

COMISION NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA

INCAP/OPS

Publicación INCAP ME/027

**LACTANCIA NATURAL EN COSTA RICA
TENDENCIAS Y FACTORES DE RIESGO
PERIODO 1975 A 1990**

DRA. ANA C. MORICE

CENTRO DE DESARROLLO SOCIAL, ABRIL 1992

Introducción.....	ii
I. El fomento de la lactancia natural en Costa Rica.....	1
II. Tendencias de las prácticas de lactancia durante el período 1975 a 1990.....	5
III. Factores socio-demográficos de riesgo de destete temprano.....	10
V. Conclusiones.....	19
VI. Recomendaciones.....	22
Bibliografía.....	24

INTRODUCCION

La promoción de la lactancia natural constituye una estrategia fundamental en la búsqueda de mejores condiciones de salud para los países, pues ha probado ser un arma muy eficaz y de bajo costo que favorece un mayor bienestar en la madre y el niño. Después de crecer y desarrollarse en el vientre materno, donde el niño se encuentra protegido y satisface todas sus necesidades, éste 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, promueve el establecimiento de vínculos afectivos fuertes entre la madre y el niño, imposibles de simular con ningún método de alimentación artificial (3, 10).

La lactancia natural es también muy importante en el control de la natalidad, pues es un factor determinante en el espaciamiento entre los embarazos, con la reducción resultante en las tasas de natalidad. La supresión de la ovulación en la madre que amamanta depende, en gran medida, de la edad a la que inicie en el niño la introducción de suplementos alimentarios. Por lo tanto, el fomento de la lactancia natural exclusiva hasta un mínimo de seis meses contribuye a mejorar las condiciones de nutrición y salud de la madre y sus hijos, y además, representa una economía en el hogar, pues se elimina el gasto que implicaría la compra de fórmulas lácteas y suplementos alimentarios (5).

El objetivo de este documento es reportar los cambios que han ocurrido en las prácticas de lactancia en Costa Rica durante el período de 1975 a 1990. También se analiza la influencia que algunos factores socio-demográficos maternos y familiares, ejercen sobre el inicio de la lactancia y la edad de destete en el niño, de manera que los resultados permitan proponer estrategias de promoción a la lactancia natural acordes con la realidad del país.

A mediados del presente siglo, la práctica de la alimentación al seno materno en los países industrializados inició un deterioro importante, que alcanzó su punto crítico a finales de la década de los 60. Costa Rica sigue esta tendencia con unos años de desfase, pues esa disminución en la prevalencia de la lactancia natural se inicia en 1975 (4).

Por esta razón, a mediados de los años 70 se llevan a cabo en el país una serie de acciones, con la finalidad de hacer resurgir nuevamente el hábito de la lactancia natural (15). La Caja Costarricense de Seguro Social, el Ministerio de Salud y la Asociación Demográfica Costarricense desarrollan diversas actividades educativas dirigidas a la población, con el propósito de promover la práctica de la lactancia natural. Sin embargo, los resultados fueron limitados, pues los datos disponibles para el año 1978, comparados con la información de 1975, mostraron un deterioro en la prevalencia de la lactancia natural.

Durante muchos años, la atención hospitalaria del parto en Costa Rica, separaba a la madre de su hijo, utilizaba fórmulas para alimentar al recién nacido y permitía la propaganda de los sucedáneos de la leche humana en los salones de maternidad y neonatología.

En 1977 se introducen en el Hospital San Juan de Dios algunas prácticas innovadoras en la atención del parto: se empezó a promover el contacto temprano de la madre y el niño, se implementó el alojamiento conjunto, se estableció un banco de leche materna y se cambiaron las normas de alimentación del pretérmino y neonato de alto riesgo que permanecía hospitalizado en las salas de neonatología, pues previamente se mantenía en ayunas por períodos prolongados y en enero de 1978 se les comienza a suministrar calostro pocas horas después de su nacimiento.

Las anteriores intervenciones produjeron resultados positivos en la salud del niño a muy corto plazo: aumentó la proporción de madres que iniciaban el proceso de amamantamiento, disminuyó la morbi-mortalidad neonatal y el abandono de niños recién nacidos. Además, el seguimiento de estos niños a nivel de sus comunidades, demostró una mayor resistencia a las infecciones y un mejor crecimiento físico en los niños amamantados durante los primeros seis meses de vida (14).

Esta experiencia se implementó también en otros centros asistenciales, que también iniciaron la práctica del apego temprano madre-hijo, el alojamiento conjunto y la creación de bancos de leche en la mayoría de los hospitales del país.

En 1983 se realizó en la Isla de Contadora, Panamá, la reunión que estableció las acciones del Proyecto Sub-regional de Promoción de Lactancia Materna, el cual dirigió sus actividades a Centroamérica y Panamá. Como recomendaciones de este seminario se crearon Comisiones Nacionales de Lactancia Materna en los países del área, conformadas intersectorialmente, con el propósito de desarrollar estrategias y coordinar actividades de promoción a la lactancia natural.

La Comisión Nacional de Lactancia Materna de Costa Rica se creó a partir de esa iniciativa. Está constituida por diversas instituciones del sector público encargadas de velar por el bienestar del binomio madre-niño y es actualmente la responsable de coordinar y desarrollar las estrategias y acciones de fomento a la lactancia natural en el país. El Artículo 3 de su "Reglamento de funcionamiento" (La Gaceta No. 39:3) establece que: "La Comisión tendrá como fin primordial la promoción de la lactancia natural a través de acciones relacionadas con el campo asistencial, educativo, jurídico, investigativo y de divulgación". Está conformada por representantes de las siguientes instituciones: Ministerio de Salud, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerio de Planificación, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes, Ministerio de Educación Pública, Patronato Nacional de la Infancia y la Universidad de Costa Rica.

Paralelo a este proyecto sub-regional de fomento a la lactancia natural, los conflictos centroamericanos plantearon a los organismos internacionales la necesidad de adoptar y apoyar un nuevo enfoque para los problemas del área, e identificaron a la salud como una estrategia fundamental en la búsqueda de mejores condiciones de vida para la región. Estas acciones culminaron con la elaboración de un Plan de Prioridades de Salud para Centroamérica y Panamá (PPSCAP), donde, entre otras, se definieron actividades dirigidas hacia los grupos humanos prioritarios. Nació entonces la necesidad de formular un Plan de Supervivencia Infantil, que fue firmado conjuntamente por UNICEF y OPS en setiembre de 1983, el cual, una vez elaborado en conjunto con las autoridades de salud de la región, consiguió financiamiento del Gobierno de Italia y de la Comunidad Económica Europea (2).

El Programa de Supervivencia Infantil inició sus acciones en el año 1986, con el propósito de mejorar la prevención y control del embarazo, parto y riesgo materno, el crecimiento y desarrollo infantil, la lactancia materna, las inmunizaciones, el control de las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas. La promoción de la lactancia natural se enmarca entonces dentro de un concepto integral, por lo cual, deja de manejarse como un componente aislado de la atención materno-infantil.

Las estrategias de fomento de la lactancia natural en Costa Rica han desarrollado acciones relacionadas con: prácticas asistenciales, educación formal, educación en salud, legislación e investigación.

Con respecto a las prácticas asistenciales, se ha trabajado en el desarrollo de normas y procedimientos para la adecuada atención del niño y la madre, que incluyen normas de alimentación, de control del crecimiento y desarrollo, de planificación familiar, de atención prenatal, de alojamiento conjunto, de manejo de bancos de leche y de desarrollo de cursos de parto psico-físico. También se ha elaborado material educativo que facilite la capacitación en servicio del personal de salud y se han ejecutado diversos cursos y talleres dirigidos a mejorar los conocimientos y las prácticas asistenciales de fomento a la lactancia.

A pesar de estos esfuerzos, un estudio que analizó los conocimientos y prácticas de los médicos pediatras y gineco-obstetras relacionadas con lactancia, demostró que los mismos son deficientes y, además se van deteriorando al aumentar el número de años de ejercicio profesional (17). Por otro lado, se ha comprobado que el porcentaje de cumplimiento de las normas de atención al niño es muy bajo. Por estas razones, es importante intentar establecer las causas de estos resultados y, si es necesario, replantear las estrategias y metodologías de educación permanente dirigidas a los funcionarios de salud.

La promoción de lactancia también ha incluido una revisión curricular de los tres ciclos de enseñanza básica. Además, se ha capacitado a las asesoras de educación nutricional, que son las encargadas de velar, a este nivel de la educación formal, por la adecuada enseñanza en nutrición. También se han evaluado los contenidos relativos a lactancia en la currícula de las carreras universitarias relacionadas con el área de salud. Sin embargo, en última instancia, el énfasis y la calidad con que se desarrollen estos temas, depende de la motivación y los conocimientos del docente, por lo cual, es difícil evaluar el impacto de estas acciones.

También se han llevado a cabo programas de educación en salud dirigidos a demostrar las ventajas de la lactancia natural y los riesgos de la utilización de fórmulas artificiales, los cuales se han desarrollado, fundamentalmente, a través de la radio, prensa, televisión y documentos impresos.

Una legislación que procure el bienestar de la madre y el niño es un apoyo indispensable para las acciones de promoción de lactancia. Durante la década de los años noventa, se promulgaron en Costa Rica importantes leyes que establecieron que el período de permiso por maternidad de la madre trabajadora, tanto del sector público como privado fuera de 120 días. También le permitió disfrutar de una hora diaria para lactar al niño durante los primeros meses de vida.

Se ha comprobado que la promoción de fórmulas y alimentos infantiles tiene un impacto negativo sobre la prevalencia y duración de la lactancia, por lo que la Organización Mundial de la Salud ha solicitado, a cada uno de sus países miembros, la adaptación y aprobación legal del Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Este documento contiene importantes regulaciones relacionadas con la propaganda y distribución de estos productos. En Costa Rica no ha sido posible lograr su aprobación, por lo cual se recurre a la Ley General de Salud y al diálogo con las compañías comerciales para intentar controlar las acciones que atenten contra las prácticas adecuadas de alimentación al niño.

Para la adecuada programación y ejecución de las acciones de promoción de la lactancia natural, es indispensable contar con un sustento científico, desarrollado mediante investigaciones oportunas y confiables, que permitan que las estrategias surgan de los verdaderos problemas que se requieren resolver. En este sentido, en el país se han llevado a cabo numerosas investigaciones que han conducido a la implantación de prácticas innovadoras, que incluso han trascendido las fronteras del país, pero éste debe ser un proceso continuo, el cual se debe mantener y mejorar con la experiencia que se ha logrado alcanzar.

II. TENDENCIAS DE LAS PRACTICAS DE LACTANCIA

DURANTE EL PERIODO 1975 A 1990

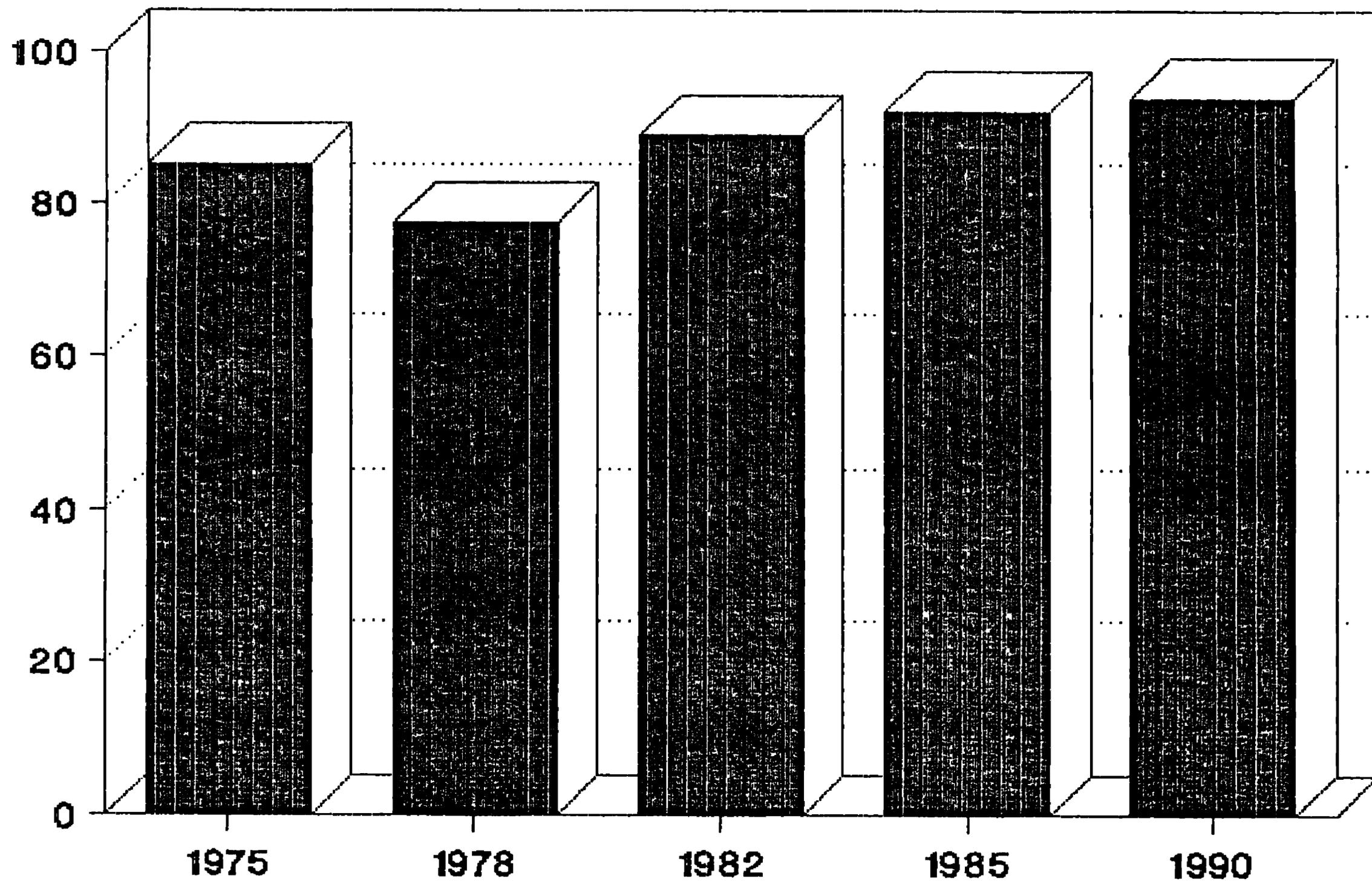
En este apartado se analizan las tendencias de las prácticas de lactancia en Costa Rica, empleando como fuente de información las Encuestas Nacionales de Nutrición de 1975, 1978 y 1982, así como los datos de la Encuesta Nacional de Hogares de 1990.

En Costa Rica se han llevado a cabo cuatro Encuestas Nacionales de Nutrición. La primera de ellas, desarrollada en 1966, estaba dirigida a evaluar la condición nutricional de la población costarricense, pero no incluyó preguntas relativas a las prácticas de lactancia en los niños. Por lo tanto, únicamente es posible obtener datos sobre los hábitos de lactancia a partir de la encuesta de 1975. Los datos de estos estudios se obtuvieron utilizando una muestra de representatividad nacional. Sin embargo, a pesar de que la metodología de recolección de datos es similar, no hubo uniformidad en la presentación de los resultados, por lo que, para efectos del presente documento, estos datos se reanalizaron y se estandarizó el proceso de análisis. El reporte de la encuesta de 1975 no provee información con respecto a la distribución de las prácticas de lactancia según distribución urbano-rural y el del año 1978 solo presenta las frecuencias relativas de esta distribución, por lo cual, estos no se pudieron reanalizar. Por ello, el análisis de tendencias urbano-rurales únicamente compara la información de 1982 con respecto a la de 1990.

Para la recolección de los datos del año 1990 se utilizó la metodología e infraestructura de la Encuesta Nacional de Hogares, la cual es realizada, anualmente, por la Dirección General de Estadística y Censos. El propósito fundamental de esta encuesta, es proveer información sobre las condiciones de empleo en el país, así como de otras variables de tipo económico, educativo y demográfico. En 1986 se introdujo en esta encuesta, por primera vez, un módulo de preguntas dirigidas a evaluar las prácticas de lactancia. Sin embargo, la población infantil que se evaluó en esta ocasión fue la de niños de uno a dos años, por lo cual, dadas las diferencias metodológicas en la recolección de datos, con respecto a las otras fuentes de información, para este año sólo se presentan los datos relacionados con el inicio de la lactancia.

Los resultados de esta investigación, reflejan un incremento en la proporción de niños que inician el proceso de lactancia natural durante el período 1975 a 1990 (Gráfico 1).

Gráfico 1
Porcentaje de niños amamantados al nacer
Costa Rica, 1975 a 1990.



Encuestas Nacionales de Nutrición
Encuestas Nacionales de Hogares

El Gráfico anterior muestra un incremento en la proporción de niños amamantados al nacer durante los últimos años, pues de 85.3% en 1975, desciende a 77.4% en 1978 y se eleva progresivamente a partir de la década de los ochenta, pasando de un 89.0% en 1982, a un 92.1% en 1985 y a 93.9% en 1990.

Durante este período, también se observa un aumento en la prevalencia de lactancia natural exclusiva a los 3 meses de edad, pues de un 16.7% en 1975, pasa a un 47.9% en 1990. De manera similar, ocurre un incremento en el porcentaje de niños con lactancia exclusiva a los seis meses de edad, pues de 11.2% en 1975, sube a un 21.7% en 1990 (Cuadro 1).

Cuadro 1

Distribución de los niños menores de seis meses con lactancia natural exclusiva en el país según zona de residencia. Costa Rica, período 1975 a 1990

Año y zona de residencia	Tamaño de la muestra (a)	% niños con lactancia exclusiva		
		Al nacer	3 meses	6 meses
País				
1975	396	85.3	16.7	11.2
1978	486	77.4	12.2	4.0
1982	710	89.0	42.5	24.5
1990	763(b)	93.9	47.9	21.7
Urbano (c)				
1982	315	87.1	40.8	22.4
1990	243	92.7	46.6	24.5
Rural (c)				
1982	395	90.5	43.7	26.2
1990	520	94.7	48.2	20.6

(a) No se incluyen los ignorados

(b) Los % se calcularon con base en los números expandidos

(c) No se dispone de los No.absolutos para la distribución urbano y rural para los años 1975 y 1978

Fuente: Encuesta Nacional de Nutrición de 1975, 78 y 82
Encuesta Nacional de Hogares de 1990

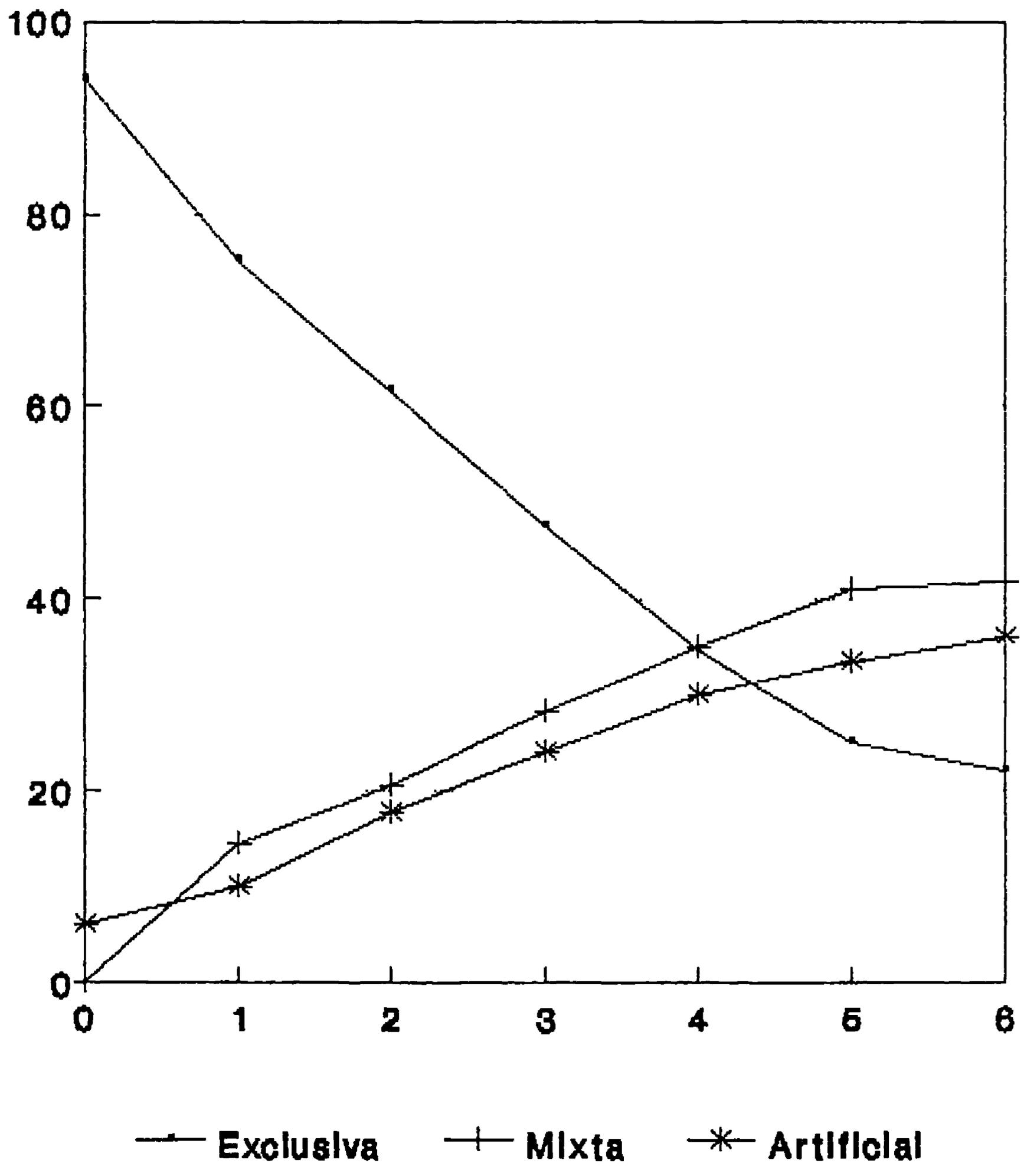
Puede también señalarse que, la mejoría en la práctica de la lactancia natural exclusiva, ha sido tanto en el área urbana como en la rural, pero la brecha observada entre ambas regiones en 1982, se ha ido reduciendo, ya que, durante los últimos años, la ganancia porcentual ha sido mayor en la urbana.

Los resultados de esta investigación muestran que, el porcentaje de iniciación de lactancia natural ha aumentado, si se compara con los datos de la década de los setenta, y alcanza el máximo valor en 1990.

Sin embargo, a pesar de esa mejoría en la práctica del amamantamiento al nacer, la introducción de suplementos alimentarios está ocurriendo a edades más tempranas que las recomendadas. Esta situación se ve claramente en el Gráfico 2, pues, en 1990, a la edad de cuatro meses, solamente el 34.8% de los niños se amamantaban en forma exclusiva, un 35.0% tenían una alimentación mixta y un 30.2% ya habían sido destetados. A los seis meses de edad, el 74% de los niños se alimentaban con leche materna, pero solamente un 22.1% de ellos lo hacían en forma exclusiva, ya que el 41.9% recibían otro tipo de alimentos. Esta tendencia a introducir alimentos en forma temprana es más marcada durante el primer mes de edad, pues en este período, el 10.2% de los recién nacidos son destetados y el 14.7% inician la introducción de suplementos alimentarios.

Es importante destacar que, 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 introducción de suplementos alimentarios y 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 primeros meses de edad.

Gráfico 2
Proporción de niños por edad según tipo de lactancia. Costa Rica, 1990



Encuesta Nacional Hogares de 1990

III. FACTORES SOCIO-DEMOGRAFICOS DE RIESGO

DE DESTETE TEMPRANO

Las prácticas de lactancia dependen de una serie de elementos culturales, sociales, políticos y económicos que influyen en los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres, ya que la decisión de iniciar y mantener el proceso de amamantamiento está determinada, en gran medida, por el ambiente en el cual se desenvuelve la familia y el niño, pues existen una serie de factores económicos, sociológicos y antropológicos que influyen en la decisión de la mujer para iniciar y finalizar el amamantamiento.

El proceso de urbanización y el cambio de los estilos de vida de sociedades tradicionales a ciudades modernas, se ha asociado a una disminución en la prevalencia y duración de la lactancia (9). Se ha considerado que en este fenómeno han influido algunos elementos como: carencia de apoyo familiar por el cambio de estructura familiar, incorporación de la mujer a la fuerza laboral productiva, con la consiguiente separación temporal del hogar y utilización de servicios alternativos para el cuidado del niño (19).

El estudio de la situación de las prácticas de lactancia, realizado en 1990, permitió identificar la influencia que algunos factores socio-demográficos ejercen sobre la edad de introducción de suplementos alimentarios y de destete en niños menores de un año (16).

Es interesante señalar que el patrón que tradicionalmente se había observado en Costa Rica (11,20), donde la población de menor nivel socio-económico y educativo era la que iniciaba con más frecuencia y amamantaba por períodos más prolongados a los niños, se ha ido invirtiendo. En el análisis de tendencias se encuentra que son las madres con más años de estudio y mejores condiciones de vida las que han alcanzado las mayores ganancias, tanto en prevalencia de lactancia natural al nacer, como en la duración del período de lactancia natural exclusiva. Esta situación plantea una serie de retos a las autoridades en salud, ya que es la población infantil de mayor riesgo social la que se encuentra más desprotegida de los beneficios que brinda la leche materna.

Factores de riesgo asociados con el inicio del proceso de lactancia

Las variables que se consideraron fueron: zona de residencia, tipo de familia, número de miembros del hogar, edad de la madre, escolaridad materna, estado conyugal, madre jefe de familia, empleo materno e ingreso familiar.

La asociación de las variables socio-demográficas con respecto al riesgo de no ser amamantado o de ser destetado antes de los tres meses de edad, se determinó calculando el riesgo relativo (RR) y sus límites de confianza del 95%. Un RR superior al valor de "1" indica que la incidencia de alimentación artificial al nacer, de suplementación o destete temprano (antes de tres meses de edad), es mayor en el grupo expuesto al factor de riesgo que se está explorando, que para cada caso particular, es alguna de las categorías de las condiciones socio-demográficas descritas anteriormente. Considerando la posibilidad de interacciones entre estas variables, se hizo una prueba de X^2 , con la finalidad de identificar aquellas variables que tuvieran un mayor nivel de asociación con las demás. El ingreso económico familiar y el nivel de escolaridad fueron las que mostraron un mayor nivel de asociación. Por lo tanto, se decidió estratificar las variables socio-demográficas controlando el nivel de ingreso familiar y la escolaridad materna, para poder evaluar las modificaciones en los RR_e al controlar el efecto de estas dos condiciones.

Para los cruces de variables, utilizando el factor de expansión, se empleó el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) y para el análisis de riesgos relativos y estratificación de variables se utilizó el EPIINFO.

En el Cuadro 2 se pueden observar los RR_e de que algunas variables sociodemográficas maternas y familiares estén asociadas con el riesgo de no ser amamantado.

El Cuadro 3 muestra los RR ajustados según el ingreso económico familiar y el nivel de escolaridad de la madre.

Cuadro 2

Riesgo relativo (RR) de no ser amamantado asociado con algunas variables socio-demográficas. Costa Rica, 1990

Variables	Fue amamantado		RR (IC 95%)
	Sí	No	
Zona de residencia			
Rural	33.020	1.859	1.0
Urbana	20.187	1.591	1.37 (1.28-1.46)
Tipo de familia			
Nuclear	37.237	2.272	1.0
Extensa	15.970	1.178	1.19 (1.12-1.28)
No. miembros del hogar			
Cinco o menos	31.219	2.109	1.0
Más de cinco	21.988	1.341	0.91 (0.85-0.97)
Edad de la madre			
Menos de 20 años	6.584	392	1.0
De 20 a 27 años	24.169	1.341	0.94 (0.84-1.04)
De 28 a 34 años	17.957	966	0.91 (0.81-1.02)
35 años ó más	3.670	688	2.81 (2.50-3.16)
Escolaridad materna (a)			
De 0 a 3 años	5.211	645	1.0
De 4 a 6 años	26.221	1.018	0.34 (0.31-0.37)
De 7 a 11 años	15.665	1.210	0.65 (0.59-0.71)
12 años ó más	4.850	461	0.79 (0.70-0.88)
Estado conyugal			
Casada	32.568	1.770	1.0
Unión libre	12.137	894	1.33 (1.23-1.44)
Soltera	6.181	723	2.03 (1.87-2.21)
Divorciada/separada/viuda	1.494	0	(b)
Madre jefe del hogar			
No	50.122	3.240	1.0
Sí	2.258	147	1.01 (0.86-1.18)
Empleo materno			
No	42.705	2.920	1.0
Sí	9.675	467	0.72 (0.65-0.79)
Ingreso familiar (colones) (a)			
15,000 ó menos	13.013	1.105	1.0
De 15,001 a 30,000	16.657	837	0.61 (0.56-0.67)
De 30,001 a 90,000	13.275	1.063	0.95 (0.87-1.03)
Más de 90,000	1.385	120	1.67 (1.50-1.78)

(a) La diferencia en el total de casos se debe al número de ignorados

(b) No se calcula porque el número de casos es muy bajo

Cuadro 2

Riesgo relativo ajustado ^{a,b} (RR^{a,b}) de no ser amamantado asociado con algunas variables socio-demográficas. Costa Rica, 1990

Variables	RR ^a (IC 95%)	RR ^b (IC 95%)
Zona de residencia		
Rural	1.0	1.0
Urbana	1.29 (1.20-1.39)	1.05 (0.99-1.12)
Tipo de familia		
Nuclear	1.0	1.0
Extensa	1.35 (1.25-1.46)	1.30 (1.21-1.40)
No. miembros del hogar		
Cinco o menos	1.0	1.0
Más de cinco	1.20 (1.12-1.29)	0.92 (0.85-0.99)
Edad de la madre		
Menos de 20 años	1.0	1.0
De 20 a 27 años	0.87 (0.78-0.97)	0.88 (0.79-0.99)
De 28 a 34 años	0.70 (0.63-0.79)	0.77 (0.68-0.86)
35 años ó más	2.28 (2.03-2.56)	3.06 (2.71-3.45)
Escolaridad materna		
De 0 a 3 años	1.0	
De 4 a 6 años	0.35 (0.32-0.39)	
De 7 a 11 años	0.62 (0.56-0.68)	
12 años ó más	1.12 (0.99-1.26)	
Estado conyugal		
Casada	1.0	1.0
Unión libre	1.25 (1.15-1.37)	1.71 (1.56-1.87)
Soltera	1.89 (1.72-2.07)	4.06 (3.65-4.51)
Madre jefe del hogar		
No	1.0	1.0
Sí	1.14 (0.97-1.34)	2.35 (2.00-2.75)
Empleo materno		
No	1.0	1.0
Sí	0.93 (0.83-1.04)	0.66 (0.60-0.73)
Ingreso familiar (colones)		
15,000 ó menos		1.0
De 15,000 a 30,000		0.45 (0.41-0.50)
De 30,000 a 90,000		0.80 (0.73-0.83)
Más de 90,000 (c)		

^a RR ajustado por ingreso familiar

^b RR ajustado por nivel de escolaridad materna

(c) No se calcula porque el número de observaciones es muy bajo

El RR de no ser amamantado asociado al residir en la zona urbana fue de 1.37 (1.28-1.46), cifra que disminuye a 1.05 (0.99-1.12) al ajustar por nivel de escolaridad materna. Al interior del análisis estratificado se observó un RR de 5.74 (4.95-6.66) en los hijos de madres con menos de tres años de escolaridad que residen en el área urbana y RR de 0.33 (0.27-0.39) en los hijos de madres universitarias que viven en la zona urbana, lo cual explica las modificaciones en el RR al hacer el ajuste. Un comportamiento inverso se encuentra con respecto a la familia extensa, donde el pertenecer al nivel de ingreso y escolaridad superior se convierte en un factor de riesgo de no ser amamantado con un RR de 9.12 (7.50-11.09).

Con respecto a la edad, las madres de 35 años ó más mostraron un RR de 2.81 (2.50-3.16), que se mantuvo elevado después del ajuste. En esta categoría de edad, el RR más alto se observó en las categorías de ingresos y escolaridades medios.

Se encontró que los años de escolaridad materna comprendidos entre 4 y 11 se asocian a una mayor posibilidad de ser amamantado y que el riesgo de no ser amamantado es mayor en los niveles de escolaridad inferiores. Al ajustar el RR de los años de escolaridad materna según el ingreso económico, la protección que parecía proveer el mayor nivel de escolaridad desaparece, pues el RR ajustado se modifica de 0.79 (0.70-0.88) a 1.12 (0.99-1.26), pero no se modifica en las categorías de escolaridad comprendidas entre 4 y 11 años.

La condición de madre casada parece favorecer el inicio del amamantamiento y la de madre soltera representa un factor de riesgo, con un RR=2.03 (1.87-2.21) que se mantiene al ajustar por ingreso económico y se eleva a 4.06 (3.65-4.51) al ajustar según el nivel de escolaridad. Las madres solteras con 0 a 4 años de escolaridad alcanzan un RR de 8.92 (7.26-10.95).

La madre que es jefe de hogar tiene un mayor riesgo de no amamantar a su hijo, que se eleva al ajustar por el ingreso familiar. Sin embargo, esta estratificación no se pudo realizar en los estratos de ingresos superiores a 30.000 colones al mes, ya que el número de madres jefes de hogar en las categorías de ingresos superiores era muy bajo.

El RR del empleo materno pareciera ser un factor de protección para el amamantamiento (RR = 0.72; IC 95% = 0.65-0.79), pero este efecto desaparece al ajustar por el salario familiar, pues es un factor de riesgo en los hijos de madres empleadas y de familias de ingresos inferiores, por lo cual, la protección que brinda el empleo materno se observa solamente en los niños de hogares de ingresos elevados. De manera similar, el empleo en las madres con niveles de escolaridad muy bajos es un factor de riesgo (RR = 1.98; IC 95% = 1.66-2.37) y no es un riesgo en las madres con grados de escolaridad altos.

El valor del RR en los niños cuyas familias perciben salarios más elevados sugiere ser un factor de riesgo para no amamantar y el nivel de ingreso comprendido entre 15.001 y 30.000 colones, un factor de protección. Sin embargo, estas variables deben de analizarse con cuidado pues el número de niños proveniente de familias de ingresos más altos es muy bajo, por lo cual, el valor del RR no es confiable. Esta limitación se acentúa al estratificar los datos.

Factores asociados con el destete temprano

La ubicación urbano o rural no constituyó un factor de riesgo para el destete temprano en niños menores de un año, como se observa en los Cuadros 4 y 5.

El RR de destete antes de los tres meses de edad en los niños provenientes de familias de tipo extenso es de 1.38 (1.35-1.41) y se eleva levemente a 1.50 (1.47-1.54) al ajustar por nivel de ingreso económico, con un RR ligeramente más alto ((1.74 (1.69-1.80)) en los niveles de ingresos de 15.000 a 30.000 colones. El número de miembros en el hogar no representa un factor de riesgo importante.

Con respecto a la edad materna, pareciera existir un efecto protector al aumentar la edad, alcanzando un RR de 0.63 (0.60-0.66) en las madres de 35 y más años. Sin embargo, este efecto desaparece al ajustar el RR, permaneciendo únicamente en las madres con edades comprendidas entre 28 y 34 años, con cifras de 0.69 (0.67-0.72) en el ajuste por ingreso y de 0.76 (0.73-0.78) en el ajuste por escolaridad.

Se observa también un efecto protector del nivel de escolaridad materna, que no se modifica al ajustar por ingreso familiar, donde el RR de destete temprano va disminuyendo al aumentar los años de escolaridad en la madre.

La condición de madre soltera es un factor de riesgo de destete temprano, con un RR de 1.50 (1.46-1.53), que se mantiene después del ajuste. El RR ajustado por escolaridad es discretamente superior en las madres solteras con años de escolaridad comprendidos en la categoría de 4 a 6 años (RR = 1.69; IC = 1.64-1.75) y el RR ajustado por ingreso es 1.71 (1.63-1.80) para este mismo grupo de estado conyugal.

Con respecto al trabajo materno, el RR de destete temprano en las madres con empleo es de 1.15 (1.13-1.18), por lo cual no representa un elemento importante de riesgo. Sin embargo, se debe notar que éste se eleva al ajustar por nivel de ingreso familiar, pues alcanza un valor de 1.52 (1.46-1.58) en las madres con empleo e ingresos familiares inferiores. Este comportamiento también se observa al analizar los RR de los estratos del ajuste por escolaridad, con cifras más altas en los niveles de escolaridad más bajos y un RR de 0.62 (0.57-0.68) en las madres universitarias con empleo.

La madre jefe de hogar tiene un RR de 1.49 (1.46-1.53) de destetar tempranamente a su hijo, cifra que se mantiene al ajustar por escolaridad e ingreso familiar.

El ingreso económico familiar no parece significar un factor de riesgo de destete temprano, aunque se debe recordar las limitaciones en el análisis de esta variable, dado el bajo número de casos en el nivel superior de salario familiar.

Cuadro 4

Riesgo relativo (RR) de destete temprano asociado con algunas variables sociodemográficas. Costa Rica, 1990

Variable	No. niños destetados		RR (IC 95%)
	≥ 3 meses	< 3 meses	
Zona de residencia			
Rural	5.367	8.441	1.0
Urbano	4.366	5.294	0.90 (0.88-0.92)
Tipo de familia			
Nuclear	7.631	8.323	1.0
Extensa	2.102	5.412	1.38 (1.35-1.41)
No. miembros del hogar			
Cinco o menos	7.017	8.173	1.0
Más de cinco	2.716	5.562	1.25 (1.22-1.28)
Edad de la madre			
Menor de 20 años	1.162	2.317	1.0
De 20 a 27 años	4.206	6.151	0.89 (0.87-0.92)
De 28 a 34 años	3.567	3.781	0.77 (0.75-0.80)
35 años ó más	526	1.377	0.63 (0.60-0.66)
Escolaridad materna (a)			
De 0 a 3 años	521	2.066	1.0
De 4 a 6 años	4.881	6.643	0.72 (0.70-0.74)
De 7 a 11 años	2.981	3.762	0.70 (0.68-0.72)
12 años ó más	965	988	0.63 (0.60-0.66)
Estado conyugal			
Casada	6.211	7.192	1.0
Unión libre	2.501	3.447	1.08 (1.05-1.53)
Soltera	673	2.746	1.50 (1.46-1.53)
Divorciada/separada/viuda	76	241	^b
Madre jefe de hogar			
No	9.305	12.659	1.0
Sí	156	967	1.49 (1.46-1.53)
Empleo materno			
No	7.724	10.281	1.0
Sí	1.737	3.345	1.15 (1.13-1.18)
Ingreso familiar (a)			
15.000 ó menos	2.068	3.346	1.0
De 15.001 a 30.000	3.288	4.395	0.93 (0.90-0.95)
De 30.001 a 90.000	2.167	3.275	0.97 (0.94-1.00)
Más de 90.000	288	587	1.09 (1.03-1.14)

(a) La diferencia en el total de casos se debe al número de ignorados

(b) No se calcula porque el número de casos es muy bajo

Cuadro 5

Riesgo relativo ajustado^{a, b} (RR^{a, b}) de destete temprano asociado con algunas variables sociodemográficas. Costa Rica, 1990

Variable	RR ^a (IC 95%)	RR ^b (IC 95%)
Zona de residencia		
Rural	1.0	1.0
Urbano	1.01 (0.99-1.04)	0.96 (0.94-0.98)
Tipo de familia		
Nuclear	1.0	1.0
Extensa	1.50 (1.47-1.54)	1.39 (1.36-1.42)
No. miembros del hogar		
Cinco o menos	1.0	1.0
Más de cinco	1.28 (1.25-1.31)	1.22 (1.19-1.25)
Edad de la madre		
Menor de 20 años	1.0	1.0
De 20 a 27 años	0.91 (0.88-0.93)	0.91 (0.89-0.94)
De 28 a 34 años	0.69 (0.67-0.72)	0.76 (0.73-0.78)
35 años ó más	1.06 (1.02-1.11)	1.08 (1.04-1.13)
Escolaridad materna		
De 0 a 3 años	1.0	
De 4 a 6 años	0.74 (0.72-0.76)	
De 7 a 11 años	0.73 (0.70-0.75)	
12 años ó más (c)		
Estado conyugal		
Casada	1.0	1.0
Unión libre	1.19 (1.16-1.23)	1.08 (1.05-1.11)
Soltera	1.53 (1.49-1.57)	1.46 (1.43-1.50)
Madre jefe de hogar		
No	1.0	1.0
Sí	1.41 (1.36-1.46)	1.55 (1.51-1.59)
Empleo materno		
No	1.0	1.0
Sí	1.35 (1.32-1.39)	1.25 (1.22-1.28)
Ingreso familiar		
15,000 ó menos		1.0
De 15,001 a 30,000		0.95 (0.92-0.97)
De 30,001 a 90,000		1.09 (1.06-1.13)
Más de 90,000 (c)		

^a RR ajustado por ingreso familiar

^b RR ajustado por escolaridad materna

(c) No se calcula porque el número de casos es muy bajo

IV. CONCLUSIONES

El adecuado establecimiento de políticas y estrategias de fomento de prácticas adecuadas de alimentación infantil, requiere de una evaluación histórica de sus tendencias y de la identificación de factores de riesgo en la población, pues mediante este análisis, es posible establecer, de una manera prospectiva, las pautas que permitirían aumentar la duración de la lactancia natural exclusiva en los países.

Se reporta que, en los países desarrollados, las madres que amamantan a sus hijos por períodos más prolongados pertenecen a los estratos de mayores ingresos y niveles educativos (12). En los países más pobres ocurre un fenómeno inverso: la prevalencia de lactancia natural es más elevada en las zonas rurales y en la población con condición socio-económica y educativa más bajas (13). Este último patrón concuerda con el descrito para Costa Rica durante la década de los setenta y principios de los ochenta (20), pues las madres que amamantaban a sus hijos y practicaban la lactancia natural por períodos más largos, tenían un menor nivel educativo, menos hijos, no estaban incorporadas a la fuerza laboral y tenían uniones conyugales estables.

Sin embargo, en el presente trabajo, este patrón tiende a invertirse y aunque, en general, todos los grupos socio-económicos han aumentado la prevalencia de lactancia natural, son las madres con más años de estudio y mejores condiciones de vida las que han alcanzado las mayores ganancias. Este comportamiento se aleja del tradicionalmente descrito para los países subdesarrollados y se asemeja más a la de las naciones industrializadas (22).

El incremento en la proporción de niños que inician el proceso de lactancia natural en Costa Rica, 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.

El Programa Materno Infantil ha situado dentro de sus principales objetivos el fomento de la lactancia natural, como un factor decisivo para el logro de un adecuado crecimiento y desarrollo de la población infantil. Sin embargo, se han presentado algunos factores que pueden haber ejercido una influencia negativa en la práctica de la lactancia natural

exclusiva, dentro de los cuales pueden citarse: limitaciones presupuestarias para el desarrollo de las acciones de educación en salud y de capacitación de los funcionarios de salud, así como la imposibilidad de lograr la aprobación legal del Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, entre otros. Estas condiciones podrían explicar, en algún sentido, que, a pesar de que durante los últimos quince años la duración del período de lactancia natural exclusiva se ha prolongado, la introducción de suplementos alimentarios se continúe iniciando a edades tempranas de la vida del niño.

Se debe recordar que, existen ciertos períodos de mayor vulnerabilidad en el proceso de lactancia (21), en los cuales el apoyo y la educación a la madre adquieren una singular importancia. Estas etapas se inician desde antes del nacimiento del niño, por lo tanto, si se pretende prolongar el período de lactancia natural exclusiva hasta un mínimo de seis 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 cognitivamente hacia el desarrollo de prácticas y cuidados adecuados hacia el niño que va a 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 procedimientos innecesarios que produzcan sedación y trauma a la madre o el niño, fomentar la práctica del alojamiento conjunto y suprimir el empleo de fórmulas o suplementos al recién nacido.

Además, es necesario considerar que las prácticas de lactancia dependen de una serie de elementos culturales, sociales, políticos y económicos, que influyen en los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres, ya que la decisión de iniciar y mantener el proceso de amamantamiento está determinada, en gran medida, por el ambiente en el cual se desenvuelve la familia y el niño, pues existen una serie de factores económicos, sociales y culturales que influyen la decisión de la mujer para iniciar y finalizar el amamantamiento (19).

El trabajo de las madres fuera del hogar es una variable difícil de evaluar, pues está influida por una serie de características que se asocian al estado de empleo. Al analizar el empleo, se deben evaluar algunos factores como: localización del lugar de trabajo, tipo de trabajo, alternativas para el cuidado del niño y remuneración salarial.

Es probable que las madres solteras, jefes de hogar, con empleos que no brindan la protección legal establecida como derecho para la madre embarazada y lactante y que, además, no cuentan con un adecuado nivel educativo que les permita luchar por una mejor situación salarial, se están quedando rezagadas en la tendencia, cada vez mayor, de utilizar la lactancia natural en la alimentación de los niños.

Se reporta que una de las principales razones que aducen las madres para discontinuar la lactancia es la insuficiente producción de leche. En Costa Rica, esta razón fue la principal causa aparente de destete en 1982. Gussler (8) afirma que la percepción de insuficiente producción láctea resulta de la falta de conocimiento sobre patrones adecuados de amamantamiento, y no por inabilidad de la madre para lactar. Este problema se presenta más frecuentemente en las zonas urbanas, por lo que es probable que sea el resultado de la falta de apoyo y redes de interacción que permitan a las madres a disminuir la ansiedad e incorporarse a un ambiente donde la lactancia pueda establecerse y mantenerse.

Además, algunas creencias populares ejercen influencia sobre la decisión de amamantar al niño y ciertas prácticas, dirigidas hacia las madres en período de lactancia, pueden interferir positiva o negativamente en la introducción de alimentos y la edad de destete. Dentro de ellas se pueden citar: recomendación o prohibición de que la madre ingiera cierto tipo de alimentos que se consideran pueden afectar al niño lactante; suspensión de la lactancia natural ante problemas emocionales o enfermedades que provocan fiebre en la madre; costumbres relacionadas con la ropa y abrigo que deben utilizar las madres para aumentar la producción de leche; creencias sobre el efecto del frío y calor sobre la calidad y cantidad de leche, entre otras (18).

Si se analiza la influencia de la propaganda de los sucedáneos de la leche materna sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres con relación a la alimentación de sus hijos y , en particular sobre la edad de introducción de suplementos alimentarios, se encuentran varios estudios que reportan que la propaganda comercial dirigida a las madres en las salas de pos-parto, ejerce un efecto significativo hacia la introducción temprana de alimentos en la dieta del niño y que promueve el destete precoz (1,6,7). Además, se ha encontrado que el efecto de los mensajes de las casas productoras de alimentos infantiles es mayor en las madres primíparas y de menor nivel socio-económico. Por lo tanto, es necesario controlar la influencia de la propaganda y el suministro de sucedáneos de la leche materna, ya que éste es un factor que puede estar determinando, en alguna medida, la introducción temprana de suplementos alimentarios.

Las estrategias de promoción de la lactancia natural desarrolladas hasta el momento deben seguirse apoyando. Sin embargo, los hallazgos de este estudio sugieren que las acciones deben dirigirse, prioritariamente, a los niños de los grupos más postergados, pues son los que muestran, además de un riesgo mayor de enfermar y morir, un riesgo mayor de no ser amamantado o de ser destetado tempranamente.

En este sentido, todos los esfuerzos que se dirijan a la búsqueda de un mayor bienestar de la familia, van beneficiar la estabilidad emocional, social y económica de la madre, y por ende favorecerán una mejor alimentación en el niño.

V. RECOMENDACIONES

1. Las estrategias de promoción de la lactancia natural deben de continuarse apoyando y desarrollar actividades en las áreas asistenciales, educativas, legislativas y de investigación, intensificando acciones dirigidas a los grupos socio-económicos menos privilegiados.
2. En el campo asistencial, las estrategias de nivel hospitalario han surtido un efecto positivo, elevando los porcentajes de niños que inician el amamantamiento. Sin embargo, se debe hacer énfasis en el seguimiento del proceso de lactancia, ya que la introducción de alimentos y el destete continúa presentándose a edades tempranas de la vida del niño.
3. Es importante intensificar la Educación para la Salud a la población. La educación por medios masivos de comunicación garantiza una mayor cobertura de los mensajes, pero es importante utilizar más las estrategias de educación individuales y grupales, de manera que favorezca cambios más duraderos. La participación de grupos de madres de la comunidad y de organismos no gubernamentales, como elementos de apoyo a las madres que amamantan representan alternativas muy útiles.

4. La educación permanente del equipo de salud debe reorientarse hacia un proceso laboral que, a la vez, sea educativo y facilite el aprendizaje en el mismo ambiente de trabajo. Debe enfocarse desde una metodología más participativa, que trascienda los muros hospitalarios y se adecúe a las necesidades de las madres en las comunidades, de manera que favorezca un seguimiento más estrecho del proceso de lactancia.

5. Se deben analizar y replantear las estrategias de supervisión, seguimiento y evaluación de los currícula de la educación formal y garantizar el adecuado desarrollo de los programas de salud a nivel de educación primaria, secundaria y universitaria. Esto permite ampliar la cobertura de los programas educativos desde las etapas previas a la edad adulta.

6. Se debe continuar impulsando la legislación que favorece la estabilidad emocional y laboral de las madres, los niños y la familia en general. La promulgación de leyes no garantiza el cumplimiento de las mismas, por lo que también se debe apoyar la difusión, el conocimiento y la aplicación de esos derechos.

7. Es necesario ejercer un mayor control y una supervisión efectiva de la propaganda de sucedáneos de la leche materna e impulsar la aprobación del Código de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna promulgado en la 34ª Asamblea Mundial de la Salud, por los países miembros de la OMS y la UNICEF, desde el año 1981.

8. La disponibilidad de información oportuna y confiable es fundamental para que las estrategias y acciones de fomento de la lactancia natural, tengan un sustento sólido. Por lo tanto, es conveniente continuar incluyendo, periódicamente, el módulo de preguntas sobre prácticas de lactancia en la Encuesta Nacional de Hogares.