

ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización de la lactancia materna en madres adolescentes

Characterization of maternal breast-feeding in adolescent mothers

Arnaldo Sena Barrios¹, Roxana Rivera Rivadulla², Exinidia Díaz Guzmán³, Belkis Hernández Domínguez⁴, Nancy Armas Ramos⁵

¹Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Policlínico Fermín Valdés Domínguez. Viñales. Correo electrónico: asb@princesa.pri.sld.cu

²Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral al Niño. Instructora. Policlínico Fermín Valdés Domínguez. Viñales. Correo electrónico: esther@princesa.pri.sld.cu

³Licenciada en Enfermería. Diplomada en Enfermería de Avanzada, Cuidados Intensivos, Hemodiálisis Ambulatoria. Instructora. Policlínico Universitario Fermín Valdés Domínguez. Viñales. Correo electrónico: exinidia@princesa.pri.sld.cu

⁴Licenciada en Enfermería. Instructora. Policlínico Fermín Valdés Domínguez. Viñales. Correo electrónico: belkis@princesa.pri.sld.cu

⁵Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Instructora. Policlínico Fermín Valdés Domínguez. Viñales. Correo electrónico: nancyar@princesa.pri.sld.cu

Recibido: 7 de mayo del 2014.

Aprobado: 20 de junio del 2014.

RESUMEN

Introducción: la lactancia materna ha constituido el modo de alimentación que ha garantizado la supervivencia del género humano y las ventajas que ella proporciona son muy conocidas.

Objetivo: caracterizar el comportamiento de la lactancia materna en madres adolescentes.

Material y método: estudio descriptivo, transversal sobre el comportamiento de la lactancia materna en madres adolescentes del consultorio médico Libertad II, del Distrito 6 de la Zona de Pampa de la Isla en la Ciudad de Santa Cruz de la Sierra,

Bolivia; en el período comprendido de Julio de 2011 a Julio de 2012. El universo estuvo constituido por 61 madres adolescentes. La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo opinático, teniendo en cuenta criterio de expertos, quedando conformada por 53 madres adolescentes las cuales cumplieron con los criterios de inclusión y de exclusión.

Resultados: predominaron las adolescentes de 18-19 años, de escolaridad secundaria. El mayor por ciento de las adolescentes lactó de 1-3 meses. Las amas de casa fueron las más representadas en el grupo de adolescentes estudiadas.

Conclusiones: las infecciones respiratorias agudas fueron las enfermedades de mayor incidencia, seguida de las enfermedades diarreicas agudas y lesiones en piel, predominando en las adolescentes que lactaron menos de un mes. No existen en general, las condiciones psicosociales para enfrentar las responsabilidades que se derivan de tener un hijo a estas edades.

DeCS: Lactancia materna; Adolescencia.

ABSTRACT

Introduction: over time maternal breast-feeding has constituted the feeding practice assuring the survival of the human race and its advantages are very well known.

Objective: to characterize the behavior of breastfeeding in adolescent mothers.

Material and methods: a descriptive, cross-sectional study was carried out on the behavior of breastfeeding adolescent mothers in medical office Libertad II, District 6 of Pampa de la Isla Zone, Santa Cruz de la Sierra City, Bolivia, in the period from July 2011 to July 2012. The universe consisted of 61 adolescent mothers. The sample selection was performed using an opinion sampling, taking into account expert judgments, being composed of 53 adolescent mothers who met the criteria for inclusion or exclusion.

Results: there was a predominance of adolescents mothers aged 18-19 years, with secondary schooling. The highest percentage of them breast-fed for 1 to 3 months. House-wives represented the most in the studied group of adolescents.

Conclusions: the greatest incidence of diseases was found in acute respiratory infections, followed by acute diarrheal diseases and skin lesions, predominating in adolescent who breast-fed less than one month. Generally speaking, there are no psychosocial conditions to face responsibilities derived from having a child at these ages.

DeCS: Breast feeding; Adolescent.

INTRODUCCIÓN

A través de todos los tiempos, la lactancia materna ha constituido el modo de alimentación que ha garantizado la supervivencia del género humano y las ventajas que ella proporciona son muy conocidas; representa además, uno de los temas mas apasionantes de la práctica médica.

En los últimos años se ha producido un cambio substancial en los conceptos sobre la alimentación del niño menor de un año y la lactancia materna ha adquirido la

dimensión que le corresponde. La Cumbre Mundial a Favor de la Infancia ha marcado un cambio cualitativo en cuanto al tratamiento de los temas relacionados con la niñez y la adolescencia.^{1, 2}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la lactancia materna exclusiva como la ingesta de leche materna que excluye el consumo de cualquier otro alimento que no sea la leche materna.³

Uno de los primeros y fundamentales nutrientes de que dispone el ser humano desde su nacimiento, es la leche de la especie, que desde épocas remotas era un requisito para la supervivencia del niño en el período crítico de la infancia.

Según estimaciones de la OMS podrían salvarse en el mundo más de un millón de vidas infantiles al año si todas las madres alimentaran exclusivamente con leche natural a sus hijos durante los primeros cuatro meses de nacido.⁴

La alarmante tendencia al abandono de la práctica de la lactancia materna ha sido preocupación a nivel internacional. En 1991 la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) se reunieron para diseñar programas y estrategias de promoción de la lactancia materna y lanzaron una campaña global denominada Hospitales Amigos del Niño y la Madre. Esta campaña estimulaba a los profesionales de la salud a promover, proteger y apoyar la lactancia materna como el método óptimo de nutrición del lactante, así como facilitar a la familia la información necesaria acerca de la alimentación del pequeño.^{5, 6}

Toda la sociedad se sensibiliza ante un niño maltratado, desprotegido y sin derechos; sin embargo, no ocurre así cuando se le niega la lactancia materna a pesar de que la leche humana es el mejor alimento para los recién nacidos.^{7, 8}

Las ventajas de la lactancia materna son múltiples para el niño y muy favorecedoras para la madre. A medida que ha ido evolucionando el desarrollo científico son mayores las ventajas que se les han reconocido a la lactancia materna sobre cualquier otro tipo de alimentación pues: no necesita preparación, siempre esta disponible, tiene la temperatura ideal, no se contamina, contiene los componentes indispensables para su crecimiento y desarrollo, además permite una interacción más intensa entre madre e hijo, le confiere una mayor protección contra la intolerancia alimentaria y algunas enfermedades diarreicas y respiratorias, ofrece mayor estabilidad psicológica al niño, evita estados alérgicos al aportar elementos inmunológicos, facilita el desarrollo de los maxilares, la erupción y alineación dentaria, entre otras muchas ventajas. Además de propiciar una involución rápida de los órganos de procreación materna, mejor evolución psicológica y mayor estabilidad psicoafectiva.⁹⁻¹¹

El modo de alimentación durante esa fase inicial influye en el estado de nutrición y puede repercutir en la niñez, adolescencia y adultez.^{12, 13}

Las ventajas psicológicas de la alimentación a pecho han sido ampliamente reconocidas tanto para la madre como para el niño y el éxito de la lactancia materna supone una experiencia satisfactoria para ambos. Le proporciona al lactante una realización física, íntima y confortable con la madre. Debe hacerse hincapié en que la calidad de la relación madre-hijo, el sentimiento de maternidad y el grado de seguridad y afectos ofrecidos son perfectamente comparables.^{14, 15}

La lactancia materna ha sido el método más empleado a pesar de los avances en la producción de sucedáneos de la leche materna, ya que ningún otro puede comparársele en calidad.¹⁵

En los últimos años ha existido una alarmante tendencia a la declinación en la práctica de la lactancia materna a nivel mundial. Se cree que solo el 62.7 % de los niños reciben lactancia materna exclusiva y a los 90 días la prevalencia de este modo de alimentación se reduce a un 24.5 %. A pesar de un amplio programa de promoción esta cifra sigue en detrimento.^{16, 17}

Estudios realizados recogen una prevalencia de la lactancia materna alrededor del 20 %, la situación actual es preocupante porque sólo un 7.3 % de las madres continúa lactando a sus hijos hasta los 4 meses de nacidos.¹⁸

La prevalencia y duración de la lactancia materna en todos los países está por debajo de lo recomendado por la OMS y los resultados de estudios recientes dibujan una situación poco alentadora.¹⁹

Datos proporcionados por la UNICEF afirman que anualmente mueren alrededor de 1.5 millones de lactantes por no haber sido amamantados lo suficiente. Se supone, aunque resulte difícil precisar, que alrededor de un 10 % de las mujeres de todo el mundo no pueden lactar.^{20, 21}

En las naciones donde existe mayor pobreza, la imposibilidad de una madre de lactar puede condenar a muerte a su hijo.²² Y es la adolescencia uno de los momentos en que con más frecuencia se rechaza o descuida la práctica de la lactancia por diversos factores, sobre todo en este tipo de regiones.²³

Se define la adolescencia como la segunda década de la vida, desde los 10 a los 19 años. Es un período de cambios que suceden con gran rapidez afectando la esfera socio-cultural, psicológica y morfo-fisiológica. Se estima que existen cerca de 1600 millones de adolescentes a nivel mundial. En Sudamérica y el Caribe alcanzan los 148 millones, lo que equivale a un 30 por ciento de la población total de la región.^{23, 24}

El embarazo en la adolescencia no es un hecho casual y menos aún conscientemente buscado, el incremento del mismo es un problema social y de salud pública de alcance mundial.²⁵⁻²⁷ En general obedece a una serie de causas y/o factores de riesgos psicológicos, sociales y culturales con un patrón propio que más o menos se repite a lo largo de las diferentes poblaciones que se han estudiado. El fruto de esa concepción puede verse afectado desde su embriogénesis, durante el parto y hasta su adolescencia por toda una serie de noxas de índole socio-psico-biológicas.²⁸

A fines del pasado siglo se observó una gran incidencia mundial del embarazo a estas edades, unido a una alta tasa de mortalidad infantil. Más del 10 por ciento de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen de madres adolescentes, 15 millones aproximadamente, cada día 41095, y cada hora 1712.²⁹

En América Latina se reportaron 3785 nacidos vivos con bajo peso en el año 2003 de los cuales el 68,2 por ciento eran de mujeres en edades entre 14 y 18 años. Cerca del 35 por ciento de las jóvenes latinoamericanas tienen su primer hijo antes de los 20 años.²⁹

Más de 13 millones de menores dan a luz cada año en el mundo y alrededor de 70000 mueren durante el embarazo y el parto según un informe de la OMS.²⁹ En América Latina cada año más de 3 millones de adolescentes lleva a término un embarazo. En Bolivia 14 de cada 100 adolescentes entre los 15 y 19 años ya son madres o están embarazadas, a partir de los 19 años la cifra se eleva a 30 de cada 100. En muchos casos dejan de comer o adoptan actitudes que aumentan el riesgo

reproductivo y que de cierta forma constituyen un factor de alarma que indique la posibilidad de que el futuro bebé sea rechazado, abandonado o mal atendido. No existen, en general las condiciones psicosociales para enfrentar las responsabilidades que se derivan de tener un hijo/a.³⁰⁻³¹

En las consultas de atención prenatal desarrolladas en el consultorio Libertad II, durante el año 2011, se evidenció que el embarazo en la adolescencia constituyó un problema de salud por lo que basándonos en el incremento considerable de la maternidad temprana en nuestra comunidad Libertad, de la Zona de Pampa de la Isla, Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, nos dimos a la tarea de investigar cómo se comporta la lactancia materna exclusiva en estas edades y algunos factores que intervienen en el abandono de la misma, dado que la adolescencia es un período de cambios rápidos y profundos, en lo biológico, psicológico y social, además de su carencia de madurez y preparación para afrontar la crianza de un hijo y tener menos probabilidades que las mujeres adultas de iniciar y continuar la lactancia materna,²⁷ razones por las cuales nos motivamos para realizar este estudio en aras de fomentar las bases en el trabajo preventivo con los adolescentes.

El siguiente trabajo tiene como objetivo *caracterizar el comportamiento de la lactancia materna en madres adolescentes de la comunidad Libertad, Zona Pampa de la Isla, del Departamento Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, en el período comprendido entre Julio de 2011 a Julio de 2012.*

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, transversal sobre el comportamiento de la lactancia materna en madres adolescentes del consultorio médico Libertad II, del Distrito 6 de la Zona de Pampa de la Isla, en la Ciudad de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia; en el período comprendido de Julio de 2011 a Julio de 2012.

El universo estuvo constituido por 61 madres adolescentes pertenecientes al área de salud del consultorio médico Libertad II, del Distrito 6 de la Zona de Pampa de la Isla en la Ciudad de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, que acudieron a consulta de puericultura en el período antes descrito.

La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo opinático, teniendo en cuenta criterio de expertos, quedando conformada por 53 madres adolescentes las cuales cumplieron con los criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de Inclusión:

- Las madres que tuvieron disposición para participar en la investigación.
- Las madres que acudieron con sistematicidad a las consultas de puericulturas que se planificaban.
- Aptas mentalmente para participar en el estudio.

Criterios de Exclusión:

- Las madres que no tuvieron disposición para participar en la investigación.
- Las madres que no acudieron con sistematicidad a las consultas de puericultura.

- Las madres no aptas mentalmente.

RESULTADOS

Al investigar el comportamiento de la lactancia materna en madres adolescentes del área de salud del consultorio médico Libertad II en el período estudiado, obtuvimos los siguientes resultados:

Se muestra la distribución de las 53 pacientes según la edad y el tiempo de la lactancia materna, apreciando un predominio de las adolescentes entre 18-19 años con un 56.6 %, seguidas de las de 16- 17 años con un 37.7 % y en menor cantidad las de 10 a 15 años con un 5.7 %. Con relación al tiempo de lactancia materna exclusiva se encontró que hubo predominio entre 1- 3 meses con 29 madres. (Tabla 1)

Tabla 1. Pacientes según la edad y tiempo de lactancia materna. Área de salud Consultorio Libertad II. Julio 2011 a julio 2012.

Edad(años)	< 1 mes		1-3 meses		4-6 meses		>6 meses		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
10-15	2	3,8	1	1,9	0	0	0	0	3	5.7
16-17	8	15,1	11	20,8	1	1,9	0	0	20	37.7
18-19	3	5,7	17	32,1	9	17,0	1	1,9	30	56.6
Total	13	24,5	29	54,7	10	18,9	1	1,9	53	100

Se observa además que las adolescentes de 18- 19 años fueron las que lactaron por más tiempo alcanzando un 17 % entre 4-6 meses con 9 madres de un total de 10 que amamantaron este tiempo, existiendo solo un caso que mantuvo este tipo de lactancia por más de seis meses.

Por su parte, se muestra las adolescentes según la escolaridad y el tiempo de lactancia materna y donde predominaron las adolescentes de escolaridad secundaria 32 para un 60.4 % y en menor cantidad las de escolaridad primaria y universitaria sin terminar, 2 en cada caso para un 3.8 %. (Tabla 2)

Tabla 2. Pacientes según la escolaridad y el tiempo de lactancia materna.

Escolaridad	< 1 mes		1-3 meses		4-6 meses		>6 meses		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Iletradas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Primaria	1	1,9	1	1,9	0	0	0	0	2	3,8
Secundaria	9	17,0	19	35,8	4	7,5	0	0	32	60,4
Bachiller	3	5,7	8	15,1	6	11,3	0	0	17	32,1
Universidad	0	0	1	1,9	0	0	1	1,9	2	3,8
Total	13	24,6	29	54,7	10	18,9	1	1,9	53	100

Estos resultados nos reflejan un predominio del nivel medio de escolaridad, aunque existe un abandono temprano de los estudios debido a la maternidad temprana y otras causas relacionadas con las condiciones socioeconómicas del país, en el estudio predominaron las del nivel secundario y de ellas lactaron de 1-3 meses 19 para un 35.8 %.

Se refleja las adolescentes según su ocupación y el tiempo de lactancia materna donde apreciamos un predominio de las amas de casa en un 58.5 %, seguidas de las estudiantes para un 26.4 % y solamente el 15.1 % de trabajadoras. (Tabla 3)

Tabla 3. Pacientes según ocupación y tiempo de lactancia materna.

Ocupación	< 1 mes		1-3 meses		4-6 meses		>6 meses		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Ama de casa	4	7,6	18	34,0	9	17,0	0	0	31	58,5
Estudiante	3	5,7	9	17,0	1	1,9	1	1,9	14	26,4
Trabajadora	6	11,3	2	3,8	0	0	0	0	8	15,1
Total	13	24,5	29	54,7	10	18,9	1	1,9	53	100

Estos resultados son el reflejo de las consecuencias del embarazo en la adolescencia y el abandono temprano de los estudios, lo que conlleva a quedarse sin vínculo laboral convirtiéndolas en amas de casa, en ellas predominaron las madres que lactaron de 1- 3 meses con 18 casos para un 34,0 %.

Se relacionan las pacientes según funcionamiento familiar y tiempo de lactancia materna observando que hubo un predominio de familias disfuncionales, 27 para un 50.5 %, y solamente 9 familias funcionales para un 17,0 %. (Tabla 4)

Tabla 4. Pacientes según funcionamiento familiar y tiempo de lactancia materna.

Func. familiar	< 1 mes		1-3 meses		4-6 meses		>6 meses		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Funcional	1	1,9	2	3,8	5	9,4	1	1,9	9	17,0
Mod. Funcional	1	1,9	4	7,5	3	5,7	0	0	10	18,9
Disfuncional	5	9,43	22	41,5	1	1,9	0	0	27	50,9
Sev. disfuncional	4	7,5	2	3,8	1	1,9	0	0	7	13,2
Total	13	24,5	29	54,7	10	18,9	1	1,9	53	100

Se encontró además que 22 de las 27 madres adolescentes que pertenecían a familias disfuncionales ofrecieron lactancia materna entre 1-3 meses, lo que representa un 41,50 %, existiendo una tendencia a la declinación de este tipo de alimentación en el periodo de 4-6 meses encontrándose solo un caso para un 1,9 %, no existiendo casos que lactaran por más de seis meses.

Sin embargo las que pertenecían a familias funcionales ofrecieron lactancia exclusiva por más tiempo y vemos así que entre 4-6 meses 5 madres que representan un 9,4%, mantenían este tipo de alimentación a sus hijos. Se observó además que la madre que lactó por más de seis meses pertenecía a una familia funcional.

Las enfermedades aparecidas en los niños y el tiempo de lactancia materna, mostraron un mayor predominio de las IRA, 48 para un 90,6% del total de casos estudiados, en cuanto a las EDA se presentaron 42 casos para un 79,2 %, detectándose además que todos los niños lactados menos de un mes tuvieron enfermedades. (Tabla 5)

Tabla 5. Pacientes según enfermedades y tiempo de lactancia materna.

Enfermedades	< 1 mes		1-3 meses		4-6 meses		>6 meses		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
IRA	13	24,5	32	60,4	3	5,7	0	0	48	90,6
EDA	12	22,6	30	56,6	0	0	0	0	42	79,2
Afec. de piel	11	20,8	8	15,1	0	0	0	0	19	35,8
Otras	12	22,6	2	3,8	3	5,7	0	0	48	90,6

Los niños de las madres que lactaron menos de un mes aparecieron más de una enfermedad (IRA, EDA, lesiones en piel). De un total de 13 madres que lactaron en este período 13 niños presentaron episodios de IRA para un 100 por ciento de ese grupo y un 24,5 % del total de niños, 12 presentaron EDA para un 22,6 % del total y 11 lesiones en piel para un 20,8 %. Sin embargo los que lactaron más de seis meses no se enfermaron.

Se observan las adolescentes según las causas de suspensión de la lactancia materna, donde se aprecia que predominó la referencia de no tener leche en un 43,4% y en menor porcentaje le hacía daño al niño en un caso para un 1,9%. (Tabla 6)

Tabla 6. Pacientes según causa de suspensión de la lactancia materna.

Causa	No	%
No tenía leche.	23	43,4
Enfermedad del niño.	4	7,5
Enfermedad de la madre.	7	13,2
Para no perder la figura.	3	5,7
Rechazo al pecho.	2	3,8
Le "hacía daño al niño".	1	1,9
No tenía tiempo para lactar.	4	7,5
Trabajo fuera del hogar.	8	15,1
Otra.	0	0
No suspendió la lactancia	1	1,9
Total	53	100

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en cuanto a la edad y el tiempo destinado a la lactancia materna coinciden a los encontrados por otro estudio¹³ donde se ve un mayor porcentaje de adolescentes en edades comprendidas entre 18- 19 años y con relación al tiempo de lactancia materna un predominio de 1-3 meses.

Otros autores¹⁹ encontraron que a medida que aumenta la edad de la madre tiende a prolongarse el tiempo de lactancia materna. Por su parte ^{20,21} coinciden en plantear que la introducción temprana de otras leches y la administración de alimentos adicionales antes de los seis meses de edad son factores que influyen en un menor tiempo de duración de la lactancia materna y no benefician el crecimiento y desarrollo del niño.

Según el indicador escolaridad y el tiempo de lactancia materna destinado a los niños nacidos de madres estudiantes, nuestros resultados coinciden con otros estudios.²⁵

Ello indica que según su nivel escolar, así fue el tiempo de lactancia materna, además influyó la edad de las madres, por las características de esta etapa, dada por la inmadurez, irresponsabilidad y el desconocimiento de aspectos fundamentales para la crianza de un hijo.²⁶

Resultados semejantes (Tabla 3) se encuentran en investigaciones realizadas en Latinoamérica y en la región andina^{16, 26, 38} no así en estudios europeos en donde las estudiantes y trabajadoras, en menor medida, tienen una mayor representación.⁶

La lactancia materna no es solo responsabilidad de la madre. El padre y la familia deben darle apoyo, compañía y estímulo, además de participar en actividades para que la madre descanse. Es un momento propicio para compartir con los otros hermanos, brindando compañía al recién nacido, y al mismo tiempo, cariño y protección.

Según el funcionamiento de la familia, estos resultados nos indican que la familia al ser el primer grupo con que tiene contacto el niño, es el eslabón fundamental para la educación y formación de su personalidad así como para el desarrollo integral de su vida. Por ende el crecimiento del niño sobre la base de relaciones familiares de armonía, donde exista una adecuada comunicación entre sus miembros, se solucionan y enfrentan los problemas en conjunto, tendrá resultados positivos sobre el desarrollo de la autoestima en los hijos.¹⁰

Muy por el contrario cuando existe disfuncionalidad hay mayor riesgo y exposición a problemas con una solución tardía, además de irresponsabilidades entre sus miembros y por tanto con los hijos, es por ello que en nuestros resultados se refleja mayor predominio de este tipo de familia, pues a esta edad se necesita todavía la guía y orientación de los padres, se está definiendo su personalidad, y si las relaciones entre ellos son inadecuadas es un elemento a considerar en la mantención de la lactancia materna por las adolescentes y su exigencia por los padres de estas.^{16,17,22}

La única adolescente que lactó más de seis meses se desarrolló en un ambiente familiar funcional, por lo que sin lugar a dudas una buena educación y relación padre hijo influye indiscutiblemente en la conducta futura de este.

La lactancia materna por sus ventajas antifecciosa, antialérgica y otras, ejerce un efecto protector al preparar al lactante para enfrentar enfermedades que frecuentemente pueden aparecer en esta etapa de la vida.¹¹

Los resultados (tabla 5), nos reflejan que la aplicación de la lactancia materna indebida y su combinación con la lactancia mixta aportan efectos dañinos para el bebé.²⁹ Los hallazgos coinciden con los de otros autores^{13, 38} quienes aseveran que a menor tiempo de amamantamiento, mayor número de afecciones, como en el caso de las IRA que son más comunes en aquellos niños que no lactan o se les ha suprimido precozmente la lactancia materna. Lo antes planteado obedece a que la nasofaringe es el punto de entrada de las bacterias y los virus que atacan las vías respiratorias y la leche materna recubre la nasofaringe durante el proceso de la alimentación, además de los anticuerpos que contiene (IgA, IgM, IgG), así como otros factores que evitan la adherencia de microbios al epitelio de las vías respiratorias, por lo que se deduce que la lactancia materna es un importante elemento en la reducción de la morbilidad por IRA.^{16-18, 38}

La alimentación al pecho contribuye a la óptima maduración del intestino del lactante, por lo cual las diarreas ocurren con menor frecuencia, por la gran cantidad de anticuerpos bacterianos y virales que posee, así como también por la elevada concentración de inmunoglobulinas, lisosimas y lactoferrina, presentes en el calostro y la leche madura.^{8,11,29}

En la literatura médica mundial^{3,18} se destaca la importancia de la leche materna para la prevención de las infecciones en el lactante, con una reducción considerable

de la morbilidad en los niños amamantados exclusivamente en los primeros seis meses de vida. Las bondades de la lactancia natural están demostradas y si a ello se une el deseo materno de amamantar a su hijo, influye positivamente en el mejor desarrollo del pequeño.

El desarrollo de las muchachas comienza por las mamas, por un pequeño abultamiento que se conoce como botón mamario, poco a poco se va agrandando el pezón y la areola hasta formar el perfil mamario, hay muchachas que comienzan desde los 8 años este desarrollo entre 18 y 20 años por lo que antes de esta edad fisiológicamente aun no están maduros e incluso los óvulos podrían no estar preparados para la fecundación.^{23, 25}

En estudios realizados^{3,4,6} se señalan que la glándula mamaria esta integrada por 2 compartimientos principales; el primero responsable de la producción de leche formado por los alvéolos y los conductos galactóforos y el segundo constituido por los senos galactóforos cuya función es el almacenamiento. Tanto la producción como la excreción se encuentran bajo regulación neuroendocrina. Como repuesta a los movimientos de succión del bebé sobre las terminales sensitivas del pezón y de la areola se desarrollan dos reflejos tardíamente, la leche se sigue sintetizando pero al no haber reflejo de bajada se produce consiguente el fracaso de la lactancia materna.²⁶

Las madres adolescentes todavía se encuentran en un período de cambios biológicos, psicológicos y sociales, en un período de búsqueda, donde se definen los rasgos de su personalidad, existe inestabilidad emocional e inmadurez y donde el grupo de amigos es lo más importante. En este período gustan de fiestas, de compartir con otros, lo que al tener un hijo se vería frustrado, pues el bebé necesita cuidados especiales durante sus primeros meses de vida. Además muchas veces los hijos no son deseados, cuestión fundamental para amamantar, criar y educar a un hijo.²³ Estas razones nos explican en cierta medida el por qué predominaron las adolescentes que no lactaron hasta los seis meses.

La mujer además de sus valores como ser humano, es el taller natural donde se forja la vida, la persona más valiosa en la familia para garantizar la alimentación más sana, brindando a su hijo lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida.^{34,35}

La leche materna es la alimentación óptima para el recién nacido, tanto desde el punto de vista nutricional, como desde el punto de vista afectivo y familiar siendo la primera y más completa vacuna que lo protegerá contra numerosas enfermedades en una etapa muy vulnerable de su existencia.³⁵⁻³⁷

El comportamiento de la lactancia materna en madres adolescentes de la comunidad Libertad, Zona Pampa de la Isla, del Departamento Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, en el período comprendido entre Julio de 2011 a Julio de 2012 se caracteriza por un predominio de madres lactando comprendidas entre los 18-19 años, con escolaridad secundaria y que dedicaron un tiempo de 1-3 meses a la lactancia. Predominaron las amas de casa en el grupo de adolescentes estudiadas. Las infecciones respiratorias agudas fueron las enfermedades de mayor incidencia, seguida de las enfermedades diarreicas agudas y lesiones en piel, predominando en las adolescentes que lactaron menos de un mes. La referencia de que no tenían leche fue la justificación o causa principal de la suspensión de la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ONU. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. El Estado Mundial de la Infancia. New York: UNICEF, 2008.
2. Organización Panamericana de la Salud. Programa de la Salud, la Familia y la Población (documentos para la V Conferencia Ministerial). Kingston: OPS, 2008.
3. OMS. Modalidades de la Lactancia Natural en la Actualidad. Prevalencia y Duración de la Lactancia Natural. 3ra ed. Ginebra: 2010.
4. UNICEF. Lactancia Materna. Materiales para Capacitación, Adaptación Mexicana. Washington, DC: UNICEF; 2009; 24-30.
5. Sorin M. Padres e hijos ¿Amigos o Adversarios?. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 2001: 66.
6. Casado E. Lactancia Natural. Serie Monográfica. Madrid, España: Ministerios de Salud y Consumo; 2008: 40.
7. Bruckner H. Lactar es Amar. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2009: 1-3.
8. Calzado Mustelier M, Rodríguez Rivero L, Vargas Fajardo E, Vistel Sánchez M. Influencia de la lactancia materna en la salud del niño. Rev Cubana Enferm 2000;16(2):122-27.
9. Cabrera A, Gay J, Mateo G. Lactancia Materna y Estado de Nutrición en un Grupo de Niños a los 6 Meses y sus Madres. Rev. Cubana Alimentación y Nutrición 2009; 5(2): 92-95.
10. Hidenberg CS, Artole RS, Estrada V. Determinants of Early Infants Wearing a Multivariate Approach. Int-3-Nurse STU 2007; 27(1): 35-41.
11. Castellanos Cruz RC, Sotolongo Santos K Leche humana: propiedades inmunológicas y antimicrobianas. Perinatal Reprod Hum. 1990; 4: 32-8.
12. Viggiano D, Fassano D, Monaco G, Strohmenger L, Breast Feeding, Bottle Feeding, and Non-nutritive Sucking; Effects on Occlusion in Deciduous Dentition, Arch Dis Chile. 2008; 89: 1121-3.
13. Valdés J. Lactancia Materna. Rev. Cubana de Pediatría 2005; 62(4): 560-5.
14. González Méndez I, Pileta Romero B. Lactancia materna. Rev. Cuban Enferm. 2002; 18(1): 15-22.
15. Cairo J, Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y Factores asociados en niños nacidos sanos. Anuario Fac. Med (Perú). 2009; 61(3): 193-200.
16. Mexico. Secretaría de Salud. Lactancia Materna: Materiales para Capacitación. México: Secretaría de Salud de México 2008; 108-242.
17. Valdés J. Lactancia Materna. Rev. Cubana de Pediatría 2005; 62(4): 560-5.

18. Kwan ML, Beffler PA, Abrams B, Kiley VA. Breastfeeding and the Risk of Childhood Leucemia: A met análisis. Pub Health Rep. 2010, 119: 521-535.
19. Fernández Liliam Susana, Carro Puig Eugenio, Oses Ferrera Dalia, Pérez Piñero Julia. Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2004 Ago; 30(2).
20. Viggiano D, Fassano D, Monaco G, Strohmenger L, Breast Feeding, Bottle Feeding, and Non-nutritive Sucking; Effects on Occlusion in Deciduous Dentition, Arch Dis Chile. 2012; 70: 1131-5.
21. Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, England PD, Fleming P, Hober J, et.al. Sudden Unexplained Infant Death in 20 Regions in Europe: case-control study. Lancet 2008; 363: 185-191.
22. Louro Bernal I. Manual para la intervención en la salud familiar. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2002.
23. Danas S. Adolescencia y Juventud. Costa Rica: OMS-OPS; 1995.
24. Del Rosario M, Bembibre R, Soto A, Martín G. Impacto del Programa Crecer en la Adolescencia. Rev. Cub. Med. Gen. Integral 2008; 15(1): 32-5.
25. Soto O, Franco A, Silva J, Velásquez G. Embarazo en la Adolescencia, Conocimientos sobre la Sexualidad. Rev. Cubana Pediatría, 2009; 90.
26. Fernández S, Carro E. Oses D, Pérez J. Caracterización de la Gestante Adolescente. Rev. Cubana Obstet Ginecol, 2004:30(2).
27. Rodríguez L. Diplomado de Atención a la Niña y a la Adolescente. Ciego de Ávila: Policlínica Norte; 2005.
28. Álvarez R. Temas de Medicina General Integral. Anticoncepción en Adolescentes. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2002.
29. PAHO. Estrategia Mundial: la lactancia materna, fundamental para la supervivencia infantil. PAHO; 2008.
30. Bravo O. Estereotipos ponen en peligro la salud sexual: Se retan a los criterios tradicionales para fomentar el comportamiento sexual de menor riesgo. Family Health Internacional 2008; 21(4):13.
31. Machado H. Historia de la Anticoncepción. Actualidad y Perspectiva para el Nuevo Milenio. 3ra ed. Ciudad de La Habana: Científico-Técnico 2008.
32. Manning SC, Mabry RL, Schafer SD, Close LG. Adolescence and social life. Odst and Gynec. 1999 Jul; 103(7):717-21.
33. Silver JJ. Manual de Medicina y Adolescencia. La Habana: MINSAP; 1997; 479.
34. Córdova L, Cabezas E, Meizoso O, Sosa M, Almanza M, et al. Programa Nacional de Atención Materno-Infantil. Orientaciones metodológicas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1986.
35. UNICEF. Por una Lactancia Materna Exitosa. Washington: 2009.

36. Lemus Lago ER. Lactancia Materna. En: Álvarez Sintés. Temas de Medicina General Integral. V 1. 2da edición. La Habana: MINSAP; 2008.

37. Salas A. Alimentación del menor de 1 año y su relación con los episodios diarreicos y la desnutrición. Centro de Salud Ermitaño Alto, febrero-noviembre 1999. (tesis presentada en Universidad Peruana Cayetano Heredo). Facultad de Enfermería para obtención del grado de licenciatura. Lima: 2000.

38. Dotres C. La Salud del Niño en las Américas y en Cuba. Congresos MINSAP. Rev. Cubana de Pediatría 1998; 70(2): 122-8.

Dr. Arnaldo Sena Barrios. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Policlínico Fermín Valdés Domínguez. Viñales. Correo electrónico: asb@princesa.pri.sld.cu