

¿CUÁNDO Y POR QUÉ SE PRODUCE EL DESTETE EN URUGUAY?

María Isabel Bove
Florencia Cerruti

**Red Uruguaya de
Apoyo a la Nutrición
y Desarrollo Infantil**



IBFAN
RED INTERNACIONAL DE GRUPOS
PRO ALIMENTACION INFANTIL

© 2001 María Isabel Bove, Florencia Cerruti

© 2001 RUANDI-IBFAN

Se autoriza la reproducción de los contenidos de la presente obra con
mención de la fuente, y remitiendo un ejemplar de la publicación que los
reproduzca a RED URUGUAYA DE APOYO A LA NUTRICIÓN Y DESARROLLO INFANTIL

Diseño y Realización:  Productora Editorial
Zelmar Michelini 1116, Montevideo

Depósito legal: 324.021-02

Edición amparada en el Dec. 218/996, Comisión del Papel

Índice



1. Antecedentes	5
2. Opinión pública sobre la duración de la lactancia	9
2.1 Período ideal de la lactancia	9
2.2 Las razones que pueden impedir la lactancia	12
2.3 La edad más conveniente para abandonar la lactancia ...	14
3. Edad en la que se produce el destete en Uruguay	17
4. Motivos por los que se produce el destete en Uruguay	27
4.1 Distintos estudios realizados en el país sobre motivos del destete	27
4.2 El motivo de destete según la edad en que se produce ...	31
4.3 El motivo de destete según tipo de servicio de salud	34
4.4 El motivo de destete según la edad de la madre	36
4.5 El motivo de destete en Montevideo e Interior del país ...	37
4.6 El motivo de destete según el trabajo materno	38
5. Conclusiones y recomendaciones	41

[1] Antecedentes

Parecería que, tanto en oriente como en occidente, a lo largo de la historia, las mujeres amamantaban durante períodos más prolongados que las mujeres de hoy. Textos sagrados como el Talmud de los antiguos hebreos, el Corán o el Código de Hammurabi (1800 a.C.) indicaban una extensión de la lactancia hasta después de cumplido el segundo año de vida.

La práctica de contratar amas de leche fue frecuente a lo largo de la historia, lo que refleja la importancia otorgada a la leche materna en su aspecto nutricional, pero también un desconocimiento de los beneficios psicológicos y afectivos del amamantamiento. Las mujeres ricas parecían considerar que el dar de mamar las haría verse viejas, no podrían vestir a la moda, sus senos se caerían y se retrasaría su fertilidad, tan valiosa en toda época. Algunas prácticas culturales atentaron contra la lactancia materna. La moda en el vestir –corset y vestidos ajustados– así como restricciones culturales tales como no poder dar de mamar mientras se menstruaba, o no tener relaciones sexuales durante todo el período de la lactancia, no favorecían esta práctica.

Entre los siglos XVI y XVII, la experimentación con alimentaciones artificiales favoreció en el mundo variadas epidemias. Enfermedades gastrointestinales, desnutrición, raquitismo y escorbuto fueron la consecuencia de la disminución de la lactancia materna. Ciertas creencias acerca de la crianza del niño* conspiraron también contra el aprovechamiento de la leche materna. Alzar o amamantar a un bebé que llora era cultivar la falta de autocontrol. A fines del siglo XIX se mante-

* Cada ocasión en que se menciona "niño", "bebé", "hijo", se hace referencia a "niño y/o niña", "el/la bebé", "hijo y/o hija".

nía la idea de que el instinto maternal podía ser peligroso; mucho más valiosa para la crianza era la instrucción científica.

A mediados del siglo XIX se profundizó en la búsqueda de un sustituto comercial de la leche materna. A fines del siglo XIX la confianza en la ciencia se confundía con el optimismo del progreso. Se consideraba científico dar preparados a los bebés. A lo largo del siglo XX la influencia de tal industria en la disminución de la práctica de la lactancia fue determinante. Los alimentos industriales eran considerados mejores porque podían ser medidos y calculados para cubrir las necesidades nutricionales específicas. Las leches industriales eran presentadas incluso como mejores que la materna en cuanto se controlaba su elaboración y la cantidad suministrada a los bebés. Así se acentúa el proceso de pérdida de confianza de las mujeres en su capacidad de amamantar.

Uruguay, por sus características, país con altas tasas de alfabetización, conformado mayormente por inmigrantes, no fue ajeno a las tendencias mundiales de disminución de la lactancia materna. El Dr. Morquio, ya a comienzos del siglo XX, alertaba sobre las consecuencias que tenía la alimentación artificial del niño: "Un niño alimentado con leche de su madre raramente enferma y excepcionalmente muere...".

El alimento artificial más utilizado para sustituir a la leche materna en el país ha sido la leche de vaca no modificada, a la cual se la diluye con agua y se la edulcora con azúcar. El bajo costo, la alta disponibilidad y la aceptación cultural del consumo de la leche de vaca desde edades muy tempranas presentaron a este producto como una alternativa válida.

En nuestro país, los nacimientos se produjeron, en el siglo XX, mayoritariamente en hospitales. Estos resultaron más seguros pero, al mismo tiempo, las rutinas hospitalarias dificultaron el establecimiento de la lactancia. Todo el proceso del parto fue medicalizado. Los bebés eran separados de su madre en el momento de nacer a los efectos de observar de cerca al niño y permitir el descanso de la puérpera. El miedo al contagio extremó los cuidados de higiene, como lavarse los pechos con agua y jabón, luego con alcohol. Las madres eran instadas a amamantar con frecuencias rígidas, independientemente de la demanda del niño.

El patrón de vida familiar es otro elemento a tener en cuenta. Las familias, cada vez más pequeñas y aisladas, se alejaron de las generaciones anteriores. La transferencia de madre a hija de las habilidades para la lactancia se fue perdiendo, así como también las prácticas de los vecinos de apoyar a las mujeres en el periodo de su maternidad: el *caldo de gallina negra* acercado de vecina a vecina para que se tuviera más leche ilustra sobre aquella preocupación de la comunidad. Esto se vio acentuado por el hecho de que se amamantaba cada vez por menos tiempo en la comunidad, por lo cual las futuras madres tenían menos oportunidades de aprender de la experiencia de sus pares. Todo lo anterior se ha visto agravado con la creciente inserción de la mujer en el mercado laboral.

El objetivo del presente trabajo es recopilar información sobre el momento en que se produce el destete en nuestro país. Asimismo, a través de diferentes estudios, se desarrolla un análisis sobre las causas por las cuales las mujeres perciben que han dejado de amamantar.

[2] Opinión pública sobre la duración de la lactancia

A los efectos de conocer la percepción de los uruguayos respecto de la duración oportuna de la lactancia, se analizaron dos estudios de opinión pública realizados por Equipos Mori ^{1,2} para el Programa de Promoción de la Lactancia Materna del Ministerio de Salud Pública. El estudio de 1999 monitorea las principales variables estudiadas en 1996, en muestras de similares características, ³ lo que permite realizar algunos análisis comparativos.

2.1. Período ideal de lactancia

Las opiniones recogidas en torno al período ideal de lactancia son muy heterogéneas. No obstante, como se puede observar en el Cuadro 1 y Gráfico 1, para el 61% de los entrevistados en 1999, la lactancia debe extenderse más de 6 meses (13% hasta nueve meses, 30% hasta el año, 18% más del año). Esta cifra es un 3% superior a la observada en 1996. Es de destacar que la proporción de uruguayos que opina que la lactancia debe extenderse más allá del año se incrementó de 7% en 1996 a 18% en 1999, a lo cual contribuyeron fundamentalmente los cambios observados en las respuestas del sexo femenino. Igualmente interesante resulta el descenso de 5 puntos porcentuales en la población que no responde a la pregunta, debido mayoritariamente al incremento de respuestas entre los hombres (Cuadro 2).

¹ Cerruti, F; Bove, M. I. *Aspectos culturales del amamantamiento en el Uruguay. Datos basados en una Encuesta de Opinión Pública*. MSP, UNICEF. Editorial Arca. Montevideo, 1998.

² *Estudio de Opinión Pública sobre Lactancia Materna*. Realizado por Equipos Mori para el Programa de Promoción de la Lactancia Materna. Montevideo, 1999.

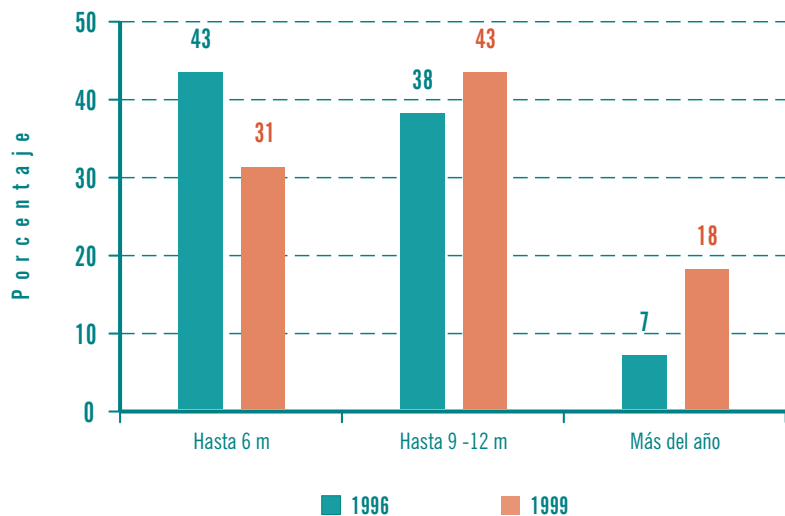
³ El universo de estudio se definió como la población mayor de 18 años residente en 1.200 hogares particulares de Montevideo y áreas urbanas de ciudades de más de 10.000 habitantes. La encuesta se realizó a partir de la incorporación de un set de preguntas para el Estudio en el sistema de Encuesta Regular de la Consultora Equipos Mori. La información fue analizada por sexo, edad y nivel socioeconómico de los entrevistados.

Fue en el nivel socioeconómico medio donde predominaron las respuestas a favor de períodos ideales más prolongados de lactancia (Cuadro 3 y Gráfico 2).

Cuadro 1
Opinión sobre el período ideal para amamantar al niño

Período	1996	1999
Durante el 1.º mes	2	4
De 2 a 3 meses	5	3
Hasta 4 meses	6	4
Hasta 6 meses	30	20
Hasta 9 meses	17	13
Hasta el año	21	30
Después del año	7	18
No sabe, no opina	13	8
TOTAL	100	100

Gráfico 1
Opinión sobre el período ideal para amamantar al niño



Período	Masculino		Femenino	
	1996	1999	1996	1999
Durante el 1.º mes	2	4	2	4
De 2 a 3 meses	5	3	5	2
Hasta 4 meses	6	4	5	4
Hasta 6 meses	20	18	36	23
Hasta 9 meses	13	12	20	15
Hasta el año	20	27	21	32
Después del año	7	18	7	18
No sabe, no opina	26	15	4	3
TOTAL	100	100	100	100

Cuadro 2

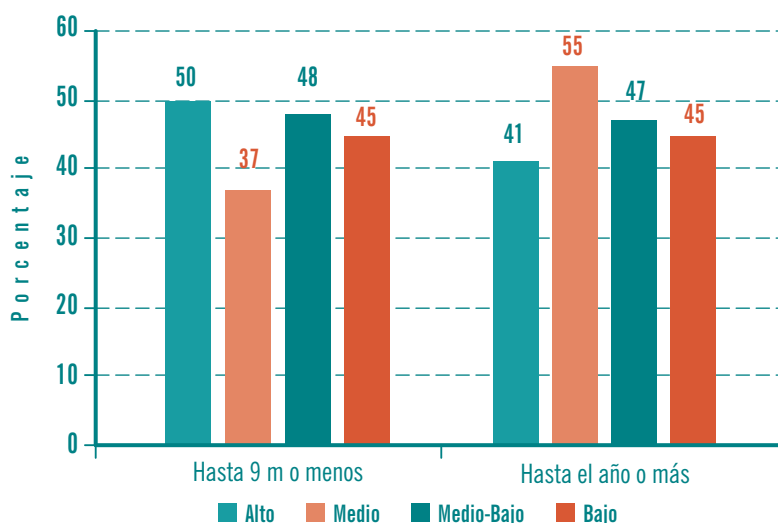
Opinión sobre el período ideal para amamantar al niño según el sexo

Período	Alto-Medio alto	Medio	Medio bajo	Bajo	Total
Durante el 1.º mes	2	2	7	8	4
De 2 a 3 meses	2	1	4	6	3
Hasta 4 meses	4	2	6	5	4
Hasta 6 meses	28	19	18	15	20
Hasta 9 meses	14	13	14	11	13
Hasta el año	26	35	31	25	30
Después del año	15	20	16	20	18
No sabe, no opina	9	9	5	11	8
TOTAL	100	100	100	100	100

Cuadro 3

Opinión sobre el período ideal para amamantar al niño (1999) según nivel socioeconómico

Gráfico 2
 Período ideal para
 amamantar a un niño
 según nivel
 socioeconómico, 1999



2.2. Las razones que pueden impedir la lactancia

En el Cuadro 4 se aprecian las razones por las que los uruguayos consideran que una madre no puede amamantar.

Entre estas razones la enfermedad de la madre surge en primer lugar (46%), siendo mencionada entre las dos razones más importantes por el 54% de los mismos.

En segundo lugar se citaron impedimentos relacionados con la leche de la madre («no tener leche», «que la leche no alimente», «que la leche no esté bien»), aspecto que fue destacado en primer lugar por el 18% de los entrevistados y reunió el 22% de dos menciones.

Finalmente, la actividad de las madres fue encontrada como la principal razón por un 10% de los entrevistados, reuniendo el 14% del total de menciones de los respondentes.

Interesa destacar el descenso de respuestas en torno a la cantidad y calidad de la leche materna: de un 31% observado en la suma de menciones de 1996 al 22% recogido en 1999.

El análisis de las razones que pueden impedir la lactancia por nivel socioeconómico (Cuadro 5) pone en evidencia la existencia de mitos

	1996		1999	
	Suma de menciones	1ª Mención	Suma de menciones	1ª Mención
Enfermedad materna	39	49	48	54
No tener leche	18	25	16	20
Que la leche no alimente	3	6	2	2
Actividad materna	7	11	10	14
Otras	10	7	1	-
Ninguna	4	7	1	-
No sabe, no opina	19	-	21	-
TOTAL	100	-	100	-

Cuadro 4

Opinión sobre las razones que pueden impedir la lactancia

	Alto-Medio alto	Medio	Medio bajo	Bajo	Total
Enfermedad materna	50	52	60	59	54
No tener leche	19	21	20	21	20
Que la leche no alimente	3	2	2	2	2
Actividad materna	19	14	14	9	14

Cuadro 5

Opinión sobre las razones que pueden impedir la lactancia según nivel socioeconómico (1999; corresponde a la suma de dos menciones)

fuertemente arraigados en toda la población uruguaya, sin hacer distinción por nivel socioeconómico. A esta conclusión se llega observando la homogeneidad en las respuestas «no tener leche» y «que la leche no alimente» en todos los niveles estudiados. Por otra parte, interesa observar también como a mayor nivel socioeconómico aumenta la percepción del trabajo materno como un obstáculo para la lactancia, lo cual podría explicarse por una mayor inserción en el mercado laboral por parte de las mujeres de niveles más altos⁴.

⁴ "Las tasas de actividad crecen paralelamente al mayor nivel de instrucción". *La salud de las Uruguayas*. MSP, 1999.

2.3. La edad más conveniente para abandonar la lactancia

Se analizó también la opinión de los uruguayos acerca de la edad más conveniente para abandonar la lactancia (Cuadro 6). En 1999, con respecto a 1996, se advierte un claro corrimiento de las respuestas hacia edades más tardías, siendo especialmente notorio el incremento de 20% a 32% para la respuesta «al año». Este incremento se da en forma significativa para hombres y mujeres, aunque es mayor en estas últimas (Cuadro 7).

Nuevamente es en el nivel socioeconómico medio donde se registran edades más tardías como más convenientes para el abandono de la práctica de la lactancia (Cuadro 8). El 65% de la población de nivel medio se inclina por edades más allá del noveno mes. Los valores más bajos en la suma de estas categorías («a partir del noveno mes», «al año» y «después del año») se observan en el nivel alto, en el cual de todas maneras, un 51% de los entrevistados entienden que la edad apropiada para el cese de la lactancia debe ser mayor que el noveno mes.

Cuadro 6
Opinión sobre la edad más conveniente para abandonar la lactancia

Período	1996	1999
Durante el 1.º mes	0	1
Entre el 2º y 3.º mes	2	2
A partir del 4º mes	5	5
A partir del 6º mes	23	21
A partir del 9º mes	22	14
Al año	20	32
Después del año	10	14
No sabe, no opina	19	12
TOTAL	100	100

Período	Masculino		Femenino	
	1996	1999	1996	1999
Durante el 1.º mes	0	1	0	1
Entre el 2º y 3.º mes	1	2	2	2
A partir del 4º mes	5	5	5	5
A partir del 6º mes	17	16	27	25
A partir del 9º mes	15	11	26	16
Al año	20	30	19	33
Después del año	8	14	11	13
No sabe, no opina	33	20	8	5
TOTAL	100	100	100	100

Cuadro 7

Opinión sobre la edad más conveniente para abandonar la lactancia según sexo

	Alto-Medio alto	Medio	Medio bajo	Bajo	Total
Durante el 1.º mes	0	0	2	21	
Entre el 2º y 3.º mes	2	2	4	22	
A partir del 4º mes	6	4	5	65	
A partir del 6º mes	29	17	20	1721	
A partir del 9º mes	16	16	9	1214	
Al año	25	36	35	3132	
Después del año	10	13	17	1614	
No sabe, no opina	12	12	8	1412	
TOTAL	100	100	100	100100	

Cuadro 8

Opinión sobre la edad más conveniente para abandonar la lactancia materna según nivel socioeconómico, 1999

[3] Edad en la que se produce el destete en Uruguay

En el Cuadro 9 y el Gráfico 3 se observa la duración media de la lactancia según diferentes encuestas desarrolladas en el país en el siglo XX. Si bien los resultados no son estrictamente comparables, ya que los estudios han sido desarrollados con metodologías diferentes y en distintas muestras de población, los mismos permiten visualizar la caída que tuvo la práctica del amamantamiento, especialmente a partir de los años 50, llegando a su máxima expresión en la década de los 70. Los resultados encontrados en las últimas encuestas –1996/97 y 1999– muestran una mejoría de la situación de la lactancia materna en el país. Tanto la media como la mediana se sitúan por encima de los valores encontrados en las últimas encuestas.

Años	Media (días)	Mediana (días)	Mediana (meses)	Área
1916 ⁽¹⁾	152	S/d	S/d	Consultorios Consejo del Niño(Monteideo)
1949-50 ⁽²⁾	126	105	3.5	Monteideo
1976-77 ⁽³⁾	75	45	1.5	Monteideo e Interior
1989 ⁽⁴⁾	72	73	2.4	Monteideo e Interior
1992 ⁽⁵⁾	57	58	1.9	Monteideo
1996-97 ⁽⁶⁾	111	90	3.0	Monteideo e Interior
1999 ⁽⁷⁾	144	120	4.0	Monteideo e Interior

Cuadro 9

Duración de la lactancia materna según diferentes estudios del siglo XX

¹ Caprario, E. "La lactancia materna en la clase obrera de Monteideo, Abril 1916. Actas y Trabajos. El Siglo Ilustrado, 1917.

² Bauzá, C. A.; Stabile, A. "Informe estadístico sobre la alimentación del lactante menor de 12 meses de bajo nivel socioeconómico en Monteideo". Arch. Pediat. Uruguay, 23: 171 – 183. 1952.

³ Diaz Rosselló, J. L.; Bauzá, C. "Estudio epidemiológico sobre prácticas de lactancia". Arch. Pediat. Uruguay, 50 (3): 129, 1979.

⁴ Ila, M; Arbulo, S. y col. *Primera Encuesta de Morbilidad y Tratamiento de Diarrea e Infección Respiratoria Aguda y Lactancia Materna*. MSP Departamento de Nutrición y Alimentación. OPS/OMS, 1989.

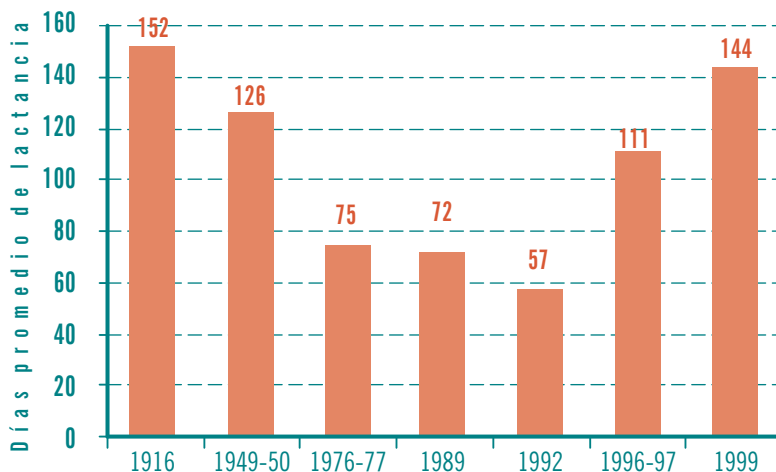
⁵ Illa, M; Arbuló, S. y col. *Atención Primaria de la Salud*. N°26, 1995.

⁶ Bove, M. I.; Cerruti, F.; Severi, C. *Situación actual y tendencias de la lactancia materna. Uruguay 1916-1997*. MSP-UNICEF. Montevideo, octubre de 1998. Edit. Arca

⁷ Bove, M. I.; Cerruti, F.; Severi, C. *Frecuencia y duración de la lactancia materna*. Montevideo, 1999. Sin publicar

En el Cuadro 10 se observa la edad media del destete en niños de Montevideo y del Interior del país, asistidos tanto en servicios públicos como privados. La mediana de edad de los niños cuando se produce el destete se elevó desde 3 meses en 1996-97 hasta 4 meses en un período de 2 años (Cuadro 11).

Gráfico 3
Duración de la lactancia materna según diferentes estudios del siglo XX



Cuadro 10

Duración de la lactancia materna 1996-97 y 1999 (Media y Desvío estándar)

FUENTES:

Bove, M. I., Cerruti, F.; Severi, C.: *Situación actual y tendencias de la lactancia materna. Uruguay 1916-1997*. MSP-UNICEF / Edit. Arca, Montevideo, octubre de 1998.

Bove, M. I.; Cerruti, F.; Severi, C.: *Frecuencia y duración de la lactancia materna*. Montevideo, 1999. Sin publicar.

	1996-97		1999	
	Media (meses)	Desvío	Media (meses)	Desvío
Total	3.6	+ -3.26	4.81	3.82
Público	3.5	+ -3.48	4.14	3.79
Privado	3.7	+ -2.88	5.37	3.63
Montevideo	3.6	+ -2.94	5.09	3.67
Público	3.2	+ -3.39	4.58	3.80
Privado	3.7	+ -2.67	5.36	3.49
Interior	3.7	+ -3.46	4.47	3.96
Público	3.6	+ -3.51	3.90	3.77
Privado	3.8	+ -3.25	5.34	3.92

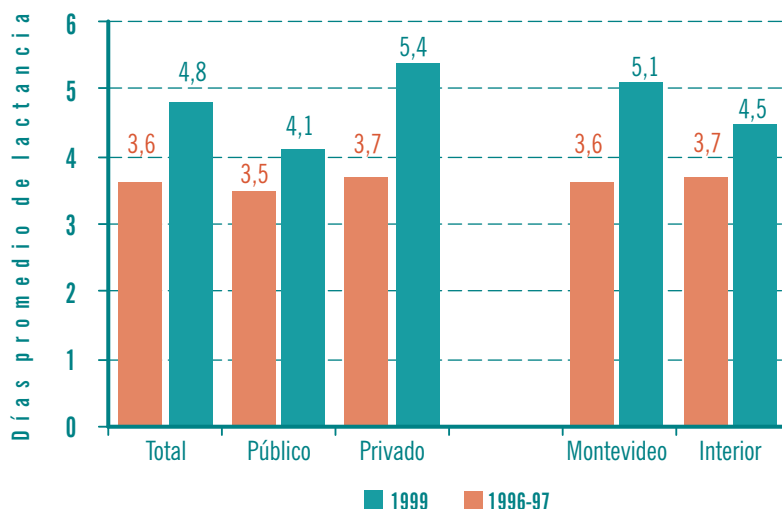


Gráfico 4

Duración media de la lactancia materna 1996-97 y 1999 - Total del país, servicios públicos y privados -

En la encuesta de 1996-97 la duración de la lactancia era similar en Montevideo y en el Interior del país (ambas zonas presentaban una mediana de 3 meses). En 1999, Montevideo presenta una mayor duración (mediana: 4 meses) que el Interior del país (la mediana permanece en 3 meses). En Montevideo e Interior los valores más prolongados se observaron en los niños que son asistidos en el sector privado, los cuales muestran similares guarismos en ambas zonas geográficas (la mediana está ubicada en los 5 meses).

	1996-97		1999	
	Mediana	Número de casos	Mediana	Número de casos
Total	3	2220	4	804
Público	3	1062	3	346
Privado	3	929	5	391
Montevideo	3	893	4	422
Público	2	296	3	121
Privado	3	595	5	264
Interior	3	1322	3	379
Público	3	765	3	225
Privado	3	333	5	125

Cuadro 11

Duración de la lactancia materna en 1996-97 y 1999. Mediana expresada en meses.

FUENTES:

Bove, M. I., Cerruti, F.; Severi, C.: *Situación actual y tendencias de la lactancia materna. Uruguay 1916-1997*. MSP-UNICEF / Edit. Arca, Montevideo, octubre de 1998.

Bove, M. I.; Cerruti, F.; Severi, C.: *Frecuencia y duración de la lactancia materna*. Montevideo, 1999. Sin publicar.

En el Cuadro 12 se puede observar la duración de la lactancia materna, en percentiles, según la edad del destete, en Montevideo e Interior, en los años 1996-97 y 1999. El 10% de los niños que presentan una menor duración de la lactancia, en 1996-97, fueron amamantados menos de un mes; en 1999 superan el primer mes de vida. El 10% con una mayor duración deja de mamar, en 1999, cuando tiene más de 10 meses, mientras en 1996-97 lo hacía a los 7 meses.

Cuadro 12
Duración de la lactancia materna en 1996-97 y 1999 expresada según percentiles. Total del país, Montevideo e Interior

FUENTES:

Bove, M. I., Cerruti, F.; Severi, C.: *Situación actual y tendencias de la lactancia materna. Uruguay 1916-1997*. MSP-UNICEF / Edit. Arca, Montevideo, octubre de 1998.

Bove, M. I.; Cerruti, F.; Severi, C.: *Frecuencia y duración de la lactancia materna*. Montevideo, 1999. Sin publicar.

Percentiles	Total		Montevideo		Interior	
	1996-97	1999	1996-97	1999	1996-97	1999
10	0	1	0	1	0	0
20	1	2	1	2	1	1
30	2	2	2	3	2	2
40	2	3	2	3	2	3
Mediana	3	4	3	4	3	3
60	4	5	4	5	4	4
70	4	6	4	6	5	6
80	6	8	6	8	6	8
90	7	10	7	10	8	11
N° casos	2220	804	893	422	1322	379

La mayor frecuencia y duración de la lactancia en 1999 se presentó mayoritariamente en el sector privado. Los niños asistidos por estos últimos (mediana: 5 meses) son amamantados por más tiempo que los atendidos por los servicios públicos (mediana: 3 meses). (Cuadro 13.)

Percentiles	Público		Privado	
	1996-97	1999	1996-97	1999
10	0	0	1	1
20	1	1	1	2
30	1	2	2	3
40	2	2	3	4
Mediana	3	3	3	5
60	3	4	4	6
70	4	5	5	7
80	6	7	6	8
90	7	11	7	10
N° casos	1062	346	929	391

Cuadro 13

Duración de la lactancia materna en 1996-97 y 1999 expresada según percentiles. Servicios públicos y privados

FUENTES:

Bove, M. I., Cerruti, F.; Severi, C.: *Situación actual y tendencias de la lactancia materna. Uruguay 1916-1997*. MSP-UNICEF / Edit. Arca, Montevideo, octubre de 1998.

Bove, M. I.; Cerruti, F.; Severi, C.: *Frecuencia y duración de la lactancia materna*. Montevideo, 1999. Sin publicar.

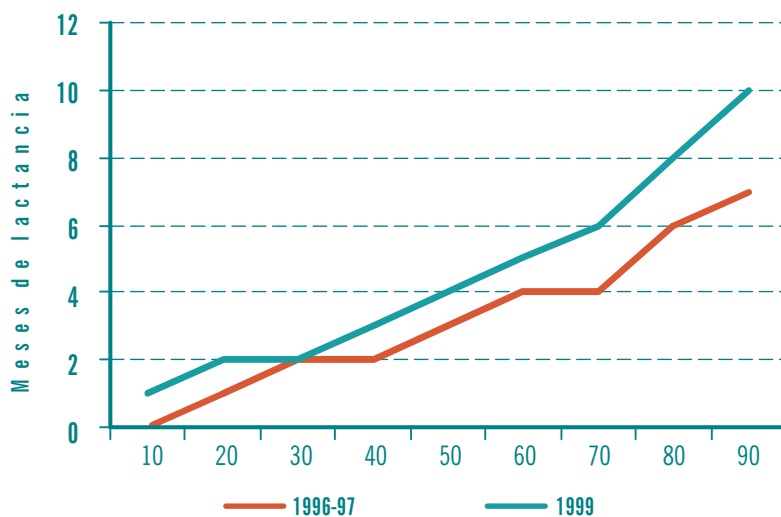


Gráfico 5

Duración de la lactancia materna en 1996-97 y 1999, expresada en percentiles

En los Cuadros 14 y 15 se observa la duración de la lactancia materna en los servicios públicos y privados de Montevideo y del Interior del país. En el sector privado es donde se registró la mayor frecuencia y duración de la lactancia en ambas regiones del país. Los servicios que han trabajado por la Iniciativa Hospital Amigo del Niño de OMS y UNICEF (IHAN) y que han sido acreditados por practicar los 10 pasos para una lactancia exitosa, presentaron una duración media de la lactancia un mes y medio superior al resto (Cuadro 16).

Cuadro 14
Duración de la lactancia materna en Montevideo expresada según percentiles. Servicios públicos y privados

Percentiles	Público		Privado	
	1996-97	1999	1996-97	1999
10	0	1	1	1
20	1	2	1	2
30	1	2	2	3
40	2	3	3	4
Mediana	2	3	3	5
60	3	4	4	6
70	4	5	5	7
80	5	7	6	8
90	7	11	7	10
N° casos	296	121	595	264

FUENTES:

Bove, M. I., Cerruti, F.; Severi, C.: *Situación actual y tendencias de la lactancia materna. Uruguay 1916-1997*. MSP-UNICEF / Edit. Arca, Montevideo, octubre de 1998.

Bove, M. I.; Cerruti, F.; Severi, C.: *Frecuencia y duración de la lactancia materna*. Montevideo, 1999. Sin publicar.

Percentiles	Público		Privado	
	1996-97	1999	1996-97	1999
10	0	0	0	1
20	1	1	1	2
30	1	1	2	3
40	2	2	3	4
Mediana	3	3	3	5
60	3	3	4	5
70	4	5	5	7
80	6	6	6	9
90	8	10	7	12
N° casos	765	225	333	125

Cuadro 15

Duración de la lactancia materna en el Interior expresada según percentiles. Servicios públicos y privados

FUENTES:

Bove, M. I., Cerruti, F.; Severi, C.: *Situación actual y tendencias de la lactancia materna. Uruguay 1916-1997*. MSP-UNICEF / Edit. Arca, Montevideo, octubre de 1998.

Bove, M. I.; Cerruti, F.; Severi, C.: *Frecuencia y duración de la lactancia materna*. Montevideo, 1999. Sin publicar.

23

Iniciativa Hospital Amigo del Niño	Media	N	Desviación estándar
No acreditados	4.27	524	3.75
Acreditados como HAN y CAN	5.79	277	3.75
Total	4.80	801	3.82

Cuadro 16

Duración de la lactancia materna según Iniciativa Hospital Amigo del Niño

² Bauzá, C. A.; Stabile, A.: "Informe estadístico sobre la alimentación del lactante menor de 12 meses de bajo nivel socio-económico en Montevideo". *Arch. Pediat. Uruguay*. 23: 171 – 183. 1952.

³ Diaz Rosselló, J. L.; Bauzá, C.: "Estudio epidemiológico sobre prácticas de lactancia". *Arch. Pediat. Uruguay*. 50 (3): 129, 1979.

⁴ La OMS define la adolescencia como el período de la vida del hombre comprendido entre los 10 y los 20 años.

Diversos estudios^{2,3} han demostrado que las madres adolescentes⁴ destetan a sus hijos más precozmente que las adultas. En la encuesta de 1996-97 no se encontraron diferencias notorias entre la edad promedio del destete de los hijos de madres adolescentes y no adolescentes. Sin embargo, en 1999 sí se advierten diferencias importantes, siendo en promedio más de un mes prolongado el amamantamiento en las adultas en relación con las adolescentes. Las madres adultas en 1999 aumentaron en forma significativa el período de amamantamiento de sus hijos en relación con 1996-97. En las adolescentes no se evidenciaron cambios (Cuadros 17 y 18). En el Cuadro 19 se observa la distribución de la edad del destete en niños de madres adolescentes y adultas según percentiles.

Cuadro 17

Duración de la lactancia materna en madres **adolescentes** expresada según Media y Desvío standard. 1996-97, 1999

	1996-97		1999	
	Media	Desvío	Media	Desvío
Total	3.32	3.38	3.62	3.92
Público	3.27	3.44	3.03	3.42
Privado	3.90	3.46	5.05	4.57
Montevideo	3.03	3.29	3.51	3.58
Interior	3.45	3.43	3.68	4.11

FUENTES:

Bove, M. I., Cerruti, F.; Severi, C.: *Situación actual y tendencias de la lactancia materna. Uruguay 1916-1997*. MSP-UNICEF / Edit. Arca, Montevideo, octubre de 1998.

Bove, M. I.; Cerruti, F.; Severi, C.: *Frecuencia y duración de la lactancia materna*. Montevideo, 1999. Sin publicar.

	1996-97		1999	
	Media	Desvío	Media	Desvío
Total	3.67	3.25	4.96	3.78
Público	3.50	3.49	4.42	3.84
Privado	3.74	2.88	5.38	3.59
Montevideo	3.60	2.91	5.23	3.64
Interior	3.70	3.47	4.61	3.92

Cuadro 18

Duración de la lactancia materna en madres **adultas** expresada según Media y Desvío standard. 1996-97, 1999

FUENTES:

Bove, M. I., Cerruti, F.; Severi, C.: *Situación actual y tendencias de la lactancia materna. Uruguay 1916-1997*. MSP-UNICEF / Edit. Arca, Montevideo, octubre de 1998.

Bove, M. I.; Cerruti, F.; Severi, C.: *Frecuencia y duración de la lactancia materna*. Montevideo, 1999. Sin publicar.

Percentiles	Adolescentes		Adultas	
	1996-97	1999	1996-97	1999
10	0	0	0	1
20	1	1	1	2
30	1	1	2	3
40	2	2	2	3
Mediana	3	2	3	4
60	3	3	4	5
70	4	4	4	6
80	5	6	6	8
90	7	9	7	11
N° casos	228	92	1976	709

Cuadro 19

Duración de la lactancia materna en madres **adolescentes y adultas** expresada según percentiles. 1996-97, 1999

[4] Motivos por los que se produce el destete en Uruguay

El conocimiento de las razones del abandono de la lactancia es fundamental para el diseño de estrategias que permitan mejorar la duración del amamantamiento en el país. Con el objetivo de contribuir con un acercamiento a esta temática, se analizaron distintos estudios del tema llevados a cabo en el medio. A su vez se profundizó, a partir de la Encuesta de Frecuencia y Duración de la Lactancia Materna de 1999,¹ en el análisis de los motivos del destete según algunas variables de interés.

4.1. Distintos estudios realizados en el país sobre motivos del destete

Se revisaron y compararon los resultados obtenidos por los siguientes estudios realizados en el Uruguay:

- Schiaffino² estudió cuáles fueron los motivos invocados por 1.342 madres como causa de destete.
- Illa³ investigó la causa principal del destete en 197 lactantes, en el departamento de Montevideo en una Encuesta de Lactancia Materna, Diarrea e Infecciones Respiratorias Agudas.
- En 1999, en la segunda encuesta nacional sobre prevalencia de lactancia materna realizada por el Programa de Promoción de la Lactancia Materna⁴ se estudiaron los motivos por los que 776 lactantes menores de 24 meses dejaron de tomar el pecho materno.

¹ Bove, M. I.; Cerruti, F.; Severi, C.: *Frecuencia y duración de la lactancia materna*. Montevideo, 1999. Sin publicar.

² Schaffino, A. y col.: *Investigadores sobre morbi mortalidad infantil, población y servicios de salud 1980-1981*. Ministerios de Salud Pública. OPS/OMS. Fondo de Naciones Unidas para actividades en materia de población. Montevideo, 1983.

³ Illa, M; Arbulo, S. y col.: *Primera Encuesta de Morbilidad y Tratamiento de Diarrea e Infección Respiratoria Aguda y Lactancia Materna*. Ministerio de Salud Pública. Departamento de Nutrición. OPS/OMS. Montevideo, 1989.

⁴ Bove, M. I.; Cerruti, F.; Severi, C.: *Frecuencia y duración de la lactancia materna*. Montevideo, 1999. Sin publicar.

Si bien los resultados pueden no ser estrictamente comparables, debido a las metodologías empleadas así como a la categorización de las respuestas obtenidas, resulta interesante contrastar los resultados encontrados (Cuadro 20).

Cuadro 20
Motivos de destete en distintos estudios realizados en el país

Motivo de destete	1981	1989	1999
Cantidad de leche insuficiente o de mala calidad	64.7	57.4	45.2
Trabajo materno	8.1	15.2	12.5
Indicación médica	7.1	8.6	3.0
Decisión materna	6.8	3.6	6.0
Rechazo del pecho	6.9	6.1	2.9
Enfermedad materna	3.8	5.1	4.0
Pezones umbilicados, agrietados o doloridos	—	—	2.6
Ingestión de medicamentos, ACO	—	1.5	0.9
Enfermedad del niño	1.3	—	0.9
Destete natural	—	—	11.5
Nuevo embarazo	—	—	2.5
Otros motivos	1.3	2.5	8.1

El motivo más frecuente invocado por las madres en todos los estudios resultó ser la creencia de que su leche no era suficiente o no era de buena calidad para el niño.

Estas razones tienen raíces en la información insuficiente y en la autoconfianza. Ya en 1929 el Dr. Morquío⁵ escribía respecto a las causas de la falta de leche: «Son determinadas casi siempre por la emoción, la falta de experiencia, la ignorancia, los malos consejos y por tanto susceptibles a corregirse» ... «Toda madre que tiene confianza en sí misma está en condiciones de criar perfectamente a su hijo. De ahí la importancia de la enseñanza de la madre y de las futuras madres» ... «No hay nada que influya más sobre la secreción láctea que los estados de emotividad.» ... «La madre que cree no tener leche no la tiene: la madre que suprime esta preocupación con un buen consejo puede resultar una excelente ama, cuando todo hacía suponer el fracaso.»

⁵ *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Montevideo*. Tomo III, N°9. Montevideo, diciembre de 1930.

En 1991 The Royal College of Midwives publicaba: «Las encuestas indican que las madres dejan de lactar a sus hijos en su gran mayoría por hipogalactia (baja producción de leche), pero la hipogalactia no es una enfermedad ni una deficiencia natural, sino una consecuencia de un cúmulo variado y complejo de motivaciones psicológicas, sociales, económicas, culturales junto con creencias, mitos y tabúes».

Afortunadamente, la tendencia observada en el tiempo es a la disminución de esta razón como causa de abandono de lactancia y que comience a requerirse en la categorización de respuestas la inclusión de opciones como «destete natural» u «otro embarazo» en la medida que, como se demostró en el capítulo precedente, la duración de la lactancia aumenta. Sin embargo, también resulta evidente que la recuperación cultural de la práctica del amamantamiento requiere un trabajo firme, constante y sustentable en el tiempo, con los profesionales, las madres y la comunidad toda, en la medida que claramente se puede advertir la presencia de mitos y creencias por parte de la población que no se han instalado ni en una década ni en dos. El proceso de revertir esta situación ha comenzado, pero aún se advierte que casi en la mitad de los casos el abandono de la lactancia ocurre por creencias equivocadas o mala información.

En segundo lugar, también coincidiendo en todas las encuestas, aparece la ocupación laboral materna, a pesar de que, en el estudio de 1999, su incidencia como causa de destete parece haber disminuido. Si bien, como se analizará más adelante, el elemento trabajo incide claramente como motivo de destete dependiendo de la cantidad de horas trabajadas y de dónde se realiza (dentro o fuera del hogar), la experiencia indica que, con apoyo, buena información y un adecuado adiestramiento en técnicas de extracción de leche materna, una proporción considerable de las madres puede combinar lactancia y trabajo.⁶

El tercer lugar es ocupado en 1981 y 1989 por la «indicación médica». La incidencia de este factor como decisivo en el cese de la lactancia ha ido disminuyendo a lo largo del tiempo, pasando de determinar el 7.1% de los destetes en 1981 al 3.0% en 1999. De todas formas es un elemento a continuar trabajando, ya que, tal como lo recomiendan la OMS y el UNICEF, son mínimas las circunstancias que deberían conducir a un profesional a recomendar la interrupción permanente de la lactancia materna.⁷

⁶ Valdés, V.; Pugin, E.; Catalán, S.: *Lactancia y Trabajo. Es posible combinarlos*. Centro de Lactancia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile, 1995.

⁷ OMS/UNICEF: *Razones médicas aceptables para la suplementación de leche materna*.

En 1999, el tercer lugar en las razones invocadas por las madres le correspondió al destete natural o espontáneo.

Por otra parte, existe una gama de respuestas como «rechazo del pecho» o «pezones agrietados...» que alude a problemas de técnicas de amamantamiento. El rechazo del pecho puede estar relacionado con la introducción temprana de mamaderas, reflejo de eyección inhibido por estrés de la madre o excesivo. Por otra parte, una mala técnica de amamantamiento puede producir molestias a la madre (congestión de los pechos, dolor, grietas y erosiones del pezón, mastitis, dolor de espalda, etc.) y una insuficiente extracción de leche por parte del niño, lo que hace desconfiar del amamantamiento e induce a optar por la mamadera (Schellhorn, H.; Valdés, V., Chile, 1995). La incidencia de estos factores también ha disminuido con el tiempo.

La «decisión materna» y el «destete natural» constituirían los motivos que deberíamos esperar como determinantes del destete en una situación ideal. Sin embargo, deberíamos cuestionarnos si esa decisión materna es realmente el producto de una decisión informada. Evidentemente, toda mujer tiene derecho a elegir libremente la opción que a su entender es más adecuada para la alimentación de su hijo y el tiempo que desea amamantarlo. Pero para ello debería contar con información veraz y completa a la vez que el medio que la rodea debería brindarle las condiciones necesarias para ejercitar ese derecho.

Por último, en la categoría "Otros motivos" se citaron circunstancias tales como: "cirugía mamaria"; "angustia materna por fallecimiento de familiar"; "accidente materno"; "displasia de cadera del niño que dificultaba la posición del pecho"; "madre separada del niño por enfermedad de otro hijo". También en esta categoría se incluyeron respuestas que en realidad están asociadas a la "cantidad y calidad de la leche", tales como: "se le terminó enseguida"; "no aumentaba de peso"; "nunca le bajó la leche".

4.2. El motivo de destete según la edad en que se produce

El destete antes del año

Los destetes producidos antes de cumplido el año del niño son motivados, mayoritariamente, por la creencia de que la leche materna no es suficiente o su calidad no es adecuada (Cuadro 21). Esto es independiente del mes en que ocurre el abandono de la lactancia. La cifra máxima de destetes por insuficiente calidad de leche (55.5%) se registró en los niños de 3 meses, edad en la que se presentan con especial frecuencia las «crisis transitorias de la lactancia»⁸.

El trabajo materno aparece como causa de destete ya desde el primer mes de vida del niño, pero cobra mayor intensidad a partir de la edad de 5 meses (17.2%). Este hecho pone en evidencia la necesidad de implementar medidas de protección apropiadas para la mujer trabajadora en lactancia, al tiempo de reforzar la información y el apoyo que desde los servicios de salud se pueden ofrecer para la combinación del trabajo y la lactancia.

El 11.8% de destetes ocurridos en el primer mes por enfermedad materna, cifra significativamente más elevada que la que se registra en los siguientes meses, hace pensar en la posibilidad de patologías relacionadas con la lactancia como la mastitis y otras asociadas. En estos casos, a pesar de que la suspensión de la lactancia está contraindicada, el destete ocurre en numerosos casos por una indicación médica no acertada, por mala información por parte de la madre o por la falta de apoyo suficiente.

Las causas relacionadas con una mala técnica, como problemas con los pezones, rechazo del pecho, aparecen como era de esperar, con mayor frecuencia, determinando el destete (15%) en el primer mes de vida del niño. La decisión materna de abandonar la lactancia se presenta con mayor fuerza en el primer mes (7.7%) y a partir de esta edad disminuye para recobrar importancia recién en el grupo de 6 a 11 meses.

La mayor proporción de indicaciones médicas (6.1%) se observó en el grupo de 12 a 18 meses, coincidente con la edad mínima recomendada en las normas nacionales de lactancia.⁹

⁸ «Es frecuente que las madres consulten entre los 2 y 3 meses postparto porque el niño que antes quedaba satisfecho con mamadas regulares cada tres o cuatro horas, ahora parece quedar con hambre, pidiendo de mamar con más frecuencia, incluso en la noche. Ella siente que tiene menos leche, pero al pesar al niño hay un incremento normal de peso. A esto se le llama *crisis transitoria de la lactancia*. Dicha crisis se debe a que el niño casi ha duplicado su peso de nacimiento y requiere de mayor volumen de leche. La forma de obtenerlo es mamar con mayor frecuencia, generando un mayor estímulo a la glándula mamaria. La madre responde a ello incrementando su producción». Schellhorn, H; Valdés, V: *Lactancia Materna, contenidos técnicos para profesionales de la salud*. Ministerio de Salud, UNICEF. Santiago de Chile, 1995.

⁹ *Normas Nacionales de Lactancia Materna*. Programa de Promoción de la Lactancia Materna. Comisión Nacional de Lactancia Materna. MSP. Montevideo, 1997.

Es interesante cómo el «nuevo embarazo» recién aparece como causa de destete a partir de los 6 meses, sugiriendo la influencia del método de lactancia y amenorrea¹⁰ como método anticonceptivo para las madres de niños menores de 6 meses.

Las respuestas encontradas, referidas a «destete natural» en edades tempranas (especialmente en el primer y tercer mes) deberían ser analizadas con cautela, ya que lo que la madre pudo haber interpretado como tiempo de lactancia «suficiente» para el niño, en realidad puede estar agregando ocurrencias de destete por mala técnica o por rechazo del pecho o desmotivación de las madres luego de la introducción de la alimentación artificial.

El destete luego del año

Un panorama totalmente distinto se observa en el análisis de las causas de destete en niños de 12 meses y más. En el grupo de niños de 12 a 17 meses prima la decisión materna (22.1%), el destete natural (21.1%) y el nuevo embarazo (14.8%). El orden de las causas cambia nuevamente luego de los 18 meses, cuando sobresale el destete natural (42.9%), seguido del nuevo embarazo (23.4%).

¹⁰ Si la madre permanece en amenorrea, la lactancia materna exclusiva evita el embarazo durante los primeros seis meses después del parto, en el 98% de los casos. Schellhorn, H; Valdés, V: *Lactancia Materna, contenidos técnicos para profesionales de la salud*. Ministerio de Salud, UNICEF. Santiago de Chile, 1995.

Causa del destete	Edad al destete								
	<1m	1m	2m	3m	4m	5m	6-11m	12-17m	18-23m
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Cantidad de leche insuficiente	34.0	48.0	47.2	55.5	51.5	54.6	29.8	9.5	15.8
Calidad de leche inadecuada	3.1	5.4	6.9	6.9	6.8	1.3	2.5	0.0	0.0
Trabajo materno	1.8	6.7	12.0	10.7	10.7	17.2	19.9	6.5	0.0
Indicación médica	4.5	4.1	4.1	3.3	2.2	2.5	1.2	6.1	0.0
No succionaba	9.1	4.6	1.1	5.6	2.7	1.6	1.2	0.0	0.0
Decisión materna	7.7	5.8	3.0	2.4	2.2	4.1	7.1	22.1	0.0
Enfermedad materna	11.8	7.7	5.5	1.0	2.2	3.0	2.5	2.1	0.0
Enfermedad del niño	1.8	2.1	0.8	1.2	1.1	0.0	0.0	2.4	0.0
Problemas con los pezones	7.3	5.5	4.9	3.1	1.6	0.0	0.4	1.6	0.0
Tomar anticonceptivos	0.0	1.2	1.1	2.7	1.4	0.0	0.5	0.0	0.0
Nuevo embarazo	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.7	14.8	23.4
Destete natural	9.0	4.3	8.0	3.7	8.3	6.0	20.3	21.1	42.9
Otras	10.0	4.5	3.5	1.9	3.8	5.0	1.1	1.6	0.0
No sabe, no contesta	0.0	0.0	2.0	2.1	5.5	4.8	8.7	12.4	17.9

Cuadro 21

Motivos del destete según la edad en que se produce

4.3. El motivo de destete según tipo de servicio de salud

Las razones encontradas para la ocurrencia del destete muestran una estructura relativamente similar entre los servicios públicos, privados y la seguridad social (Cuadro 22). Como se analizará más adelante, resulta más determinante su acreditación como Hospital Amigo del Niño, y por lo tanto el enfoque del servicio por la lactancia materna, que el tipo de servicio de que se trate.

Cuadro 22
Causas del destete según tipo de servicios de salud

Causa del destete	Tipo de servicio de salud		
	Público %	Privado %	Seguridad Social %
Cantidad de leche insuficiente	39.5	43.7	33.0
Calidad de leche inadecuada	4.2	2.1	16.0
Trabajo materno	9.9	15.8	6.6
Indicación médica	3.4	2.6	3.1
No succionaba	3.5	2.7	0.8
Decisión materna	6.2	5.9	5.3
Enfermedad materna	5.2	3.3	1.6
Enfermedad del niño	1.6	0.3	0.8
Problemas con los pezones	2.7	2.0	6.1
Tomar anticonceptivos	2.2	0.0	0.0
Nuevo embarazo	2.6	1.4	7.6
Destete natural	10.4	12.1	12.6
Otras	4.3	2.0	4.7
No sabe, no contesta	4.1	6.1	1.9

Resulta llamativa la elevada proporción de destetes por «calidad de leche inadecuada» y por «problemas con los pezones» en los servicios de la seguridad social. Como era de esperar, se registraron mayores causas de destete por trabajo materno en los servicios privados.

El motivo de destete según Iniciativa Hospital Amigo del Niño

La Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) fue propuesta por la OMS/UNICEF para alentar a los hospitales, establecimientos, servicios de salud y en particular a las salas de maternidad a adoptar las prácticas que aseguran, promueven y apoyan la lactancia materna exclusiva en el recién nacido y que se entregue a las madres la información pertinente para asegurar una lactancia exitosa. De esta forma se evitan las prácticas hospitalarias que interfieren con la lactancia: la separación de la madre y el recién nacido, el uso de chupetes y mamaderas, la complementación alimentaria innecesaria del bebé, etcétera.

En los servicios acreditados en el país como HAN o como Consultorio Amigo del Niño (CAN) resultaron menores los motivos de indicación médica (enfermedad del niño, uso de anticonceptivos), los problemas de técnica de amamantamiento (problemas con los pezones, el niño no succionaba) y, aunque fueron significativamente menores (41.4% contra 47.1%), aún continúan siendo elevados los motivos originados en falsas creencias. Esto sugiere que el cumplimiento de los diez pasos para una lactancia exitosa propuestos por la OMS y el UNICEF pueden modificar las causas de destete entre sus usuarias, pero también evidencia lo fuertemente arraigados que permanecen ciertos mitos en la población uruguaya, formando una cultura del amamantamiento cuya alteración posiblemente demande muchos años más de trabajo (Cuadro 23).

La mayor proporción de destetes ocurridos por causa del trabajo materno en HAN no debería analizarse sin tener en cuenta la proporción de madres que trabajan en uno y otro caso. En Uruguay, los HAN eran, al momento de realización de la encuesta, mayoritariamente privados, donde la inserción laboral de las madres es mayor. Efectivamente entre las madres encuestadas, un 72.1% de las madres asistidas en HAN trabajaban, en tanto solamente lo hacían el 35.1% de las asistidas en el resto de los servicios. El promedio de horas trabajado en ambos casos fue similar.

Analizadas las causas de destete solamente entre las mujeres que trabajaban al momento de la encuesta, puede verse que contrariamente a lo que podía interpretarse primariamente, el trabajo como

causa de destete fue de 18.6% en los HAN y de 23.3% en los servicios no acreditados. Esto pone en evidencia que, con una adecuada preparación en el embarazo y con apoyo oportuno y suficiente, las madres pueden combinar trabajo y lactancia en mayor medida.

Cuadro 23

Causas del destete según acreditación como Hospital Amigo del Niño

Iniciativa Hospital Amigo del Niño		
Causa del destete	No acreditados %	Acreditados como HAN y CAN %
Cantidad de leche insuficiente	41.9	39.1
Calidad de leche inadecuada	5.2	2.3
Trabajo materno	10.9	15.5
Indicación médica	3.2	2.6
No succionaba	3.1	2.6
Decisión materna	5.2	7.5
Enfermedad materna	3.5	4.8
Enfermedad del niño	1.2	0.5
Problemas con los pezones	3.1	1.7
Tomar anticonceptivos	1.4	0.0
Nuevo embarazo	2.5	2.5
Destete natural	11.0	11.9
Otras	4.0	1.9
No sabe, no contesta	3.8	7.1

4.4. El motivo de destete según la edad de la madre

Si bien se mantiene la constante de la cantidad y calidad de leche como primer factor determinante del destete, se observa que estas razones ocuparon menor proporción en las adolescentes, para las cuales fueron mayores las causas originadas en mala técnica (rechazo del pecho, problemas con los pezones). Esto pone de manifiesto la necesidad de un apoyo y soporte especial para este grupo de jóvenes madres (Cuadro 24).

Causa del destete	Edad materna	
	Adolescente %	No adolescente %
Cantidad de leche insuficiente	30.4	42.3
Calidad de leche inadecuada	5.1	4.1
Trabajo materno	3.5	13.7
Indicación médica	6.8	2.5
No succionaba	10.0	2.0
Decisión materna	6.1	5.9
Enfermedad materna	4.7	3.9
Enfermedad del niño	0.0	1.0
Problemas con los pezones	6.0	2.2
Tomar anticonceptivos	3.4	0.6
Nuevo embarazo	3.6	2.3
Destete natural	14.5	11.1
Otras	3.6	3.0
No sabe, no contesta	2.5	5.2

Cuadro 24

Causas del destete según edad materna

4.5. El motivo de destete en Montevideo e Interior del país

Los destetes motivados en leche insuficiente o de mala calidad resultaron ser cinco puntos porcentuales menores en el interior del país donde por otra parte fueron mayores las causas «decisión materna» pero también la «enfermedad materna» (Cuadro 25).

El trabajo materno incidió en mayor medida en los destetes producidos en la capital, donde probablemente el número de horas insumidas por el trabajo y el desplazamiento hacia el trabajo sea mayor.

[4] Motivos por los que se produce el destete en Uruguay

Cuadro 25
Causas del destete en
Montevideo e Interior
del país

Causa del destete	Región	
	Montevideo %	Interior %
Cantidad de leche insuficiente	42.5	39.2
Calidad de leche inadecuada	5.4	2.9
Trabajo materno	14.1	10.7
Indicación médica	3.2	2.8
No succionaba	4.0	1.7
Decisión materna	4.3	7.9
Enfermedad materna	2.5	5.6
Enfermedad del niño	1.0	0.8
Problemas con los pezones	2.2	3.2
Tomar anticonceptivos	0.2	1.8
Nuevo embarazo	2.3	2.6
Destete natural	10.8	11.9
Otras	3.4	3.1
No sabe, no contesta	4.1	5.9

4.6. El motivo de destete según el trabajo materno

Entre las madres que trabajaban al momento de realizarse la Encuesta, la actividad materna determinó en un 20.8% el abandono de la lactancia (Cuadro 26). Sin embargo es importante analizar como a mayor número de horas trabajadas mayor fue el impacto negativo sobre el destete (Cuadro 27). También resultó significativo el lugar de trabajo de la madre, ya que entre las que trabajaban fuera del hogar el 23.3% abandonó la lactancia por motivo de su actividad, en tanto esto ocurrió solamente entre el 2.9% de las que trabajaban en su hogar.

Trabajo materno

Causa del destete	Trabaja %	No trabaja %
Cantidad de leche insuficiente	37.4	44.5
Calidad de leche inadecuada	3.4	5.0
Trabajo materno	20.8	4.8
Indicación médica	2.6	3.3
No succionaba	2.2	3.5
Decisión materna	6.4	5.6
Enfermedad materna	3.3	4.3
Enfermedad del niño	0.3	1.5
Problemas con los pezones	2.2	3.1
Tomar anticonceptivos	0.0	1.8
Nuevo embarazo	1.2	3.7
Destete natural	12.5	10.5
Otras	2.6	3.8
No sabe, no contesta	5.0	4.5

Cuadro 26

Causas del destete según trabajo materno

Horas de trabajo de la madre

Destete por motivo de trabajo

	(%)
1 a 3 horas	10.3
4 a 6 horas	16.9
7 a 9 horas	21.7
10 horas y más	29.9

Cuadro 27

Destete por motivo de trabajo materno según número de horas trabajadas

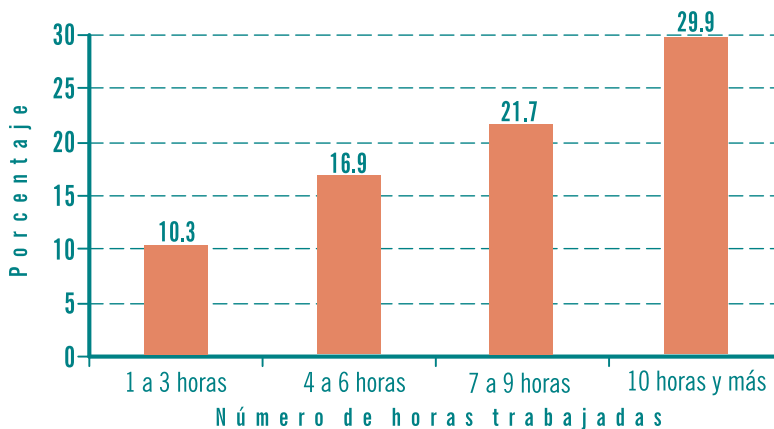


Gráfico 6

Trabajo materno como motivo de destete según número de horas trabajadas

[5] Conclusiones y recomendaciones

De la información analizada en este trabajo es posible arribar a las siguientes conclusiones:

- Se manifiestan en el país tendencias auspiciosas en lo que refiere a la recuperación de la práctica del amamantamiento. Esto se desprende de la observación de la evolución de todos los indicadores analizados para medir la duración de la lactancia materna. Sin embargo, las cifras generales encubren la realidad de algunos grupos específicos, como el de las madres adolescentes, para las que no se observan, al menos en los últimos años, cambios hacia una mayor duración de la lactancia.
- Existe un terreno fértil en el Uruguay para la promoción de la lactancia materna. Al preguntar a la población uruguaya, en 1999, sobre su opinión acerca de la necesidad de promover la lactancia materna en el país se encontró que el 90% de los entrevistados entendió que la misma era «muy necesaria» o «necesaria». Este concepto fue más marcado entre los respondientes del sexo femenino, no habiéndose registrado diferencias significativas en las respuestas obtenidas en los distintos niveles socioeconómicos.

Por su parte, la población parece ser sensible a las campañas de comunicación, desde el momento en que los cambios medidos en la percepción pública al respecto, evolucionaron positivamente de acuerdo a los mensajes incorporados en dichas campañas.

- Las indicaciones médicas para el destete también se han modificado, en concordancia con las recomendaciones de las últimas normas nacionales de lactancia del MSP.
- La Iniciativa Hospital Amigo del Niño se presenta como una herramienta útil para modificar los patrones de causa del destete.

Esta estrategia promueve la modificación de prácticas y rutinas hospitalarias que interfieren con la lactancia, como la separación de la madre y el recién nacido, la administración innecesaria de sucedáneos de la leche materna y la aplicación de horarios rígidos para la lactancia. A la vez exige la actualización periódica de los profesionales de la salud ofreciendo a las madres un mensaje y una atención únicos y oportunos. Ofrece también a las familias la oportunidad de prepararse para la lactancia y servicios de apoyo para la solución de los problemas de lactancia luego que el niño o la niña han nacido.


- Aún permanecen mitos y creencias fuertemente arraigados.

Muchos de los problemas citados por las madres como determinantes en la producción del destete (poca cantidad de leche, leche insuficiente, grietas, dolor, rechazo del pecho) podrían evitarse o resolverse con una adecuada preparación para el amamantamiento, durante el embarazo y con una oportuna orientación y apoyo durante los primeros días y meses de práctica de la lactancia. Es interesante destacar que estos mitos y creencias no son diferentes en los distintos niveles socioeconómicos o en los diferentes grupos de edades.

- Las características propias de las madres que se relacionan con la duración de la lactancia son su edad y el desarrollo de trabajos fuera del hogar. Con respecto a los servicios de salud, la característica que más se asoció con una mayor duración de la lactancia materna fue su condición de servicio acreditado como Amigo de la Niñez, más que el tipo de servicio de que se trate o su localización geográfica, reflejando un compromiso por la promoción, protección y apoyo de la lactancia.

Para mejorar la duración de la lactancia materna en el Uruguay y para lograr que el motivo de destete se ajuste a una decisión materna informada o a un proceso natural de separación entre madre e hijo se plantea a modo de recomendación:

1. Establecer la promoción de la lactancia como una política de estado sustentable en el tiempo. Esta política debe abordar al amamantamiento como un complejo proceso determinado por múltiples factores y que requiere un abordaje integral.
2. Existen dos grupos de madres para las que se hace necesario la implementación de acciones específicas de apoyo: las madres adolescentes, para las que parecen no haber sido suficientes las medidas implementadas en los últimos años y las madres trabajadoras. Para estas últimas se debería profundizar en la búsqueda de acuerdos y soluciones que faciliten la combinación del trabajo y la lactancia.
3. Es necesario que los servicios de salud fortalezcan y extiendan las medidas de promoción de la lactancia materna. El Estado debería instrumentar mecanismos que permitan realizar un seguimiento efectivo de las prácticas de lactancia en los servicios.
4. La currícula de las escuelas y universidades formadoras de profesionales de la salud debería ser revisada y ajustada para ofrecer una atención adecuada a las madres y sus familias, con énfasis en la solución de problemas durante la lactancia.
5. Es fundamental insistir en la información a la comunidad de modo de gradualmente poder corregir los mitos y creencias que perjudican la lactancia, en especial aquellos concernientes a la falta de confianza en la capacidad de amamantar de las mujeres.
6. Por último se plantea la conveniencia del establecimiento de mecanismos de coordinación entre las diferentes organizaciones que trabajan en el tema. ■

Se terminó de imprimir en los talleres de
 Impresora Editorial
en el otoño de 2002