

I. Introducción

El informe final de la Encuesta Nacional de Salud de Demografía Materno Infantil (ENDEMAIN) realizada en el año 2004 (ENDEMAIN, 2004), demuestra que las prácticas de lactancia materna en el Ecuador son inadecuadas y no responden a las recomendaciones internacionales a Organización Mundial de la Salud (OMS) (OMS, 2001), la Academia Americana de Pediatría (AAP) (AAP, 2005), la Academia Española de Pediatría (Comité de Lactancia Materna, 2008) y de otras organizaciones como la Asociación Australiana de Lactancia (Australian Breastfeeding Association, 2009) que, en base a sólida evidencia científica, han dedicado muchos esfuerzos y recursos para protegerla y fomentarla. Algunos datos relevantes muestran que la duración promedio de la lactancia materna total es de 16.2 meses, aún cuando la recomendación es de 24 meses o más; la lactancia exclusiva es de solamente 2.7 meses, aún cuando se indica un tiempo de duración de 6 meses de edad y sólo es recibida por el 39.6 de los bebés menores de seis meses en el Ecuador, ya sea exclusivamente o mixta (alternada con fórmula) en su mayoría (ENDEMAIN, 2004). Los resultados tampoco reflejan los compromisos adquiridos por parte del estado a través de la firma del Código de Sucedáneos de la Leche materna redactado en 1981 y ratificado en el 2002, ni a su propia legislación (LEY DE FOMENTO APOYO Y PROTECCIÓN A LA LACTANCIA MATERNA, 1995; International Baby Food Action Network (IBFAN), WHO/United Nations Children's Fund/UNICEF, 1981; Asamblea Mundial de la Salud, 2002).

Las prácticas alimenticias al inicio de la vida juegan un papel muy importante en la salud de una persona. En los primeros seis meses de vida del bebé, la leche materna es el único alimento que éste necesita para su crecimiento y desarrollo físico y emocional (Jelliffe & Jelliffe, 1990), no sólo por su composición sino también por el vínculo afectivo que se establece durante el proceso de amamantamiento entre una madre y su bebé, a través de una experiencia especial, singular e intensa tanto para el lactante como para la mamá. Hay extensa evidencia científica que demuestra que la leche materna tiene beneficios exclusivos para los bebés, sus madres, sus familias y la sociedad; estos incluyen beneficios de salud, nutricionales, inmunológicos, gastrointestinales, de desarrollo, psicológicos, sociales, económicos, ambientales e intelectuales (AAP, 2005).

La Organización Mundial de la Salud (World Health Organization/WHO, 2003), la Academia Americana de Pediatría (AAP, 2005), el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría (Comité de Lactancia Materna, 2008), la Asociación Australiana de Lactancia Materna (Australian Breastfeeding Association, 2009), recomiendan la alimentación exclusiva con leche materna durante los primeros 6 meses de la vida del niño y la continuación del amamantamiento junto con las comidas complementarias, propias de la edad, hasta los 2 años de edad o más. (AAP, 2005; WHO, 2003).

Las principales causas de muerte en el mundo se asocian a una alimentación deficiente o inadecuada; la frecuencia cada vez mayor de las grandes situaciones de emergencia, la pandemia del VIH/SIDA, la complejidad de los modos de vida

modernos, junto con la divulgación constante de mensajes contradictorios y las costumbres cambiantes con respecto a la lactancia natural, hacen que resulte complicado satisfacer las necesidades nutricionales de los lactantes y de los niños pequeños (OMS, 2001; Organización Panamericana de Salud/OPS, 2003). De hecho, se sabe que aproximadamente 1.5 millones de niños alrededor del mundo siguen muriendo cada año como resultado de una alimentación inapropiada; menos del 35% de los lactantes de todo el mundo se alimentan exclusivamente de leche materna durante los 4 primeros meses de vida y, se sabe que las prácticas de alimentación complementaria adecuadas, descritas en la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño (OMS, 2001), son, con frecuencia, escasas.

A pesar de toda la evidencia científica disponible que sustenta los beneficios de la lactancia materna y de recomendaciones de organizaciones Internacionales, en el Ecuador, de acuerdo a la encuesta nacional (ENDEMAIN, 2004), sólo el 39.6% de los niños menores de 6 meses reciben lactancia exclusiva. La complementación alimentaria a la lactancia ocurre más temprano que lo recomendado. El 18.4% de los niños menores de seis meses de edad recibe lactancia predominante (consumo de agua u otros líquidos, excluyendo otras leches). Al acumular estos porcentajes con los de la lactancia exclusiva, el 58% de los menores de seis meses de edad reciben lactancia completa, el resto no reciben leche materna o recibe otros alimentos no recomendados para los niños en esas edades.

El 51.8% de los niños de 0 a 2 meses de edad recibe lactancia materna exclusiva y de estos, únicamente el 34% iniciaron dentro de la primera hora de nacidos. En

el grupo de 3 a 5 meses cumplidos, el porcentaje se reduce considerablemente hasta el 27.7%. Los suplementos más comunes utilizados durante los primeros dos meses de edad son: otras leches (26.0%) o solamente agua (16.9%), pero ya en el grupo de 3 a 5 meses se añaden los purés o alimentos sólidos (26.1%) y, se repiten otras leches (19.0%). Algunos niños siguen recibiendo leche materna hasta los 12 y 14 meses de edad. El promedio de edad de lactancia exclusiva es de 2.7 meses, con un incremento de 0.5 meses entre 1999 y 2004. Es importante destacar que se puede observar una mayor duración de lactancia exclusiva entre las mujeres más pobres (3.4 meses) y las más ricas (3.1 meses) y una menor frecuencia en estratos medios (ENDEMAIN, 2004).

Adicionalmente, es necesario recalcar que sólo el 41.2% de las madres recibió consejería sobre lactancia materna (ENDEMAIN, 2004); este dato es muy importante ya que una de las razones para que la lactancia no se practique adecuadamente puede ser la falta de información al respecto y el desconocimiento de los múltiples beneficios para la madre y el niño que esta representa.

Es evidente que existen algunas contraindicaciones absolutas para la lactancia materna, sin embargo, en la práctica, son muy pocas. Ante cualquier situación que pueda plantear dudas, siempre se debe realizar una valoración individualizada, considerando los grandes beneficios de la alimentación con leche materna frente a los posibles riesgos. Si se considera necesaria la interrupción temporal de la lactancia, se aconsejará a la madre que vacíe con frecuencia las mamas, de forma manual o con sacaleches, para mantener la producción de leche y poder

reanudar la alimentación al pecho sin problemas. Entre las principales contraindicaciones encontramos la infección por HIV (Lawrence & Lawrence, 2007) , infección por el virus de la leucemia humana de células T (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia/UNICEF, 2005), galactosemia (Giovannini *et al.*, 2001), deficiencia primaria congénita de lactasa (González-Hachero, 2001) y uso de algunos fármacos o drogas.

Con todo este conocimiento como antecedente, se diseñó el presente estudio con el fin de establecer, mediante la metodología de investigación cualitativa, el factor o factores que determinan que las prácticas de lactancia materna en el Ecuador sean inadecuadas.

II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

A. Metodología de Investigación Cualitativa y Estudios Cualitativos de Lactancia Materna

La investigación cuantitativa es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos con los que se miden la dimensión de los problemas; existen ya en Ecuador estudios cuantitativos referentes a lactancia materna, de hecho, la encuesta ENDEMAIN es una de las principales fuentes bibliográficas de la presente investigación (ENDEMAIN, 2004). A diferencia de la metodología cuantitativa, la investigación cualitativa evita la cuantificación (Pita & López, 1998). Los investigadores cualitativos hacen registros narrativos de los fenómenos que son estudiados mediante técnicas como la observación participante y las entrevistas no estructuradas, además de grupos focales. La diferencia fundamental entre ambas metodologías es que la cuantitativa estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas y la cualitativa lo hace en contextos estructurales y situacionales (Strauss, 1987). La investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica; el por qué de un fenómeno específico. La investigación cuantitativa trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede. Tras el estudio de la asociación o correlación pretende, a su vez, hacer inferencia causal que explique por qué las cosas suceden o no de una forma determinada.

Las diferencias más ostensibles entre ambas metodologías se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1: Investigación Cuantitativa vs. Cualitativa (Cabrero & Richart 1996).

CUALITATIVA	CUANTITATIVA
Centrada en la fenomenología y la comprensión	Basada en la inducción probabilística del positivismo lógico
Observación naturista sin control	Medición penetrante y controlada
Subjetiva	Objetiva
Inferencia de sus datos	Inferencia más allá de sus datos
Exploratoria, inductiva y descriptiva	Confirmatoria, inferencial, deductiva
Orientada al proceso	Orientada al resultado
Datos ricos y profundos	Datos sólidos y repetibles
No generalizable	Generalizable
Holista	Particularista
Realidad dinámica	Realidad estática

En general, los métodos cuantitativos son muy potentes en términos de validez externa ya que con una muestra representativa de la población hacen inferencia a dicha población a partir de una muestra, con una seguridad y precisión definida. Por tanto una limitación de los métodos cualitativos es su dificultad para generalizar (Pita & Pértegas, 2002).

Hoy en día hay un predominio claro de la investigación cuantitativa en relación a la cualitativa. El seleccionar una u otra metodología puede depender de diferentes planteamientos: ¿Se busca la magnitud o la naturaleza del fenómeno?, ¿Se busca un promedio o una estructura dinámica?, ¿Se pretende descubrir leyes

o comprender fenómenos humanos?.

El empleo de ambos procedimientos cuantitativos y cualitativos en una investigación probablemente podría ayudar a corregir los sesgos propios de cada método, pero el hecho de que la metodología cuantitativa sea la más empleada no es producto del azar sino de la evolución del método científico a lo largo de los años. Se cree que, en ese sentido, la cuantificación incrementa y facilita la comprensión del universo que nos rodea y ya mucho antes de los positivistas lógicos o neopositivistas, Galileo Galilei afirmaba: "mide lo que sea medible y haz medible lo que no lo sea" (Pita & Pértegas, 2002).

La metodología cualitativa de investigación es una herramienta importante que en la actualidad se utiliza para responder a preguntas de fenómenos humanos que los estudios cuantitativos no pueden responder y para ampliar los conocimientos basados en evidencia utilizados en la práctica clínica, en medicina, nutrición y carreras afines (Barbour, 1999).

En Inglaterra, por ejemplo, se han realizado numerosos estudios con enfoque cuantitativo, que por supuesto, han sido muy importantes para el conocimiento de factores sociodemográficos y ginecológicos relacionados con el tema de lactancia materna (The Information Centre, 2005), sin embargo, algunos científicos como Earle (2002) han evaluado la necesidad de un estudio cualitativo para determinar experiencias personales y percepciones que podrían permitir conocer el por qué de estas prácticas. Es importante anotar que Inglaterra es un país cuya tasa de lactancia es una de las más bajas en países desarrollados. Earle determinó, por

medio de investigación cualitativa, que la decisión de dar de lactar o no es tomada antes de cualquier contacto con el personal médico y que, aún cuando los niveles de conocimiento son los adecuados, no son un factor determinante en las prácticas alimenticias para los recién nacidos. De la misma forma, se encontró también en las madres una necesidad intrínseca de poder separar la identidad de la madre más allá de ser “sólo madre”; estos resultados pueden ser muy útiles al momento de diseñar cualquier tipo de intervención para modificar las prácticas actuales (Earle, 2002).

En Australia, las investigadoras Schmied y Lupton (Schmied & Lupton, 2001), evaluaron, por medio de investigación cualitativa, la percepción individual de la lactancia materna, independiente de los beneficios que supone. En este estudio se pretendió estudiar la relación madre-hijo, la conectividad y la interdependencia. Los resultados mostraron que, aún cuando las madres conocen que la lactancia materna es beneficiosa tanto para ellas como para el niño y que el vínculo se crea automáticamente, para algunas supone una experiencia desagradable y confusa que interfiere con la autonomía y la identidad propia de cada mujer. Los resultados de este estudio son muy importantes y pueden ser utilizados para que el personal sanitario encargado de consejería de lactancia materna explique a las madres que sentir que la lactancia es una experiencia desagradable y confusa puede ser normal y así evitar en ellas tengan sentimientos de culpa y rechazo.

Otro estudio cualitativo realizado en Londres (Hoddinott & Pill, 1999) demostró que la decisión de dar de lactar no depende del conocimiento que se tiene acerca de la lactancia materna, sino, depende de experiencias previas exitosas o fallidas,

propias o ajenas. Es decir, las mujeres que habían visto a otras mujeres dar de lactar en público, por ejemplo, eran más renuentes a dar de lactar que aquellas que lo habían hecho antes de manera exitosa.

En Irlanda se determinó, por medio de investigación cualitativa, que las principales barreras para la lactancia materna se relacionaban con una restricción de la libertad e independencia de la madre, en regreso al trabajo, la vergüenza de la lactancia pública y el aislamiento (Stewart-Knox *et al.*, 2003). El diálogo sugirió que la lactancia materna lleva a una exclusión social y a una dificultad para mantener la vida cotidiana.

Estos y otros resultados de estudios cualitativos son muy útiles a la hora de diseñar programas de protección y fomento de la lactancia materna ya que no nos dicen solamente cuantas mujeres dan o no de lactar, como hacen los estudios cuantitativos, sino que también nos permite conocer a profundidad por qué unas mujeres cuidan esta práctica y otras la rechazan. Los investigadores que conocen y manejan la metodología cualitativa tienen una gran ventaja y grandes probabilidades de tener éxito a la hora de diseñar programas de intervención.

B. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1) Composición de la leche materna

La composición de la leche materna varía según la etapa de la lactancia que depende básicamente del período transcurrido desde el parto; es importante distinguir el precalostro, el calostro, la leche de transición y la leche madura.

El precalostro es secreción mamaria producida durante el tercer trimestre de gestación y está compuesta por plasma, sodio, cloro, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina y algo de lactosa (Lawrence & Lawrence, 2007).

El calostro se secreta durante los primeros días luego del parto. Es un fluido espeso y amarillento debido a la alta concentración de beta carotenos. Su volumen puede variar entre 2 a 20 mL por toma en los 3 primeros días. Esto es suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. Tiene 67 kcal /100 mL. El calostro tiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas A, E, K, ácido siálico, colesterol y algunos minerales (sodio, hierro, zinc, azufre, potasio, manganeso, selenio) en comparación con la leche madura. El calostro es fundamental para los primeros días del bebé, debido a alta cantidad de factores de defensa (inmunoglobulinas A, lactoferrina, linfocitos, macrófagos, entre otros) que favorecen al sistema inmune del bebé, evitando la adherencia de microorganismo patógenos en el tubo digestivo y facilitando la colonización del

lactobacillus bifidus. Así mismo contiene numerosas enzimas que ayudan al sistema digestivo, facilitando la evacuación del meconio, lo que evitará la hiperbilirrubinemia en el recién nacido (color amarillento al nacer-ictericia neonatal) (Lawrence & Lawrence, 2007).

Posteriormente se secreta la leche de transición que se produce entre el cuarto y el décimo quinto día de posparto. Se observa un aumento del volumen progresivo hasta llegar alrededor de 600- 700 mL/día entre el 8 y 15 día posparto. Esto puede variar según la madre. Finalmente se produce la leche madura a continuación de la leche de transición. Se secreta en promedio alrededor de 700- 900 mL/día durante los 6 meses posteriores al parto para luego descender a 500 mL/día durante los 6 meses siguientes. Los principales componentes de la leche materna madura son: proteínas, agua, lactosa, grasa, minerales y vitaminas. Su pH es de 7 (neutro) y su aporte energético está entre 70 a 76 Kcal/dL (100mL o 3.5 onzas) (Lawrence & Lawrence, 2007).

Esta diferenciación en la composición de la leche se da debido a un proceso de adaptación que esta sufre con el fin de asegurar al niño los nutrientes y sustancias activas que necesita en las diferentes etapas de su crecimiento en los dos primeros años de vida. Estas características tan importantes hacen que la leche materna difiera de la leche de vaca.

Algunas de estas diferencias sustanciales entre la leche madura, el calostro y la leche de vaca, se describen en la Tabla 2.

Tabla 2: Composición de Calostro, Leche Madura y Leche de Vaca

(Torresani, 2008)

Componente por litro	unidad de medida	LECHE HUMANA			Vaca
		Calostro	Transición	Madura	
		5 primeros día	6-15 posparto	15d a 15 mes posparto	
Calorías	Kcal	585	636	731	660
Proteína	g	22,9	15,9	10,6	32,4
Carbohidratos	g	57	64	71	47
Lípidos	g	29,5	35,2	45	38
Colesterol	mg	280	241	139	110
MINERALES					
Sodio	g	0,5	0,29	0,17	0,76
Potasio	g	0,74	0,63	0,51	1,43
Calcio	g	0,48	0,46	0,34	1,37
Magnesio	g	0,04	0,03	0,03	0,13
Fósforo	g	0,15	0,19	0,14	0,91
OLIGOELEMENTOS					
Hierro	mg	1	0,59	0,5	0,45
Cobre	mg	1,34	1,04	0,51	0,1
Manganeso	mg	Indicios	Indicios	Indicios	0,02
Cinc	mg	5,59	3,82	1,18	3,9
Flúor	mg	0,13	*	0,1	*
Yodo	mg	*	*	0,06	0,11
Selenio	mg	*	*	0,021	0,04
VITAMINAS					
Vitamina A	mg	1,61	0,88	0,61	0,27
Tiamina	mg	0,019	0,059	0,142	0,43
Riboflavina	mg	0,3	0,36	0,37	1,56
Vitamina B6	mg	*	*	0,18	0,51
Ácido nicotínico	mg	0,75	1,75	1,83	0,74
Vitamina B12	g	0,45	0,36	Trazas	6,6
Ácido Fólico	g	0,5	0,2	1,4	1,3
Biotina	g	*	*	2	22
Ácido pantoténico	mg	1,8	2,8	2,4	3,4
Ácido ascórbico	mg	72	71	52	11

* No medible

Es muy importante reconocer que la leche materna no es simplemente un líquido, en efecto, se la considera un tejido vivo. Contiene células provenientes de la sangre materna: linfocitos T y B, macrófagos, mastocitos y células epiteliales en concentración aproximada de 4000 por milímetro cúbico. Estas células son responsables de las respuestas inmunológicas y anti-infecciosas mediadas por

células, de la síntesis de lactoferrina, lisozina, complemento y prostaglandinas. Almacenan y liberan IgA e interferón (Lawrence, 1994).

Las células no son destruidas en el tracto gastrointestinal del bebé y conservan toda su capacidad fagocítica durante los primeros 28 días de vida (Ronayne de Ferrer, 1993). La concentración celular es mayor en el calostro y decrece a los 4 ó 5 días. En el bebé recién nacido son las células y las inmunoglobulinas maternas las responsables de protegerlo de la sobre-estimulación antigénica (Cunningham *et al.*, 1991).

La leche humana contiene proteínas, azúcares, grasas, minerales, vitaminas, hormonas y enzimas que se encuentran en la concentración ideal para el óptimo crecimiento del bebé y en la exacta proporción entre los componentes, todo en relación a la edad del niño, lo que implica menor sobrecarga renal y cardiaca para el niño (situación diferente si es alimentado con otras leches) (Ronayne de Ferrer, 1993).

Existen en la leche materna elementos esenciales que el bebé aún no está capacitado para sintetizar y que no recibiría de otra fuente (taurina, ácidos grasos, hormonas, enzimas). Algunos de estos se pueden observar en la tabla 3.

Tabla 3: Composición de Nutrientes de la Leche materna (Comisión de Lactancia: Minsal/UNICEF, 1995)

NUTRIENTE	Madura	Calostro	Vaca
Agua (mL)	88	87	88
energía (kcal)	70	58	69
Lactosa (g/100mL)	7,3	5.3	4.8
Nitrógeno total (mg/100 mL)	171	360	550
Nitrógeno Proteico (mg/100 mL)	129	313	512
Nitrógeno no proteico (mg/100 mL)	42	47	32
Proteínas totales (g/100mL)	0.9	2.3	3.3
Caseína (g/100 mL)	0.25	**	2.73
Lactoalbúmina (g/100 mL)	0.26	0.16	0.11
Lactoferrina (g/100 mL)	0.17	0	0.36
Lisozima (g/100 mL)	0.05	**	Trazas
IgA (g/100 mL)	0.14	0.36	Trazas
Grasas totales (g/100 mL)	4.2	2.9	3.8
Ácido linoleico % de la grasa	8.3%	6.8%	1.6%
Colesterol (mg/100 mL)	16	28	**
Calcio (mg/100 mL)	28	**	125
Fósforo (mg/100 mL)	15	**	96
Taurina (mg/100mL)	8	**	

**No medible

Una lista completa de las hormonas de la leche incluiría: ocitocina, prolactina, esteroides suprarrenales y ováricos, prostaglandinas y otras como: GnRH (hormona liberadora de gonadotropina), GRF (factor de liberación de hormona del crecimiento), insulina, somatostatina, relaxina, calcitonina y neurotensina, que se encuentran en la leche en niveles mayores que los de la sangre materna y la TRA (hormona de liberación de la tirotropina), TSH (hormona tiroideo estimulante), tiroxina, triiodotironina y eritropoyetina, en niveles menores que los del suero materno. La liberación de hormonas puede estar influenciada por componentes de la leche como las betacaseomorfinas humanas, péptidos opioides que pueden afectar el sistema nervioso central neonatal (Comisión de Lactancia: Minsal/UNICEF, 1995).

Las múltiples enzimas de la leche materna tienen diversas funciones. Algunas reflejan los cambios fisiológicos que ocurren en las mamas; otras son importantes para el desarrollo neonatal (enzimas proteolíticas, peroxidasa, lisozima, xantino-oxidasa) y otras aumentan las enzimas digestivas propias del infante (alfa-amilasa y lipasa estimulada por sales biliares). Muchas de ellas se encuentran en concentraciones más altas en el calostro que en la leche madura. La lisozima es bacteriolítica contra bacterias gram positivas y puede proteger contra algunos virus. Hay enzimas que tienen funciones inmunológicas directas y otras que pueden actuar en forma indirecta, promoviendo la maduración celular (Comisión de Lactancia: Minsal/UNICEF, 1995).

Muchas propiedades importantes y propias de la leche humana se deben a sus proteínas. Ocho de los veinte aminoácidos presentes en la leche son esenciales y provienen del plasma de la madre. El epitelio alveolar de la glándula mamaria sintetiza algunos aminoácidos no esenciales. La taurina, por ejemplo, es un importante aminoácido libre de la leche materna, que el recién nacido no es capaz de sintetizar. Es necesario para conjugar los ácidos biliares y como posible neurotransmisor o neuromodulador del cerebro y la retina. La cistina es otro aminoácido que está combinado con la metionina en una proporción de 2:1, específica para la leche humana (Comisión de Lactancia: Minsal/UNICEF, 1995).

Las proteínas de la leche materna se clasifican en: proteínas del suero (60%) y caseína (40%). La caseína forma un coágulo más blando y digerible y su

concentración es menor que en la leche bovina. Es considerada una pro-hormona con acción inmunomoduladora. Libera un componente que participa en el crecimiento *Lactobacillus bifidus*, de importancia para la formación de la microbiota intestinal.

La proteína de mayor concentración del suero lácteo es la alfa lactalbúmina, esta posee un alto valor nutritivo, con componentes adecuados a los requerimientos del neonato. La lactoferrina, que es una proteína que compite con las bacterias por el hierro que ellas necesitan, determina una acción bacteriostática, especialmente contra *la E. coli*. Se encuentra en menor concentración en madres desnutridas (Huffman & Combest, 1990).

Las inmunoglobulinas son las responsables principales de la inmunidad humoral. Están presentes los treinta componentes identificados hasta el momento, dieciocho de ellos se hallan asociados a proteínas séricas humanas, el resto está exclusivamente en la leche. En el calostro, las IgA e IgM tienen concentraciones de 364 mg en 100 ml comparada con la leche madura que posee una concentración de 142 mg en 100 ml. No ocurre lo mismo con la IgG. (Riordan, 2005).

Existe una conexión enteromamaria: el antígeno entra en contacto con el intestino, sensibiliza el sistema linfático local, los linfocitos se vierten a la

circulación enteromamaria hasta la glándula mamaria donde comienzan a formar anticuerpos (inmunoglobulinas). Un proceso similar ocurre con los antígenos ambientales que se relacionan con procesos respiratorios (Ronayne de Ferrer, 1993). El neonato inmunológicamente inmaduro al tomar calostro recibe inmunidad contra antígenos ambientales a los que está expuesto. Se han descubierto hasta el momento anticuerpos específicos contra: *Escherichia coli*, *Vibrio cholerae*, *Salmonella typhimurium*, *Shigella*, estreptococos grupo B, neumococos, *Klebsiella pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, rotavirus, virus sincitial respiratorio, virus de polio y de rubéola (Ronayne de Ferrer, 1993). La leche humana es el único alimento que provee enzimas para ser digerido, y posee actividad inhibitoria para las mismas. Tal es el caso de la lipasa dependiente de las sales biliares, importante por el alto grado de absorción de grasas que realiza el neonato (Lawrence, 1994).

De los hidratos de carbono la lactosa es predominante. La lactosa es un disacárido cuya única fuente es la leche y es sintetizada en la glándula mamaria. Su función principal es provisión de energía. Favorece el crecimiento de la microbiota acidófila junto al factor bífido (Ronayne de Ferrer *et al.*, 2006).

En relación a las grasas de la leche materna, estas constituyen del 40 al 50% de las calorías totales que recibe el bebé (Lawrence & Lawrence, 2007). Se le atribuyen funciones inmunológicas e intervienen en la formación de la mielina. El perfil de ácidos grasos varía con la dieta. Existen ácidos grasos saturados (45%)

e insaturados (55%). Los poli-insaturados son importantes para la estabilidad de las membranas y la síntesis de prostaglandinas (Lawrence, 1994). Algunos de estos ácidos grasos recientemente se han adicionado a algunas fórmulas lácteas para recién nacidos y prematuros estableciéndose entonces que el patrón alimentario por excelencia es la leche materna a la que las leches de fórmula pretenden semejarse.

Un neonato a término, hijo de madre bien nutrida tiene reservas de vitaminas y minerales. La concentración en la leche de vitaminas A, B₁ (tiamina), B₂ (riboflavina), B₆ (piridoxina), B₁₂ (cianocobalamina) y de minerales yodo y selenio, depende de la dieta materna, no así de vitamina D, ácido fólico, calcio, hierro, cobre y zinc. La administración en la dieta o en suplementos tiene poco efecto sobre las concentraciones de estos micronutrientes en la leche materna. Estos micronutrientes mantienen sus concentraciones en la leche materna a través de los depósitos que tenga la madre almacenados en su organismo (Lawrence, 1994).

En relación a los minerales, es importante conocer que la relación calcio - hierro de 2:1, es la adecuada para el neonato humano. El aporte de sodio, cloro y potasio es menor que en otras leches. El calcio, magnesio, cobre, hierro y zinc son de alta biodisponibilidad (Ronayne de Ferrer *et al.*, 2006).

La proteína de la leche humana es específica para los seres humanos por tanto, no es alergénica a diferencia de la leche de vaca que dentro de los dieciocho días de tomarla el niño, comienza a desarrollar anticuerpos y puede producir un cuadro clínico que puede ser severo (Cunningham *et al.*, 1991).

2) Beneficios Para la Salud del Niño

El inicio de la nutrición de los seres humanos es fundamental porque define su bienestar integral futuro en casi todos sus aspectos. La leche materna es el único alimento que un bebé, hasta los seis meses de edad, necesita para su crecimiento y desarrollo (Jelliffe & Jelliffe, 1990). La leche materna no sólo provee de los nutrientes específicos que el niño necesita, sino también favorece a la creación de un importante vínculo afectivo del bebé con su madre. Este vínculo y la fuente de nutrientes y elementos funcionales de la leche materna, constituyen un pilar fundamental del desarrollo y crecimiento físico y emocional del niño a futuro. La leche materna proporciona además beneficios exclusivos para los niños, sus madres, sus familias y la sociedad; entre estos se describen beneficios nutricionales, inmunológicos, gastrointestinales, de desarrollo, psicológicos, sociales, económicos, ambientales (ya que no requiere ningún empaque ni procesamiento que pueda dañar el medio ambiente) e intelectuales, debido a que se sabe que los niños amamantados poseen un coeficiente intelectual más alto que aquellos que han recibido leche de fórmula (AAP, 2005). La leche materna contiene todo lo que el niño necesita durante los primeros meses de la vida.

Protege al niño frente a muchas enfermedades infecciosas, crónicas, inmunológicas, entre otras (Heinig, 2001).

Como es bien conocido, las enfermedades infecciosas se encuentran dentro de las primeras causas de muerte infantil de los países en desarrollo. En estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, se determinó que las principales causas de muerte en niños menores de un año en América Latina y El Caribe son: a) infecciones, b) anomalías congénitas, c) causas perinatales y d) síndrome de muerte súbita (WHO, 2007). Es decir, que algunas de las principales causas de muerte infantil en países en desarrollo podrían ser fácilmente prevenidas con sólo fomentar el consumo de leche materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.

En un estudio prospectivo, observacional realizado en Bangladesh a 1677 niños (Arifeen *et al.*, 2001), se estableció que los niños que no lactaron presentaron 2.23 veces más riesgo de desarrollar enfermedades respiratorias infecciosas y diarreicas.

Entre las patologías infecciosas de las cuales la leche materna puede proteger al niño se incluye: meningitis bacteriana, bacteriemia (Cochi *et al.*, 1986), que, en el Ecuador, es la sexta causa de muerte de los niños menores de 1 año (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos/INEC, 2005), diarrea (Dewey *et al.*, 1995; Kramer, 2003), que en el Ecuador es la novena causa de muerte de niños menores de 1 año (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos/INEC, 2005). Un

estudio realizado por la OMS para las naciones menos industrializadas demostró un promedio del triple de riesgo de diarrea para los bebés que toman fórmula (WHO, 2000). El riesgo en China (Fu *et al.*, 2000) e Israel (Palti *et al.*, 1984) se reporta que es un poco menos del triple, en Escocia (Wilson *et al.*, 1998) el riesgo es cinco veces mayor, y en Canadá (Beaudry *et al.*, 1995) el riesgo es del doble.

El consumo de fórmula también se relaciona con mayor frecuencia de infecciones del tracto respiratorio (Blaymor, 2002). En el Ecuador la neumonía es la segunda causa de muerte de niños menores de 1 año y hay, por lo menos 4 causas más, relacionadas a patología infecciosa pulmonar, que se encuentra dentro de las diez primeras causas de muerte infantil (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos/INEC, 2005). Por otro lado, las infecciones respiratorias en los Estados Unidos son tres veces más frecuentes en los bebés que toman fórmula que en los amamantados (Levine *et al.*, 1999). El rango de muerte es a menudo aún mayor, como lo demuestran algunos de estos estudios; tanto la severidad como la frecuencia de presentación de las enfermedades respiratorias son considerablemente más altas una vez que ya se presenta el primer cuadro.

La enterocolitis necrotizante (Schanler, 1999), que en estadísticas del 2005, es la décima sexta causa de muerte infantil en el Ecuador, también muestra una correlación con el mal manejo en el consumo de fórmula. Los investigadores en el Reino Unido han confirmado que los infantes alimentados con fórmula mal manejada, desarrollan enterocolitis necrotizante de seis a diez veces más que los

bebés amamantados (Lucas & Cole, 1990). De hecho, la enterocolitis necrotizante es uno de los diagnósticos para los cuales se prescribe regularmente leche materna sea de la madre o de un donante; este efecto se ha evidenciado en instituciones que cuentan con Bancos de Leche Humana (Undegrove, 2004).

Entre otras infecciones, los estudios demuestran mayor incidencia de otitis media (Dewey *et al.*, 1995), infecciones del tracto urinario (Pisacane *et al.*, 1992) y sepsis en bebés prematuros (Schanler *et al.*, 1999) en niños alimentados con fórmula.

Un estudio llevado a cabo en el Hospital de la Universidad de George Washington en bebés prematuros y/o de bajo peso al nacer, encontró 2,5 más veces de infecciones entre los infantes que toman fórmula en la unidad de cuidado intensivo que los que reciben leche humana (Hylander *et al.*, 1998). Otro estudio en el Centro Médico de la Universidad de Georgetown, también encontró más del doble de infecciones en bebés de muy bajo peso al nacer que no reciben leche materna (El-Mohandes *et al.*, 1997).

De la misma manera, existe estudios que sugieren que la lactancia materna protege al bebé del síndrome de muerte súbita del lactante (Horne *et al.*, 2004), que en datos de la OMS, es la quinta causa de muerte en Latinoamérica y El Caribe (WHO, 2007). Los estudios han encontrado un riesgo cinco veces mayor

de muerte para los bebés norteamericanos que toman fórmula (Hauck *et al.*, 2003).

La lactancia materna también previene enfermedades futuras como la diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2 (Gerstein, 1994); algunos tumores de la infancia como el linfoma, la enfermedad de Hodgkin y la leucemia (Davis, 1998). La lactancia materna es también un factor protector para obesidad, sobrepeso e hipercolesterolemia (Armstrong & Reilly, 2002), la enfermedad de Crohn o la colitis ulcerosa, arterioesclerosis e infarto de miocardio en la edad adulta y favorece el desarrollo intelectual.

Es importante recalcar que entre las principales causas de muerte en los Estados Unidos y ahora también en algunos países en desarrollo, incluido el Ecuador, se encuentran las patologías relacionadas a consumo de fórmula antes mencionadas. Así, en los Estados Unidos de Norteamérica, las principales causas de muerte son: a) enfermedades cardíacas, b) cáncer, c) enfermedad cerebrovascular, d) enfermedades respiratorias crónicas, e) accidentes, f) diabetes mellitus y g) Alzheimer (National Center for Health Statistics/NCHS, 2004).

En Ecuador, donde presentamos una epidemiología de transición, las principales causas de muerte para el año 2004 fueron: a) enfermedad cerebro vascular, b) hipertensión arterial, c) diabetes mellitus, d) influenza y neumonía y e) enfermedades isquémicas del corazón (INEC, 2005). Estas patologías también

podrían ser prevenidas con la práctica de consumo de leche materna exclusiva hasta los seis meses de edad y continua hasta los dos años como lo recomienda la OMS o World Health Organization (WHO, 2001).

En relación al cáncer en la infancia, un estudio conjunto entre Estados Unidos y Canadá acerca de Neuroblastoma, un tipo de cáncer común de la infancia, reveló un riesgo del doble para los niños que no recibieron leche materna por más de un año (Daniels *et al.*, 2002). Este estudio es consistente con otros estudios de cáncer de la infancia en otras naciones (Bener *et al.*, 2001).

La relación de la mortalidad infantil con el consumo de fórmula, sobre todo cuando ésta está mal manejada ha sido estudiada y puede resumirse en la Tabla 4:

Tabla 4: Impacto Final de la Fórmula (Folden, 2004).

Causa de Muerte	Muerte de bebés actuales en EEUU (1999)	Riesgo Relativo para bebés que toman fórmula	Rango de muertes infantiles estimados para bebés amamantados	Muertes si todos fueran amamantados	Muertes si todos tomaran fórmula	Vidas salvadas si todos fueran amamantados
Anormalidad congénita	5500	1.5	1.1	4400	6600	1100
Prematurez	4500	2.5	0.643	2570	6430	1930
SIDS (Sudden Infant Death Syndrome)	2700	4	0.27	1080	4320	1620
Complicaciones de embarazo y parto	2400	1.25	0.533	2135	2670	270

3) Beneficios Para la Salud de la Madre

Los beneficios de la lactancia materna también se extienden a la madre. Las mujeres que amamantan pierden el peso ganado durante el embarazo más rápidamente ya que se ha comprobado que la oxitocina optimiza la transferencia de energía hacia la glándula mamaria (Lawrence & Lawrence, 2007). Otro beneficio importante, atribuido a esta hormona, es la disminución de la incidencia de anemia tras el parto ya que la oxitocina estimula la contracción uterina también disminuye el riesgo de hipertensión y depresión postparto. La osteoporosis y los cánceres de mama y de ovario son menos frecuentes en aquellas mujeres que amamantaron a sus hijos (American Academy of Pediatrics, 2005).

4) Beneficios Económicos

Desde otro punto de vista, la leche materna es un alimento ecológico puesto que no necesita fabricarse, envasarse ni transportarse con lo que se ahorra energía y se evita contaminación del medio ambiente. Según el Servicio de Investigación Económica de los Estados Unidos (United States Department of Agriculture, USD.A's, Economic Research Service, ERS) la lactancia materna puede ahorrar cerca de 3.6 billones de dólares en alimentación en un año en los EEUU, si la prevalencia de lactancia exclusiva hasta los seis meses de edad aumenta al 75% (Weimer, 2001; Ball & Wright, 1999). Además, debido a la menor incidencia de enfermedades, los niños amamantados ocasionan menos gasto a sus familias y

ala sociedad en medicamentos y utilización de servicios sanitarios y originan menos pérdidas por ausentismo laboral de sus padres. Estos resultados se basan en estudios epidemiológicos que relacionan a la lactancia materna con los riesgos de otitis media, gastroenteritis, y enterocolitis necrotizante solamente y los cálculos de los costos de su tratamiento.

Los ahorros debido a reducciones en los gastos médicos y el costo del tiempo dedicado por ambos padres se calcula en USD.. 0.5 mil millones por año; cifra que tiende a ser conservadora debido a que no se incluyen una serie de gastos relacionados con otras afecciones examinadas (diferentes de otitis media, gastroenteritis, y enterocolitis necrotizante), ni tampoco se incluyen muchas otras afecciones con consecuencias económicas, como son los efectos cognitivos y otras enfermedades infantiles, maternas y crónicas (Weimer, 2001).

En un estudio realizado en el Perú (Huffman *et al.*, 1992), país similar al Ecuador, se estimó que en el sector público se gastaron USD. 742300 en la promoción de la lactancia materna y USD. 463200 se originaron de las recaudaciones de la producción de fórmula infantil. Por otra parte, los gastos del sector público en los costos del cuidado de la salud asociados con una alimentación infantil inadecuada fueron los siguientes: USD. 946750 para el tratamiento de la diarrea y la infección respiratoria aguda; USD. 50400 para la alimentación institucional con biberón; USD. 541400 para la oxitocina y la glucosa; y USD. 35800 para el interés de la deuda externa en la importación de sucedáneos. En términos generales, las estimaciones conservadoras del gasto público asociados con una alimentación infantil insuficiente superaron los USD. 800000 por año.

Los costos de las prácticas de lactancia materna inadecuada fueron estimaciones derivadas de la “excesiva morbilidad y mortalidad.” Con la utilización de los riesgos relativos correspondientes a la diarrea y la infección respiratoria aguda asociados con la lactancia materna, frente a la alimentación con biberón, Huffman *et al.* (1992) calcularon un exceso de 7012 muertes debido a las prácticas inadecuadas de lactancia materna para estas dos enfermedades. El costo total del tratamiento de casos excesivos de diarrea e infección respiratoria aguda fue USD. 4'733750 (Huffman *et al.*, 1992).

El costo de alimentar con biberón a lactantes en instituciones públicas fue estimado en USD. 58660, el cual incluyó USD. 17700 correspondientes a la fórmula para recién nacidos y USD. 40960 correspondientes a la fórmula para lactantes hospitalizados. Los costos correspondientes a las pruebas de tolerancia oral con glucosa y a los derivados de la ergotamina, que probablemente no se requieran para los recién nacidos amamantados inmediatamente después de nacer, fueron estimados en USD. 541420. El interés del pago de la deuda externa en concepto de la compra de fórmula infantil, subvencionada por el gobierno suizo, fue USD. 35777. No se contabilizó el valor monetario de las muertes evitadas a través de las prácticas óptimas de alimentación infantil y los nacimientos evitados debido a la amenorrea por la lactancia (Huffman *et al.*, 1992).

Por todas estas razones y de acuerdo con la OMS, la AAP Y el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría, se recomienda la alimentación exclusiva con leche materna durante los primeros seis meses de la vida del niño y

continuar el amamantamiento junto con las comidas complementarias adecuadas hasta los dos años de edad o más" (OMS, 2001; AAP, 2005; Comité de lactancia Materna de la Academia Española de Pediatría, 2008).

La fórmula infantil fue creada para ser una herramienta para bebés, que por una razón de mucho peso fueran incapaces de ser amamantados como por ejemplo si su madre presenta infección por HIV (Lawrence & Lawrence, 2007) , infección por el virus de la leucemia humana de células T (UNICEF, 2004), o si el niño nace con galactosemia (Giovannini *et al.*, 2001) o deficiencia primaria congénita de lactasa (González-Hachero, 2001) y, finalmente si la madre usa de algún fármacos o drogas contraindicado (quimioterapia, medicamentos radioactivos o drogas ilegales). Sin embargo, la fórmula no cumple con todas las necesidades nutricionales y de inmunidad de los bebés, dejando su sistema inmunológico desprotegido.

El sistema inmunológico de un bebé tiene tres componentes: su propio sistema inmunológico inmaduro en desarrollo, un pequeño componente de inmunidad que pasa a través de la placenta durante el parto natural (y en menor grado durante un parto prematuro o por cesárea) y, el mas valioso, que es la "porción de vida", de células, que es pasada por la madre al niño a través de la leche materna. El alterar de alguna manera uno de estos 3 componentes disminuirá una estructura de soporte vital. El uso de la fórmula infantil duplica el riesgo de muerte para los

bebés norteamericanos (Folden, 2004). Muchos profesionales de salud pasan por alto esta información en la consulta médica, sin embargo, existen numerosas investigaciones científicas disponibles en cuanto a la mortalidad y morbilidad infantil en los Estados Unidos y a través del mundo relacionados a consumo de fórmula.

5) Legislación y Compromisos Nacionales e Internacionales

Existe un Código Internacional llamado Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna que norma la distribución, promoción y venta de fórmulas y sucedáneos de la leche materna (Internacional Baby Food Action Network, IBFAN, WHO/UNICEF, 1981; WHO, 2003), sin embargo, este no se cumple y la entidad encargada de su aplicación en el país que es el Consejo Nacional de Lactancia Materna (CONALMA) no funciona y en consecuencia no se cumplen sus asignaciones (LEY DE FOMENTO, APOYO Y PROTECCIÓN A LA LACTANCIA MATERNA, 1995).

El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (IBFAN, WHO/UNICEF, 1981; WHO, 2003), aprobado por todos los países en la Asamblea Mundial de la Salud en la Organización Mundial de la Salud en Génova en 1981 y ratificada en el 2003 (WHO, 2003) tiene por objeto: “Contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y eficiente, protegiendo y

promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución” (IBFAN, WHO/UNICEF, 1981; WHO, 2003).

Este código se aplica a: “la comercialización y prácticas relacionadas a los siguientes productos: sucedáneos de la leche materna, incluidas las preparaciones para lactantes; otros productos de origen lácteo, alimentos y bebidas, incluidos los alimentos complementarios administrados con biberón, cuando están comercializados o cuando de otro modo se indique que pueden emplearse, con o sin modificación, para sustituir parcial o totalmente a la leche materna; los biberones y tetinas. Se aplica asimismo a la calidad y disponibilidad de los productos antedichos y a la información relacionada con su utilización” (IBFAN, WHO/UNICEF, 1981; WHO, 2003).

El Código estipula que los materiales educativos o informativos acerca de la alimentación de lactantes, destinados a los profesionales de la salud, a mujeres embarazadas y a madres de bebés y niños pequeños, deben contener información clara sobre cada uno de los siguientes puntos (IBFAN, WHO/UNICEF, 1981; WHO, 2003):

- Los beneficios y la superioridad de la lactancia materna;

- La nutrición de la madre y la preparación para la lactancia materna y cómo mantenerla;
- El efecto nefasto de la alimentación parcial con biberón sobre la lactancia materna; y
- El uso correcto de las fórmulas infantiles, cuando proceda.

Cuando dichos materiales contienen información sobre el uso de fórmula infantil, deben incluir también:

- Una explicación de las consecuencias sociales y financieras del uso de fórmula infantil;
- Una descripción de los riesgos para la salud de una preparación incorrecta o de métodos de alimentación inapropiados; y
- Una explicación de los riesgos para la salud del uso innecesario o incorrecto de fórmula infantil o de otros sucedáneos de la leche materna.

Los materiales aludidos no deben contener imágenes o textos que puedan idealizar el uso de sucedáneos de la leche materna (IBFAN, WHO/UNICEF, 1981; WHO, 2003).

De acuerdo a Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (IBFAN, WHO/UNICEF, 1981; WHO, 2003), no debe haber publicidad ni otras formas de promoción comercial al público de los productos comprendidos en el alcance del Código. No debe haber, por lo tanto, publicidad en los locales de venta; no se deben dar muestras ni emplear otros métodos promocionales para inducir directamente al consumidor a comprar los productos, a nivel del comercio por detalle, tales como exposiciones especiales, cupones de descuento, primas, ventas especiales, ventas a pérdida y ventas vinculadas. El personal de comercialización no debe tener contactos directos o indirectos con mujeres embarazadas o con madres de bebés y de niños pequeños (IBFAN, WHO/UNICEF, 1981; WHO, 2003).

Los fabricantes y distribuidores no deben regalar a mujeres embarazadas o a madres de lactantes y de niños pequeños artículos o utensilios que pueden fomentar el uso de sucedáneos de la leche materna o de biberones. No se deben ofrecer incentivos materiales o financieros a los trabajadores de la salud o a miembros de sus familias, para promover la venta de productos abarcados por el Código. Los subsidios financieros para profesionales de la salud que trabajan con lactantes y niños pequeños no deben crear un conflicto de intereses. “Los/as profesionales tienen conflictos de interés cuando sus intereses u obligaciones comprometen su criterio independiente o su lealtad hacia las personas (a quienes) tienen el deber (ético y/o legal) de servir” (IBFAN, WHO/UNICEF, 1981; WHO, 2003).

Los servicios de los sistemas de atención de salud no se deben utilizar para hacer promoción de fórmulas infantiles o de otros productos abarcados por el Código. No se deben exponer en los establecimientos de salud cuadros o afiches relativos a esos productos, ni se deben distribuir materiales conteniendo marcas de los productos abarcados por el Código. La información que los fabricantes y distribuidores entregan a los profesionales de la salud debe restringirse a datos objetivos y científicos. No debe implicar ni suscitar la creencia de que la alimentación con biberón es equivalente o superior a la lactancia materna. No se debe dar a los trabajadores de la salud muestras de productos ni equipo o utensilios para su preparación, salvo cuando sea necesario para una evaluación profesional o para investigación en el ámbito institucional (IBFAN, WHO/UNICEF, 1981; WHO, 2003).

En relación a la alimentación complementaria, el Código indica que es importante que los lactantes reciban alimentos complementarios idóneos, al alcanzar la edad de los seis meses y para este fin deben ser preferidos los alimentos disponibles localmente. Todo alimento o bebida que se da al bebé antes de que la alimentación complementaria sea necesaria, desde el punto de vista de la nutrición, puede interferir con la iniciación o la continuación de la lactancia materna. Por eso, no se debe fomentar el uso de dichos productos para lactantes durante ese período. No se deben comercializar los alimentos complementarios de una manera que influyan negativamente en la lactancia materna exclusiva y prolongada (IBFAN, WHO/UNICEF, 1981; WHO, 2003).

El diseño de las etiquetas también tiene un reglamento específico que protege la lactancia materna. Las etiquetas de los productos deben dar la información necesaria para el uso correcto del producto y no deben desalentar la lactancia materna. Los fabricantes de fórmula infantil deben cerciorarse de que la etiqueta de cada envase contenga una nota bien visible, de fácil comprensión y en un idioma apropiado, que incluya los siguientes puntos (IBFAN, WHO/UNICEF, 1981; WHO, 2003):

- Las palabras "Aviso Importante" o su equivalente;
- Una declaración de la superioridad de la lactancia materna;
- Una explicación de que el producto sólo debe ser usado cuando un trabajador de salud aconseja que es necesario y ha elucidado la manera correcta de prepararlo; y
- Las instrucciones necesarias para su uso correcto y una advertencia sobre los riesgos para la salud de una preparación incorrecta.

No debe haber imágenes o ilustraciones de bebés en el envase ni en la etiqueta, ni tampoco otras ilustraciones o texto que pueda idealizar el uso de fórmula infantil. Está prohibido el uso de expresiones como 'humanizada', 'maternizada' u otras semejantes (IBFAN, WHO/UNICEF, 1981; WHO, 2003).

Por último, el código obliga a todos los gobiernos de todos los países a realizar el monitoreo del cumplimiento del Código Internacional y de las Resoluciones pertinentes de la OMS; este debe hacerse de forma transparente, independiente y libre de influencias comerciales.

Independiente de cualquier medida que haya sido tomada para dar cumplimiento al Código, los fabricantes y distribuidores de productos abarcados por el Código deben considerarse obligados a vigilar sus propias prácticas de comercialización, de conformidad con los principios y las metas del Código Internacional. Los fabricantes deben tomar medidas para asegurarse de que su conducta, a todos los niveles, sea conforme a las disposiciones del Código de sucedáneos de la Leche Materna (IBFAN, WHO/UNICEF, 1981; WHO, 2003).

Desde 1981, 65 países han aplicado todas o algunas de estas estipulaciones y resoluciones del Código así como estipulaciones relevantes de la Asamblea de Salud Mundial. Más de 20 países ya poseen proyectos de ley que esperan ser aprobados. UNICEF colabora con legisladores y abogados a fin de que en más países se pongan en vigencia el Código y otras normas y leyes de protección de la maternidad (UNICEF, 1981).

A continuación, algunos ejemplos de estrategias originales de aplicaciones del Código (UNICEF, 1981):

- En Irán, el Gobierno se ha hecho cargo del control de la importación y venta de los sucedáneos de la leche materna. Esos productos sólo pueden ser adquiridos mediante una receta médica y los envases deben llevar una etiqueta genérica, ya que está prohibido el uso en los mismos de marcas, ilustraciones y mensajes publicitarios.
- En la India, los envases de los sucedáneos de la leche materna deben contener en el panel central de la etiqueta una clara advertencia sobre los perjuicios que pueden ocasionar los alimentos artificiales.
- En Papúa, Nueva Guinea, la venta de biberones, tazas, tetinas y chupetes está sometida a estrictos controles y rige la previsión de publicitar esos productos, así como los sucedáneos de la leche materna.

Dentro del Código de la Niñez del Ecuador existe un artículo que hablan del derecho que tiene todos los niños a la Lactancia Materna (Código de la Niñez y la Adolescencia, 2003):

- Art. 24.- Derecho a la lactancia materna.- Los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna para asegurarle el vínculo afectivo con su madre, adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo.
- Es obligación de los establecimientos de salud, públicos y privados, desarrollar programas de estimulación de la lactancia materna.

Existe además una ley en el Ecuador llamada: “LEY DE FOMENTO, APOYO Y PROTECCIÓN A LA LACTANCIA MATERNA”, que es la Ley 101, publicada en el Registro Oficial 814 de 1 de Noviembre de 1995 (Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna, 1995), en la cual se observan algunos de los artículos del código de sucedáneos de la leche materna y especificaciones para el país. Se afirma que es un derecho del niño y que debe ser protegida; la ley describe detalladamente los procesos que deben ser llevados a cabo y las entidades responsables de la información, promoción y protección de la lactancia materna.

A pesar de todos estos antecedentes, los datos de la ENDEMAIN (2004), descritos en páginas anteriores nos muestran que las prácticas de lactancia materna en el Ecuador son inadecuadas y deficientes (ENDEMAIN, 2004).

Es importante recalcar que sólo el 41.2% de las madres recibió consejería sobre lactancia materna (ENDEMAIN, 2004); este dato es muy relevante ya que una de las razones para que la lactancia no se practique adecuadamente, puede ser la falta de información al respecto y el desconocimiento de los múltiples beneficios para la madre y el niño que esta representa.

II. Hipótesis

Existen barreras biológicas-patológicas, culturales, sociales, económicas y cognoscitivas que determinan que las madres de nivel socioeconómico medio-

alto, cuyos hijos participan en el Centro de Estimulación Temprana Gymboree Fun & Music de Cumbayá, en Quito, no practiquen la lactancia materna.

III. Objetivos

El objetivo principal de este estudio fue:

Identificar las barreras que determinan que las madres residentes en Quito de nivel socioeconómico medio-alto, cuyos hijos asisten al Centro de Estimulación Temprana Gymboree Fun & Music de Cumbayá, en Quito, practiquen o no lactancia materna.

Los objetivos específicos del estudio fueron:

1. Conocer las prácticas de lactancia materna de la población seleccionada.
2. Identificar las barreras biológicas-patológicas, culturales, sociales, económicas y cognitivas por las cuales, las madres de la población seleccionada, no practican la lactancia materna de acuerdo a las recomendaciones internacionales.
3. Evaluar el conocimiento de las madres de la población seleccionada, frente a las prácticas adecuadas de lactancia materna de acuerdo a las recomendaciones internacionales.

4. Determinar cuál es la fuente principal de información para las madres de la población seleccionada, en lo referente a lactancia materna.
5. Evaluar los conocimientos de las prácticas adecuadas de lactancia materna de los pediatras y ginecólogos de las madres de la población seleccionada y su influencia sobre las mismas.

IV. Metodología

Existen en el Ecuador algunos estudios cuantitativos en relación a las prácticas de lactancia materna, sin embargo, se requiere de un estudio cualitativo que evidencie las barreras frente a la lactancia que existen en las madres que podrían dar de lactar a sus hijos y no lo hacen. El presente estudio recoge precisamente el uso de una metodología cualitativa con la cual se espera llegar a entender el por qué de los resultados cuantitativos publicados en ENDEMAIN (2004).

Para el propósito del estudio se realizó, en primer lugar, un cuestionario en base a estudios previos e indicadores establecidos internacionalmente, para determinar las prácticas de lactancia materna que se presentan en el grupo de madres, cuyos hijos menores de treinta y seis meses, participan de los programas del Centro de Estimulación Temprana Gymboree Fun & Music de Cumbayá, en Quito. Estas madres pertenecen al grupo de menor prevalencia de lactancia de acuerdo a los datos de ENDEMAIN (clase social media - alta) y es esta la razón principal de su selección (ENDEMAIN, 2004), (Anexo 1).

Se determinó la clase social o nivel socioeconómico de estas madres en base a diversos indicadores tales como posesión de inmuebles, ingreso familiar mensual, nivel de educación, entre otros (Escalante, 2008). Se utilizaron indicadores de tipo económico, cuyo valor se expresa directamente en términos económicos como ingresos y bienes; indicadores sociales como bienes y/o atributos cuyo valor se expresa en sinónimo de status (definido como nivel económico o social de una persona) tales como educación y vivienda; indicadores de flujo que se refieren a un flujo de valor que representa la situación actual de un individuo como ingresos, ocupación y bienes y, finalmente indicadores de reserva que reflejan el patrimonio acumulado por un individuo (educación y vivienda) (Escalante, 2008).

De acuerdo al ingreso mensual familiar, tipo de vivienda, nivel de educación, profesión y ocupación se estableció el nivel socioeconómico medio-alto en base a su definición (Escalante, 2008):

“Clase media alta, incluye a aquellos individuos cuyos ingresos y/o estilo de vida es ligeramente superior a los de clase media. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de Licenciatura o mayor. Generalmente viven en casas o departamentos propios algunos de lujo y cuentan con todas las comodidades. El perfil del jefe de familia de la clase media, para diferenciarlo de la clase media-alta, está formado por individuos con un nivel educativo de preparatoria principalmente. Los hogares pertenecientes a este segmento son casas o departamentos propios o rentados con algunas comodidades”.

A la par de esta evaluación, se recolectó otros datos en relación a la información impartida por los pediatras y ginecólogos, de éstas madres, en relación a la lactancia materna. La selección de este personal médico se hizo en base a la mayor frecuencia de consulta, es decir que, en la encuesta de línea de base realizada inicialmente, se solicitaron los nombres de los médicos que atendieron a cada madre, ginecólogo y pediatra y, posteriormente, fueron invitados a participar del estudio; por supuesto, luego de firmar un documento de consentimiento informado (Anexo 2).

El documento de consentimiento informado incluyó información completa del tipo de estudio, aseguró la confidencialidad de los datos y garantizó la libertad de la persona para participar o no de él; adicionalmente incluyó información de la investigadora, su equipo, el fin del estudio, las remuneraciones y los costos. Todos estos documentos se encuentran en el archivo privado de la investigación. Se construyó una guía de preguntas para las entrevistas individuales a profesionales médicos, otra para los grupos focales y otra para las conversaciones con informantes claves; estas guías fueron utilizadas para determinar las barreras por las cuales las madres cuyos hijos participan de los programas del Centro de Estimulación Temprana Gymboree Fun & Music de Cumbayá, en Quito no practican la lactancia materna, de acuerdo a las recomendaciones internacionales (Anexo 3).

La encuesta y las guías fueron revisadas, estandarizadas, puestas a prueba mediante encuestas aplicadas como muestra de validación, previo a su aplicación.

Se realizaron las entrevistas individuales, los grupos focales y las conversaciones con informantes claves con las guías corregidas; estas fueron grabadas y luego transcritas para el análisis.

Previo a la aplicación de las encuestas, entrevistas y grupos focales se informó adecuadamente a los participantes del estudio y se les proveyó de un formulario de consentimiento informado que debió ser firmado, previo a las actividades.

Una vez realizado el cuestionario para caracterización del grupo de estudio al universo de madres que participaban del Centro de estimulación Temprana Gymboree Fun & Music, se realizaron tres grupos focales y veinte y cinco entrevistas a informantes claves: diez pediatras, diez ginecólogos y cinco profesionales, en su mayoría enfermeras, encargadas de las unidades de neonatología de las instituciones de salud utilizadas más frecuentemente por el grupo de estudio. Como en toda investigación cualitativa, los grupos y entrevistas terminaron al encontrar saturación. “Saturación” es un término utilizado en estudios cualitativos que se usa para referirse a la redundancia o a un área agotada con otro métodos, esto es, hasta el punto en que ya no se obtiene nueva información y ésta comienza a ser reiterativa (Strauss & Corbin, 1998).

Los tres grupos focales se realizaron con seis a nueve personas cada uno; este número se decidió en base a la literatura, que reporta que estos grupos pueden realizarse con 6 a 12 integrantes (Strauss & Corbin, 1998) y a la dificultad que supone la transcripción de más de nueve mujeres hablando a la vez. Las conversaciones, que se realizaron en base a una guía de preguntas previamente

elaborada y corregida, duraron entre cuarenta y cinco y noventa minutos. Es importante aclarar que antes de cada grupo focal se enfatizó que la participación abierta era importante y que todas las opiniones y criterios emitidos eran igualmente válidos. Antes de iniciar la discusión, cada una de las participantes leyó y firmó un documento de consentimiento informado. Las discusiones fueron grabadas y, adicionalmente, se tomaron notas textuales de las mismas.

La selección de las participantes de los grupos focales se realizó en base a diversos tipos de muestreo descritos a continuación, en base a la metodología de investigación cualitativa (Salamanca, 2007).

Inicialmente se utilizó muestreo por conveniencia, que consiste en seleccionar una muestra que se denomina muestra de voluntarios; se utiliza si el investigador necesita que los posibles participantes se presenten por sí mismos (Salamanca, 2007).

Este muestreo es fácil y eficiente pero no es uno de los preferidos debido a que en estos estudios la clave es extraer la mayor cantidad posible de información de los pocos casos de la muestra, y el método por conveniencia puede no suministrar las fuentes más ricas en información. Es un proceso fácil y económico que permite pasar a otros métodos a medida que se colectan los datos.

Por esta razón se utilizó también el llamado muestreo de avalancha que consiste en pedir a los informantes que recomienden a posibles participantes. También se denomina muestreo nominado, en bola de nieve o muestreo en cadena

(Salamanca, 2007). Es más práctico y eficiente que el anterior en cuanto al costo, además, resulta más fácil establecer una relación de confianza con los nuevos participantes, también permite acceder a personas difíciles de identificar.

Para el personal médico se utilizó el llamado muestreo teórico, también denominado muestreo intencionado (Salamanca, 2007). El propósito de las entrevistas individuales fue corroborar los hallazgos de los grupos focales desde la perspectiva profesional.

Las grabaciones y notas fueron transcritas y sometidas a un proceso de codificación pormenorizado de la información en tres etapas: 1) Primero, se realizó una codificación abierta en la que se identifica los conceptos básicos sus propiedades y dimensiones; es decir, se evaluó cada palabra de las transcripciones, palabra por palabra y se adjuntó a cada una de ellas un código que, posteriormente, permitió el establecimientos de propiedades y dimensiones, 2) en segundo lugar, se realizó la codificación de ejes en donde se establecieron relaciones entre las categorías y subcategorías a partir de sus propiedades y dimensiones subyacentes y, 3) finalmente, se establecieron los puntos conceptuales básicos de la investigación a través de la codificación selectiva (Freire *et al.*, 2008).

V. Resultados

Setenta madres de niños menores de treinta y seis meses de edad que participan de los programas del Centro de Estimulación Temprana Gymboree Fun & Music

de Cumbayá, en Quito, aceptaron participar en el estudio, luego de firmar un documento de consentimiento informado. Estas setenta madres fueron sometidas a un cuestionario inicial para caracterizar al grupo de estudio.

A. Características de las madres participantes

Como se desprende de la Tabla 5, las características de las madres fueron: el promedio de edad de las madres fue de 32.5 +/- 4.3 años; su nivel de instrucción, medido en años de estudio fue en promedio de 17.3 +/- 1.9 años; el 91.4% de estas madres era profesional, sin embargo, 54.3% de ellas se dedican exclusivamente a sus hijos. El 60% de las madres en cuestión poseía vivienda propia, el 25.7% arrendaba y el 14.3% vivía en una casa familiar. Sus ingresos mensuales eran superiores a USD. \$. 2000 en el 65.6% de ellas. El 68.6% tenían un solo hijo y el 31.4% dos; curiosamente, ninguna de ellas tenía más de dos hijos. La edad promedio de los niños fue de 19 +/- 13.5 meses de edad. La distribución de género de los niños fue equitativa: 51.4% niñas y 48.6% niños.

Tabla 5: Datos iniciales de las madres participantes del presente estudio

(Anexo 1)

Característica	Promedio (X) y desviación estándar o porcentaje
Edad materna (años)	32.5 +/- 4.3
Edad del niño (meses)	19 +/- 13.5
Años de estudio	17.3 +/- 1.9
Profesional	91.4%
Dedicación exclusiva a los hijos	53.3%
Casa propia	60%
Casa familiar	14.3%
Casa arrendada	25.7%
Ingresos > \$2000	65.6%
Un hijo	68.6%
Dos hijos	31.4%

En relación a los controles realizados en el embarazo, 88.6% de las madres tuvieron más de nueve controles prenatales.

Todas las madres participantes en el estudio fueron atendidas en un hospital privado; el 68.6% tuvieron cesárea y sólo el 31.4% tuvieron a sus hijos por parto normal.

El 62.9% de los recién nacidos recibió fórmula como primer alimento, de éstos, el 2.9% no recibió nunca leche materna; sólo el 25.7% recibió leche materna. El 11.4% recibió agua glucosada.

El 45.7% de los bebés lactó por primera vez luego de más de tres horas de su nacimiento; sólo el 31.4% lactó en la primera hora de vida desde su nacimiento. Más de la mitad de estos niños (68.6%) nacieron por cesárea.

El 91.4% recibió alimentación complementaria antes de los seis meses de edad. La alimentación complementaria se define como el proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y por ende, otros alimentos y líquidos son necesarios además de la leche materna. El rango de edad óptimo para dar alimentación complementaria está habitualmente entre los 6 y 24 meses de edad, si bien la lactancia materna puede continuar hasta después de los dos años (Organización Panamericana de Salud, 2003). Según la OMS, la alimentación complementaria se define como todo líquido o sólido, diferente de la leche materna, que se proporciona a los niños durante los seis primeros meses de vida. Por tanto, para la OMS, los sucedáneos de la leche materna se consideran alimentación complementaria (European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition/ ESPGHAN, 2008). En la Tabla 6 se describe el alimento recibido.

Tabla 6: Alimentación complementaria antes de los seis meses (Anexo 1)

ALIMENTO	PORCENTAJE
Fórmula	54.3
Agua	17.1
Agua aromática	14.3
Frutas o cereales	5.7
No respondió	8.6

El 85.7% de bebés recibió alguna otra sustancia (agua o agua aromática) o alimento desde su nacimiento.

En relación al horario y frecuencia de lactancia hasta los 3 meses de edad, el 60% de las madres dio de lactar a libre demanda. Dentro del 40% restante, el 19.44% de niños lactó de 7 a 9 veces en el día y el 20.6% más de 10 veces. En lo que se refiere a lactancia nocturna el 71% de niños lactaban entre 1 a 3 veces por la noche, mientras que el 29% lactaron de 3 a 6 veces en la noche.

El promedio de edad en el cual esos niños dejaron de lactar fue de 5.5 +/- 1.7 meses de edad. Sólo el 28.6% de niños lactaban cuando se realizó la encuesta.

B. Grupos Focales y entrevistas individuales

Posterior a la realización del cuestionario de línea de base, para caracterización del grupo de estudio, se organizó tres grupos focales entre las madres en base a

los muestreos descritos en la metodología y veinte y cinco entrevistas a informantes claves: diez pediatras, diez ginecólogos y cinco profesionales encargadas de las unidades de neonatología de las instituciones de salud utilizadas más frecuentemente por el grupo de estudio. Los grupos focales se realizaron con seis a nueve personas cada uno. Las conversaciones durante los grupos focales duraron entre cuarenta y cinco y noventa minutos.

Luego de la codificación y análisis de las transcripciones de las conversaciones dentro de los grupos focales y de las transcripciones de las entrevistas se llegó a determinar algunas categorías importantes que serán ejemplificadas con algunos comentarios o respuestas específicos, que representan el sentir común dentro de todos los grupos focales y entrevistas. Es importante recalcar que para la información presentada a continuación no existen datos numéricos, en vista de que, por tratarse de un estudio cualitativo, se basa en repetición de categorías. En los grupos focales se lleva una guía de preguntas abiertas con respuestas abierta y no en todos los grupos emergen los mismos temas.

Los principales resultados de los grupos focales y las entrevistas individuales revelan barreras intrínsecas y extrínsecas que se resumen en las Tablas 7 y 8.

Tabla 7 : Barreras intrínsecas

BARRERA	RESPUESTAS
MIEDO AL DESTETE	<p><i>Después va a ser más difícil quitarle y yo dejé de dar de lactar por eso</i></p> <p><i>A mi me dijo mi mamá que si no le quitaba máximo hasta el año después sería terrible...</i></p>
FALTA DE CONOCIMIENTO DE LA FISIOLÓGIA DE LA LACTANCIA	<p><i>Las coladitas de mi empleada más me hacían robusta que nada pero tenía leche</i></p> <p><i>Yo si traté, tomé todas las aguas del mundo, me daban agua de hinojo, agua de no se qué..</i></p>
<p>CREENCIAS PERSONALES</p> <p>(EN ESTOS CASOS, PUEDE SUCEDER FISIOLÓGICAMENTE)</p>	<p><i>Y a Luciano tampoco le gustaba mi leche, hacía "GUUUUAAAAA" (nausea)</i></p> <p><i>Y conmigo nunca me dio porque se le secó la leche porque tuvo una impresión muy fuerte con el papá de ella y no le salio leche</i></p> <p><i>Nos robaron la casa y como que tuve mucha impresión y ya no me salía lo que el comía</i></p>
INTERFERENCIA CON LA RELACIÓN DE PAREJA	<p><i>Yo me sentía súper incómoda, no quería que mi marido ni se me acerque y peor me tocara... ni muerta!</i></p> <p><i>Es horrible, se riega la leche, te pones pegajosa y tiene un olor!!!... A mi marido le gustaba pero para mi era horrendo sacrificio...</i></p> <p><i>Es algo que es del bebé y de pronto un intruso quiere tocarlos y algo así, eso sentía yo...</i></p>
ESTÉTICA Y AUTOESTIMA	<p><i>Las chichis se caen y te dejan horrible, yo espero tener un hijo más y me hago la cirugía</i></p> <p><i>De que se caen, se caen, tú no te has visto porque todavía le das, pero quedan horribles..</i></p>
DESEO DE VOLVER A LA NORMALIDAD	<p><i>Yo, que Dios me perdone, pero cuando mi gorda dejó de lactar volví a ser normal...</i></p> <p><i>Al fin puedes volver a usar cualquier blusa sin preocuparte si te sirve o no para dar de lactar</i></p>

Tabla 8: Barreras Extrínsecas

BARRERA	RESPUESTAS
INFLUENCIA FAMILIAR	<p><i>Mi mamá es de la cultura de lactar, entonces mi mami siempre nos hablaba de los beneficios y todo eso</i></p> <p><i>Mi mamá nunca nos dio de lactar, no le gustó y como que toda la familia... siempre lactar era como GUÁCALA y siempre pensé eso...</i></p>
POLÍTICAS HOSPITALARIAS	<p><i>A mí se me lo llevaron y me lo trajeron al otro día...</i></p> <p><i>Yo había pedido que no le den fórmula pero yo pienso que le dieron</i></p> <p><i>Si es parto normal generalmente a las tres horas del nacimiento se les baja donde la mamá previamente probando tolerancia oral esto se hace con agua glucosada generalmente</i></p> <p><i>La política del área, desde que estoy aquí hace nueve Años, es probar tolerancia oral con fórmula de inicio</i></p> <p><i>Si un niño nace a las dos de la madrugada estaría pasando junto a su madre a las ocho y media, nueve de la mañana</i></p> <p><i>si el niño nace a partir de las seis de la tarde, es política de la clínica, que será reunido con su madre al día siguiente</i></p>
PERSONAL SANITARIO GINECÓLOGOS Y PEDIATRAS	<p><i>El pediatra me dijo no, formulémosle y ya...</i></p> <p><i>A usted se le está acabando, al niño le está sentando mal, quitémosle y más bien comencemos con la fórmula XXX</i></p> <p><i>Le pregunté al Ginecólogo y pues él me dijo que le daba lo mismo si yo le daba o no le daba</i></p> <p><i>si el niño nace por cesárea, la madre debe descansar, no pasa nada si se alimenta con fórmula de inicio</i></p> <p><i>Si la mamá lo pide expresamente, se indica en la historia pero si no lo solicita se actúa de acuerdo a las políticas del hospital</i></p>
PATOLOGÍAS ASOCIADAS	<p><i>Luciano sangró y sangró, tuvo alergia a la proteína de la leche</i></p> <p><i>Camilo nació con alergia a la proteína de la leche, nunca supimos hasta los cuatro meses y medio..</i></p> <p><i>Nos dimos cuenta como al mes y medio porque no paraba de llorar, no dormía..</i></p>
CULTURALES	<p><i>Mi mamá decía usted no es una india, no es una vaca, qué le pasa, cómo va a dar leche</i></p> <p><i>Yo no vine con indias, adiós, me voy al Supermaxi, en cuanto tiempo vuelvo?</i></p> <p><i>Mi marido, si ve a alguien lactando se va</i></p> <p><i>Yo soy incapaz, si tengo que salir llevo un biberón y con eso que aguante, si quiere lactar, sólo en la casa...</i></p>

1) Planes previos al nacimiento e influencia familiar

La mayoría de madres participantes (más del 50% de las que participaron en los grupos focales) reportaron que, antes del nacimiento de sus hijos, tenían un plan predeterminado en relación a la alimentación de los mismos aún cuando en la mayoría de los casos no era un plan sino más bien un “instinto” llamado por ellas mismas, que permitía decidir lo que era mejor para el niño; algunas (89%) se habían propuesto implementar la lactancia exclusiva mientras que otras, planificaban complementar la lactancia con fórmula desde el inicio. La concepción de la maternidad y de la lactancia es un fenómeno que se “hereda”, para muchas de ellas:

“Mi mamá es de la cultura de dar de lactar, entonces siempre mi mami nos hablaba de los beneficios y todo eso...”

El deseo de amamantar nace y crece dentro de una cultura familiar:

“Mi mamá nunca nos dio de lactar, no le gustó y como que toda la familia.... siempre lactar era como GUÁCALA y siempre pensé eso”...

2) Tipo de parto

Aún cuando el deseo y los planes de la mayoría (89%) de madres participantes era dar de lactar, con el nacimiento del bebé, encontraron numerosos inconvenientes que aceleraron el proceso de complementación y/o suplementación con fórmula. Uno de los principales y más comunes fue el tipo de

parto y las políticas hospitalarias que obligan al personal del servicio de neonatología a alimentar a los recién nacido con fórmula mientras las madres se recuperan del parto, en su mayoría (68.6%) cesárea:

“A mi se me lo llevaron y me lo trajeron al otro día”...

“Yo había pedido que no le den fórmula pero yo pienso que si le dieron”

3) Parto Institucional y Políticas Hospitalarias

Los hospitales y casas de salud a las que acudieron las madres participantes de este estudio, que en este caso fueron privadas en su totalidad, no tienen políticas definidas, previamente establecidas en relación a la lactancia o, en su defecto, las políticas que poseen apoyan el consumo prematuro de fórmula o suero glucosado y el retraso del inicio del proceso de lactancia materna:

“Si es parto normal generalmente a las tres horas del nacimiento se les baja donde la mamá, previamente probando tolerancia oral... esto se hace con agua glucosada generalmente.”

“La política del área, desde que estoy aquí hace nueve años, es probar tolerancia oral con fórmula de inicio.”

“Es la práctica habitual, no se ha hecho ningún protocolo, estaban haciendo pero aún no se ha terminado.”

A pesar de las recomendaciones internacionales, la evidencia científica y las múltiples campañas al respecto, el tiempo en el que se reúne al niño con la madre

es largo y depende principalmente del tipo de parto y de la hora de nacimiento; este es otro factor determinante para el uso de fórmulas artificiales:

“Si es parto normal generalmente a las tres horas del nacimiento se les baja donde la mamá... Si el niño nace por cesárea se queda aproximadamente seis horas en sala de niños y dependiendo de la condición del bebé, hay veces que hay por ejemplo distrés respiratorio, ahí se le mantiene más tiempo hasta que pueda bajar junto a la madre.”

“...si un niño nace a las 2 de la madrugada estaría pasando junto a su madre a las ocho y media o nueve de la mañana.”

“Si el niño nace a partir de las 6 de la tarde, es política de la clínica, que será reunido con su madre al día siguiente...”

Es evidente que si un niño nace en la noche, las posibilidades de recibir leche materna como primer alimento son muy remotas.

4) Papel de los Ginecólogos y Pediatras

En un solo caso, muy específico, por una nota del médico tratante y, en contra de las políticas hospitalarias, el niño fue reunido con su madre dentro de la primera hora desde su nacimiento:

“Ninguno de mis cuatro hijos ha ido a neonatología... A mi me los han pasado a los cinco minutos pero eso es porque el pediatra me puso una nota en la historia para que me los pasen inmediatamente”...

Las indicaciones del médico pediatra o ginecólogo son determinantes para el modo de alimentar a los niños:

...”el pediatra me dijo no, formulémosle y ya”...

...”A usted se le está acabando, al niño le está sentando mal, quitémosle la lactancia y más bien comencemos con la fórmula XXX”...

“Le pregunté al Ginecólogo y pues él me dijo que le daba lo mismo si yo le daba o no le daba”.

De hecho, las políticas de las casas de salud son flexibles y secundarias frente a las indicaciones médicas, es decir que, si el médico pediatra o ginecólogo indica, específicamente, que el niño debe ser reunido con su madre antes de la hora de nacido y recibir leche materna, las políticas hospitalarias no serían tomadas en cuenta porque prima la indicación médica, sin embargo, las ocasiones en las que se colocan indicaciones específicas de alimentación son escasas:

“Las políticas son lactancia materna todo el tiempo que sea posible, dependiendo de las indicaciones del médico”

5) Problemas referidos por las madres

La escasa producción de leche es un problema determinante para que las madres (67%), según dicen, inicien tempranamente el uso de fórmulas; esto denota la falta de consejería de lactancia materna y/o de información por parte del personal

médico durante el período perinatal. En algunos casos, se da hasta una percepción de que al niño ya no le gusta la leche materna, luego de iniciar su alimentación con fórmula, que se explicaría más lógicamente por un cambio importante en el tipo de succión:

“Y a Luciano tampoco le gustaba mi leche hacía GUAAAA (náusea)”.

“yo no quería que me lo quitaran pero no me salía ni una gota”.

La escasa producción de leche se asocia, según estas madres, a diversos factores, dentro de los cuales los psicológicos, resumidos en sentimientos desagradables como miedo, angustia o tristeza, ocupan un lugar muy importante:

.. “y conmigo nunca me dio porque se le secó la leche; porque tuvo una impresión muy fuerte con el papá de ella y no le salió leche”

“Nos robaron la casa y como que tuve mucha impresión y ya no me salía lo que él comía”

El conocimiento de estas madres acerca de la fisiología propia del proceso de lactancia es también importante; aún cuando muchas de ellas (83%) conocían correctamente que el principal estímulo para producción de leche es la succión, también las creencias populares y familiares cumplían un importante papel:

“La succión es lo que le da”

“las coladitas de mi empleada más me hacían robusta que nada pero tenía leche.”

“Yo si traté, tomé todas las aguas del mundo, me daban agua de hinojo, agua de no se qué”...

En uno de los grupos focales de 9 integrantes se reportaron 4 casos (44%) de “alergia a la leche” o “alergia a la proteína de la leche”, diagnosticados en su mayoría empíricamente, es decir, 3 de los 4 niños que fueron diagnosticados de esta patología no fueron sometidos a una biopsia intestinal que es lo que permite la confirmación del diagnóstico. La literatura reporta una frecuencia del 1% al 3% y disminuye a medida que el niño crece (Sabrá, 2008). La presencia de esta enfermedad obligó a las madres a iniciar muy tempranamente el uso de fórmula:

“Luciano sangró y sangró, tuvo la alergia a la proteína de la leche”

“Camilo nació con alergia a la proteína de la leche, nunca supimos hasta los 4 meses y medio”.

“nos dimos cuenta como al mes y medio porque no paraba de llorar no dormía”...

6) Características atribuibles a la lactancia materna según las madres

Muchas cualidades y virtudes de los niños se le atribuye a la leche materna; la seguridad, la autoestima y hasta la bondad del niño depende de su alimentación inicial, según sus madres:

...“es perfecto, no se enferma de nada, es un chico super sano, emocionalmente, es perfecto... Todo, es honesto, es solidario, es generoso, emocionalmente cariñosísimo, muy pegado a mi”...

Algunas madres (33%) que no dieron de lactar o lo hicieron por poco tiempo defendieron la hipótesis de que el modo de ser de un niño y su salud no depende exclusivamente de la alimentación como la mayoría sugería:

“La gente dice que el que no toma leche materna es enfermo, raquítico y pues no”...

“Yo no sé también qué tenga que ver porque Luciano es un niño seguro, de verdad y no lactó”...

7) Barreras Culturales

La lactancia materna también tiene connotaciones culturales muy importantes que pueden convertirse en grandes barreras para la práctica habitual, adicionalmente, en nuestro medio, no existen las facilidades de infraestructura para poder dar de lactar en lugares públicos:

“mi mamá decía: usted no es una india, no es una vaca lechera, que le pasa, como va a dar leche”.

“yo no vine con indias, adiós, me voy al supermaxi, en cuanto tiempo vuelvo?”

La lactancia en público puede ser muy incómoda y también convertirse en una barrera muy importante que impida su correcta continuación:

“yo soy incapaz, si tengo que salir llevo un biberón y con eso que aguante, si quiere lactar, sólo en la casa”...

“Si tenía que dar de lactar en público, tenía que taparme con cien cobijas y todos se ponían super incómodos hasta que acabara”...

“Mi mamá me hizo un trapito con huequitos para que me tape”...

“Mi marido, si ve a alguien lactando se va”...

8) Barreras relacionadas a la Relación de pareja y a la identidad individual de la madre

Algunas madres (38%) reportaron que la lactancia materna se interponía con su relación de pareja, que, en muchos, casos era motivo de malestar e incomodidad:

“Yo me sentía super incómoda, no quería que mi marido ni se me acerque y peor me tocara... ni muerta!”

“Es horrible, se riega la leche, te pones pegajosa y tiene un olor!... A mi marido le gustaba pero para mi era horrendo sacrificio”

“Es algo que es del bebé y de pronto un intruso quiere tocarlos y algo así, eso sentía yo”...

La lactancia materna supone un sacrificio grande para la madre, según algunas de ellas (38%); no sólo es tiempo sino cambios físicos que pueden modificar hasta la autoestima:

“Las chichis se caen y te dejan horrible, yo espero tener un hijo más y me hago la cirugía”

“le di de lactar más de un año, pero siempre la gente a mi me decía no, ya, ya para, después vas a tener hecho un desastre los senos”

“De que se caen, se caen, tú no te has visto porque todavía le das, pero quedan horribles”

El destete se convierte en un “volver a la normalidad” ansiado y esperado por las mamás, constituye una separación entre lo que supone ser madre y ser una persona común y corriente, con un valor independiente de niño:

“Yo, que Dios me perdone, pero cuando mi gorda dejó de lactar volví a ser normal”

“Al fin puedes volver a usar cualquier blusa sin preocuparte si te sirve o no para dar de lactar”

“Sientes que retomas una vida que dejaste parada”...

8) Conocimientos de los profesionales de Salud

Los profesionales de salud concuerdan en que la lactancia materna es muy importante para el desarrollo del niño y, de hecho, es lo que afirmaron todos ellos al ser entrevistados, sin embargo, el criterio para indicarla tiene variaciones importantes entre uno y otro:

“Si el niño nace por cesárea, la madre debe descansar, no pasa nada si se alimenta con fórmula al inicio”

“lo ideal sería que el niño iniciara la lactancia inmediatamente, pero muchas veces eso no sucede”...

“Si la mamá lo pide expresamente, se indica en la historia pero si no lo solicita se actúa de acuerdo a las políticas del hospital”

El criterio de horario y el tiempo que el niño debe lactar varía entre las opiniones o conocimientos médicos, según algunos (20%), el niño debe lactar por diez minutos de cada seno e idealmente, con horario cada tres horas; mientras que otros consideran que debe hacerlo a libre demanda, que significa lo que el niño quiera, las veces que quiera.

Algunos médicos (40%) opinan que el niño debe lactar hasta el año de edad, ya que a partir de ese momento “la leche ya no es nutricionalmente importante para el crecimiento del bebé”, También se dijo, en algunas ocasiones, que la lactancia prolongada genera un estado de dependencia del niño con su madre que retrasa

su madurez psicológica. Estas afirmaciones fueron confirmadas por las madres en los grupos focales:

“me venían con que a este tiempo la leche ya no tiene tantos nutrientes”...

“Los niños que lactan más allá del año tienen un problema de dependencia que después dificulta su adaptación a la guardería”

9) Miedo al Destete

El destete temprano se da también por miedo a que este proceso genere en el bebé sufrimiento y dificultad para la madre:

“después va a ser más difícil quitarle y yo dejé de dar de lactar por eso”

“A mi me dijo mi mamá que si no le quitaba máximo hasta el año después sería terrible”

“Yo tuve que ponerme mil cosas en los senos, desde limón hasta ají para que deje y aún así me costó muelas”

Los conocimientos de las madres sobre lactancia materna provienen de diferentes fuentes, principalmente libros o Internet; el aporte de los médicos es escaso o nulo, principalmente previo al nacimiento:

“A mi sólo me dijo que no me toque los senos porque podía nacer antes, nada más”

“yo sabía que tenía que prepararme los pezones porque leí en XXX, pero mi doctor no me dijo nada”

Los pediatras, en su mayoría (80%), consideran que complementar con fórmula ayuda a la madre a “disminuir la ansiedad de no tener leche” y que “ya luego tendrá suficiente leche”, sin tomar en cuenta que este proceso de suplementación es precisamente el principal factor para que la lactancia materna fracase.

VI. Análisis/Discusión de los resultados

Existen factores propios de cada persona o intrínsecos y extrínsecos, o del medio ambiente externo, que determinan el inicio, la evolución y el término de la lactancia; estos factores personales como tipo de personalidad, miedo frente al destete, entre otros, se encuentran, a su vez, influenciados por el ambiente familiar, el medio ambiente y las facilidades o dificultades para dar de lactar que se presentan en los espacios públicos. El miedo al sufrimiento del niño con el destete, la incomodidad que supone dar de lactar por la dependencia del niño y el cambio en el estilo de vida de la madre; la interferencia que la lactancia materna genera con la vida de pareja y el efecto negativo que tiene la lactancia con la estética corporal que puede llegar a modificar, en algunos casos, la autoestima de la madre, son factores intrínsecos que están estrechamente influenciados por el ambiente familiar y sus costumbres, un medio ambiente que rechaza la lactancia pública principalmente, un entorno que no tiene espacios específicos para la práctica de la lactancia y un equipo médico poco defensor de esta práctica son factores extrínsecos que determinaron, de acuerdo a los resultados del presente

estudio, que la lactancia materna en madres de nivel socioeconómico medio-alto que participan del centro de estimulación temprana Gymboree Fun & Music, sea una práctica muy poco frecuente.

Es importante observar algunas diferencias importantes del presente estudio con el estudio EDEMAIN (ENDEMAIN, 2004); aún cuando los resultados de la presente investigación cualitativa no son estadísticamente significativos y sólo fueron obtenidos para caracterizar al grupo de estudio, la comparación con los resultados del ENDEMAIN pueden llevarnos a interesantes similitudes.

En relación al tipo de parto se puede observar que el 68.6% de estas madres tuvieron a sus hijos por cesárea comparado con el 25.8% reportado en ENDEMAIN; este dato es muy importante ya que, de acuerdo a las políticas de los hospitales más visitados, este tipo de nacimiento determina que el niño sea reunido con su madre más tarde; por esta razón el bebé recibe como alimentación de inicio fórmula en lugar de leche materna. Esta reunión tardía a la vez tiene un efecto retardante en la producción de leche, interfiere con el vínculo afectivo entre la madre y el niño, altera el aprendizaje de succión del niño, además de otros importantes efectos. El manejo médico perinatal moderno ha impuesto un patrón de separación temprana de madre y bebé.

En un estudio realizado en España (Junta de Andalucía, 2006) se determinó que el reunir al niño con su madre dentro de la primera media hora de vida desde su nacimiento, hace que la madre produzca leche rápidamente y confíe en su capacidad de amamantar al bebé. Una madre que afirma que no tiene leche o

que su leche es insuficiente refleja una o varias de las siguientes opciones: una falta de educación, suplementación o complementación temprana con fórmulas artificiales, o falla en la técnica de lactancia. Es muy importante recordar que la cantidad de leche no depende de la madre, sino de la succión del hijo, ya que sólo una de cada 55.000 mujeres no produce leche materna de calidad o en una cantidad suficiente (Junta de Andalucía, 2006). En caso de cesárea es aún más necesario que el bebé tenga un acceso inmediato al pecho. La madre ha sufrido una operación, pero si el bebé está lo suficientemente cerca podrán establecer la lactancia sin problemas.

El contacto precoz es muy importante ya que modifica prácticas que inciden negativamente en el éxito de la lactancia. Se conoce como contacto precoz el contacto piel con piel (CPP), entre el recién nacido y su madre, inmediatamente después del nacimiento. Dependiendo del momento, se habla de CPP inmediato (inmediato al nacimiento), o contacto precoz (durante la primera media hora después del parto) (Moore *et al.*, 2007).

Brazelton & Cramer (1990) describe seis estados de los recién nacidos de acuerdo su nivel de conciencia; en períodos cortos es posible encontrar al neonato en alerta tranquila, con los ojos muy abiertos, despierto, pendiente de lo que pasa a su alrededor. Durante las dos primeras horas de vida es cuando el bebé está en alerta tranquila por mayor tiempo; este período se conoce como el período sensitivo y es provocado por la noradrenalina descargada en el trabajo de parto (Porter, 2004).

Es fundamental que durante este período sensitivo el recién nacido esté con su madre ya que dentro de las primeras dos horas después de su nacimiento, se grabarán las características que le permitirán reconocerla. El olor materno es particularmente llamativo para los bebés recién nacidos y su reconocimiento temprano puede facilitar el establecimiento del vínculo y su adaptación al ambiente postnatal (Porter, 2004). Si el bebé es colocado precozmente sobre su madre, en contacto piel con piel, se acelera el reconocimiento del olor materno: a los 4 días, los bebés que disfrutaron del contacto precoz, reaccionan de forma significativamente diferente al olor de la leche de su madre en comparación al de otras madres (Mizuno *et al.*, 2004).

Al dejar al recién nacido en contacto piel con piel en el pecho de su madre, se estimulan los reflejos de masticación, succión de su puño y búsqueda; el niño se dirige hacia la areola, que reconoce por su color oscuro y por su olor, y, tras varios intentos, comienza a succionarla (Righard & Alade, 1990; Klaus & Klaus, 1998; Porter, 2004). A partir de este momento, es más probable que el recién nacido realice una succión correcta. Por todas estas razones, el contacto piel con piel forma parte de los 10 pasos de la "Iniciativa Hospital Amigo de los Niños" y está incluido en la Declaración de Barcelona sobre los Derechos de la Madre y el Recién Nacido (World Association of Perinatal Medicine, 2001), en las recomendaciones del Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología (Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología, 2001), en las del Comité de Lactancia Materna de la AEP (Hernández *et al.*, 2005) y en las de la Sección de Lactancia Materna de la Academia Americana de Pediatría (AAP, 2005).

El 68.6% de las madres que participó del presente estudio fue reunido con sus hijos luego de la hora de nacidos; el 45.7% de los bebés lactó por primera vez luego de más de tres horas de su nacimiento; sólo el 31.4% lactó en la primera hora de vida desde su nacimiento; es decir, menos de un tercio de estos niños pudo aprovechar del período sensitivo y, como lo dice la evidencia antes mencionada, esto interfiere con el desarrollo adecuado de la lactancia. De hecho, estudios indican que la separación precoz interfiere también con el desarrollo del vínculo madre-hijo (Moore *et al.*, 2007). Si el vínculo madre-hijo es realmente fuerte, la vanidad y el “riesgo” de perder la figura serían secundarios.

La dificultad en el reconocimiento del olor materno puede explicar también que los bebés separados precozmente tengan más problemas para alimentarse correctamente del pecho de su madre, ya que es precisamente durante la toma al pecho cuando la nariz del bebé está más en contacto con el olor de su madre (Porter, 2004).

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, se puede destacar que la separación precoz del niño tiene un efecto negativo sobre varios de los factores que determinan las prácticas de lactancia. La producción escasa y lenta de leche, la necesidad de “complementar” con leche artificial porque el bebé no se llena, la succión inadecuada, los pezones agrietados y dolorosos, la falsa apreciación de que al niño “no le gusta la leche materna” entre otros, se derivan de un inicio inadecuado. Se debe recordar que el 85.7% de estos bebés recibió alimentación complementaria desde su nacimiento.

El 62.9% de los recién nacidos recibieron fórmula como primer alimento mientras que sólo el 25.7% recibió leche materna. El 2.9% no recibió nunca leche materna. El 8.5% de niños recibió agua azucarada o suero glucosado. Es decir que en más de la mitad de estos niños no se aprovechó el período sensitivo, por tanto, estos bebés no tendrían la oportunidad de alcanzar el pecho de su madre por sí mismos, de reconocer su olor ni de hacer una toma espontánea y correcta, lo que explicaría que sea 1.8 veces menos probable que los bebés separados continúen con lactancia materna entre el mes y los 4 meses de edad. Este fenómeno podría explicarse porque la suplementación temprana con fórmula artificial disminuirá la secreción de leche materna, modificará el tipo de succión del niño y consecuentemente, el proceso de lactancia materna será cada vez más difícil. (Moore *et al.*, 2007).

Algunos de los otros factores que interfieren con la lactancia materna están determinados también por la conducta del personal sanitario de las casas de salud. La desinformación de las madres en relación al tiempo de duración de la lactancia materna y al estímulo adecuado para la producción de leche, el tratamiento inadecuado para ciertas patologías, la falta de consejería adecuada, entre otros, es responsabilidad de los médicos y del personal del equipo de salud en los hospitales. Por ejemplo, en los casos confirmado de alergia a la proteína de la leche de vaca, el tratamiento indicado por todos los médicos de este estudio fue el destete, a pesar que la evidencia científica indica que el tratamiento en este caso es una dieta materna exenta de proteína de la leche de vaca y sus derivados (Businco *et al.*, 1993).

De los factores externos restantes, los más difíciles de manejar, porque conllevan un cambio radical, es el entorno familiar y cultural. Un medio con prejuicios frente a la lactancia materna pública y la falta de espacios destinados para esta práctica, requerirá un cambio de mentalidad de la población y una concientización real de la importancia de la lactancia materna; para esto, una vez más se necesita conocimiento.

El presente estudio aporta, con clara evidencia, que las principales barreras que afectan el inicio y duración de la lactancia materna, en las madres que participan del centro de estimulación Temprana Gymboree, pueden ser fácilmente modificadas si se concientiza al personal de salud de la importancia de la consejería y el apego temprano. Con la información adecuada impartida antes del momento del parto, durante cada uno de los controles prenatales con énfasis en los grandes beneficios de la leche materna y con los cambios necesarios en las políticas hospitalarias, que permitan que el niño sea reunido con su madre antes de la primera hora desde su nacimiento, se podría lograr que las madres quieran y puedan alimentar a sus hijos con leche materna de acuerdo a las recomendaciones internacionales. Con el apego temprano, la producción de leche iniciará rápidamente y no habrá necesidad de “complementar”, además se disminuye el riesgo de depresión posparto. Una madre que conoce los grandes y reales beneficios de la lactancia materna para ella, su bebé y la sociedad en general, le dará un papel secundario a otros factores como la estética y la vergüenza de la lactancia en público. Adicionalmente, si las prácticas de lactancia son modificadas de una manera evidente, pronto los encargados de los espacios

públicos se verán obligados a otorgar las facilidades necesarias para permitir que las madres puedan dar de lactar a sus niños con mayor comodidad.

VII. Conclusiones

Existen múltiples barreras que impiden que las prácticas de lactancia materna en el grupo de estudio sean adecuadas. Algunas de estas son propias de la madre y otras dependen del medio que les rodea.

Menos de la tercera parte de las madres participantes del estudio (31.4%) fueron reunidas con sus hijos recién nacidos dentro de la primera hora después de nacidos. Más del 80% de los niños recibió alimentación complementaria desde su nacimiento y sólo uno cumplió con la recomendación de duración hasta los veinte y cuatro meses de edad. Aún cuando estos datos no son generalizables ya que son sólo parte de una encuesta realizada para caracterizar al grupo de estudio, tienen una alta relación con los datos de la ENDEMAIN (2004), que sí refleja la realidad nacional frente a las prácticas de lactancia materna.

El apego temprano o el contacto inmediato piel con piel, que es lo mismo, debe ser una prioridad del personal médico de los hospitales de nuestro país, ya que este permitirá un adecuado inicio en la vida del recién nacido y supondrá un éxito en la práctica de la lactancia materna. El aprovechar el período sensitivo del recién nacido eliminará varias de las razones por las cuales la práctica de lactancia materna en nuestro medio fracasa en un gran porcentaje de madres.

Es responsabilidad del personal médico la información y concientización de la población en relación a los múltiples beneficios de la lactancia materna y a su correcta práctica. Un médico, una enfermera o cualquier integrante del equipo de salud, con el conocimiento necesario, pueden hacer la diferencia.

Es innegable que, en general, ni los médicos ni las enfermeras que participaron del presente estudio, manejan información actualizada ni evidencia científica que les permita fomentar y modificar las prácticas de lactancia materna en este grupo de madres.

El conocimiento general en relación a lactancia materna del personal médico que participó de este estudio, es muy deficiente; el manejo de las patologías asociadas, como la alergia a la proteína de la leche de vaca o el uso de medicamentos en la lactancia materna es, muchas veces inadecuado ya que requiere de conocimientos profundos sobre el tema.

VIII. Recomendaciones

Los resultados de este estudio merecen una investigación adicional que permita generalizar estos resultados a toda la población. Se recomienda hacer una investigación mixta, es decir, que complemente los datos cualitativos con datos de un estudio cuantitativo; es decir, es fundamental que en el próximo estudio poblacional nacional se incluya un componente cualitativo; este componente será muy importante para determinar el por qué de los datos cuantitativos obtenidos.

Debido a que los profesionales de salud, entre los que están médicos, enfermeras, auxiliares y otros, tienen la responsabilidad de promover prácticas adecuadas de alimentación y lactancia materna, se debe realizar una evaluación profunda de los conocimientos reales del personal de salud en relación al tema para poder establecer medidas adecuadas que nos permitan solucionar las deficiencias. Se puede implementar un sistema de evaluación anónima inicial a través de los diversos Colegios de profesionales, como el Colegio Médico por ejemplo, que son instancias a las que regular y obligatoriamente el personal de salud debe asistir. Con los resultados, se podría implementar un programa de Educación Médica Continua, como los que ya existen actualmente a cerca de muchos otros temas, que enfatice sobre las deficiencias encontradas en la evaluación inicial sobre los conocimientos de los profesionales, este programa debería incluir información general, evidencia científica, estudios recientes y evaluaciones vía internet. Para el éxito de este programa, se podría establecer algún tipo de premio para aquellos médicos que demuestren un mayor compromiso con la lactancia materna.

Se podría implementar también una evaluación conocida como “el paciente secreto”, en el que una mujer, contratada para este fin, visita a varios profesionales y obtiene de ellos información a cerca de las recomendaciones de lactancia materna; por supuesto dentro de los límites de la ética profesional. Este tipo de evaluación ha sido ya implementada para evaluar la calidad de atención en muchos establecimientos de salud, por lo cual su uso para evaluar recomendaciones a cerca de lactancia materna no sería difícil.

Se debe instaurar políticas en los espacios públicos que permitan a las madres dar de lactar a sus hijos con comodidad y privacidad, eliminando los prejuicios frente a esta práctica tan natural pero a la vez tan mal concebida. Esto se podría lograr incluyendo a personajes famosos y respetados del medio en campañas de promoción.

El Estado, a través del Ministerio de Salud Pública debe reactivar la entidad encargada de cumplir y hacer cumplir lo establecido en el Código de Sucedáneos de la leche materna, de tal manera que se fomente más el uso de la lactancia materna que el complemento (leche materna + fórmula) o suplemento (sólo fórmula) con fórmulas artificiales. Esto podría lograrse a través del CONALMA solicitando de alguna manera al gobierno nacional, a través de la prensa por ejemplo, a hacer funcionar este organismo, existente más no funcional.

De la misma manera, el CONALMA, una vez reactivado, debe evaluar las políticas hospitalarias individuales de las casas de salud de nuestro país para que sean más coherentes con lo establecido en las normas internacionales en relación a la alimentación de los recién nacidos. Las Escuelas de Medicina y Nutrición podrían tener un rol muy importante en este proceso.

Se debe establecer una capacitación continua en las casas de salud que reciben a madres gestantes para que puedan convertirse en “Hospitales Amigos de la Madre y el Niño”. Esto podría lograrse a través de las escuelas de Medicina y de Nutrición de todo el país, incluyendo en su currículo una rotación o pasantía en la cual los estudiantes de tercer o cuarto año deban realizar una capacitación en las

diversas casas de salud más importantes del país para aprobar el semestre. Las Escuelas de Nutrición deberían liderar las actividades de protección y promoción de la lactancia materna.

Así mismo, las universidades podrían ofrecer post-gradados que incluyan dentro de sus líneas de investigación temas de Lactancia Materna con los cuales se podría tener la oportunidad de establecer una línea de trabajo en leche materna y alimentación complementaria acorde a la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño pequeño, que puede servir para apoyar iniciativas de organismos privados o estatales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AAP (American Academy Of Pediatrics), Policy Statement; Breastfeeding and the Use of Human Milk, Pediatrics, Vol.115, N° 2, Febrero, 2005, p. 496-506.
2. Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services, Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries, 2007.
3. Arifeen S., Black R., Antelman G., Baqui A., Caulfield L., Becker S. Exclusive breastfeeding reduces acute respiratory infection and diarrhea deaths among infants in Dhaka slums, Pediatrics, 2001, 108(4):E67.
4. Armstrong J., Reilly J., Child Health Information Team, Breastfeeding and Lowering the Risk of Childhood Obesity. Lancet. 2002, 359:2003–2004.
5. Asamblea Mundial de la Salud 55ª, Nutrición del Lactante y el Niño Pequeño, 18 de mayo del 2002, http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/swaha5525.pdf, consultada por última vez en febrero del 2010.
6. Australian Breastfeeding Association, <http://www.breastfeeding.asn.au/>; consultada por última vez en diciembre, 2009.
7. Ball T., Wright A., Health Care Cost of Formula-feeding in the First Year of Life, Pediatrics, 1999, 103:870–876.
8. Barbour Rosaline S. PhD, The role of Qualitative Research in Broadening “Evidence base” for Clinical Practice, Department of General Practice, University of Glasgow, Glasgow UK, 1999.
9. Beaudry M., Dufour R., Marcoux S., Relation Between Infant Feeding and Infections during the First Six Months of Life, Journal of Pediatrics (Canada) 126, no. 2 Feb 1995, 191-7.
10. Bener A., Denic S., Galadari S., Longer Breast-feeding and Protection Against Childhood Leukaemia and Lymphomas, European Journal of Cancer (UAE) 37, no. 2, Jan 2001, 234-8.
11. Blaymore Bier J., Oliver T., Ferguson A., Vohr B., Human Milk Reduces Outpatient Upper Respiratory Symptoms in Premature Infants during their first year of life. Journal of Perinatology, 2002, 22:354–359
12. Brazelton, T. & Cramer, B., The earliest relationship: Parents, infants and the drama of Early Attachment , Addison-Wesley Publishing Company Inc., 1990.
13. Businco L., Dreborg S., Einarsson R. y cols. Hydrolised Cow’s milk formulae. Allergenicity and use in treatment and prevention. AnESPACI position paper. Pediatric Allergy Immunology 1993, 4: 101-11.
14. Cabrero García L, Richart Martínez M. El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa Enfermería clínica, 1996, 6: 212-217.
15. Cochi S., Fleming D., Hightower A., Limpakarnjanarat K., Facklam R., Smith J., Sikes R., Broome C., Primary invasive Haemophilus influenzae type b disease: a population-based assessment of risk factors. Journal of Pediatrics. 1986, 108:887–896
16. CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA, publicado por Ley No. 100. en Registro Oficial 737 de 3 de Enero del 2003, Ecuador, 2003.

17. Comisión de Lactancia MINSAL (Ministerio de Salud), UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) , Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud, Editoras Shellhorn C., Valdés V., Ministerio de Salud, UNICEF, Chile 1995.
18. Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología, Recomendaciones de mínimos para la asistencia del RN sano, Anales de la Asociación Española de Pediatría 2001, 55: 141-145.
19. Comité de lactancia Materna de la Academia Española de Pediatría, 2008 en <http://www.aeped.es/pdf-docs/lacmat.pdf>, consultada por última vez en febrero del 2010.
20. Cunningham A., Jelliffe DB., Jelliffe EF., Breastfeeding and Health in the 1980s: a Global Epidemiologic Review, Journal of Pediatrics 1991, 118:659-666.
21. Daniels J., Olshan A., Pollock B., Shah N., Stram D., Breastfeeding and Neuroblastoma, USA and Canada, Cancer Causes and Control (USA, Canada) 13, no. 5 Jun 2002, 401-5.
22. Davis M., Review of the Evidence for an Association between Infant Feeding and Childhood Cancer, International Journal of Cancer Supplement, 1998, 11:29–33.
23. Dewey K., Heinig M., Nommsen-Rivers L., Differences in Morbidity between Breast-fed and Formula-fed infants, Journal of Pediatrics, 1995, 126:696–702.
24. Earle S., Factors Affecting the Initiation of Breastfeeding: Implications for Breastfeeding Health Promotion International, Vol. 17, N° 3, 205-214 Oxford University Press, 2002.
25. El-Mohandes A., Picard M., Simmens S., Keiser J., Use of human milk in the intensive care nursery decreases the incidence of nosocomial sepsis, Journal of Perinatology Washington, DC 17, no. 2 Mar-Apr 1997, 130-4.
26. ENDEMAIN: Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil, 2004, Informe Final, Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR), Ecuador, 2004.
27. Escalante Angulo Carlos, Metodología de la investigación socio-médica: fundamentos conceptuales, 6ta Edición, Universidad de Texas, 2008.
28. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2008; 46: 99-110
29. Folden Palmer Linda, DC, La influencia mortal de la fórmula en América, Pediatrics, Febrero del 2004, en <http://www.crianzanatural.com/art/art100.html>, consultado por última vez en febrero, 2010.
30. Freire Wilma, Waters William, Boy Erick, Fortificación en Casa con Micronutrientes de los Alimentos de los Niños y Niñas de 6 a 59 Meses de Edad para Combatir la Anemia por Falta de Hierro y Otras Deficiencias, Informe Final del Programa Inicial de Fortificación en Casa, en convenio suscrito entre el Programa “Aliméntate Ecuador” del Ministerio de Inclusión Económica y Social y la Universidad San Francisco de Quito, Quito, Agosto del 2008.
31. Fu Z., Chang S., He W., FuGang, Exclusive Breastfeeding and Growth of Infants under 4 months in China, Center for Public Health Information, Chinese Academy of Preventive Medicine, 29, no. 5, Beijing Sep 2000, 275-8.

32. Gerstein HC., Cow's milk exposure and type 1 diabetes mellitus, A critical Overview of the Clinical Literature, *Diabetes Care*, 1994, 17:13–19.
33. Giovannini M, Rottoli A, Fiori L., Nutrición y enfermedades congénitas del metabolismo, En: Tojo R, ed. *Tratado de Nutrición Pediátrica*. Barcelona, Ediciones Doyma, 2001, 641-660.
34. González-Hachero J. Patología de la absorción intestinal de los hidratos de carbono. En: Cruz M, ed. *Tratado de Pediatría*, 8.a ed. Madrid: Ergon, 2001, 1.060-1.067
35. Hauck F., Herman S., Donovan M., Iyasu S., Merrick-Moore C., Donoghue E., Kirschner R., Willinger M., Sleep environment and the risk of Sudden Infant Death Syndrome in an urban population: the Chicago infant mortality study, *Pediatrics (US)* 111, no. 5, May 2003, 1207-1214.
36. Heinig M., Host defense benefits of breastfeeding for the infant, Effect of breastfeeding duration and exclusivity, *Pediatric Clinics in North America*, 2001, 48:105–123.
37. Hernández Aguilar M., Aguayo Maldonado J., Comité de Lactancia Materna de la AEP, La lactancia materna, Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica, Recomendaciones del Comité de Lactancia Materna de la AEP. *Anales de Pediatría*, Barcelona, 2005, 63: 340-356.
38. Hoddinott P., Pill R., Qualitative study of decisions about infant feeding among women in east en of London, *British Medical Journal*, 1999, 318; 30-34.
39. Horne R., Parslow P., Ferens D., Watts A., Adamson T., Comparison of Evoked Arousability in breast and formula fed infants, *Archives of Disease in Childhood*, *British Medical Journal*, 2004, 89(1):22–25.
40. Huffman S., Combest C., Role of breastfeeding in the Prevention and Treatment of Diarrhoe, *Journal of Diarrhoeal Diseases Research*, 1990, 8:68-81.
41. Huffman S., Lopez de Romana G., Madrid S., Brown K., Bentley M., Black R., Assessment of infant feeding in Peru. Chapter XIV, Economic value of breastfeeding, Wellstart International, Washington, DC., 1992.
42. Hylander M., Strobino D., Dhanireddy R., Human milk Feedings and Infection among very low birth weight infants, *Pediatrics*, 1998, 102-3.
43. IBFAN (International Baby Food Action Network), WHO (World Health organization) /UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, Geneva, 1981.
44. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Principales Causas de Mortalidad General, Ecuador, 2005.
45. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Principales Causas de Mortalidad Infantil, Ecuador, 2005.
46. Jelliffe EF, Jelliffe DB, Improving Nutricional dietary Density and nutrient Bioavailability for young children: Less Appreciated Considerations, *Journal of Tropical Pediatrics*, 1990, 36:210-211.

47. Junta de Andalucía, Beneficios de la Lactancia Precoz en <http://www.andaluciainvestiga.com/espanol/noticias/8/3010.asp>, 2006, consultado por última vez en febrero del 2010.
48. Klaus M., Klaus P., *Your amazing newborn.*, Da Capo Press. Cambridge 1998.
49. Kramer M., Guo T., Platt R., Sevkovskaya Z., Dzikovich I., Collet J., Shapiro S., Chalmers B., Hodnett E., Vanilovich I., Mezen I., Ducret T., Shishko G., Bogdanovich N., Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 mo of exclusive breastfeeding, *American Journal of Clinical Nutrition*, 2003, 78:291–295.
50. Lawrence R., Lawrence R., *Lactancia Materna: Una Guía para la Profesión Médica*, 6ta edición, 2007.
51. Lawrence P., Breast milk. Best source of nutrition for term and preterm infants. *Pediatric Clinics of North America*, 1994, 41(5), 925-41.
52. Levine O., Farley M., Harrison L., Lefkowitz L., McGeer A., Schwartz B., Risk factors for invasive pneumococcal disease in children: a population-based case-control study in North America, *Pediatrics (USA)* 103, no. 3, Mar 1999.
53. LEY DE FOMENTO, APOYO Y PROTECCIÓN A LA LACTANCIA MATERNA, Ley 101, publicada en el Registro Oficial 814, Ecuador, 1 de Noviembre de 1995.
54. Lucas A., Cole T., Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis, *Lancet (UK)* 336, no. 8730, Dec 22-29, 1990, 1519-23.
55. Mizuno K., Mizuno N., Shinohara T., Noda M., Mother-infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk. *Acta Paediatrica*, 2004, 93: 1640-1645.
56. Moore E., Anderson G., Bergman N., Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub2. 2007.
57. National Center for Health Statistics, *Leading Causes of Death, USA*, 2004.
58. OMS (Organización Mundial de la Salud), 54 Asamblea Mundial de La Salud, *Estrategia Mundial para la alimentación del Lactante y del niño Pequeño*, Documento A54/7, Abril, 2001.
59. OPS (Organización Panamericana de la Salud), *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*, Washington DC, 2003.
60. Palti H., Mansbach I., Pridan H., Adler B., Palti Z., Episodes of illness in breast-fed and bottle-fed infants in Jerusalem, *Israel Journal of Medical Science*, Israel 20, no. 5, May 1984, 395-9.
61. Pisacane A., Graziano L., Mazzarella G., Scarpellino B., Zona G., Breastfeeding and Urinary tract Infection. *Journal of Pediatrics*, 1992, 120:87–89.
62. Pita Fernández S., López de Ullibarri Galparsoro I., Número necesario de pacientes a tratar para reducir un evento. *Cadernos de Atención Primaria*, Coruña España, 1998, 96-98.
63. Pita Fernández, S., Pértegas Díaz, S., Investigación cuantitativa y cualitativa, Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Complejo Hospitalario-Universitario Juan Canalejo, Coruña, España *Cadernos de Atención Primaria* 2002, 9: 76-78.

64. Porter R., The biological significance of skin-to-skin contact and maternal odours, *Acta Paediatrica*, 2004, 93: 1560-1562.
65. Righard L., Alade M., Effect of Delivery room routines on success of first breast-feed, *Lancet* 1990, 336:1105-1107.
66. Riordan, J., *Breastfeeding and Human Lactation*, 3rd edition. Boston, MA: Jones and Bartlett, 2005.
67. Ronayne de Ferrer P., Leche humana: II. Factores que modifican su volumen y composición, *Archivos Argentinos de Pediatría*, 1993, 91:239-245.
68. Ronayne de Ferrer P., Macías S., Rodríguez S., Leche materna: Composición y factores condicionantes de la lactancia, *Archivos Argentinos de Pediatría* 2006, 104(5):423-430.
69. Rodwin M., *Medicine, Money and Morals: Physicians conflicts of interest*. Editorial de las Universidades de Nueva York y Oxford, 1993.
70. Sabrá A., Diagnóstico clínico de alergia alimentaria. En: Velasco CA, editor. *Revisiones de temas sobre Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica*. Gastrohnp Ltda. Editorial: Cali 2008, 23-28
71. Salamanca A., Martín C., *El Muestreo en la Investigación Cualitativa*, Nure Investigación, 2007.
72. Schanler R., Shulman R., Lau C., Feeding strategies for premature infants: beneficial outcomes of feeding fortified human milk versus preterm formula. *Pediatrics*, 1999, 103:1150–1157.
73. Schmied V., Lupton D., Blurring the boundaries: breastfeeding and maternal subjectivity, *Sociology of Health & Illness* Vol. 23 No. 2 2001 ISSN 0141-9889, pp. 234-250.
74. Stewart-Knox B., Gardiner K., Wright M., What is the problem with breastfeeding? A Qualitative Analysis of infant Feeding perceptions, *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, , 2003, 16(4): 265-273.
75. Strauss, A., Corbin J., *Basics of Qualitative Research*. 2nd Ed. Thousand Oaks, CA. 1998.
76. Strauss A. *Qualitative Analysis for Social Scientifics*, New York: Cambridge University Press, 1987.
77. The Information Centre, *Infant Feeding Survey, 2005*, <http://www.ic.nhs.uk/pubs/ifs2005> consultado por última vez en diciembre, 2009.
78. Torresani María Elena, *Cuidado Nutricional Pediátrico*, 2da Edición, Editorial Eudeba, Buenos Aires, 2008.
79. Undegrove K., Necrotizing Enterocolitis: the Evidence for Use of Human Milk in Prevention and Treatment, *Journal of Human Lactation*, 2004.
80. UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), *Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*, 1981, http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24805.html, consultado por última vez, diciembre, 2009.
81. UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), *Estado Mundial de la Infancia*, 2004, Nueva York, División de comunicaciones, 2005.

82. Weimer J., The Economic Benefits of Breast Feeding: A Review and Analysis, Food Assistance and Nutrition Research Report No. 13. Washington, DC: Food and Rural Economics Division, Economic Research Service, US Department of Agriculture; 2001.
83. Wilson A., Stewart J., Greene S., Irvine L., Hau C., Howie P., Relation of infant diet to childhood health: seven year follow up of cohort of children in Dundee infant feeding study, British Medical Journal, Scotland, 316, no. 7124, Jan 1998, 21-5.
84. World Association of Perinatal Medicine, World Congress of Perinatal Medicine, Declaration of Barcelona on the Rights of Mother and Newborn, September 23-27, 2001.
85. WHO (World Health Organization) Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality, Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis, Lancet 355, no. 9202 February 2000, 451-5.
86. WHO (World Health Organization), The Optimal Duration of Breastfeeding: Results of a WHO systematic Review, Geneva, 2001.
87. WHO (World Health Organization), Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño, Geneva, 2003.
88. WHO (World Health Organization) Table 2 – Infant death [en línea]. In: World Health Organization . Mortality database, 2007.

ANEXO 1

PREGUNTAS DE IDENTIFICACIÓN DE LAS MADRES

Adaptado de ENDEMAIN 2004, Informe final, Ecuador, 2004.

http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/indice.htm

Adaptado de ProPAN: Process of the Promotion of Child Feeding Nutrition Unit

Family and Community Health, Pan American Health Organization, Abril 2004

NÚMERO DE REGISTRO

DATOS DE A MADRE

SELECCIÓN

1. EDAD DE LA MADRE (AÑOS CUMPLIDOS)		
2. ESTADO CIVIL	1	Soltera
	2	Casada
	3	Divorciada
	4	Viuda
	5	Unión Libre
3. INSTRUCCIÓN (AÑOS COMPLETADOS)		
4. PROFESIÓN		
5. OCUPACIÓN ACTUAL		
6. TIPO DE VIVIENDA	1	Propia
	2	Arrendada
	3	Familiar
7. INGRESO FAMILIAR MENSUAL APROX.	1	Menos de \$ 1000
	2	De \$1000 a 2000
	3	De \$2000 a 3000
	4	De \$3000 a 4000
	5	De \$4000 a 5000
	6	Más de \$ 5000
8. NUMERO DE HIJOS		
9. EDAD EL MÁS PEQUEÑO EN MESES		
10. SEXO DEL MÁS PEQUEÑO	1	Masculino
	2	Femenino

LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN SOLICITADA ES EN RELACIÓN A SU HIJO MÁS PEQUEÑO

SELECCIÓN

11. ¿CUÁNTOS CONTROLES PRENATALES TUVO?	1	Ninguno
	2	De 1 a 3
	3	De 4 a 6
	4	De 7 a 9
	5	De 9 a 12
	6	Más de 12
12. ¿DÓNDE NACIÓ SU NIÑO?	1	Hospital o Clínica privado
	2	Hospital o Clínica público
	3	Casa
	4	Otro
ESPECIFICAR NOMBRE DEL LUGAR DE NACIMIENTO:		
13. ¿QUÉ TIPO DE NACIMIENTO TUVO SU NIÑO?	1	Parto Normal
	2	Cesárea
14. ¿CUÁL FUE EL PRIMER ALIMENTO QUE SU NIÑO CONSUMIÓ INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE SU NACIMIENTO?	1	Leche materna
	2	Té/Agua Aromática
	3	Agua

	4	Leche de vaca	
	5	Fórmula	
	6	Otro (especificar)	
	7	No sabe/no recuerda	
15. ¿ALGUNA VEZ DIO DE LACTAR?	1	Si	
	2	No	
16. ¿A QUÉ TIEMPO LUEGO DEL NACIMIENTO, EL NIÑO LACTÓ POR PRIMERA VEZ?	1	Menos de 1 hora después de nacido	
	2	De 1 a 3 horas después de nacido	
	3	Más de 3 horas después de nacido	
17. ¿ALIMENTÓ A SU NIÑO CON CALOSTRO? (LECHE MATERNA DE LOS PRIMEROS DÍAS DESPUÉS DEL NACIMIENTO, QUE ES MÁS AMARILLA Y MÁS LÍQUIDA QUE LA LECHE MADURA?)			SELECCIÓN
	1	Si	
	2	No	
	3	No se aplica	
	4	No recuerda / No sabe	
18. ADEMÁS DE LA LECHE MATERNA, ¿SU NIÑO RECIBIÓ OTRO ALIMENTO EN LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIDA?	1	Si	
	2	No	
19. ¿QUÉ TIPO DE ALIMENTO RECIBIÓ, ADEMÁS DE LA LECHE MATERNA, EN LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIDA?	1	Té/ Agua aromática	
	2	Agua	
	3	Fórmula	
	4	Leche de vaca	
	5	Otro	
20. SI SU NIÑO RECIBIÓ, EN LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIDA OTRO ALIMENTO, A QUÉ EDAD (EN MESES) LO RECIBIÓ POR PRIMERA VEZ?			
21. ACTUALMENTE ¿ESTÁ DANDO DE LACTAR?	1	Si	
	2	No	
	3	No se aplica	
22. DURANTE LOS 3 PRIMEROS MESES DE VIDA: ¿SU NIÑO LACTÓ O LACTA CON HORARIO PREVIAMENTE ESTABLECIDO O A LIBRE DEMANDA?	1	Horario establecido	
	2	Cuando el niño pide/quiere	
	3	No se aplica	
	4	No recuerda / No sabe	
23. DURANTE LOS 3 PRIMEROS MESES DE VIDA: CON SU BEBÉ SANO ¿CUÁNTAS VECES LACTABA/ LACTA DURANTE EL DÍA?	1	Ninguna	
	2	De 1 a 3 veces por día	
	3	De 4 a 6 veces por día	
	4	De 7 a 9 veces por día	
	5	Más de 10 veces por día	
	6	No se aplica	
	7	No recuerda / No sabe	
24. DURANTE LOS 3 PRIMEROS MESES DE VIDA: CON SU BEBÉ SANO ¿CUÁNTAS VECES LACTABA/ LACTA DURANTE LA NOCHE?	1	Ninguna	
	2	De 1 a 3 veces por día	
	3	De 4 a 6 veces por día	
	4	De 7 a 9 veces por día	
	5	Más de 10 veces por día	
	6	No se aplica	
	7	No recuerda / No sabe	
25. ¿A QUÉ EDAD DEJÓ DE LACTAR SU NIÑO? (EN MESES)	1	Menos de 1 mes	
	2	Edad (e meses)	
	3	No se aplica	
	4	Aún lacta	
	5	No recuerda / no sabe	

ANEXO 2

PACIENTE NÚMERO _____

Consentimiento Informado

Estudio Cualitativo de Barreras en la Práctica de Lactancia Materna

Investigadora: Dra. Isabel Dávila Arteaga; Teléfono: 099903145

I. INTRODUCCIÓN

Lo invitamos a participar en este estudio. Su participación es voluntaria. Antes de decidir si participa o no debemos informales sobre los pasos que se realizarán y el efecto de su participación, en términos de beneficios y riesgos. Este documento le provee la información sobre el estudio. Le podemos responder cualquier pregunta que tenga. Si acepta ser parte del estudio, Usted tiene que firmar este documento. Cualquiera sea su decisión, recibirá por igual, consejería relacionada a Lactancia Materna.

II. OBJETIVO DEL ESTUDIO

Establecer las barreras que determinan que las madres ecuatorianas de nivel socioeconómico medio-alto cuyos hijos participan en el Centro de Estimulación Temprana Gymboree Fun & Music de Cumbayá, en Quito, practiquen o no lactancia materna.

III. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

Si usted participa, será invitada a llenar un formulario en el que nos proveerá de información relacionada a sus prácticas personales en relación a lactancia materna; además, será invitada a participar de una discusión en grupos focales con otras madres. Esta entrevista será una sola vez y tendrá una duración aproximada de no más de 30 minutos. Si participa en alguno de los grupos focales, esta actividad tendrá una duración promedio de 90 minutos.

IV. POSIBLES RIESGOS DEL ESTUDIO

No existen riesgos físicos asociados a este estudio. Si piensa que las preguntas formuladas o alguno de los procedimientos que vamos a llevar a cabo son molestos o le causan mucha tensión, puede negarse a responderlas o tomar un descanso en cualquier momento. Usted puede dejar de participar en el estudio en el momento que lo desee.

VI. POSIBLES BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Los resultados de éste estudio ayudarán a conocer mejor cuales son las prácticas de lactancia materna de las madres ecuatorianas que participan del Centro de Estimulación Temprana Gymboree Fun & Music de Cumbayá, en Quito y los datos serán de mucha utilidad en estudios posteriores o programas de intervención.

VII. COSTO

No le costará nada participar en este estudio.

VIII. COMPENSACIÓN

Este estudio no contempla pago por su participación.

IX. DERECHO A ABANDONAR EL ESTUDIO

Si usted decide, no participar, en cualquier momento no es problema. Simple y llanamente, informa del particular. Pero usted también debe saber que el investigador puede pedirle que se retire del estudio, sea por razones personales o porque el estudio se ha detenido.

X. CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS DE DATOS

Sus datos son confidenciales. Si los resultados de este estudio son publicados en revistas o en reuniones científicas, las personas que participan en él no serán nombradas o identificadas. Cualquier información sobre su compromiso en el estudio no será divulgada, excepto si usted da su permiso por escrito, o al menos que sea requerido por la ley.

XI. PREGUNTAS

Si tiene cualquier pregunta sobre los procedimientos de este estudio, por favor póngase en contacto con Isabel Dávila llamando al 099-903-145 en horas laborables. Si tiene cualquier duda sobre el consentimiento informado o cualquiera de sus derechos como participante del estudio, por favor contacte a la Universidad San Francisco de Quito al 297-1775.

Por favor conserve una copia de este documento en caso de que desee leerlo nuevamente. Si usted acepta participar en este estudio, por favor firme más abajo.

XII. DOCUMENTACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Comprendo la información impresa en este formulario. He discutido este estudio, sus riesgos y potenciales beneficios y otras decisiones mías con _____. Mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Mi firma más abajo indica mi voluntad de participar en este estudio, con el entendimiento de que puedo dejar de participar en cualquier momento.

Nombre del participante	Fecha
Firma del participante	Fecha
Nombre de la persona que obtuvo el consentimiento informado	Fecha
Firma de la persona que obtuvo el consentimiento informado	Fecha
Firma del Investigador Principal	Fecha

**ANEXO 3: Guía de Preguntas
LACTANCIA MATERNA: BARRERAS PARA PRACTICARLA**

IDENTIFICACIÓN (Madres)

Número de Registro	__ __
Edad.....	__
Estado Civil.....	_____
Instrucción.....	_____
Ocupación actual.....	_____
Tipo de vivienda (propia, arrendada, familiar).....	_____
Ingreso mensual aproximado.....	_____
Número de Hijos.....	__
Edad del más pequeño (a) en años y meses.....	__ __
Sexo del niño (a).....	__
Hospital o casa de Salud en la que el niño nació.....	_____

1. ¿Cuál es su percepción frente a lactancia materna?
 - Cultura
 - Salud
 - Económica
 - Diferencias en la población
2. ¿Cuáles son las razones para practicar o no practicar la lactancia materna?
 - Planes previos al nacimiento
 - Económicas
 - Trabajo
 - Percepciones
 - Conocimientos
 - Tipo de parto
 - Tiempo
 - No producción de Leche
 - Políticas hospitalarias
3. Conocimientos y prácticas en relación a Lactancia Materna
 - Consejería
 - Fuentes
 - No producción de Leche

4. Planes para el futuro

LACTANCIA MATERNA: BARRERAS PARA PRACTICARLA**IDENTIFICACIÓN (Pediatras y Ginecólogos)**

Número de Registro	__ __
Especialidad.....	____
Edad.....	__
Hospital o casa de Salud en las que regularmente trabaja.....	____

1. ¿Dio algún tipo de consejería sobre lactancia en los controles prenatales?.
2. ¿Qué aspectos fueron tomados dentro de la consejería: inicio, tiempo de duración, prolongación?
3. Los pacientes siguen los consejos que usted les da?
4. Conocimiento a cerca de las políticas de lactancia de las Instituciones en donde trabaja. Hay protocolos escritos en relación a Lactancia?
5. Indicaciones específicas que da a las madres en relación a la alimentación luego del parto (hora de inicio, frecuencia, necesidad de "completar").
6. Indicaciones para administrar fórmula infantil y/o contraindicaciones para dar de lactar. Según usted, por qué éstas madres no pueden dar de lactar?
7. ¿Cuáles son las recomendaciones para los niños de distintas edades?
8. Inicio de alimentación complementaria (razones).