

## Prácticas de lactancia materna exclusiva reportadas por las madres y la introducción de líquidos adicionales

Alessandra Marcuz de Souza Campos<sup>1</sup>

Camila de Oliveira Chaoul<sup>2</sup>

Elenice Valentim Carmona<sup>3</sup>

Rosângela Higa<sup>4</sup>

Ianê Nogueira do Vale<sup>5</sup>

Objetivo: evaluar el concepto de la lactancia materna exclusiva mantenido por mujeres lactantes en comparación con el período de duración de la lactancia considerado por ellas y la edad de los bebés al momento de introducción de líquidos adicionales. Método: Estudio descriptivo transversal realizado con 309 mujeres que dieron a luz bebés en un hospital universitario en São Paulo, Brasil. Los datos fueron sometidos a análisis descriptivo; las variables de interés fueron cruzados mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, el chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher. Resultados: el 30% de las mujeres reportaron haber introducido líquidos adicionales antes de que los bebés llegaran a los seis meses de edad, al mismo tiempo afirmaron haber dado lactancia materna exclusiva. Las siguientes variables se asociaron con la introducción temprana de líquidos: la falta de empleo ( $p=0,0386$ ), edad materna juvenil ( $p=0,0159$ ) y el primer embarazo ( $p=0,003$ ). Conclusión: el concepto de la lactancia materna exclusiva puede no ser totalmente claro para las mujeres, ya que parecen creer que significa no alimentar a los niños con otros tipos de leche, pero que la administración de otros líquidos se permite. Esto demuestra que la promoción de la lactancia materna debería tomar en consideración creencias y valores para lograr el diálogo y la comprensión efectiva con las madres.

Descriptores: Lactancia Materna; Ingestión de Líquidos; Conocimiento; Madres; Nutrición del Lactante; Destete.

<sup>1</sup> Alumna del curso de graduación en Enfermería, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. Becado del Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), Brasil.

<sup>2</sup> Enfermera graduada en Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Postdoctorado, School of Nursing, University of Texas, Health Science Center, San Antonio, TX, Estados Unidos. Profesor Doctor, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. Becado de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Enfermera, Hospital da Mulher "Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti", Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

<sup>5</sup> PhD, Profesor Doctor, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

## Introducción

La lactancia materna exclusiva (LME) significa que un bebé recibe sólo leche materna de su madre o de una nodriza, o leche materna extraída, y ningún otro líquido o sólidos, con la excepción de la solución de rehidratación oral, gotas o jarabes que consisten en vitaminas, minerales, suplementos o medicamentos<sup>(1)</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la LME hasta la edad de seis meses, y luego iniciar la alimentación complementaria adecuada y segura de otros líquidos y alimentos con lactancia continuada hasta los 2 años de edad o más<sup>(1)</sup>. En un estudio realizado con 34.366 lactantes en capitales de los estados brasileños y en el Distrito Federal se encontró que la prevalencia de la LME aumentó en las últimas décadas de una duración media de 23,4 días en 1999 a 54,1 días en 2008<sup>(2)</sup>. Sin embargo, al referirse a la prevalencia de seis meses de la LME como recomienda la OMS, aún se necesita mucha mejoría.

Alimentar con líquidos adicionales (agua, té, jugo de frutas, etc.) a los lactantes amamantados y menores de seis meses de edad es una práctica común. Sin embargo, incluso cuando se realiza esporádicamente, podría dar lugar a una menor ingesta de leche materna, y la consiguiente disminución de la extracción y la producción de la leche, lo que podría contribuir a un destete prematuro, pérdida de peso y mayor riesgo de diarrea<sup>(1,3-4)</sup>, por ejemplo. Varias enfermedades como "la enterocolitis necrotizante, la diabetes, las alergias, la neumonía, entre otros"<sup>(4)</sup> se han mostrado asociadas con la no-LME. Las madres pueden creer que la alimentación con líquidos distintos a la leche antes de la edad de seis meses de edad es inocua y ayuda a resolver problemas como cólicos, gases infantiles, o incluso la sed<sup>(3)</sup>.

Un estudio llevado a cabo en las Unidades Básicas de Salud (UBS) en Río de Janeiro (n=1.507 madres lactantes) encontró que las características maternas como la edad, la experiencia previa con la lactancia materna y el estado civil se relacionan con alimentación de líquidos distintos a la leche a los bebés menores de seis meses de edad<sup>(3)</sup>.

De acuerdo con la experiencia clínica de los autores, algunas madres creen que están dando LME cuando informan dar a sus bebés líquidos adicionales e incluso eventualmente también alimentos sólidos de forma concomitante. Este hecho sugiere que las

mujeres lactantes no entienden correctamente el concepto de LME, lo que podría estar relacionado con la dificultad para mantener la LME hasta la edad de seis meses.

El objetivo del presente estudio fue evaluar la comprensión del concepto de LME por mujeres lactantes mediante la comparación del período que consideran para llevarla a cabo y la edad del bebé al momento de la introducción de líquidos y alimentos adicionales.

## Método

Los datos para el presente estudio descriptivo transversal se recogieron a partir de Junio del 2010 a Junio del 2011. Todas las mujeres que ingresaron a una unidad de alojamiento conjunto y que previamente habían dado a luz un niño en un hospital universitario en el estado de São Paulo fueron incluidas en el estudio, mientras que las que habían dado a luz a gemelos o que sus infantes exhibieron problemas que requirieron de cuidados intensivos de cualquier duración fueron excluidas. En cuanto a los asuntos éticos, el texto del formulario de consentimiento informado fue leído, y los objetivos del estudio fueron explicados a las participantes, incluyendo la plena seguridad del anonimato, así como su derecho a no participar en el estudio, sin que ello afecte a la atención que recibirían en la institución. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la investigación de la Universidad Estatal de Campinas (Universidade Estadual de Campinas – Unicamp), fallo no. 773/2008 y CAAE 0616.0.146.000-08.

Se elaboró una base de datos usando Excel<sup>®</sup> que incluía datos sociodemográficos de las madres (edad, estado civil, nivel educativo, ocupación, número de embarazos y partos) datos de nacimiento de los bebés (peso al nacer, edad gestacional, sexo y vía de parto), las variables relacionados a la lactancia (duración de la lactancia materna total y exclusiva) y la edad del bebé al momento de la introducción de líquidos adicionales y de alimentos (agua, té, otros tipos de leche, jugo de frutas, u otros).

Basados en la comparación de variables "duración de LME" y "edad al momento de introducción de líquidos según lo informado por las mujeres entrevistadas", se crearon tres categorías: (1) la verdadera LME (sin el uso simultáneo de cualquier otro líquido); (2) LME más uso de otro tipo de leches además de la leche materna; y (3) LME y líquidos de alimentación concomitantes de cualquier tipo. Trece de los formularios fueron

inconsistentes debido a datos que faltaron y fueron excluidas del análisis; por lo tanto, la muestra final constó de 296 formularios.

La duración de LME, en el presente estudio, fue establecida basada en las respuestas que las madres daban a las siguientes preguntas planteadas al comienzo de las entrevistas: "¿Cuánto tiempo le dio pecho a su hijo después del alta de la unidad de alojamiento conjunto?", "¿A lo largo el período de la lactancia materna, ha también alimentado a su niño con otros líquidos/alimentos además de la leche materna?", "¿Qué edad tenía su hijo cuando se introdujo por primera vez líquidos/alimentos adicionales?" La pregunta de la duración de LME se planteó de nuevo al final de la entrevista.

El análisis descriptivo se realizó seguidamente. Las variables cuantitativas correspondientes a las tres categorías anteriores se compararon mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis<sup>(5)</sup> para investigar la presencia de una asociación significativa entre ellas. En los casos en los que se rechazó la hipótesis nula con la prueba de Kruskal-Wallis, la prueba posterior<sup>(6)</sup> formulada por el autor Patrick Giraudoux se realizó utilizando el procedimiento `kruskalmc` en el paquete de R-2.15.0.

Se utilizó la prueba de chi-cuadrado<sup>(5)</sup> para investigar posibles asociaciones entre las categorías antes mencionadas y las variables dependientes de la muestra (datos socioeconómicos de las madres y de nacimiento de los bebés); se utilizó esa prueba para investigar las asociaciones entre dos variables categóricas. Para los casos en que menos del 20% de las casillas tuvieran recuentos esperados menores de 5, se utilizó la prueba exacta de Fisher<sup>(7)</sup>. El nivel de significación se fijó en 5% en todos los análisis que se realizaron utilizando el programa estadístico SAS (*Statistical Analysis Software*), versión 9.2<sup>(8)</sup>.

## Resultados

Se recogieron datos de 309 mujeres y 296 fueron incluidos para el análisis estadístico. A pesar de todos los cuidados para garantizar la mayor precisión posible de la información sobre la duración de LME y la edad del bebe al momento de la introducción de líquidos distintos de la leche materna recogida en diferentes momentos a lo largo de las entrevistas, algunas de las formas tuvieron que ser excluidas del análisis debido a los datos faltantes que no permitieron la clasificación bajo ninguna de las categorías utilizadas para comparar la

duración de la LME y la introducción de líquidos distintos de la leche materna.

La mayoría de las entrevistadas solamente habían asistido a la escuela primaria, tenían una pareja estable, no tenían empleo, y habían dado a luz a recién nacidos sanos por parto vaginal/fórceps. A continuación, la Tabla 1 ilustra la muestra inicial que comprende 309 mujeres.

Tabla 1 – Distribución de las mujeres entrevistadas por nivel educativo, estado civil, ocupación, vía de parto, y la edad gestacional del niño. Campinas, SP, Brasil, 2011

Características	n	%
Nivel de estudios		
Escuela primaria	182	60,5
Escuela secundaria	107	35,5
Educación superior	12	4,0
Total	301	100
Estado civil		
Casada	254	83,3
Soltera	51	16,7
Total	305	100
Ocupación		
Empleada	103	34,6
Desempleadas	195	65,4
Total	298	100
Vía de Parto		
Vaginal/fórceps	212	68,6
Cesárea	97	31,4
Total	309	100
Edad gestacional		
Completo/post-término	300	97,1
Prematuro	9	2,9
Total	309	100

La edad promedio de las mujeres fue de 22,2 años (rango 13 a 37 años; mediana = 22 años). En promedio tenían dos embarazos, (mediana = 1), 1,7 partos (mediana = 1) y en promedio habían asistido a 8.7 consultas prenatales (mediana = 9). En promedio, la duración media de LME fue de 4 ( $\pm$  2,3) meses, cayendo así por debajo del tiempo reportado para la introducción de alimentos adicionales, que fue de 4,4 ( $\pm$  2,6) meses. La tabla 2 a continuación describe las variables cuantitativas evaluadas en la muestra inicial que comprende 309 mujeres.

La mayoría de las entrevistadas (70%) informaron haber alimentado los bebés solamente con leche materna a lo largo del período de LME, mientras que el 30% reportó haber introducido líquidos adicionales también, a pesar de afirmar que dieron LME, 8% reportaron la introducción de otros tipos de leche y 22% de líquidos de cualquier tipo (categorías 1, 2 y 3, respectivamente), como a continuación muestra la Figura 1:

Tabla 2 – Distribución de las mujeres entrevistadas por edad, número de embarazos, partos y visitas prenatales, duración de la lactancia materna exclusiva, y la edad de los bebés al momento de la introducción de líquidos adicionales. Campinas, SP, Brasil, 2011

Variable	n	Media	DE*	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Edad	309	22,2	4,8	13	19	22	25	37
Nº de embarazos	309	2	1,3	1	1	1	3	8
Nº partos	287	1,7	1,1	0	1	1	2	8
Nº de visitas prenatales	246	8,7	3,3	0	7	9	11	18
Duración de la lactancia exclusiva (meses)	307	4	2,3	0	2	4	6	24
Edad al momento de la administración de líquidos†	302	4,4	2,6	0	3	4	6	24

\*Desviación estándar; †en meses

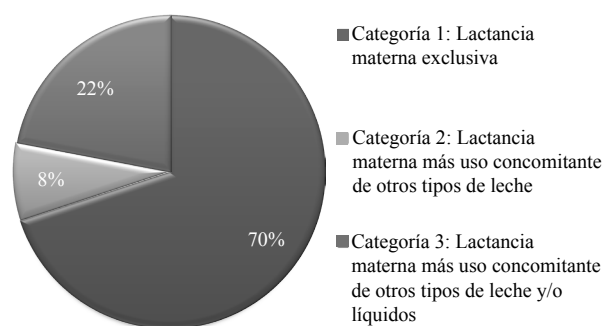


Figura 1 – Categorías que resultan de la comparación de la duración de la lactancia materna exclusiva según lo informado por las madres y la adición de otros líquidos a la dieta de los niños. Campinas, SP, Brasil, 2011

Los tipos de líquidos que las madres informaron haberles dado a sus hijos a lo largo del período de la supuesta LME fueron los siguientes: agua (18,6%),

otros tipos de leche (17,9%), té (13,8%), jugos de frutas (10,7%) y otros (3,5%). La comparación de las categorías mencionadas en las variables cualitativas mostró que la "ocupación" se asoció con un posible mal entendimiento del concepto de LME ( $p=0,0386$ ). La introducción de otros tipos de leche fue más frecuente entre las mujeres sin empleo (77,3%), aunque ellas manifestaron haber dado LME. La tabla 3 a continuación describe la comparación entre las categorías y las variables cualitativas.

Hubo una significativa asociación entre la edad materna y la incorporación de otros líquidos de forma concomitante a la lactancia materna ( $p=0,0159$ ): las madres más jóvenes tendieron a introducir otros líquidos más temprano. Del mismo modo, la asociación entre el número de partos y la adición de otros tipos de leche de forma concomitante a la leche materna también fue significativa ( $p=0,003$ ): la introducción de otros tipos de leche se produjo antes entre las madres primíparas, como muestra la Tabla 4 a continuación:

Tabla 3 – Comparación de las variables cualitativas con las categorías resultantes de la comparación entre la duración de la lactancia materna exclusiva según lo informado por las madres y la incorporación de otros líquidos a la dieta de los niños. Campinas, SP, Brasil, 2011

Variable	Categoría 1		Categoría 2		Categoría 3		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Nivel de estudios							0,7481*
Primario	117	57,9	13	59,1	42	65,6	
Secundario	77	38,1	8	36,4	19	29,7	
Superior	8	4	1	4,6	3	4,7	
Estado civil							0,5077†
Casada	168	81,6	20	90,9	54	84,4	
Soltera	38	18,5	2	9,1	10	15,6	
Ocupación							0,0386‡
Empleada	63	31,8	5	22,7	31	47	
Desempleada	135	68,2	17	77,3	35	53	

(continúa...)

Tabla 3 - *continuación*

Variable	Categoría 1		Categoría 2		Categoría 3		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Vía de parto							0,6068 <sup>†</sup>
Vaginal/fórceps	139	66,8	14	63,6	48	72,7	
Cesárea	69	33,2	8	36,4	18	27,3	
Edad gestacional							0,1451 <sup>*</sup>
Completo/post-término	203	97,6	20	90,9	65	98,5	
Prematuro	5	2,4	2	9,1	1	1,5	

\*p-valor en la prueba exacta de Fisher; <sup>†</sup>p-valor en la prueba de chi-cuadrado

Tabla 4 – Comparación de variables cuantitativas con las categorías resultantes de la comparación entre la duración de la lactancia materna exclusiva según lo informado por las madres y la adición de otros líquidos a la dieta de los niños. Campinas, SP, Brasil, 2011

Variable	Cat <sup>*</sup>	n	Media	DE <sup>†</sup>	Min <sup>‡</sup>	Q1	Mediana	Q3	Máx <sup>§</sup>	p-valor <sup>  </sup>
Edad	1	208	22,2	4,8	13	19	22	25	37	0,0159
	2	22	20	4,5	15	17	19	21	34	
	3	66	22,9	5	14	19	23	25	36	
Nº de embarazos	1	208	2	1,4	1	1	1	3	8	0,0703
	2	22	1,4	0,7	1	1	1	2	3	
	3	66	1,8	1,1	1	1	1	2	5	
Nº de partos	1	197	1,8	1,2	1	1	1	2	8	0,0030
	2	21	1,1	0,4	0	1	1	1	2	
	3	58	1,7	1	1	1	1	2	5	
Nº consultas prenatales	1	165	8,8	3,2	0	7	9	10	18	0,0906
	2	21	7,3	3,6	0	5	8	10	13	
	3	51	9,2	3,2	0	7	10	12	14	

\*Categoría; <sup>†</sup>Desviación estándar; <sup>‡</sup>Mínimo; <sup>§</sup>Máximo; <sup>||</sup>p-valor en la prueba de Kruskal-Wallis

## Discusión

El número de embarazos y de partos mostró diferencias significativas entre los valores de la media y la mediana: 2 y 1 (embarazos) y 1,7 y 1 (partos), respectivamente. Estos hallazgos muestran que hay un rango en estas variables, y consecuentemente, un mayor número de mujeres embarazadas por primera vez y de madres primíparas, lo que denota una mayor influencia de estas mujeres en los resultados relativos a las categorías dos y tres.

Incluso mientras adujeron haber dado LME, el 30% de las entrevistadas reportaron haber alimentado a sus hijos con otros líquidos también, lo que sugiere una falta de comprensión del concepto LME.

Estos resultados están apoyados por los resultados de otros estudios: por ejemplo, un estudio realizado en Horizonte, Ceará, con 120 parturientas encontró que aunque el 89% de los participantes admitió que la duración adecuada de LME es de seis meses, el 14% de ellos contradictoriamente declaró que se debe dar también agua y té, y el 4,2% hizo mención de jugo de frutas<sup>(9)</sup>. Del mismo modo, otro estudio (realizado con 50 madres en el interior de São Paulo) encontró que la

mayoría de las entrevistadas creen que la administración de líquidos y fruta antes de la edad de seis meses de edad es apropiado independientemente de la lactancia materna<sup>(10)</sup>. Un estudio realizado en Laos, el sudeste de Asia, con 1.057 madres para evaluar la prevalencia y los factores que influyen en el uso de sustitutos de la leche materna (LM) proporciona más información sobre las limitaciones a LME: 20% de las participantes informaron haber introducido fórmula y productos no lácteos antes de los seis meses<sup>(11)</sup>.

En el presente estudio, las mujeres sin empleo informaron alimentar con mayor frecuencia a sus hijos con otros tipos de leche antes de la edad de seis meses de edad en comparación con aquellas formalmente empleadas. Este hallazgo no está de acuerdo con los resultados de otros estudios<sup>(11-13)</sup>, que encontraron que quedarse en casa es un factor positivo, es decir, favorece una lactancia exitosa. De este modo, se podría plantear la hipótesis de que las mujeres sin empleo están menos informadas y son más susceptibles a las influencias ambientales. Esas madres, así como las primíparas (posiblemente con menos experiencia) son más propensas a creer que la alimentación con otros tipos de leche (no humana) es necesaria o que no

interfiere con LME. Un estudio llevado a cabo con 48 puérperas de Uberaba, Minas Gerais, encontró que el 14,6% de ellas creen que LME es imposible, por lo que la alimentación complementaria con otro tipo de leches aparte de LM está justificado<sup>(14)</sup>.

Aunque las madres primíparas son más propensas a participar en la lactancia materna, por lo general tienden a mantenerla durante un tiempo más corto<sup>(15)</sup> e introducen antes la alimentación complementaria<sup>(13)</sup>.

La adición de otros tipos de líquidos a lo largo del período de LME aun cuando creían que estaban practicando LME exhibe una posible asociación con una edad materna más joven. Esta conclusión se ve corroborada por los resultados de otros estudios<sup>(1,12-13)</sup> y sugiere que en función de su falta de experiencia, las madres jóvenes son más fácilmente influenciadas por sus familiares en lo referente a las prácticas no favorables para la lactancia materna<sup>(13)</sup>.

Varios factores pueden explicar la decisión de las madres para iniciar la alimentación complementaria. Los resultados de estudios cualitativos realizados en Maranguape (Ceará, Brasil)<sup>(16)</sup> y Cali (Valle del Cauca, Colombia)<sup>(17)</sup>, así como de un estudio cuantitativo (n=120) realizado en Horizonte (Ceará, Brasil)<sup>(9)</sup> incluyen algunas de las creencias invocadas por las madres para justificar la introducción prematura de líquidos y alimentos, entre ellas: "la falta de leche", "la leche es débil", y que la leche materna no es suficiente para saciar el hambre o la sed del niño. Estos estudios encontraron, además, que las madres fueron influenciadas por las abuelas de los niños para introducir otros tipos de comida en el momento en que la lactancia materna debe de ser exclusiva; particularmente siendo este el caso de las madres primíparas, debido a su falta de experiencia<sup>(9,16-17)</sup>.

El estudio cualitativo mencionado<sup>(17)</sup> encontró que las creencias culturales pueden favorecer (creencias como, por ejemplo, la leche materna hace que los niños sean más fuertes y más inteligentes y favorece el vínculo afectivo madre-hijo) o dificultar (creencias y dudas: los niños siguen padeciendo hambre cuando se les da la leche materna solamente, la luz del sol seca los pechos, los niños deben recibir otros tipos de leche para evitar el "apego" a los pechos de la madre; pobre experiencia previa en lactancia implica llagas del pezón; los lactantes deben recibir líquidos como, por ejemplo, "caldo de frijoles", que fortifican y/o limpia el estómago, entre otros) la lactancia materna. Por lo tanto, la lactancia materna es una práctica cultural que abarca múltiples significados y comportamientos en diferentes comunidades<sup>(17)</sup>.

El comportamiento no sólo está influenciado por el conocimiento intelectual, sino que también por las

creencias y culturas presentes en el entorno real de las mujeres. Por esa razón, el conocimiento no siempre garantiza que la lactancia materna se llevará a cabo de manera adecuada.

Aunque la muestra del presente estudio incluyó a mujeres que previamente habían dado a luz al menos un hijo en un hospital de maternidad conocido por promover la lactancia materna, se detectaron errores en la práctica real de LME según lo informado por las entrevistadas. Tales errores incluyen la introducción prematura e inapropiada de otros tipos de leche y/o líquidos antes de la edad de seis meses de edad.

Las madres posiblemente pueden creen que el dar líquidos antes de la edad de seis meses de edad es inocuo y soluciona problemas como cólicos, gases infantiles o incluso la sed<sup>(3)</sup>. Una revisión publicada recientemente por la Biblioteca Cochrane con respecto a la introducción de alimentos y líquidos adicionales a los bebés a término además de describir los posibles riesgos<sup>(18)</sup> que se discuten a continuación, no localizo un estudio que demuestre que la administración de líquidos es beneficiosa para los recién nacidos.

En el presente estudio, el agua era el líquido más frecuentemente dado por las madres; la razón podría ser que las madres creen que deben ofrecer agua a los niños para saciar su sed, aunque de acuerdo con la OMS, varios estudios demostraron que los bebés sanos no necesitan de agua adicional durante los primeros seis meses si son amamantados exclusivamente, incluso en un clima caliente<sup>(1,18)</sup>. Siendo así, se podría inferir que para las madres, la leche es un alimento adecuado para saciar el hambre de los infantes (pero no su sed), mientras que el agua es indispensable para mantenerlos bien hidratados.

Los riesgos asociados con la incorporación de líquidos y alimentos a la dieta de los bebés menores de seis meses de edad son: la reducción de la ingesta de leche materna (con la consiguiente reducción de los beneficios asociados); menor producción de leche (como resultado de la reducción de la extracción de la leche); mayor probabilidad de acortar la duración de la lactancia materna; dificultad para establecer la lactancia eficaz; reducción de la confianza de la madre con el refuerzo paralelo de la creencia negativa de que LM es insuficiente<sup>(1,18-19)</sup>. Además, la alimentación complementaria prematura expone a los infantes a una alimentación o dispositivos (biberones y las tetinas) contaminados, además del riesgo de reacción a las proteínas no humanas o colorantes alimenticios en los alimentos procesados. Este último riesgo se ve reforzado por la reducción de la ingesta de los anticuerpos contenidos



en la leche materna y la inmadurez del recién nacido en relación con la digestión de sustancias complejas<sup>(1,16,18)</sup>.

La alimentación complementaria precoz se asocia con una mayor incidencia de anemia, enfermedades infecciosas, del tracto gastrointestinal y respiratorio, en particular, y los problemas de crecimiento<sup>(13)</sup>. Además, la alimentación complementaria también podría tener efectos sobre las madres, como: congestión mamaria, mastitis, rápido retorno a la fertilidad, problemas del vínculo madre-hijo y efectos financieros<sup>(18)</sup>.

La estabilidad del vínculo materno ha sido descrita como una influencia positiva en la LME<sup>(1,13)</sup>. El haber tenido una educación superior y realizado más de seis visitas prenatales se asocia con un mejor conocimiento sobre la lactancia materna, lo que tiende a favorecer su práctica<sup>(12-13,15)</sup>, mientras que un bajo nivel educativo se considera que es un factor desfavorable<sup>(13)</sup>. Sin embargo, el número de visitas prenatales ( $p=0,0906$ ), estado civil ( $p=0,5077$ ) y el nivel educativo ( $p=0,7481$ ) de las participantes en el presente estudio no parecen ejercer influencia ni positiva ni negativa en LME.

## Conclusión

El presente estudio encontró que la práctica de LME según lo informado por parte de las participantes cuenta con algunos elementos de confusión o bien es el fruto de una idea equivocada de lo que realmente significa la lactancia materna exclusiva.

Las madres más jóvenes, primíparas y/o las que no tienen empleo son, posiblemente, las que tienen más dificultades para comprometerse con la LME, siendo el agua y la leche no materna los líquidos que se dan con mayor frecuencia.

Aunque no es posible afirmar que el concepto de LME es poco conocido por las mujeres, los resultados llaman la atención sobre la necesidad de realizar más estudios sobre las estrategias para mejorar la comprensión de LME.

## Consideraciones finales

El presente estudio representa un aporte a la práctica clínica, ya que podría estimular a los profesionales de la salud para reflexionar sobre la comprensión de la LME y en el hecho de que su práctica no sólo implica la información, sino que también diferentes creencias culturales. Por estos motivos, las enfermeras deben esforzarse por desarrollar habilidades para identificar las creencias asociadas a las prácticas de las mujeres lactantes de

forma individual y determinar cuáles de ellas podrían o deberían ser preservadas, cambiadas, reestructuradas o darle nuevos significados.

La aceptación por parte de los profesionales en base al conocimiento previo de tipo intelectual o cultural de las mujeres, sin duda, favorecerá el cumplimiento de las recomendaciones. Además, los profesionales deben reconocer que LME exige un esfuerzo por parte de las madres, dado que las dificultades van más allá del deseo de introducir alimentos adicionales antes de que el niño llegue a la edad de seis meses. También deben ser conscientes de que los períodos de crisis interfieren con la auto-confianza de las mujeres con respecto a la lactancia materna, y por lo tanto deben estar preparados para ayudarlas, especialmente en tales ocasiones.

Al estar conscientes de lo anterior, los profesionales pueden invertir en estrategias para promover LME, usando bases científicas para educar a los adultos y establecer entornos receptivos, donde las mujeres, sus parejas y familiares puedan compartir sus creencias, dudas y sentimientos.

Una limitación del presente estudio surge de su naturaleza retrospectiva y es que los datos sobre la edad a la que comenzaron los bebés a ser alimentados con líquidos y alimentos adicionales dependían exclusivamente de lo recordado por las madres. Por lo tanto, otros estudios (futuros) deben de llevarse a cabo para evaluar el conocimiento de la LME de las mujeres, incluyendo necesariamente las creencias culturales asociados a su práctica.

## Agradecimientos

El personal del Alojamiento Conjunto do Hospital e Maternidade "Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti" - CAISM/ UNICAMP en particular enfermera Simone Stranghetti Jorge para colaborar en la recogida de datos y Henrique Ceretta Oliveira, estadístico de la Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

## Referencias

1. World Health Organization (WHO). Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: WHO; 2009.
2. Venâncio SI, Escuder MML, Saldiva SRM, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. J Pediatr. [Internet]. 2010 [acesso em: 25 março

- 2012]; 86(4):317-24. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572010000400012&lang=pt&lng=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000400012&lang=pt&lng=)
3. Niquini RP, Bittencourt SA, Lacerda EMA, Oliveira MIC, Leal MC. Acolhimento e características maternas associados à oferta de líquidos a lactentes. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2010 [acesso em: 25 março 2012]; 44(4): 677-85. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102010000400011&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102010000400011&script=sci_abstract&lng=pt)
4. Parizoto GM, Parada CMGL, Venâncio SI, Carvalhaes MABL. Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses. *J Pediatr*. [Internet]. 2009 [acesso em: 25 março 2012]; 85(3):201-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572009000300004&lang=pt&lng=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572009000300004&lang=pt&lng=)
5. Pagano M, Gauvreau K. *Princípios de Bioestatística*. São Paulo: Ed. Thomson; 2004.
6. Siegel S, Castellan NJ. *Non parametric statistics for the behavioural sciences*. New York: MacGraw Hill Int; 1988. p. 213-4.
7. Mehta CR, Patel NR. A network algorithm for performing Fisher's exact test in rxc contingency tables. *JASA*. 1983;78(382):427-34.
8. *SAS/STAT® User's Guide, Version 9.2*, Cary, NC, USA: SAS Institute Inc.; 2008.
9. Nogueira CMR. Conhecimento sobre aleitamento materno de parturientes e prática de aleitamento cruzado na Unidade Hospitalar e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa - Horizonte - Ceará [Internet]. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009 [acesso em: 12 dez 2013]; 59 p. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25623.pdf>.
10. Valezin DF, Ballesterio E, Aparecido JC, Ribeiro JF, Marinho PCM, Costa LFFV. Instrumento educativo sobre alimentação de lactentes - baseado nas necessidades de conhecimento das mães. *Rev Inst Ciênc Saúde*. [Internet]. 2009 [acesso em: 30 jul 2013]; 27(1):11-7. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-1894/2009/v27n1/a002.pdf>
11. Barennes H, Empis G, Quang TD, Sengkhomyong K, Phasavath P, Harimanana A, et al. Breast-Milk Substitutes: A New Old-Threat for Breastfeeding Policy in Developing Countries. A Case Study in a Traditionally High Breastfeeding Country. *PLoS One*. [Internet]. 2012 [acesso em: 26 julho 2013]; 7(2):e30634. Disponível em: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0030634>
12. Sanches MTC, Buccini GS, Gimeno SGA, Rosa TEC, Bonamigo AW. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2011 [acesso em: 30 julho 2013]; 27(5):953-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/13.pdf>
13. Silva VMM, Joventino ES, Arcanjo DS, Veras JEGFL, Dodt RCM, Oriá MOB, et al. Conhecimento de puérperas acerca da amamentação - estudo descritivo. *Online Braz J Nurs*. [Internet]. 2009 [acesso em: 30 julho 2013]; 8(3). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2452/538>
14. Fonseca MO, Parreira BDM, Machado DC, Machado ARM. Aleitamento materno: conhecimento de mães admitidas no alojamento conjunto de um hospital universitário. *Cienc Cuid Saude*. [Internet]. 2011 [acesso em: 30 julho 2013]; 10(1):141-9. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11009/pdf>
15. Volpato SE, Braun A, Pegorim RM, Ferreira DC, Beduschi CS, Souza KM. Avaliação do conhecimento da mãe em relação ao aleitamento materno durante o período pré-natal em gestantes atendidas no Ambulatório Materno Infantil em Tubarão, (SC). *Arq Catarin Med*. [Internet]. 2009 [acesso em: 30 julho 2013]; 38(1):49-55. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/625.pdf>
16. Frota MA, Casimiro CF, Bastos PO, Sousa OA Filho, Martins MC, Gondim APS. Mothers' knowledge concerning breastfeeding and complementation food: an exploratory study. *Online Braz J Nurs*. [Internet]. 2013 [acesso em: 30 julho 2013]; 12 (1):120-34. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3890>
17. Hernández L, Vásquez ML. Practices and beliefs about exclusive breastfeeding by women living in Commune 5 in Cali, Colombia. *Colomb Med*. [Internet]. 2010 [acesso em: 23 ago 2013]; 41(2):161-70. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v41n2/v41n2a8.pdf>
18. Becker GE, Remington S, Remington T. Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. *Cochrane Database of Systematic Rev*. 2011;(12):CD006462. DOI: 10.1002/14651858.CD006462.pub2.
19. Silva L, Elles M, Silva M, Santos I, Souza K, Carvalho S. Social factors that influence breastfeeding in preterm infants: a descriptive study. *Online Braz J Nurs*. [Internet]. 2012 [acesso em: 04 ago 2013]; 11(1):40-

Recibido: 2.4.2014

Aceptado: 4.12.2014