

PRACTICAS DE LACTANCIA NATURAL EN COSTA RICA DURANTE 1990

Dr. Ana C. Morice ¹

RESUMEN

Este documento informa sobre la prevalencia de lactancia natural, mixta y artificial en Costa Rica, durante el año 1990. La población en estudio estuvo constituida por los niños menores de un año, que fueron identificados en las viviendas seleccionadas mediante la Encuesta nacional de hogares utilizando una muestra respectiva de todo el país. El total de niños fue de 820, que al emplear un factor de expansión se estimó en 60.766. El 93.9% de los niños recibieron leche materna durante los tres primeros días de vida. Sin embargo, a la edad de un mes, 10.2% habían sido destetados, 14,7% estaban con lactancia mixta y solo 75.1% se mantenían con lactancia natural exclusiva. A los cuatro meses de vida, 35.0% tenían una alimentación mixta y 30.2% estaban destetados. Se observaron diferencias regionales y urbano-rurales en la edad de introducción de suplementos alimentarios: en la región urbana y en la rural concentrada se introducen los suplementos alimentarios y se destetan los niños a menor edad, mientras que en la rural dispersa se mantiene la lactancia natural exclusiva por períodos más prolongados. Se encontró un coeficiente de correlación de $r = 0.68$ (0.62-0.74) entre la edad de introducción de alimentos y la edad de destete. Por lo tanto, las estrategias de fomento de la lactancia natural deben enfatizar en el desarrollo de acciones que favorezcan la introducción de suplementos hasta los cuatro o seis meses de edad, ya que, a pesar de que los porcentajes de iniciación de la lactancia son altos, aún continúa siendo corta la duración de la lactancia natural exclusiva.

INTRODUCCION

La promoción de la lactancia materna constituye una estrategia fundamental en la búsqueda de mejores condiciones de salud para los países, pues ha probado ser una arma muy eficaz y de bajo costo, que favorece un mayor bienestar en la madre y el niño⁽¹⁾, después de crecer y desarrollarse en el vientre materno, donde el niño se encuentra protegido y tiene

todas sus necesidades satisfechas, debe adaptarse a la vida extrauterina. La leche materna le provee de nutrientes y factores inmunológicos, que le permiten enfrentar, con mayor fortaleza, este proceso de adaptación. Además, establece una interacción afectiva entre la madre y su hijo, imposible de lograr con ningún otro método de alimentación artificial⁽⁶⁾.

La incidencia y duración de la lactancia natural en Costa Rica, después de un período de crisis que se inició a mediados de los años setenta, mostró un incremento a principios de la década de los ochenta⁽¹¹⁾, a pesar de que desde 1985 no se disponía de información actualizada y, además, se habían presentado algunos factores que podrían haber ejercido una influencia negativa en la práctica de la lactancia natural, tales como: la creciente incorporación de la mujer a la fuerza laboral remunerada, que, dada la crisis socio-económica actual, ha determinado que muchas madres deban permanecer períodos prolongados fuera del hogar; las limitaciones presupuestarias que ha enfrentado el sector salud para el desarrollo de actividades de promoción de la salud; la imposibilidad de lograr la aprobación legal del Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y la crisis que han sufrido los bancos de leche ante el descubrimiento del paso del virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) a través de la leche materna, lo que ha tenido un fuerte impacto en el funcionamiento de esos bancos.

Por esas razones, se consideró necesario desarrollar este estudio, cuyo principal objetivo fue determinar la prevalencia y duración de la lactancia natural exclusiva, la mixta y la artificial, en niños menores de un año, en Costa Rica, en 1990. Con base en estos resultados, es posible analizar los cambios ocurridos en el último quinquenio, y reorientar las estrategias de promoción de la lactancia natural, que se están llevando a cabo en el país.

METODOLOGIA

La recolección de los datos se hizo mediante

¹ Jefe de Unidad de Crecimiento de Desarrollo del INCIENSA.
Coordinadora Comisión de Lactancia Materna en Costa Rica.

la encuesta nacional de hogares de propósito múltiples, que realiza anualmente el Ministerio de Economía, Industria y Comercio, por medio de la Dirección General de Estadística y Censos. En julio en 1990, se incluyó en esta encuesta un módulo de preguntas que permitió determinar la situación de las prácticas de lactancia en Costa Rica. La población en estudio estuvo constituida por los niños menores de un año, que se ubicaron en los hogares seleccionados mediante el diseño muestral de la encuesta nacional de hogares. Para la selección de la muestra, se dividió el país en los 919 segmentos geográficos definidos en el censo nacional de 1984; de cada uno de ellos, se escogieron, de manera sistemática, grupos de conglomerados de tres viviendas, con representatividad del área metropolitana del resto del país, de las regiones programáticas y de la zona urbana y rural. En total, se identificaron 9.918 viviendas (3.834 urbanas y 6.084 rurales).

Los datos se obtuvieron mediante entrevista estructurada, que se realizó en cada una de las viviendas, utilizando un cuestionario previamente validado en una submuestra de algunos cantones del país. Las preguntas se dirigieron a un informante clave; no obstante, podían intervenir otros miembros del hogar. Los encuestadores se contrataron específicamente para tal fin; recibieron un curso de capacitación y se les proporcionó un "instructivo", cuestionarios, un carné de identificación, un mapa o croquis y un registro de edificios y viviendas. Los encargados de controlar y verificar la exactitud y veracidad de los datos eran los supervisores.

Se estudiaron tres variables dependientes: si "fue o no fue amamantado" (se consideró que "si fue amamantado" cuando el niño fue alimentado con leche de su propia madre o de otra mujer por un período mayor de tres días después de su nacimiento), la "edad de introducción de suplementos" (definiendo el "suplemento" como cualquier otro tipo de alimento o leche no materna) y la "edad de destete" (edad a la que al niño se le suspende completamente la leche humana y se le alimenta en forma exclusiva con otras leches o alimentos).

Estas tres condiciones se analizaron para el país en general y de acuerdo con la ubicación urbana o rural. También se evaluó una serie de características sociodemográficas, que se reportan en otro documento⁽¹²⁾.

Una vez digitados los datos, se utilizó un programa elaborado específicamente para el procesamiento de la información, que también permitió la detección de incongruencias. El número real de niños menores de un año que se ubicó en los hogares de la muestra se modificó, empleando un factor de expansión. El porcentaje de niños con lactancia artificial, según edad de meses, equivale a la proporción de niños destetados. Los niños con lactancia mixta correspondieron a los niños que ya habían recibido suplementos pero no habían sido destetados. La categoría de lactancia natural exclusiva la constituyeron los niños que no habían recibido suplementos ni habían sido destetados. Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa SPSS.

La información que se recolectó fue suministrada, en un 78.9% por la madre, en un 15.8% por la abuela, en un 4.6% por otros familiares y en un 0.6% por "no familiares"; por lo tanto, en un 94.7% de los casos, la informante fue la madre o la abuela del niño. En las viviendas seleccionadas en la encuesta nacional de hogares, de 1990, se identificaron 820 niños menores de un año.

Este número se modificó utilizando un factor de expansión, por lo que el número estimado de niños, en este estudio, fue de 60.766. No se logró obtener datos sobre las prácticas de lactancia en 57 niños (4.109 utilizando el factor de expansión), cifra que representa el 6.7% de la muestra. Estos casos no se incluyeron en el análisis, por lo que el número utilizado en él es de 56.657 menores de un año.

Lactancia natural exclusiva, mixta y artificial, durante los primeros seis meses de edad.

En 1990, el 94.1% de los niños recibieron leche materna, al menos durante los primeros tres días.

A pesar de que a los seis meses el 74% de los niños se alimentaban con leche materna, solamente un 22.1% lo hacían en forma exclusiva, ya que el 41.9% recibía una alimentación mixta. Esta tendencia al descenso en la práctica de la alimentación exclusiva del seno materno, es más marcada durante el primer mes de edad, pues, en este período, 10.2% de los recién nacidos son destetados y 14.7% inician la introducción de suplementos alimentarios. A los cuatro meses, 30.2% de los niños ya han sido destetados, 35.0% reciben una lactancia mixta y solamente 34.8% se alimentan exclusivamente con leche materna. Esta información se muestra en el Cuadro 1 y el Gráfico 1.

Al intentar establecer la relación entre la edad de introducción de suplementos alimentarios, con respecto a la edad de destete, mediante un análisis de regresión lineal simple, se comprueba que existe una relación directa y positiva entre la introducción de suplementos alimentarios y el destete temprano, en niños menores de tres meses, pues el coeficiente de correlación (r) es de 0.68, con un intervalo de 0.62-0.74, para un 95% de confianza. Acorde con el hallazgo anterior, se observó que el 85.6% de los niños que empezaron a ingerir suplementos alimentarios durante el primer mes de vida, se destetaron en el transcurso de los tres meses de edad.

Prácticas de lactancia según zona de residencia

Con respecto a la ubicación de la residencia, la región urbana periférica es la que presenta las tasas de iniciación de lactancia natural más elevadas (99.0%), seguidas por la rural dispersa (94.6%). Las zonas urbanas y rural concentrada muestran los porcentajes más bajos de niños amamantados al nacer. Según se observa en

el Cuadro 2, las zonas urbana periférica y rural dispersa inician más tardíamente la introducción de suplementos; la proporción de niños que recibieron suplementos antes del mes de edad es 21.8% en la primera y de 22.4% en la segunda, con cifras de 27.5% en la urbana y de 27.7% en la rural concentrada. Esta tendencia a retardar la introducción de suplementos en la regiones rural dispersa y urbano-periférica, se mantiene hasta los cuatro meses de edad, momento en que los porcentajes de niños con alimentación artificial son similares en todas las zonas, con excepción de la rural concentrada, que muestra porcentajes más altos de niños suplementados, en todas las edades que se señalan en el cuadro.

Con respecto a la edad de destete, al igual que ocurre con las prácticas de introducción de suplementos, las zonas urbana-periférica y rural dispersa son las que presentan una menor proporción de niños destetados durante el primer mes de vida (Cuadro 3). Sin embargo, puede observarse que, a partir de los dos meses de edad, la proporción de niños destetados en la zona urbana-periférica llega, incluso, a superar los valores de las demás regiones. Por el contrario, la región rural dispersa mantiene los porcentajes más bajos de destete después de los dos meses de edad. La zona rural concentrada, seguida en orden descendente por la urbana, muestran las cifras más altas de niños destetados durante los primeros seis meses de vida.

DISCUSION

Diversos estudios han comprobado que la suplementación temprana con sustitutos de la leche materna, expone al niño a deficiencias de nutrientes y factores inmunológicos, haciéndolo más vulnerable a la desnutrición, problemas alérgicos e infecciones (2, 8, 10). Por lo tanto, es importante considerar que el término amamantamiento no describe, por sí solo, la diversidad de patrones de lactancia del niño pequeño, por lo que es un error evaluar el éxito de la lactancia partiendo del análisis de niños que reciben leche materna en algún momento de sus vidas, sin considerar la duración del período de lactancia natural exclusiva, condición que determina, en gran medida, la magnitud del riesgo del niño de enfermar o morir⁽⁷⁾.

Los resultados del presente estudio muestran que, durante los últimos años, se ha incrementado la proporción de niños que inician el proceso de lactancia natural en Costa Rica, pues ese porcentaje se eleva de 77.4% en 1978⁽¹²⁾ a 93.9% en 1990. Este aumento puede estar determinado por la puesta en práctica de una serie de estrategias de fomento de la lactancia natural en los servicios de maternidad y de recién nacidos del país, tales como el apego temprano y el alojamiento conjunto⁽⁹⁾. A pesar de que durante los últimos quince años la duración del período de lactancia natural exclusiva se ha prolongado⁽¹²⁾, la introducción de suplementos alimentarios se continúa iniciando en edades tempranas de la vida del niño. Prueba de ellos es que, en 1990, a la edad de cuatro meses solamente el 34.8% de los niños

eran amamantados en forma exclusiva, pues 35.0% de ellos tenían una alimentación mixta, y 30.2% ya habían sido destetados.

Al iniciarse la introducción de alimentos, disminuye el estímulo de succión, que ejerce el niño al ser amamantado, pues se encuentra la saciedad con otro tipo de nutrientes diferentes a la leche humana. En esta circunstancia, la producción de la leche disminuye y, si este círculo se prolonga, puede conducir al destete definitivo⁽³⁾. Este mecanismo puede explicar el hallazgo de que el 85.6% de los niños que iniciaron la introducción de suplementos alimentarios durante el primer mes de vida, se destetaron en edades tempranas.

Se distinguen ciertos períodos de mayor vulnerabilidad en el proceso de lactancia⁽¹⁴⁾, en los cuales el apoyo y la educación a la madre adquieren una singular importancia. Estos se inician desde antes del nacimiento del niño, pues existen factores culturales, educativos y socio-económicos, que influyen en la decisión de amamantar, así como algunas condiciones que determinan su duración⁽⁵⁾. Por lo tanto, si se pretende prolongar el período de lactancia natural exclusiva hasta un mínimo de cuatro meses, las acciones educativas, dirigidas a las futuras madres, deben iniciarse desde el período prenatal. Durante esta etapa, la madre se prepara nutricional, física, afectiva y cognositivamente hacia el desarrollo de prácticas y cuidados adecuados hacia el niño que va nacer. También se debe favorecer el contacto temprano entre el niño y su madre en los servicios hospitalarios, apoyar la participación del padre en el parto, evitar el empleo de medicamentos y de procedimientos innecesarios que produzcan sedación y trauma a la madre o al niño, fomentar la práctica del alojamiento conjunto y suprimir el empleo de fórmulas o suplementos al recién nacido.

El regreso al hogar también constituye un período crítico para el éxito de la lactancia natural, pues la madre debe adaptarse a nuevas demandas, ya que, además de atender al hijo recién nacido, debe asumir el nuevo rol de esposa, ama de casa y madre de los hijos mayores. También pueden presentarse otros obstáculos, como prematuridad, patologías del niño, enfermedades maternas del puerperio, entre otros, que pueden dificultar, aún más, este proceso de adaptación. El apoyo familiar constituye, en este momento, un arma fundamental para enfrentar estas dificultades. También es de mucha ayuda la experiencia y los consejos de otras madres, que hayan tenido éxito en la lactancia.

La separación de la madre y el niño, por alguna enfermedad que requiera hospitalización o por el regreso de la madre al trabajo, se acompañan de tensión y merma en la producción de leche. Durante este período, es importante una serie de medidas de carácter legal, como el permiso postparto por maternidad y la disponibilidad y accesibilidad de casas cuna, así como el conocimiento de técnicas de relactación, extracción y conservación de leche humana^(4,15).

La situación de las prácticas de lactancia, encontradas en el presente estudio, apunta hacia la necesidad de mejorar las acciones de seguimiento de la madre que amamanta. Sin embargo, se ha observado que existen deficiencias en los conocimientos y prácticas de los funcionarios de salud con relación al manejo de la madre que amamanta y del niño lactante. A pesar de reconocer las innumerables ventajas de la lactancia natural, el personal de salud requiere mayor capacitación sobre algunos aspectos, tales como, la utilización de drogas durante la lactancia, el empleo de métodos de anticoncepción y técnicas adecuadas de amamantamiento, entre otros⁽¹³⁾. La organización de grupos comunales, que favorezcan la intervención oportuna cuando las madres enfrentan alguna dificultad, surge también como una estrategia útil para apoyar a las madres en el proceso de lactancia.

Además, es necesario controlar la influencia de la propaganda y el suministro de sucedáneos de la leche materna pues es un factor que puede estar determinado, en alguna medida, la introducción temprana de suplementos alimentarios. En Costa Rica no ha sido posible aprobar el Código de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna, dadas las presiones políticas y económicas de algunos sectores del país. Deben realizarse mayores esfuerzos en este sentido.

También es importante señalar las diferencias geográficas observadas en la prevalencia de lactancia. Este hallazgo indica que, para que las estrategias de promoción de la lactancia natural tengan un mayor impacto, se deben considerar estas variaciones, las cuales están condicionadas por la realidad de cada una de las comunidades. En este sentido, cobra importancia la descentralización y la desconcentración de las acciones, que tradicionalmente han sido definidas desde el nivel central, sin considerar que la problemática difiere en cada una de las regiones y sistemas locales de salud.

REFERENCIAS

- 1.- Clavado NR Mode of feeding and its Effect on Infant Mortality and Morbidity. *J. Trop Pediatr* 1982; 28: 287-93.
- 2.- Cunningham AS. Morbidity in breast-fed and artificially fed infants. *J. Pediatr* 1977; 90: 726-29.
- 3.- Gussler JD, Briesemeirter LH. A biocultural explanation of the "insufficient milk syndrome". *Medical Anthropology* 1980; 4: 145-74.
- 4.- Hardin SB, Skerrett K. Counseling working mothers. *J Nurs Midwif* 1981; 26: 19-27.
- 5.- Huffman SL. Determinants of Breastfeeding in Development Countries: Overview and Policy Implications. *Studies in Family Planning* 1984; 15: 170-83.

- 6.- Klaus MH, Kennell JH. *Maternal-infant bonding; the impact of early separation or loss on family development*. St. Louis: The C.V. Mosby Co. 1976.
- 7.- Labbock M, Krasorec K. Toward Consistency in Breastfeeding Definitions. *Studies in Family Planning* 1990; 21: 226-30.
- 8.- Martorell R, O'Gara C. Breastfeeding, Infant Health, and Socioeconomic Status. *Medical Anthropology* Spring 1985; 173-81.
- 9.- Mata L et al. *Promotion of Breast-Feeding, Health and Growth among hospital-Born Neonates, and among Infants of a Rural Area of Costa Rica*. En: Chen LC, Scrimshaw NS (Eds). *Diarrhea and Malnutrition. Interaction, Mechanisms and Interventions*. New York: Plenum, p.p. 177-201, 1983.
- 10.- Matheny R. Feeding and growth characteristics in human-fed infants. *J Am Dietet Assoc* 1986; 86: 327-31.
- 11.- Mohs E, Morice AC. Prácticas familiares y de salud pública que influyen en la lactancia materna y la salud infantil. *Rev. Méd Hospital Nacional de Niños Costa Rica* 1989; 24: 49-56.
- 12.- Morice AC. : *Análisis de tendencias y factores determinantes de la lactancia natural en Costa Rica*. Tesis de Especialidad en Salud Pública: Universidad de Costa Rica, San José, 1990.
- 13.- Morice AC, León M, Hidalgo MA, Conocimientos, actitudes y prácticas de pediatras sobre lactancia materna y alimentación infantil. *Acta Pediátrica Costarricense* 1988; 2: 57-66.
- 14.- Sousa PLR, Sousa MGR. The Natural History of Breastfeeding, with Special Reference to "Critical Periods". *J Trop Ped* 1986; 32: 212-13.
- 15.- Van Esterik P, Greiner T. Breastfeeding and Women's Work: Constraints and Opportunities. *Studies in Family Planning* 1981; 12: 184-97.

AGRADECIMIENTO

ESTA INVESTIGACIÓN FUE FINANCIADA POR EL PLAN NACIONAL DE SUPERVIVENCIA INFANTIL. ADEMÁS, SE AGRADECE, DE MANERA MUY ESPECIAL, LA AYUDA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS, ENTIDAD QUE FUE LA RESPONSABLE DE LA RECOLECCIÓN Y DIGITACIÓN DE LOS DATOS.

CUADRO No. 1
PROPORCION DE NIÑOS MENORES DE SEIS MESES,
SEGUN TIPO DE LICENCIA.
COSTA RICA, 1990

EDAD	% ACUM. DE NIÑOS SEGUN TIPO DE LACTANCIA		
	Exclusiva	Mixta	Artificial
Al nacer	93.9	0.0	6.1
Un mes	75.1	14.7	10.2
Dos meses	61.6	20.5	17.9
Tres meses	47.5	28.3	24.2
Cuatro meses	34.8	35.0	30.2
Cinco meses	25.2	41.2	33.6
Seis meses	22.1	41.9	36.0

CUADRO No. 2
EDAD DE INTRODUCCION DE SUPLEMENTOS ALIMENTARIOS
EN NIÑOS DE UN AÑO, POR PORCENTAJES
ACUMULADOS, SEGUN ZONA DE RESIDENCIA
COSTA RICA, 1990

EDAD INTRODUCCION DE SUPLEMENTOS	ZONA DE RESIDENCIA				
	PAIS	URBANA	URBANA PERIFERICA	RURAL CONCENTRADA	RURAL DISPERSA
Al nacer	6.1	7.3	1.0	8.0	5.4
Menos de 1 mes	24.9	27.5	21.8	27.7	22.4
Menos de 2 meses	38.4	40.8	31.6	44.4	35.9
Menos de 3 meses	52.5	53.4	54.7	67.6	47.9
Menos de 4 meses	65.2	65.6	57.1	73.2	16.1
Menos de 5 meses	74.8	72.8	77.9	86.6	73.3
Menos de 6 meses	77.9	75.5	77.9	87.3	77.9
≥ 6 meses	81.2	79.7	81.6	89.3	80.6
No ha recibido suplementos	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

CUADRO No. 3
EDAD DE DESTETE EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO, POR
PORCENTAJES ACUMULADOS, SEGUN ZONA
DE RESIDENCIA
COSTA RICA, 1990

EDAD DE DESTETE	ZONA DE RESIDENCIA				
	PAIS	URBANA	URBANA PERIFERICA	RURAL CONCENTRADA	RURAL DISPERSA
No fue amamantado*	6.1	7.3	1.0	8.0	5.4
Menos de 1 mes	10.2	11.7	5.4	15.2	8.6
Menos de 2 meses	17.9	19.0	12.1	23.8	16.7
Menos de 3 meses	24.2	24.5	31.7	31.9	21.4
Menos de 4 meses	30.2	31.3	34.7	37.3	27.2
Menos de 5 meses	33.6	35.5	42.7	39.2	29.6
Menos de 6 meses	36.0	38.5	43.7	39.2	32.1
≥ 6 meses	41.5	44.6	49.8	43.8	37.1
No ha recibido suplementos	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0