

Duración de la lactancia y desarrollo psicomotor en infantes de un programa de seguimiento

Martha Elba ALARCÓN ARMENDÁRIZ
Irma Rosa ALVARADO GUERRERO
Blanca Estela HUITRÓN VÁZQUEZ
Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

El abandono temprano de la lactancia materna representa un problema de salud pública, por tanto es necesario comprender los factores de riesgo y construir alternativas para fomentarla. El objetivo del presente trabajo es describir el nivel de desarrollo psicomotor a los 8 y 12 meses de edad, con respecto a la duración de la lactancia materna. Participaron 112 lactantes quienes cubrieron los requisitos de inclusión. Se formaron dos grupos según el tiempo de lactancia materna predominante: suspensión temprana (hasta tres meses) y lactancia extendida (cuatro y más meses). Los resultados mostraron que 47% de los niños del primer grupo, tuvieron un mejor desarrollo comparados con los del grupo de lactancia extendida, quienes tuvieron mayor prevalencia de malnutrición. Los datos confirman la necesidad de conducir nuevos estudios que integren otras variables de interés cuya contribución a la promoción de la lactancia exclusiva hasta los seis meses y el desarrollo sean relevantes.

Palabras clave: lactancia materna, desarrollo infantil, seguimiento del desarrollo.

Abstract

The early abandonment of the breastfeeding represents a problem of public health, therefore it is necessary to understand the risk factors and of constructing alternatives to foment it. The objective of the present work is to describe the level of psychomotor development to the 8 and 12 months of age, with respect to the duration of the breastfeeding 112 suckling babies participated that covered the requirements with inclusion. Two groups formed according to the time of predominant breastfeeding: early suspension (up to three months) and extended breastfeeding (four and more months). The results showed that 47% of the children of the first group, had a better development compared with those

of the group of extended breastfeeding, who had greater prevalence of malnutrition. The data confirm the necessity to lead new studies that integrate other variables of interest whose contribution to the promotion of the exclusive breastfeeding until the six months and the development, are relevant.

Key words: Breastfeeding, Infant development, Program of follow-up.

La lactancia materna exclusiva es la forma ideal, segura, satisfactoria y sostenible de alimentar al infante en los primeros seis meses de vida. La OMS y la UNICEF recomiendan continuar la lactancia, con alimentos complementarios hasta los dos años y más (Semana Mundial de Lactancia Materna, 2004)

Por lactancia materna exclusiva (LME) se entiende cuando los niños¹ sólo se crían con leche materna. Lactancia artificial, cuando la alimentación láctea es a través de fórmulas maternizadas y la lactancia mixta, cuando el bebé es amamantado con leche materna y otros tipos de leche (Sastre, Varca y Arias, 2003).

En la actualidad, la ciencia ha demostrado que la alimentación exclusiva con leche materna tiene muchas ventajas, sobre los otros tipos de lactancia, tanto para el niño como para la madre.

Para el niño encontramos cinco principales beneficios:

1. La leche materna contiene la cantidad adecuada de energía, proteínas, vitaminas y otros nutrientes indispensables para satisfacer las necesidades del bebé durante los seis primeros meses y también contiene toda el agua que requiere (Semana Mundial de la Lactancia Materna, 2004).
2. Se ha observado menor frecuencia de enfermedades, infecciones respiratorias

y otitis media aguda (Sanabria, Coronel, Díaz y Sartori, 2005).

3. Menor prevalencia de alergias alimentarias, alimentación completa en micro y macronutrientes, oligoelementos, factores de crecimiento e inmunoglobulinas (Sanabria, *et al.*, 2005).
4. Los componentes de la leche materna contienen ácidos grasos polinsaturados que contribuyen al desarrollo del cerebro y la retina (Sanabria, *et al.*, 2005)
5. Previene la enterocolitis necrosante, disminuye episodios y severidad de enfermedades diarreicas en el primer año, fortalece el sistema inmunológico. Reduce la probabilidad de padecer enfermedades como infecciones en vías urinarias, del tracto respiratorio bajo, meningitis bacteriana, síndrome de muerte súbita, colitis ulcerativa y linfoma (Delgado, Arroyo, Díaz y Quesada, 2006).

Desde el punto de vista del desarrollo, se han encontrado datos contradictorios entre los efectos de la lactancia materna exclusiva y la mixta, por ejemplo, Serrano, Díaz y Castilla (1996) evaluaron el desarrollo de niños en los primeros tres meses de vida en relación al tipo de alimentación recibida, nivel de estimulación en el hogar, perfil de conducta materna y factores socioeconómicos y culturales. Encontraron que 13 de los niños alimentados en forma mixta (pecho y biberón) se ubicaron por arriba de la mediana de la distribución de los cocientes de desarrollo, en tanto que sólo 4 de 13, de los alimentados al pecho se ubicaron en el mismo

1. Se emplea el término niños, en vez de niñas y niños con el propósito de facilitar la lectura. Cuando se alude al género de las y los infantes se especifica en el texto.

nivel y 2 de 5 alimentados con fórmula se colocaron en ese sector. También encontraron relación con la estimulación en el hogar y las conductas maternas.

Por su parte Perroni, Schaas, Arteaga, Martínez, Hernández y Osorio (2003), afirman que se han observado mejores puntuaciones en pruebas de desarrollo neuroconductual, así como mejor temperamento y un desarrollo más alto. De Andraca, Salas, López, Cayazzo e Icaza (1999) coinciden en este tema en el sentido de que la lactancia materna beneficia el desarrollo psicomotor y cognoscitivo, además del nivel de actividad. En su estudio encontraron que los niños que recibieron lactancia materna eran más activos al relacionarse con la madre, utilizaban una mayor variedad de canales de comunicación y mostraban señales afectivas más claras.

Por otro lado, son muchos los beneficios de la lactancia materna para las madres ya que ofrece protección a padecer cáncer de mama y de ovario, disminuye la probabilidad de un nuevo embarazo en los primeros 6 meses después del parto, siempre y cuando la madre no haya menstruado de nuevo. Puede ayudar a perder el peso extra adquirido durante la gestación (Semana Mundial de la Lactancia materna, 2004). Favorece la relación afectiva madre-hijo; ya que se ha observado mayor sincronía entre ellos, ambos miembros de la diada se involucran con más frecuencia en episodios de contacto correspondido. Los infantes son más responsivos a las iniciativas maternas de interacción y las madres son más responsivas a las iniciativas de contacto con los niños. De Andraca, *et al.* (1999) concluyen que la lactancia materna puede ser considerada como un factor protector que promueve el despliegue de las dimensiones del desarrollo infantil, y que a su vez podría ser potenciada por condiciones propias de sus actores.

No obstante todos los beneficios mencionados, cabe la pregunta ¿por qué tan pocos bebés son amamantados exclusivamente? En la actualidad, la tendencia en muchos países, incluido México, se dirige al abandono temprano de la LME (Shrima, Greiner y Kylberg, 2001), aún cuando se han realizado iniciativas para fomentarla, por ejemplo en 1981 se adoptó el Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna, la implantación del programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre y en 2001, la emisión de la normatividad por parte de la OMS para fomentar la LME (Flores, Bustos, González y Mendoza 2006; Hernández y García, 2002).

Turbull, Escalante y Klunder (2006) se preguntan -entre otros aspectos- quien contribuye con la madre a establecer y completar la lactancia materna exclusiva y quien a qué no lo haga. Para lo cual realizaron una encuesta transversal a madres de niños menores de dos años en la sala de espera de dos unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los resultados no son concluyentes ya que las personas pueden actuar como apoyo o como obstáculo al mismo tiempo dependiendo de las circunstancias. Probablemente el abandono temprano de la LME se debe a una serie de factores tales como la motivación de la madre de amamantar a su hijo así como la provisión de leche. Si ella no está motivada no intentará darle el pecho o lo retirará tempranamente, o si no tiene suficiente leche se desanimará pronto y sustituirá el pecho por biberón. Tal vez la falta de apoyo de la pareja, la dotación de fórmula láctea indicada por el médico familiar y la falta de orientación a la madre para producir mayor cantidad de secreción láctea, son factores poderosos asociados al abandono temprano de la LME (Hernández y García, 2002).

Delgado, Arroyo, Díaz y Quezada (2006) investigaron las posibles causas de abandono

encontrando como principales razones: hipogalactia, decisión materna, que el bebé haya presentado evacuaciones verdes, intolerancia a la lactosa, indicación médica extrahospitalaria, reflujo gastroesofágico, deshidratación, hospitalización del infante, fibroadenoma y grietas en los pezones. Paradójicamente, una de las razones más frecuente en los estudios revisados hace referencia a las recomendaciones médicas o a las prácticas institucionales en donde se alienta a las madres al abandono temprano de la LME contradiciendo las propuestas internacionales (Sabulsky, Batrouni, Carballo, Reyna, Quiroga, Roitter, Gorostiaga y Brizuela, 1995).

Finalmente se pueden resumir en cuatro las razones por las que las madres no optan por la LME durante los primeros 6 meses de vida:

1. Las madres, los profesionales de la salud, la familia y los miembros de la comunidad, no entienden el significado de la lactancia exclusiva y su impacto. No saben lo suficiente sobre como funciona la lactancia, como comenzarla, ni qué hacer cuando las madres tienen dificultades.
2. También porque las madres y la comunidad, no creen que la LME sea posible o que las madres produzcan suficiente leche.
3. Porque las madres deben regresar a trabajar antes de los 6 meses.
4. Las propagandas comerciales transmiten el mensaje de que la leche materna aunada con la formula son mejores que la leche materna sola.

El objetivo del presente trabajo es describir el nivel de desarrollo de los niños que asistieron al Centro Interdisciplinario de Educación Temprana Personalizada (CIE-

TEP) usando como categoría de análisis el tiempo que recibieron lactancia materna predominante.

Los principales propósitos del CIETEP, ubicado en la Clínica Universitaria de la Salud Integral de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (UNAM), son el seguimiento y control del crecimiento y desarrollo del niño aparentemente sano de 1 a 36 meses de edad.

El procedimiento consiste en que el niño y sus cuidadores asisten periódicamente, para que se evalúe el desarrollo y el estado de salud del infante desde una perspectiva multidisciplinaria. Para iniciar el seguimiento se abre un expediente de cada niño en el que se incluye la entrevista a los padres con la información de los antecedentes socioeconómicos y médico psicológicos del infante. A partir de estos datos y de la edad del niño se programan las sesiones de evaluación. La sesión típica tiene una duración aproximada de 60 minutos con la siguiente secuencia de actividades:

1. Recogida de medidas antropométricas: peso, talla y perímetro cefálico.
2. Evaluación del desarrollo a través de tres escalas: *Escrutinio del Desarrollo Denver II*, *Tamiz neuroconductual* y *Valoración de reflejos y reacciones de defensa*.
3. Explicación de resultados a los padres y/o cuidadores.
4. Explicación a los padres de actividades sugeridas de educación temprana que ellos pueden realizar en el hogar.
5. Registro en el expediente de la información obtenida durante la sesión.

La atención es ofrecida por estudiantes de postgrado de la carrera de Psicología y pasantes en servicio social de las carreras

de Psicología, Enfermería, Odontología, Medicina y Optometría, supervisados por los profesores responsables del programa.

Método

Población

Participaron 112 infantes, 67 niñas y 45 niños quienes satisficieron los siguientes requisitos de inclusión: ser aparentemente sanos, primogénitos, nacidos a término y haber sido evaluados a los 8 y 12 meses de edad. La mayoría de las familias pertenecía a un nivel socioeconómico medio y asistieron a 7 sesiones en promedio, la mayoría de los niños (53.61%) fue evaluado por primera vez antes de cumplir el cuarto mes de vida.

Las características de las madres y padres aparecen en la tabla 1. La media de edad de las madres y de los padres fue 29 y 32 años respectivamente, y la de escolaridad de ambos fue de bachillerato. Respecto a la ocupación; el 62.5% de las madres se dedicaba al hogar, y 37.5% al trabajo fuera de casa. La mayoría de los padres (81.2 %) tenía trabajo remunerado y el 19.8 % restante no tenía ingresos fijos.

Diseño, procedimiento y escenario

Se trata de un estudio retrospectivo, longitudinal, observacional y descriptivo. Se revisaron los expedientes de los niños evaluados entre mayo de 2000 y diciembre de 2006 para seleccionar aquellos casos que satisfacían los requisitos ya mencionados. Se construyó una base de datos con las variables de interés y se realizó la captura correspondiente. Las valoraciones se realizaron en cuatro consultorios bien iluminados y ventilados, acondicionados para evaluar simultáneamente a 3 infantes. Todos los análisis estadísticos se realizaron mediante el programa SPSS,

Tabla 1. Características sociodemográficas de los progenitores.

| Característica | Madres | | Padres | |
|--------------------|--------|------|--------|------|
| | f | % | f | % |
| EDAD | | | | |
| 15 a 19 | 10 | 9 | 8 | 7,4 |
| 20 a 34 | 76 | 68,5 | 65 | 60,2 |
| 35 y más | 25 | 22,5 | 35 | 32,4 |
| Total | 111 | 100 | 108 | 100 |
| ESCOLARIDAD | | | | |
| Básica | 17 | 15,7 | 18 | 17,6 |
| Bachillerato | 32 | 29,6 | 24 | 23,5 |
| Superior | 35 | 32,4 | 36 | 35,3 |
| Postgrado | 24 | 22,4 | 24 | 23,5 |
| Total | 108 | 100 | 108 | 100 |
| OCUPACIÓN | | | | |
| Desempleada(o) | 2 | 1,8 | 2 | 1,9 |
| Hogar | 70 | 62,5 | 1 | 0,9 |
| Trab. eventual | 0 | 0 | 3 | 2,8 |
| Obrera(o) | 2 | 1,8 | 2 | 1,9 |
| Comerciante | 1 | 0,9 | 7 | 6,6 |
| Venta ambulante | 0 | 0 | 5 | 4,7 |
| Empleada(o) | 11 | 9,8 | 43 | 40,6 |
| Profesional | 18 | 16,1 | 29 | 27,4 |
| Otro | 8 | 7,1 | 14 | 13,2 |

versión 12. Para obtener los valores z de los indicadores del estado nutricional se recurrió al programa Anthro 2005 (OMS, 2006).

Instrumentos

1. *Entrevistas socioeconómica y médico psicológica* del CIETEP para identificar las variables sociodemográficas de la familia,

rutinas de lactancia y alimentación e historia médico- psicológica del infante.

2. Registros por sesión de edad, peso, longitud.

3. *Prueba de Escrutinio del Desarrollo de Denver II* (Frankenburg y Dodds, 1967). Permite detectar deficiencias en el desarrollo del infante. Evalúa cuatro áreas: personal social, motricidad fina, motricidad gruesa y lenguaje. El diagnóstico permite ubicar al niño en cualquiera de las tres categorías posibles: normal, dudoso y anormal.

4. *Tamiz Neuroconductual*. Esta prueba forma parte de la Valoración Neuroconductual del Desarrollo del Lactante (Benavides, Sánchez, Mandujano, Rivera y Arines, 1999). En el CIETEP sólo se emplea el Tamiz neuroconductual, diseñado para evaluar las conductas del desarrollo de 1 a 24 meses de edad que permite detectar daño neurológico. El Tamiz neuroconductual incluye las áreas de: alimentación, percepción (visual y auditiva), reflejos, motricidad gruesa y fina, emocional-social, cognoscitiva y lenguaje. El diagnóstico se da en términos del número de aciertos:

normal (10 aciertos), dudoso (8 o 9 aciertos), anormal (7 aciertos o menos), inaplicable (3 o más reactivos en que el niño se rehúsa a ser evaluado).

5. *Valoración de reflejos y reacciones de defensa* (Huitrón y Alvarado, 1998). Permite evidenciar el estado de maduración neurológica del niño. Evalúa los reflejos primarios y las reacciones de defensa que el infante debe presentar según su edad. El diagnóstico se da en dos categorías: normal o anormal.

Resultados

En este trabajo nos referimos a lactancia materna predominante (LMP), porque en los expedientes no se menciona si la lactancia materna había sido exclusiva, o no. Aunque, por los reportes de otras madres de familia usuarias del CIETEP, sabemos que es una práctica común dar a los niños té o agua endulzada, además de la leche.

La mediana de duración de LMP fue de 3 meses sin diferencias atribuibles al género del infante, en este sentido se encontró que

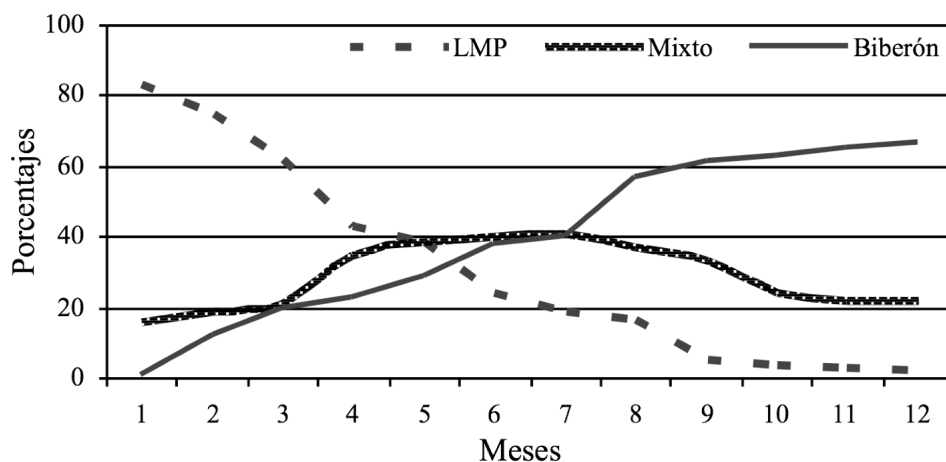


Figura 1. Distribución porcentual del tipo de lactancia administrada a los infantes durante el primer año.

83% de los infantes fue alimentado con leche materna durante el primer mes, 51% continuó hasta los tres meses, 23% hasta los seis, y 9% extendió la LPM después de los siete meses (figura 1).

Para el análisis de los datos se dividió a la muestra en dos categorías basadas en la mediana de tiempo que los niños habían sido alimentados al pecho materno de manera predominante. El grupo de suspensión temprana estuvo constituido por 76 infantes que fueron lactados de manera natural hasta los tres meses (67.9%) y 36 niños (32.2%) de lactancia extendida, que fueron amamantados por un periodo igual o mayor a 4 meses.

En la tabla 2, se muestran las medias y desviaciones estándar para las variables de edad y escolaridad de las madres y padres de los niños participantes en el estudio según tiempo de lactancia. En ella se observa que las medias de edad materna y paterna son ligeramente superiores, 30 y 32 años respectivamente, para los niños de lactancia extendida, y de 28 y 31 de los de suspensión temprana. En relación al promedio de años de estudio de los progenitores no se encontraron diferencias. Ocurre lo mismo con respecto al perfil ocupacional de los

progenitores, en ambos grupos la actividad más frecuente fue el hogar para las mujeres y empleado para los varones, por lo tanto, no se encontraron diferencias significativas para las variables de edad o escolaridad.

La alimentación al seno materno para el grupo de suspensión temprana, se distribuyó de manera similar entre niños y niñas (46 y 54% respectivamente), mientras que en el grupo de lactancia extendida, sólo un 28% de los varones recibió LMP después del cuarto mes de vida (tabla 3). La diferencia por género para ambos grupos es marginalmente significativa ($F= 15.91, p= 0.06$).

Llama la atención que el grupo de suspensión temprana asistió al programa de seguimiento, casi el doble de ocasiones que el de lactancia extendida (tabla 3) No se encontró relación entre género y número de sesiones de seguimiento.

El estado nutricional, mostrado en la tabla 4, se evaluó con el indicador peso para la edad. En la mayoría de los niños (71.1% y 75%) el peso fue adecuado para la edad, tanto a los 8 como a los 12 meses, aunque cabe hacer notar que los porcentajes de malnutrición, ya sea por déficit o exceso, son

Tabla 2. Factores demográficos paternos y maternos según tiempo de lactancia.

| | <i>Suspensión temprana</i> | | <i>Lactancia extendida</i> | |
|--------------------|----------------------------|-----------|----------------------------|-----------|
| | <i>Media</i> | <i>DE</i> | <i>Media</i> | <i>DE</i> |
| Edad | | | | |
| <i>Materna</i> | 28,11 | 6,50 | 30 | 6,36 |
| <i>Paterna</i> | 30,95 | 8,28 | 32 | 8,52 |
| Escolaridad | | | | |
| <i>Materna</i> | 14,12 | 3,26 | 13,94 | 3,63 |
| <i>Paterna</i> | 13,86 | 3,36 | 14,42 | 4,09 |

Tabla 3. Género y número de sesiones de seguimiento de acuerdo con el tiempo de lactancia.

| | <i>Suspensión temprana</i> | | <i>Lactancia extendida</i> | |
|-----------------------------|----------------------------|----------|----------------------------|----------|
| | <i>N = 76</i> | | <i>N = 36</i> | |
| | <i>f</i> | <i>%</i> | <i>f</i> | <i>%</i> |
| Género | | | | |
| <i>Masculino</i> | 35 | 46 | 10 | 27,8 |
| <i>Femenino</i> | 41 | 54 | 26 | 72,2 |
| Sesiones seguimiento | | | | |
| <i>1 a 8</i> | 46 | 60 | 26 | 27,8 |
| <i>9 a 16</i> | 30 | 40 | 10 | 72,2 |

Tabla 4. Estado nutricional y puntuación obtenida en las pruebas de desarrollo, según tiempo de lactancia materna predominante a los 8 y 12 meses de edad.

| Tiempo de LMP | 8 meses de edad | | | | 12 meses de edad | | | |
|--------------------------------|---------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|
| | Suspensión temprana | | Lactancia extendida | | Suspensión temprana | | Lactancia extendida | |
| Estado nutricional (peso/edad) | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Desnutrición leve o moderada | 11 | 14,5 | 8 | 22,2 | 12 | 15,8 | 7 | 19,4 |
| Adecuado | 54 | 71,1 | 20 | 55,6 | 57 | 75,0 | 22 | 61,1 |
| Sobrepeso u obesidad | 11 | 14,4 | 8 | 22,2 | 7 | 9,2 | 7 | 19,5 |

superiores en el grupo alimentado con LMP después de los cuatro meses (19.4% y 19.5% respectivamente), sin que haya diferencias significativas entre las variables peso para la edad y tiempo de LMP.

A continuación se describen por separado, las puntuaciones obtenidas por los niños en cada una de las pruebas de diagnóstico, según duración de la LMP y edad de evaluación.

Tamiz neuroconductual

A los 8 meses de edad, (ver tabla 5) la diferencia en la calificación de *normal* entre los grupos es de casi diez puntos porcentuales a favor del grupo de suspensión temprana (51.3% y 41.7% respectivamente), porcentaje que a los doce meses, se reduce hasta 39.5% y 36.1% respectivamente. La proporción de niños que a los 8 meses obtienen 8 o 9 aciertos (*dudoso*) es mayor para los niños del grupo de lactancia prolongada (47.2%), porcentaje similar a la edad de 12 meses en la misma prueba. En el grupo de suspensión temprana, a los 8 meses, 11.1% obtiene un diagnóstico del desarrollo *anormal*, cifra que se mantiene a los 12 meses. Para el grupo de lactancia extendida, el porcentaje se duplica entre una edad y otra (11.8% y 22.2%).

Prueba de Desarrollo de Denver II

Las calificaciones obtenidas por los infantes del estudio en esta prueba de desarrollo son muy similares para todos los grupos (ver tabla 5), puesto que el número de niños que logran del diagnóstico de desarrollo *normal* es superior al 80%, es decir, se observan mínimas diferencias entre los grupos según tiempo de lactancia, que son siempre a favor de los niños de lactancia extendida. De los niños que obtuvieron un diagnóstico *dudoso*, los menores porcentajes (11.8% y 8.3% respectivamente) se observan a la edad de 12 meses para ambos grupos. Sólo 7 niños fueron diagnosticados con desarrollo *anormal*: 3 a la edad de 8 meses en el grupo de suspensión temprana y los otros cuatro a la edad de 12 meses, que representan 2.6% y 5.6% del porcentaje total para los niños de ambos grupos.

Valoración de reflejos y reacciones de defensa

La mayoría de los niños fueron evaluados con diagnóstico de *normal* para su edad, tanto a los 8 como a los 12 meses (ver tabla 5). Los porcentajes correspondientes son superiores a 85%, siendo los más altos para los infantes del grupo de suspensión tem-

Tabla 5. Estado nutricional y puntuación obtenida en las pruebas de desarrollo, según tiempo de lactancia materna predominante a los 8 y 12 meses de edad.

| | 8 meses de edad | | | | 12 meses de edad | | | |
|------------------------------|---------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|
| | Suspensión temprana | | Lactancia extendida | | Suspensión temprana | | Lactancia extendida | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % |
| PRUEBA | | | | | | | | |
| Tamiz Neuroconductual | | | | | | | | |
| Normal | 39 | 51,3 | 15 | 41,7 | 30 | 39,5 | 13 | 36,1 |
| Dudoso | 28 | 36,8 | 17 | 47,2 | 37 | 48,7 | 15 | 41,7 |
| Anormal | 9 | 11,8 | 4 | 11,1 | 9 | 11,8 | 8 | 22,2 |
| Denver II | | | | | | | | |
| Normal | 63 | 82,9 | 30 | 83,3 | 65 | 85,5 | 31 | 86,1 |
| Dudoso | 10 | 13,2 | 6 | 16,7 | 9 | 11,8 | 3 | 8,3 |
| Anormal | 3 | 3,9 | 0 | 0 | 2 | 2,6 | 2 | 5,6 |
| Reflejos | | | | | | | | |
| Normal | 68 | 89,5 | 31 | 86,1 | 70 | 92,1 | 31 | 86,1 |
| Dudoso | 8 | 10,5 | 5 | 13,9 | 6 | 7,9 | 5 | 13,9 |

prana. Con respecto al diagnóstico *dudoso*, el porcentaje de niños es menor en el grupo de suspensión temprana para ambas edades (10.5% y 7.9% respectivamente), que en el de lactancia extendida (13.9%).

Adicionalmente se obtuvo un Índice de Desarrollo (IDE), al sumar los diagnósticos de *normal* en cada una de las escalas. El índice, independiente según la edad, incluye las

categorías de: *muy bajo*, cuando el niño no obtuvo ningún diagnóstico de normalidad; *bajo*, diagnóstico de normalidad sólo en una prueba; *riesgo*, diagnóstico de normal en dos pruebas y *normal* para quienes obtuvieron dicho diagnóstico en las tres pruebas.

Los resultados, mostraron que a los 8 meses, ver la tabla 6, casi la mitad de los niños tuvieron la máxima puntuación en

Tabla 6. Índice de desarrollo según tiempo de lactancia materna predominante.

| | 8 meses de edad | | | | 12 meses de edad | | | |
|-----------------------------|---------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|
| | Suspensión temprana | | Lactancia extendida | | Suspensión temprana | | Lactancia extendida | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Índice de desarrollo | | | | | | | | |
| Normal | 36 | 47,4 | 30 | 39,5 | 14 | 47,4 | 12 | 33,3 |
| Riesgo | 26 | 34,2 | 31 | 40,8 | 14 | 34,2 | 18 | 50,0 |
| Bajo | 10 | 13,2 | 13 | 17,1 | 6 | 13,2 | 3 | 8,3 |
| Muy bajo | 4 | 5,3 | 2 | 2,6 | 2 | 5,6 | 3 | 8,3 |

dicho índice, independientemente del tiempo de lactancia, mientras que a los 12 meses la puntuación máxima es obtenida por 39.9% de los niños del grupo de suspensión temprana y por 33.2% del grupo de lactancia extendida. En el extremo opuesto, 6 niños del grupo de suspensión temprana siempre tuvieron diagnóstico *anormal* en las tres pruebas, lo que corresponde a 5.3% a los 8 meses y 2.6% a los 12, igual ocurre con 5.6% y 8.3% de los niños del grupo de lactancia extendida.

Discusión

El objetivo del presente trabajo fue describir el desarrollo de los infantes atendidos en el CIETEP usando como variable el tiempo de LMP. La mediana del tiempo de LMP, coincide con la observada en otros estudios realizados con niños mexicanos (González, *et al.* 2003; Flores, Bustos, González, y Mendoza, 2006), es menor a las normas establecidas por las autoridades sanitarias, en las que se espera, que los niños sean alimentados sólo con leche materna hasta el sexto mes de vida para promover la salud de la díada madre-infante. Además se observó que algunas mujeres continuaron la lactancia más allá del sexto mes sin incluir alimentos complementarios, aún cuando hay evidencia de que esta práctica impide que el infante reciba los nutrimentos necesarios para su desarrollo biológico y psicológico.

Aunque en el estudio no se encontró relación entre el tiempo de lactancia y el indicador peso para la edad, si se observó que los porcentajes de peso adecuado para la edad son superiores en los niños alimentados con leche materna hasta los tres meses.

A diferencia de otros reportes en los que se señala que en los varones es más prolongado el tiempo de lactancia, (Alvarado, Tabarez, Delisle y Zunzunegui, 2005), en

este estudio se observó que las niñas recibieron lactancia más tiempo que los niños, independientemente de otros factores que intervienen en la duración de la misma, lo que es congruente con lo señalado por González, Moreno, Rivera, Villalpando, Shamah, Montterrubio y Hernández, (2003). La polémica en la que se relaciona género y tiempo de lactancia exclusiva, incluye también a aquellos, como Flores, Bustos, González y Mendoza, (2006), quienes no encontraron diferencias entre género y tiempo de LME. No obstante, es importante considerar este aspecto por los riesgos de enfermar o ver limitado el desarrollo, cuando los infantes (niños o niñas) no reciben los nutrimentos y experiencias provenientes de la lactancia materna exclusiva durante el primer semestre de vida.

Un aspecto relevante a considerar, es la elevada proporción de niños que no tienen diagnóstico de *normal* en todas las pruebas, principalmente a los doce meses, a pesar de tratarse de un programa que atiende niños aparentemente sanos. Lo que podría estar vinculado a cambios asociados a la edad, pues la variabilidad de los datos sugiere la presencia de factores de confusión no identificados en este trabajo, por lo que consideramos la necesidad de explorar otras variables, como las creencias, la disponibilidad real para la lactancia y la información que poseen las madres de familia respecto a las prácticas promotoras de la lactancia materna.

De cualquier manera, se considera que aún sin que los resultados hayan sido definitivos, lo cual se explica por tratarse de un estudio retrospectivo (Méndez, Namihira, Moreno y Sosa, 1984) permitió trazar estrategias de acción útiles para el diseño de programas, que tengan como objetivo promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses entre las familias usuarias del Centro Interdisciplinario de Educación Temprana

Personalizada, lo que además contribuiría a optimizar las prácticas de crianza y en consecuencia el desarrollo de los niños atendidos en el mismo.

Referencias

- Alvarado, B., Tabarez, R., Delisle, H. y Zunzunegui, M. (2003). Creencias maternas, prácticas de alimentación y estado nutricional en niños Afro-Colombianos. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 55, (1), 55-63.
- Benavides, H., Sánchez, M., Mandujano, M., Rivera, R. y Arines, G. (1999) *Valoración Neuroconductual del desarrollo del lactante*. México: UAM-X.
- Coronel, C., Hernández, F. y Arguilágos, M. (2004) Lactancia materna en el primer semestre y la salud de los niños en el primer año de vida. *Revista Mexicana de Pediatría*, 71 (5), 217-221.
- De Andraca, I., Salas, I., López, C., Cayazzo, S. e Icaza, G. (1999). Efecto de la lactancia materna y variables psicosociales sobre el desarrollo psicomotor en niños de 12 meses de edad. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 49 (3), 223-231.
- Delgado, A., Arroyo, L., Díaz, M. y Quezada, C. (2006) Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 63, 31-39.
- Flores, L., Bustos, V., González, R. y Mendoza, F. (2006). Factores relacionados con la duración de la lactancia materna en un grupo de niños mexicanos. *Archivos de Medicina familiar*, 8 (1), 33-39.
- Frankenburg, W. y Dodds, J. (1990) *Denver II Technical manual*. Denver, CO: Denver Developmental Materials, Inc.
- González, T., Moreno, H., Rivera, J., Villalpando, S., Shamah, T., Monterrubio, E. y Hernández, A. (2003) Breast-feeding practices in Mexico: Results from the Second National Nutrition Survey 1999. *Salud Pública de México*, 45 (4), 477-489.
- Hernández, G., García, A. (2002) Deserción de la lactancia materna. *Revista del Hospital General "La Quebrada"*, 1, 28-31.
- Huitrón, B. y Alvarado, I. (1998). *Valoración de reflejos y reacciones de defensa*. Documento mecanografiado.
- Méndez, I., Namihira, D., Moreno, L. y Sosa de Martínez C. (1990). *El protocolo de investigación: Lineamientos para su elaboración y análisis*. México: Trillas
- Perroni, E., Schaas, L., Arteaga, A., Martínez, S., Hernández, C. y Osorio, E. (2003). Efecto de la lactancia sobre el desarrollo Neuroconductual del niño. *Perinatología y Reproducción Humana*, 17, 20-27.
- Sabulsky, J., Batrouni, L., Carballo, R., Reyna, S., Quiroga, D., Roitter, De H., Gorostiaga, H. y Brizuela, M. (1995). Alimentación en el primer mes de vida, por estratos sociales, Córdoba, Argentina. *Boletín de la OPS*, 119 (1), 18-26.
- Sanabria, M., Coronel, J., Díaz, C. y Sartori, J. (2005). Perfil de la lactancia materna en cuatro servicios de referencia neonatal. *Revista Chilena de Pediatría*, 76 (5), 530-535.
- Sastre, M., Varca, A., y Arias, A. (2003). Aplicación del proceso de atención de enfermería a lactantes de un área de salud. *Revista Cubana de Enfermería*, 19 (3) [versión electrónica].
- Serrano, F., Ríos, E. y Castilla, S.L. (1996). Lactancia materna y desarrollo mental a

los tres meses en el niño. *Acta Pediátrica Mexicana*, 17 (5), 284-285.
Semana Mundial de la Lactancia Materna (2004). Documento en red, disponible en: www.waba.org.

Turnbull, B., Escalante, E. y Klunder, M. (2006). Papel de las redes sociales en la lactancia materna exclusiva. Una primera exploración. *Revista Médica del IMSS*, 44 (2), 97-104.