntos	26	217	87	565	75
II. 21 - 23 puntos	19	235	94	660	88
I. 12 - 20 puntos	16	250	100	752	100
<b>TOTAL DE CASOS</b>	<b>33%</b>				

(\*) Si se considera que las Categorías VII y VI solamente tendrán el daño de destete precoz, la Sensibilidad es de

37%, la Especialidad es de 78% y el Valor hedictivo positivo es de 46%.

( $203 \times 0.33 = 67$ ) o sea, se disminuiría el riesgo en sólo un 27%. Los beneficios que se obtienen son entonces obviamente mayores, cuando se interviene en forma selectiva sólo a los grupos de mayor riesgo de destete precoz. El único costo adicional que se debe contemplar, es el de aplicar un instrumento de pesquisa muy simple a todas las parturientas. Con técnicas estadísticas más eficientes y agregando otros predictores como puede llegar a un instrumento más eficiente y los beneficios de éste serán mayores, de utilizarse en la prevención del riesgo de destete precoz.

Creemos que los resultados del presente diagnóstico, respecto a la actitud y conducta del equipo de salud, los problemas relaciona-

dos con la lactancia que tienen mayor impacto en la incidencia del daño, y las características de las madres asociadas con el mayor riesgo de destete precoz, servirán para mejorar la eficacia y eficiencia de las actividades tendientes a promover al máximo la duración de la lactancia materna.

Creemos también que el impacto de éstas se puede optimizar, si se aplica ampliamente el enfoque de riesgo en todos y cada uno de los niveles operacionales a que hemos hecho mención en este documento: pesquisa de Regiones, de sectores geográficos, de establecimientos, de embarazadas, parturientas y nodrizas de alto riesgo de destete precoz.