

Lactancia materna, duración estimada y factores asociados al destete en niños de hasta 5 años del Centro de Salud del Cerro y tres policlínicas dependientes, mayo-julio 2023, Montevideo

Breastfeeding, estimated duration and factors associated with weaning in children up to 5 years of age from the Cerro Health Center and three dependent polyclinics, May-July 2023, Montevideo

Nieves Acosta

Palabras clave: Lactancia materna, destete, primer nivel de atención

Keywords: Breastfeeding, Weaning, First level of care

Resumen

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) recomiendan iniciar la lactancia materna (LM) durante la primera hora de vida, mantenerla de forma exclusiva durante los primeros seis meses y continuarla hasta los dos años o más. En este marco, el objetivo general de esta investigación fue estimar la frecuencia y duración de la lactancia materna, así como los factores asociados al destete. Se realizó un estudio descriptivo transversal entre mayo y julio de 2023 en cuatro centros del primer nivel de atención. Participaron 100 niños y 96 madres. La edad promedio de los niños fue de 18,5 meses; 38 ya no se encontraban en lactancia al momento de la encuesta, y la duración promedio fue 10,3 meses. La edad promedio de las madres fue de 27 años, de las cuales 43 no recibieron asesoramiento en LM. Los principales motivos de destete fueron la percepción de cantidad insuficiente de leche y las patologías maternas, especialmente mamarias. La duración de la lactancia no se asoció con la vía de nacimiento, aunque las madres con cesárea recibieron más asesoramiento. Se observó que la lactancia prolongada, mayor a 24 meses, fue más frecuente entre las madres con menor nivel educativo. En síntesis, la cantidad insuficiente de leche y la patología mamaria constituyen las principales causas de destete, y se destacó la importancia del asesoramiento, aún percibido como insuficiente.

Abstract

The World Health Organization (WHO) and the United Nations Children's Fund (Unicef) recommend initiating breastfeeding within the first hour of life, maintaining exclusive breastfeeding during the first six months, and continuing it for two years or longer. In this context, the general objective of this study was to estimate the frequency and duration of breastfeeding, as well as the factors associated with weaning. A descriptive cross-sectional study was conducted between May and July 2023 in four primary health care centers. The study included 100 children and 96 mothers. The average age of the children was 18.5 months; 38 were no longer breastfeeding at the time of the survey, with an average duration of 10.3 months. The average age of the mothers was 27 years, and 43 reported not having received breastfeeding counseling. The main reasons for weaning were the perception of insufficient milk supply and maternal health conditions, particularly breast-related pathologies. The duration of breastfeeding was not associated with the mode of delivery, although mothers who had a cesarean section received more counseling. Prolonged breastfeeding, lasting more than 24 months, was more frequent among mothers with lower educational levels. In summary, insufficient milk supply and maternal breast pathology were the main causes of weaning, highlighting the importance of counseling, which is still perceived as insufficient.

Datos de la autora

Nieves Acosta

Doctora en Medicina - Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria - Udelar

Facultad de Medicina - Udelar

Correo electrónico: nievesacosta1593@gmail.com.uy

Introducción

Desde 2017, Uruguay cuenta con la Norma Nacional de Lactancia Materna, que promueve las buenas prácticas en lactancia y proporciona a los profesionales de la salud orientaciones y herramientas para el asesoramiento adecuado. Se ha implementado la Estrategia de Acreditación o Reacreditación en Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y Niño Pequeño (BPA) en maternidades y consultorios del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), actualizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) en 2018. Asimismo, se ha reglamentado la Ley 19.530, del 11 de setiembre de 2017, que aprueba la instalación de salas de lactancia en los lugares de trabajo y estudio.

Según lo establecido en la *Guía para la atención de la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio* del Ministerio de Salud Pública (MSP), toda mujer tiene derecho a recibir consejería en lactancia materna. También tiene derecho a recibir orientaciones sobre lactancia y alimentación complementaria de acuerdo a la Norma Nacional de Lactancia (2009, actualizada en 2017), tomando en cuenta las BPA y la *Guía de alimentación complementaria para niños/as de 6 a 24 meses* del MSP.

Como médicas de familia y comunidad, especialistas del primer nivel de atención, es importante realizar un estudio basado en la población de nuestro territorio que nos permita conocer cómo es la práctica de LM, su prevalencia, su media de duración y aproximarnos a los motivos principales del destete. Para esta investigación se tomó como edad el rango de 0 hasta los 5 años para abarcar a la población infantil que cursó la edad mínima de lactancia (dos años) y ver su extensión posterior a eso. Para esto nos basamos en las recomendaciones de la OMS/Unicef que establecen el inicio de la lactancia materna durante la primera hora después del nacimiento, lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y lactancia materna continuada durante dos años o más, junto con una alimentación complementaria segura, adecuada desde el punto de vista nutritivo y apropiada para la edad, a partir del sexto mes.

Los datos actualizados de 2020 son útiles a la hora de ver a nivel nacional la práctica de LM, pero no contiene datos sectoriales por barrios o municipios, por lo cual es pertinente preguntarse si estos valores son reproducibles y aplicables a nuestra población de trabajo.

Antecedentes

En la literatura académica sobre el tema se identificaron diversos artículos científicos, en su mayoría revisiones sistemáticas, que coinciden en señalar la creciente relevancia de las prácticas de lactancia materna a nivel mundial. El desarrollo del conocimiento científico ha contribuido al acercamiento a esta práctica y a la

desmitificación de sus beneficios. La lactancia materna resulta beneficiosa para el binomio madre-hijo o madre-hija: recibir leche materna como primer y único alimento hasta los seis meses de vida se asocia con una menor morbilidad neonatal, una reducción en la prevalencia de anemia durante los dos primeros años, una disminución del sobrepeso y de la obesidad en etapas tempranas y posteriores, una menor carga de morbilidad vinculada a enfermedades crónicas no transmisibles y una mejora en el desarrollo infantil (De León et al., 2017).

En el informe *Ending childhood obesity* de la OMS (2016) se enfatizan las oportunidades que genera realizar intervenciones adecuadas en los primeros 24 meses de vida, período que se convierte en un momento único para reducir la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) debido a que la expresión génica es flexible y, por tanto, este período de mayor plasticidad representa una ventana de oportunidad. La protección y promoción de la lactancia y de una alimentación saludable y oportuna en este período son pilares fundamentales para contribuir a disminuir la frecuencia de estas enfermedades (Moreno Villares et al., 2019).

Los últimos datos recolectados en la encuesta sobre lactancia, alimentación y anemia en menores de 24 meses usuarios del SNIS, del año 2020 (MSP y Unicef) muestran mejoría en algunos indicadores de la lactancia materna. La encuesta señala que en Uruguay iniciaron la lactancia en las primeras 48 horas de vida 88,51 % de los niños y al momento del alta hospitalaria el 94,6 % recibió indicación de continuar amamantando. Entre los motivos por los que no se inició la lactancia en las primeras 48 horas se destaca la separación de madre y bebé por razones de salud del niño; en segundo lugar, aparecen las dificultades para que el niño se acople al pecho y el tercer argumento más referido fue haber tenido un nacimiento por cesárea. Si bien la cesárea no retrasa la bajada de la leche ni inhibe la secreción de calostro, la cascada de intervenciones en torno a este acto quirúrgico (separación prolongada que impide el inicio temprano, suplementación precoz, entre otros) puede impactar negativamente en el establecimiento o afianzamiento de la lactancia.

En los resultados de la encuesta de 2020, se describe que la LM que continúa al año de vida aumenta en 17,9 puntos porcentuales con respecto a la encuesta de 2011 y a los 2 años se ubica 19 puntos sobre lo reportado en 2011. La duración media es de $14,6 \pm 5,7$ meses, frente a $9,3 \pm 6,5$ en 2011. La tasa de LM exclusiva en niños menores de 6 meses descendió 7,8 puntos porcentuales con respecto a 2011 (pasó a 57,4 % frente a 65,2 %). Esta caída en la tasa de LM exclusiva es a expensas de los primeros meses de vida, cayendo en 24 puntos porcentuales en el primer mes con respecto a 2011 y viéndose un aumento de las prevalencias al sexto mes en 7,7 puntos porcentuales: 43,4 % en 2019 y 37 % en 2011.

En la misma encuesta de 2020 se consultó sobre el destete. Según las madres, las necesidades de capacitación y apoyo emocional están insuficientemente cubiertas. Además, creen que los profesionales no realizan adecuadamente su trabajo para promover la lactancia y se refieren a numerosas ocasiones en que los

profesionales de la salud han realizado prácticas contrarias a su establecimiento y mantenimiento (Cortés-Rúa y Díaz-Grávalos, 2018).

Según la misma encuesta, en Uruguay el principal motivo de destete durante los primeros seis meses de vida fue la percepción de leche insuficiente, reportada en el 59,0 % de los casos. Le siguieron, en orden de frecuencia, las dificultades de succión del bebé (15,3 %), el trabajo materno (12,8 %) y la «enfermedad materna» (8,5 %). Estos motivos se mantienen en línea con los registrados en 2011, cuando las tres principales causas para interrumpir la lactancia antes de los seis meses fueron la percepción de cantidad insuficiente de leche (53 %), la dificultad de succión (11,4 %) y el trabajo materno (11 %). Al comparar los resultados de la serie de datos comprendida entre 1999 y 2019, se observa que entre los niños menores de seis meses el principal motivo de destete continuó siendo la percepción materna de que la leche «no era suficiente». Otros motivos de destete encontrados en revisiones anteriores (Bove y Cerruti, 2011) fueron destete natural (3,8 %), pezones umbilicados, agrietados y doloridos (3 %), enfermedad del niño (2,7 %), decisión materna (1,8 %), no haber tenido contacto con la madre biológica (1,7 %), indicación médica (1,1 %).

Entre algunas de las variables en las que se busca asociación en cuanto a la instalación de la LM, se analizan la lactancia durante la primera hora de vida u hora de oro. Se observó que cuanto mayor es el tiempo que los recién nacidos esperan para recibir leche materna, mayor es el riesgo de enfermedad y muerte (Smith et al., 2017). Esperar entre dos a 23 horas aumenta el riesgo de muerte en 1,3 veces, mientras que esperar un día o más aumenta el riesgo en más de dos veces (Smith et al., 2017) . La OMS y Unicef recomiendan iniciar la lactancia materna durante la primera hora de vida luego del nacimiento (Unicef, 2018). El inicio temprano de la lactancia materna, es decir, iniciar la lactancia en la primera hora, se asocia positivamente a una prevalencia mayor de lactancia exclusiva al tercer y al sexto mes de vida (MSP y Unicef, 2020).

El tipo o vía de nacimiento —parto o cesárea— se puede asociar también al desarrollo de la LM. Los datos obtenidos en la encuesta de 2020 muestran que existe una mayor proporción de LM exclusiva a los 3 meses en los niños nacidos por parto vaginal (60,2 %) en comparación con los niños que nacieron por cesárea (39,8%). Esta misma tendencia se confirma en los niños con LM exclusiva al sexto mes de vida, entre los que el 61,9 % nació por parto vaginal y el 38,0% por cesárea.

Como lo mencionan Boatin et al. (2018), en su estudio observacional de 72 países de bajos y medianos ingresos, en los que midieron la tasa de cesáreas, el aumento en las cesáreas por elección en el mundo ha repercutido sobre el inicio temprano de la lactancia materna. En dicho artículo se muestra que los partos quirúrgicos pueden reducir la probabilidad del contacto inmediato piel con piel, así como también del inicio inmediato de la lactancia materna.

Por otra parte, se ha asociado la asistencia a un grupo de apoyo a la lactancia y la relación con otras madres lactantes de niños mayores con las que compartir

experiencias como una estrategia útil para apoyar y fortalecer la decisión de amamantar por encima de los 12-24 meses (Ares et al., 2015). En un estudio cualitativo realizado en Reino Unido, en el período 2009-2011 se analizó mediante entrevistas y grupos focales las experiencias de las mujeres con compañeros de apoyo a la lactancia: más del 70 % de las mujeres creían que los compañeros de apoyo a la lactancia les había permitido prolongar el amamantamiento (Thomson et al., 2012).

Según la encuesta de 2020 del MSP y Unicef, en Uruguay el 52,2 % de las mujeres indicó que recibieron asesoramiento sobre lactancia; el menor porcentaje se presentó en las pertenecientes al subsector público del interior del país (35,3 %). En cuanto a la información sobre grupos de apoyo a la lactancia, un 45,8 % fue informada sobre su existencia en su prestador de salud; las cifras descendieron en las pertenecientes al sector público (28,3 %) y ascendieron en el sector privado (55,6 %).

Marco teórico

Las definiciones nutricionales enmarcan a la LM como recibir leche materna directa u ordeñada, independientemente de que se reciba otros alimentos. Mientras que la lactancia materna exclusiva (LME) es cuando la niña o niño recibe solamente leche materna directamente del pecho u ordeñada o leche humana de otra fuente sin ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, con excepción de sales de rehidratación oral, gotas o jarabes con vitaminas, suplementos minerales o medicamentos.

Otras definiciones altamente utilizadas corresponden a lactancia materna complementada (LMC) y lactancia materna mixta o parcial (LMM). En el primer caso la niña o niño recibe, además de leche materna, cualquier alimento sólido o semisólido con la finalidad de complementar, no de sustituir. Mientras que LMM se da cuando recibe leche materna y otros tipos de leche (preparados para lactante, leche de vaca u otro animal diluida o no) (De León et al., 2017). La práctica de la lactancia materna comprende, entre otras cosas, el reconocer los signos de hambre del bebé y responder a ellos en el marco de una relación de comunicación e intercambio entre la madre y el niño. La lactancia a demanda o lactancia en respuesta o dirigida por el bebé no marca ninguna restricción en cuanto a la frecuencia o duración de las tomas al pecho (OMS, 2018).

En lo referente al propósito del estudio, es importante mencionar el término de lactancia en niños mayores o lactancia prolongada (LP). Aunque en otras culturas es algo habitual y cotidiano, la lactancia materna por encima del año de edad es relativamente poco frecuente en los países occidentales (Juez et al., 2010). Por ello, las madres que deciden seguir amamantando a niños mayores encuentran en ocasiones barreras o rechazo en la sociedad, entre los profesionales sanitarios e incluso dentro de su propia familia, basadas en mitos o creencias personales (Cable et al., 2012).

El término *lactancia prolongada*, aunque muy extendido, puede llevar a confusión. *Prolongar* significa hacer que algo dure más tiempo de lo normal o establecido. El empleo de este término puede hacer pensar que la lactancia en niños mayores de un año se considera como algo que está «más allá de las recomendaciones», cuando en realidad es un objetivo en salud materno-infantil (Moreno Villares et. al, 2019). Por este motivo, algunos autores (Ares et al., 2015) propugnan hablar de «lactancia materna» sin más adjetivos, con el objetivo de normalizar este hecho. El mayor problema de la lactancia materna más allá del año de edad es el rechazo social y profesional (Cockerham-Colas et al., 2012) por prejuicios o desconocimiento de la evidencia científica actual, en tanto la duración de la lactancia materna es el factor implicado en un mejor desarrollo emocional y psicosocial del niño. A mayor duración, se ha descrito una menor incidencia de maltrato infantil, una mejor relación con los padres en la adolescencia, una mayor percepción de cuidado y una mejor salud mental en la vida adulta (Cable et al., 2012; Dowling y Brown, 2013; Olza Fernández y Marín Gabriel, 2014).

La lactancia materna está determinada por la cultura, es un fenómeno biocultural. Cada cultura y época, de acuerdo a sus conocimientos, creencias y valores, desarrolla maneras propias de enfrentar la crianza y la lactancia. Un estudio realizado en la población uruguaya por Unicef en 2004 sobre lactancia materna informa que el principal motivo para el destete antes del año de vida, entendiendo a este último cuando el niño abandona definitivamente la leche materna, es la creencia de leche insuficiente o de calidad no adecuada, manteniéndose actualmente como principales factores según la última encuesta nacional de lactancia.

Existen datos sobre el «período ideal de lactancia» que consideran los uruguayos, que se expone en el estudio de la Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil (Ruandi) en 2001, sobre cuándo y por qué se produce el destete en Uruguay. Para el 61 % de los entrevistados la lactancia debe extenderse más de 6 meses; el 13 %, hasta nueve meses; el 30%, hasta el año, y el 18 %, más del año (Bove y Cerruti, 2001). Otro dato aportado por este estudio es cómo influyeron los hospitales amigos del niño en la lactancia. Esta propuesta fue realizada 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 a entregar a las madres la información pertinente para asegurar una lactancia exitosa.

Es importante mencionar el rol de los hombres en la responsabilidad compartida en el proceso reproductivo, contribuyendo así a la equidad de género. Este hecho permite disminuir la fatiga y el estrés de las mujeres, permitiendo a los hombres desarrollar y beneficiarse de relaciones afectivas más cercanas y gratificantes con su familia. Esta situación se da mayoritariamente en sectores poblacionales con mayor nivel educativo y mucho menos en la población de nivel socioeconómico más bajo (Juez et al., 2010).

Por lo antes expuesto, se debe insistir en la importancia de conocer cómo se produce la LM en el binomio madre-hijo o madre-hija y acompañar a las familias a la hora de tomar las decisiones. Si es su deseo continuar con la lactancia, el deber de los profesionales es apoyarlas en su decisión y darles herramientas para superar las dificultades que puedan surgir.

Objetivos

Objetivo general: estudiar la práctica de la lactancia materna, su frecuencia y su media de duración, así como los factores asociados al destete en los niños de 0 a 5 años inclusive, controlados en el Centro de Salud Cerro y tres policlínicas dependientes: Santa Catalina, Covicenova y BPS-Cerro, durante el período mayo a julio de 2023.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar a la población de 0 a 5 años.
2. Estimar la frecuencia de duración de LM y distribuir su tiempo según categorías: 0 a 6, 7 a 12 meses, 13 a 24 meses, mayores de 24 meses hasta los 5 años inclusive.
3. Identificar los principales factores asociados con la interrupción de la LM.
4. Describir la frecuencia entre tiempo de duración de LM y las siguientes variables: nivel educativo de la madre, tipo de parto, asesoría o apoyo a la lactancia.
5. Comparar los datos obtenidos en nuestra población objetivo con la *Encuesta nacional de lactancia, prácticas de alimentación y anemia en menores de 24 meses usuarios del SNIS, 2020*.

Diseño metodológico

Se llevó a cabo una investigación de tipo descriptivo y de corte transversal. La elección de este diseño se fundamentó en su adecuación para estimar la prevalencia y la media de duración de la lactancia materna en un período determinado. Para la recolección de los datos se empleó un formulario estandarizado, elaborado por la autora de la investigación. Este instrumento fue completado por las técnicas de las policlínicas, previa obtención del consentimiento informado, tanto verbal como escrito. El consentimiento se aplicó a todas las madres de niños de 0 a 5 años que asistieron al control del niño sano en cuatro policlínicas del primer nivel de atención de la RAP/ASSE: el Centro de Salud Cerro y tres policlínicas dependientes —Santa Catalina, Covicenova y BPS-Cerro—, durante el período comprendido entre mayo y julio de 2023.

Se solicitó al equipo de la policlínica que atiende niños su colaboración para la entrega del formulario, siendo estas: médicas de familia y comunidad, residentes de medicina familiar y comunitaria, pediatras y auxiliares de enfermería. Se obtuvo una muestra por conveniencia, para lo cual se tomó un tamaño muestral de 100; la recolección de los datos se realizó durante las horas de consulta médica de 8 a 12 horas de lunes a viernes dentro de la consulta correspondiente a medicina familiar y comunitaria, y pediatría. La elección del número de integrantes de la muestra estuvo condicionada por la cantidad de niños que se controlaron en las policlínicas durante dicho período de tiempo acotado (mayo-julio); cuando se obtuvieron los 100 formularios dentro de ese período de tiempo se finalizó con la recolección de datos y se comenzó con el procesamiento.

Los criterios de inclusión utilizados para la obtención de la muestra fueron: todas las madres de los niños de 0 a 5 años inclusive que concurren a control; en el caso de que fuesen acompañados por otras personas (tíos, abuelas, padres, tutores legales) se incluyeron en la muestra solo si se logró obtener los datos del formulario a través de la comunicación directa con su madre en forma diferida a la consulta (por vía telefónica o presencial). Si esto último no se cumplía, quedaban excluidos del estudio. No se incluyeron datos por duplicado, en el caso de que el niño se haya controlado de forma mensual o bimensual y concurrió nuevamente al control, no se realizó nuevamente la pesquisa.

Se seleccionaron diferentes variables para el análisis que fueron basadas en los datos obtenidos de estudios anteriores hechos en nuestro país como la encuesta sobre lactancia, alimentación y anemia en menores de 24 meses usuarios del SINS, realizada en el año 2019 y publicada en 2020.

Las variables en estudio fueron de la madre y del niño. De la madre se tomaron datos correspondientes a la edad, número de hijos, nivel educativo, situación laboral y asesoría o apoyo a la lactancia recibida. Del niño se tomaron datos correspondientes a la edad en meses, tipo de parto, si recibía LM al momento de la consulta y duración en meses de LM.

Para indagar los motivos del destete, se tomaron como variables datos obtenidos del trabajo de Unicef en 2004; no se encontraron datos recientes de este tipo de variables. Se calculó la frecuencia de duración de LM por categoría de meses, según las variables: primaria completa, ciclo básico incompleto y otro tipo de educación, parto vaginal o cesárea, sexo masculino o femenino, apoyo a la LM (sí/no).

En cuanto a los aspectos éticos, contamos con la aprobación del Comité de Ética de Facultad de Medicina, decreto 158/019. El protocolo de investigación fue aprobado inicialmente el 14 de octubre de 2021, y luego nuevamente aprobado como enmienda el 29 de junio de 2023; y la autora de este trabajo de investigación declaró no tener conflicto de intereses.

Los participantes fueron adultos mayores de 18 años y adolescentes de 10 a 19 años (Graña et al., 2017) que ingresaron al estudio por voluntad propia con previo consentimiento informado verbal y escrito. Aclaramos que para la participación

de las adolescentes se establece el criterio de su capacidad para consentir bajo la calidad de su autonomía progresiva; se explicó el consentimiento informado que contenía la misma información que el consentimiento informado aplicado para adultos, pero con un lenguaje accesible, acorde a esta población.

En cuanto a los sesgos, podemos encontrar en este estudio el sesgo de memoria que pudieron tener las usuarias al momento de preguntarles datos del pasado. Los datos fueron procesados utilizando planillas Excel. Se presentaron los datos de frecuencia y media mediante el uso de gráficos de barras, tablas de doble entrada para la agrupación de datos y exposición de resultados.

Limitaciones

Este trabajo de investigación presenta diversas limitaciones, algunas externas pero condicionantes, como las inherentes al contexto donde se realizó con poco personal disponible para la recolección de datos, la poca familiarización con la investigación de los diferentes servicios donde fue realizado lo que demoró la autorización así como el inicio de la recolección de datos.

En cuanto a las limitaciones inherentes al diseño metodológico, el tamaño muestral pequeño y el muestreo por conveniencia, al no ser probabilístico, disminuye la capacidad de representatividad de los hallazgos. No se realizaron medidas de inferencia que permitieran visualizar la significancia estadística de la asociación de variables.

No se logró indagar factores culturales y familiares que influenciarían la lactancia como determinante sociocultural de esta. Tampoco se investigó el rol del varón y la familia en el involucramiento en esta práctica, tanto como factor protector como factor de riesgo para el destete.

Resultados

Se incluyeron un total de 100 participantes, que representaron 100 niños: 56 de Santa Catalina, 27 del Centro de Salud del Cerro, 10 de BPS-Cerro y 7 de Covicenova. La edad promedio de los niños fue 18,5 meses; 56 eran de sexo femenino, 44 de sexo masculino; 40 nacieron por cesárea mientras que 60 lo hicieron por parto vaginal; 62 se encontraban en lactancia al momento de la encuesta.

La distribución de los niños según edad puede observarse en la tabla 1. De los que no recibían LM, su promedio de duración había fue 10,3 meses.

Tabla 1. Distribución de frecuencias según edad de niños en lactancia materna al momento de la encuesta (n=62)

Edad en meses	Lactancia actual (frecuencia absoluta)	Lactancia actual (frecuencia relativa)
0 a 6	32	51,60 %
7 a 12	13	20,90 %
13 a 24	12	19,30 %
Mayor a 24	5	8 %

Algunos de los niños incluidos en el estudio eran hermanos, por lo que el total de madres participantes fue de 96. La edad promedio de las madres fue de 27 años. En cuanto a la situación laboral, 78 se encontraban desempleadas y 18 tenían empleo. Respecto al nivel educativo alcanzado, 30 madres completaron la educación primaria y una no la finalizó; 16 finalizaron la educación secundaria básica (ciclo básico) y 27 no lo hicieron. En cuanto al bachillerato, 19 madres lo completaron. Una participante se encontraba cursando estudios en la Universidad del Trabajo del Uruguay (UTU), correspondiente al nivel secundario técnico, y dos contaban con formación universitaria.

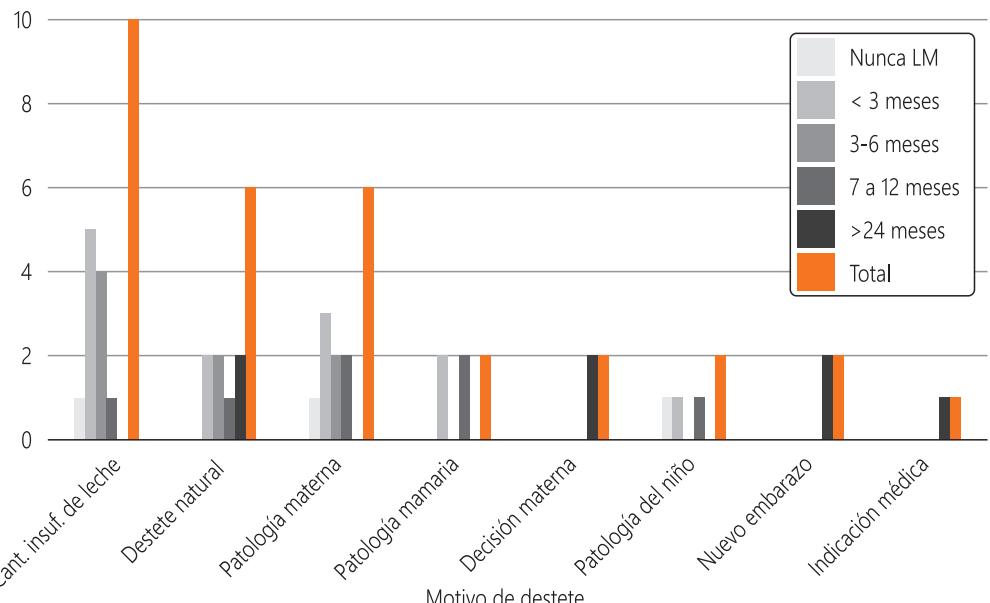
En cuanto al asesoramiento sobre LM, 43 negaron haber recibido información, mientras que 57 refirieron que sí la recibieron.

En lo que respecta a los motivos del destete, 10 fueron por cantidad insuficiente de leche, destete natural en 7 casos, 6 por patología materna no mamaria, 4 por patología mamaria, 3 por decisión materna, 3 asociado a patología del niño, 2 por nuevo embarazo, 1 por consejo de familiar, 1 por indicación médica y 1 por trabajo materno. Los motivos de destete según duración de lactancia materna en niños que no se encontraban en lactancia al momento de la encuesta se representan en la tabla 2 y el gráfico 1.

Tabla 2. Motivos de destete según duración de lactancia materna (n=31)

Motivo del destete	Nunca LM	< 3 meses	3-6 meses	7 a 12 meses	>24 meses	Total
Cantidad insuficiente de leche	1	5	4	1	0	10
Destete natural		2	2	1	2	6
Patología materna	1	3	2	2	0	6
Patología mamaria	0	2	0	2	0	2
Decisión materna	0	0	0	0	2	2
Patología del niño	1	1	0	1	0	2
Nuevo embarazo	0	0	0	0	2	2
Indicación médica	0	0	0	0	1	1
Total	3	13	8	7	7	31

Gráfico 1. Motivo de destete según duración de LM en números absolutos (n=31)



En la tabla 3 se representa la relación entre la duración de la LM y diferentes variables, en niños que no se encontraban en lactancia materna al momento de la encuesta. A continuación se representa gráficamente su relación.

Tabla 3. Relación entre duración entre lactancia materna y diferentes variables

Variables		Nunca LM	< 3 m	3-6 m	7 a 12	>24 m	Total
Nivel educativo	Primaria completa	0	2	4	4	3	9
	Ciclo Básico incompleto	2	3	3	2	2	10
	Otro tipo educación	1	6	2	2	1	10
Tipo de nacimiento	Parto Vaginal	2	5	5	5	4	16
	Cesárea	1	5	4	6	3	15
Sexo biológico	Masculino	2	4	4	6	2	12
	Femenino	1	6	6	2	4	17
Apoyo a la LM	Sí	2	7	5	3	5	19
	No	1	4	4	5	2	11

Gráfico 2. Relación entre nivel educativo y duración en meses de la LM

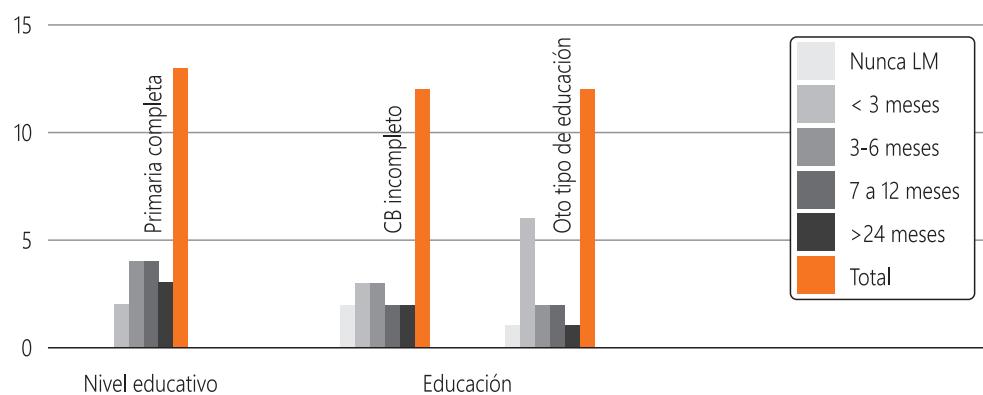
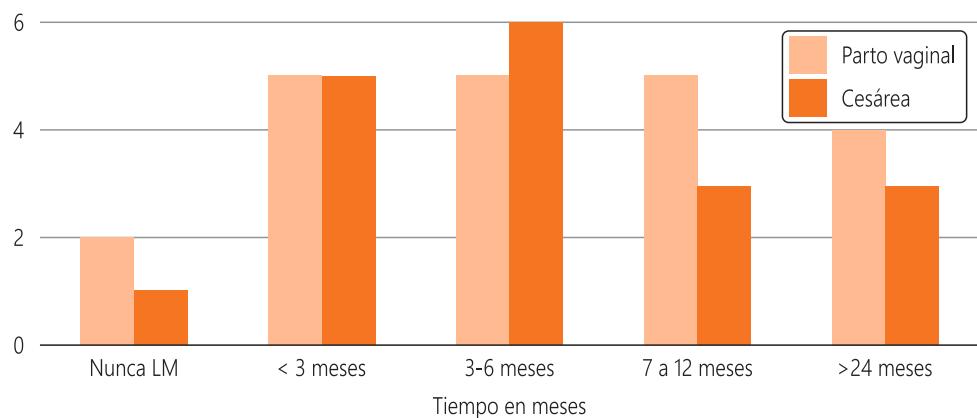


Gráfico 3. Relación entre tipo de nacimiento y duración de LM



En la tabla 4 se representa la relación entre el tipo de nacimiento y el asesoramiento, según la duración de LM.

Tabla 4. Relación entre tipo de nacimiento y asesoramiento de LM

Tipo de nacimiento	Apoyo LM: no	Apoyo LM: sí	Total
Cesárea			
menores de 3	1	4	5
3-6 m	1	5	6
7-12 m	2	0	2
mayores de 24	1	2	3
Parto vaginal			
menores de 3	2	3	5
3-6 m	3	2	5
7-12 m	2	1	3
mayores de 24	2	2	4

Gráfico 4. Relación entre apoyo a la LM y su duración

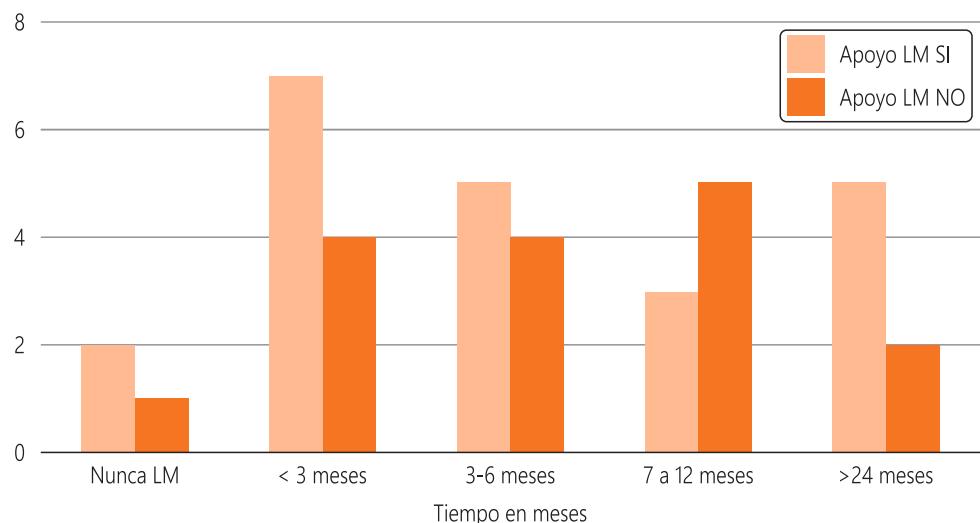
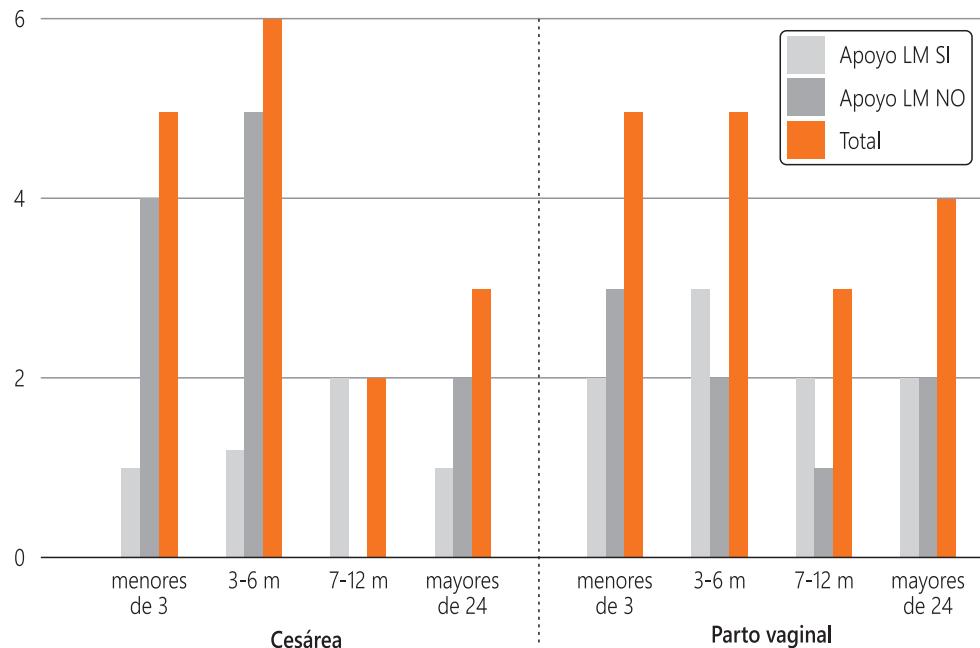


Gráfico 5. Relación entre apoyo a la LM y tipo de nacimiento



Discusión

Del análisis de esta investigación, a través de la caracterización de la población, se observa que predominan los nacidos por parto (tres de cada cinco), casi dos tercios alimentados por LM al momento de la encuesta, procedentes de barrios periféricos de Montevideo, sobre todo Santa Catalina y Cerro. En cuanto a las madres eran adultas jóvenes, mayormente desempleadas, con escolarización básica, casi la mitad sin asesoramiento en LM. Si bien no fue estudiado específicamente, es probable que se trate de una población procedente de medio socioeconómico deficitario.

En lo que respecta a la duración de la LM, la duración promedio de aquellos que no se encontraban en lactancia al momento de la encuesta fue algo menor de 1 año (10,3 meses). Este promedio fue menor respecto a la encuesta nacional de lactancia materna del año 2020, con una caída de 4,28 meses en promedio —acerándose a la encuesta del 2011 (9,3 meses), si bien es algo mayor—. Este descenso respecto a 2020 puede deberse, al menos parcialmente, a una disminución del contacto con las usuarias gestantes y puérperas del sistema de salud, vinculado a la pandemia por covid 19, cuando primó la telemedicina y la consulta telefónica, realizándose asistencia centrada en la patología y dejando de lado la asistencia centrada en la persona.

Aproximadamente la mitad de los niños que estaban en lactancia al momento de la encuesta tenían entre 0 y 6 meses, lo que indica que al menos el 50 % cumple con las recomendaciones de la OMS de mantenerla durante los primeros 6 meses de vida, aunque no fue analizado si era de forma exclusiva o complementada. Estos resultados son ligeramente menores a los de la encuesta nacional de lactancia materna del año 2020, en la que se reflejaba que el 57,4 % de los niños menores de 6 meses recibían pecho directo exclusivo.

En lo que respecta a su relación con el nivel educativo materno, se encontró que en aquellos con nivel educativo más alto predominó la lactancia materna menor a tres meses, a diferencia de las mujeres únicamente con primaria completa, que en su mayoría superaron los tres meses de duración. Incluso se observa que aquellos con una duración mayor de 24 meses predominaron en los grupos con menor nivel educativo. No se observaron grandes diferencias entre la duración de la LM y la vía de nacimiento, si bien aquellos con una duración mayor de 24 meses predominaron en los nacidos por parto vaginal. Este hecho puede ser explicado en parte por las diferencias en asesoramiento, el cual fue mayor en las pacientes con cesárea, para todos los subgrupos de duración de la LM, lo que constituye un sesgo. De hecho, este dato contrasta con la encuesta nacional de lactancia materna del año 2020, en la que la duración de la LM de al menos 6 meses se asoció con el parto vaginal.

En contraposición a lo expuesto en este trabajo, Patnode et al. (2025) para la United States Preventive Services Task Force (USPSTF) señala que existen

disparidades en la duración de la lactancia materna según grupos socioeconómicos y étnicos-culturales. Según los investigadores de esta revisión sistemática, se observa menor prevalencia de lactancia a los 6 meses entre mujeres de etnia negra y personas con menor nivel de educación e ingresos, lo que sugiere que más allá de intervenciones universales se requieren estrategias específicas para estos grupos.

Los principales motivos del destete fueron cantidad insuficiente de leche, destete natural y patología materna, principalmente mamaria. La cantidad insuficiente de leche y la patología mamaria son los principales motivos del destete en los niños menores de 3 meses; aparece el destete natural y se mantiene la cantidad insuficiente de leche en los niños de 3 a 6 meses, mientras que en aquellos niños mayores de 24 meses se ve nuevamente el destete natural y el nuevo embarazo como los principales motivos. Estos datos se correlacionan con los datos obtenidos en la última encuesta nacional de lactancia, en la que antes de los 6 meses el principal motivo de destete se establecía como la cantidad de leche insuficiente, en cambio contrasta que la patología materna que se ubicaba en cuarto lugar, luego de succión inadecuada y trabajo materno, hechos no identificados en el presente trabajo.

Casi la mitad de las mujeres (43 %) no recibieron asesoramiento, números similares, aunque por debajo, en comparación a la última encuesta nacional de lactancia (48 %). Lactantes con una duración de LM mayor de 24 meses tuvieron mayor prevalencia de asesoramiento materno. Llama la atención la ausencia mantenida en la percepción del asesoramiento, ya que su implementación a través de grupos de ayuda ha permitido prolongar el amamantamiento. Esta percepción de insuficiencia, sumado al hecho de la creencia de que los profesionales no realizan adecuadamente su trabajo para promover la lactancia, puede ser revertido a través del compromiso por parte del equipo de salud, a través de la implementación de diversas estrategias. Se ha asociado la asistencia a un grupo de apoyo a la lactancia y la relación con otras madres lactantes de niños mayores, con las que compartir experiencias, como una estrategia útil para apoyar y fortalecer la decisión de amamantar por encima de los 12-24 meses. Las madres y las familias tienen derecho a recibir orientaciones sobre lactancia y alimentación complementaria de acuerdo a la Norma Nacional de Lactancia (2017).

Conclusiones

La duración de la LM fue menor a un año, por debajo de la última encuesta nacional de lactancia del año 2020. La lactancia materna se mantiene por encima del 50 % en los menores de 6 meses. El menor nivel educativo materno fue el que presentó mayor duración de lactancia materna. No se observó un claro aumento de la duración de la lactancia materna en los nacidos por parto vaginal, aunque el

asesoramiento fue menor. La cantidad insuficiente de leche y la patología mamaria son los principales motivos del destete, fuera del destete natural.

El asesoramiento en LM continúa siendo percibido como insuficiente; es necesaria la reevaluación de las estrategias actuales así como su adaptación para abordar los múltiples mitos que alteran la iniciación y el mantenimiento de LM. Es imperioso insistir en estrategias a nivel territorial, con la realización de talleres, capacitación del equipo así como la creación tanto de policlínicas específicas de lactancia como grupos de apoyo.

Agradecimientos

A todo el equipo de la policlínica Santa Catalina, que me acompañaron en mi formación como residente. A las residentes, Dras. Valentina Blanco, Florencia Chiapara, Gimena Rodriguez, Alexa Silvera y Mariana Arámbulo que participaron en la recolección de datos y entrega de formularios. A las Dras. Claudia Nosei, Natalia Pelaez y Javier Pintos que participaron en el inicio con el planteamiento de los objetivos y a la Dra. Natalia Cristoforone que participó en la metodología.

Referencias bibliográficas

- Ares, S., González, C., Pérez, J. y Gómez, C. (2015). *Lactancia materna en niños mayores o "prolongada"*. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.
- Boatin, A., Schlotheuber, A., Betrán, A. P., Moller, A. B., Barros, A. J. D., Boerma, T. y Torloni, M. R. (2018, 24 de enero). Within country inequalities in caesarean section rates: Observational study of 72 low and middle income countries. *BMJ*, 360, artículo k55. <https://doi.org/10.1136/bmj.k55>
- Bove, M., y Cerruti, F. (2001). *¿Cuándo y por qué se produce el destete en Uruguay?* RUANDI & IBFAN.
- Bove, M. I. y Cerruti, F. (2011). Encuesta nacional sobre estado nutricional, prácticas alimentarias y anemia en niños menores de 2 años. Unicef, MSP-Ruandi.
- Cable, N., Bartley, M., McMunn, A. y Kelly, Y. (2012). Gender differences in the effect of breastfeeding on adult psychological well-being. *European Journal of Public Health*, 22(5), 653–658. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr206>
- Cockerham-Colas, L., Geer, L., Benker, K. y Joseph, M. A. (2012). Exploring and influencing the knowledge and attitudes of health professionals towards extended breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*, 7(3), 143–150. <https://doi.org/10.1089/bfm.2011.0047>
- Cortés-Rúa, L., y Díaz-Grávalos, G. J. (2018). Interrupción temprana de la lactancia materna: Un estudio cualitativo. *Enfermería Clínica*, 29(4), 207–215. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.11.003>
- De León, C., De Souza, N., De Oliveira, R., Castro, M. y Moratorio, X. (2017). *Norma Nacional de Lactancia Materna*. Unicef, MSP-Ruandi.
- Dowling, S. y Brown, A. (2013). An exploration of the experiences of mothers who breastfeed long-term: What are the issues and why does it matter? *Breastfeeding Medicine*, 8(1), 45–52. <https://doi.org/10.1089/bfm.2012.0102>

- Graña, S., Alarcón, A., Quintana, L., Fabbiani, A. y Montalbán, A. (2017). *Guía para la atención integral de adolescentes*. Dirección General de la Salud, Área Programática de Adolescencia y Juventud, OPS, OMS. Uruguay.
- Juez, G., Niño, R., Ortega, R. y Mena, P. (2010). *Lactancia*. (3.^a ed.). Santiago de Chile
- Ministerio de Salud Pública. (2014). Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Montevideo, Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Guía de alimentación complementaria para niños/as de 6 a 24 meses*. Montevideo, Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública, OPS, OMS. (2017). *Guía para la atención integral de adolescentes*. Montevideo: Dirección General de la Salud, Área Programática de Adolescencia y Juventud.
- Ministerio de Salud Pública [MSP] y Unicef (2020). *Encuesta nacional de lactancia, prácticas de alimentación y anemia en menores de 24 meses usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)*.
- Moreno Villares, J. M., Collado, M. C., Larqué, E., Leis Trabazo, R., Saenz De Pipaón, M. y Moreno Aznar, L. A. (2019). The first 1000 days: An opportunity to reduce the burden of noncommunicable diseases. *Nutrición Hospitalaria*, 36, 218–232.
- Olza Fernández, I. y Marín Gabriel, M. Á. (2014). Neurobiología del vínculo materno-filial: Aplicaciones para la lactancia materna y/o artificial. En *Curso de Actualización Pediatría* (pp. 29–39). Exlibris Ediciones. <http://cursosaepap.exlibrisediciones.com/files/49-239-fichero/Neurobiolog%C3%ADa%20del%20v%C3%ADnculo.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (2016). *Report of the Commission on Ending Childhood Obesity*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241510066>
- Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (2018). *Implementation guidance: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – The revised Baby-friendly Hospital Initiative*.
- OMS y Unicef. (2020). *Lactancia materna*. https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
- Patnode, C. D., Senger, C. A., Coppola, E. L. e Iacocca, M. O. (2025). Interventions to Support Breastfeeding: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, 333(17), 1527–1537.
- Smith, E. R., Hurt, L., Chowdhury, R., Sinha, B., Fawzi, W., Edmond, K. M. y Bhutta, Z. A. (2017). Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 12(7), artículo e0180722. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180722>
- Thomson, G., Crossland, N. y Dykes, F. (2012). Giving me hope: Women's reflections on a breastfeeding peer support service. *Maternal & Child Nutrition*, 8(3), 340–353. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2011.00317.x>
- Unicef. (2018). *Breastfeeding: A mother's gift, for every child*. <https://es.slideshare.net/Marcusrenato/breastfeeding-a-mothers-gift-for-every-child-unicef>