

Alimentación en el primer mes de vida, por estratos sociales, Córdoba, Argentina¹

Jacobo Sabulsky,² Lucía Batrouni,² Rodolfo Carballo,³
Silvina Reyna,³ Daniel Quiroga,⁴ Hebe de Roitter,²
Héctor Gorostiaga³ y María Brizuela³

Se estudió la historia alimentaria desde el nacimiento hasta el mes de vida de una cohorte de niños nacidos y residentes en la ciudad de Córdoba, Argentina, en 1993. La muestra se distribuyó en seis estratos sociales, según la ubicación en el sistema productivo de la persona principalmente responsable del sustento familiar. Se encuestó a 620 de las madres al mes (\bar{x} = 31 días; DE = 1,2) del parto, para obtener información sobre ocupación, vivienda y características demográficas de las familias. Asimismo, se obtuvo información sobre el primer alimento que recibieron los niños al nacer y el tipo de alimentación al mes de edad, este último por medio de un recordatorio de 24 h. Los resultados indican que las condiciones de vida y las características demográficas de la familia estuvieron asociadas al estrato social. Los estratos I (alto), II y III (medios) presentaron mejores niveles de vida y mayor edad de los padres al nacimiento de los niños que los estratos más bajos (V y VI); el estrato IV se aproximó a los valores promedio encontrados para toda la muestra. Con respecto a las prácticas alimentarias, se encontró que 98% de los niños habían iniciado el amamantamiento en la primera semana de vida; se observó asociación estadística entre el primer alimento y los estratos sociales, con mayor prevalencia de la lactancia materna en los estratos sociales muy bajos (V y VI) y del uso del biberón en los estratos I y III. Al mes de vida 26% de la muestra recibía lactancia natural completa (LNC), 60% lactancia natural parcial y 14%, lactancia artificial. Hubo una asociación significativa ($P < 0,05$) entre el tipo de lactancia y los estratos sociales, con 38% de LNC en el estrato I contra 16% en el estrato IV y 17% en el V. En este estudio sobresalieron, además, los siguientes resultados: la alta proporción de niños de todos los estratos que iniciaron la lactancia materna; la alta proporción de niños que recibieron fórmulas artificiales durante el primer mes de vida y la baja prevalencia de lactancia natural completa a esa edad.

Con los avances en los conocimientos científicos y tecnológicos, la intervención profesional e institucional en salud ha incorporado a su campo de acción aspectos reservados anteriormente al ámbito privado o a la medicina tradicional. Entre estos figuran la atención del embarazo y el parto y la alimentación del recién nacido que, al quedar abar-

cados dentro del saber médico, limitan la capacidad de madres y niños para hacerse cargo sin injerencia extraña de estas etapas cruciales de sus vidas.

Desde los tiempos de los relatos bíblicos se admite que la leche materna es el alimento mejor y más completo, y que se puede usar en forma exclusiva, al menos hasta los 4 a 6 primeros meses de vida de los niños de madres sanas (1-4). Los datos históricos también demuestran que la lactancia natural fue un rasgo invariable de todas las culturas hasta los primeros decenios del siglo XX (5).

No habría razón para suponer cambios fisiológicos significativos en los últimos decenios que hayan elevado a más de 5 a 10% la prevalencia de hipogalactia (1,6). Sin embargo, en varias investigaciones epidemioló-

¹ Se publica en inglés en el *Bulletin of the Pan American Health Organization*, Vol. 29, No. 3, 1995.

Este estudio fue financiado por la Organización Panamericana de la Salud y el Consejo de Investigaciones de Córdoba, Argentina.

² Universidad Nacional de Córdoba. Dirección Postal: Escuela de Nutrición, Pabellón Chile, Ciudad Universitaria, 5000 Córdoba, Argentina.

³ Dirección General de Atención Médica Periférica, Municipalidad de Córdoba.

⁴ Sociedad Argentina de Pediatría.

gicas se ha constatado un descenso marcado de la frecuencia y duración de la lactancia natural a partir de las décadas de 1930 y 1940 (7-9). Este descenso coincidió con el crecimiento de la industria de sucedáneos de la leche materna que, en ese entonces, lanzó al mercado productos de mejor calidad y composición. El poder de estas compañías influyó en la tendencia hacia la lactancia artificial (10). Los nuevos productos entraron al mercado por los canales corrientes de comercialización y difusión publicitaria; asimismo, los profesionales e instituciones de la salud ayudaron a legitimar el uso de leche artificial al regalársela a las madres después del parto.

El aporte institucional al abandono de la lactancia natural no concluyó con la distribución de sucedáneos de leche materna. Los nuevos procedimientos y tecnologías para la atención del parto, como la administración generalizada de anestésicos o sedantes y la cirugía, han influido desfavorablemente en los mecanismos lactógenos (11,12). En el puerperio inmediato la permanencia del niño en la sala cuna interrumpe el contacto de la madre con el hijo y da inicio a prácticas alimentarias no naturales.

Gracias a las advertencias y actividades de promoción por parte de profesionales de la salud y de organizaciones no gubernamentales (como la Liga de la Leche y la Red Internacional para la Alimentación Infantil IBFAN) e internacionales (como la OMS y el UNICEF) se ha logrado recuperar paulatinamente la frecuencia y duración del amamantamiento. Esta recuperación ocurre a partir del decenio de 1970 en países como Colombia, Costa Rica, Estados Unidos de América, Guatemala y Panamá (13,14), y va acompañada de un incremento en la proporción de niños que reciben fórmulas lácteas desde muy pequeños. El proceso de recuperación, que lleva unos veinte años, está definiendo un nuevo perfil alimentario de los recién nacidos en el que concurren con mucha frecuencia la lactancia materna y la artificial.

Los cambios en las prácticas de alimentación infantil se suelen originar en las elites urbanas de los países industrializados (9,15), y de allí se difunden hacia amplias zonas del

tercer mundo. Los núcleos de poblaciones pobres copian esos hábitos, con la desventaja de hacerlo en un contexto socioeconómico y ambiental sumamente desfavorable (16). El abandono de la lactancia natural exclusiva afecta de modo diferente a los distintos grupos sociales. Mientras que en algunos grupos puede ser una práctica inocua para los lactantes, en otros conlleva riesgos de privación psicoafectiva, y en casos más extremos puede acarrear enfermedad y muerte prematura (17, 18).

No hay suficiente información epidemiológica para describir los perfiles de lactancia en la Argentina, y menos para evaluar en qué medida la población urbana heterogénea alcanza la meta propuesta por la OMS y el UNICEF (2,19) de extender la lactancia exclusiva a todos los niños en sus primeros 4 a 6 meses de vida. En consecuencia, se decidió estudiar la prevalencia y distribución social de las prácticas de lactancia, analizar los factores asociados a los perfiles de alimentación infantil y evaluar sus efectos en el crecimiento y desarrollo. Con este objeto se constituyó en la ciudad de Córdoba, Argentina, un equipo interinstitucional que representa la universidad, el municipio, el estado y las sociedades científicas de pediatría y ginecobs-tetricia, el cual elaboró y ejecutó el proyecto de investigación que se describe a continuación. Este tipo de información se considera necesario para llevar a cabo intervenciones que influyan favorablemente en los patrones de lactancia y alimentación de los niños pequeños.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo una investigación prospectiva de una cohorte de niños nacidos en Córdoba en mayo de 1993. La información se recogió en tres etapas durante el primer año de vida de los niños: 1, 6 y 12 meses después del nacimiento. Este informe presenta solo los resultados de la primera fase, pero el estudio continúa.

El diseño es descriptivo en cuanto a la caracterización de estratos sociales y modalidades de lactancia, y explicativo con res-

pecto al análisis de los factores que determinan los perfiles de alimentación, crecimiento y desarrollo en el primer año de vida.

Tomando como universo todos los niños nacidos en Córdoba en 1993, se seleccionó una muestra de la manera siguiente. Se registraron por un período de 12 días todos los nacimientos habidos en los 54 establecimientos de salud con servicios de obstetricia de la ciudad. Se aplicaron los siguientes criterios de exclusión: domicilio fuera del radio urbano, peso al nacer inferior a 2500 g, producto de parto múltiple y ciertas malformaciones congénitas predefinidas. De los 879 nacimientos registrados, se excluyeron 158 dados los criterios mencionados y 12, porque la madre rehusó participar en la investigación.

La primera encuesta domiciliaria fue realizada entre 28 y 35 días después del nacimiento (\bar{x} = 31 días, DE = 1,2) de cada niño por 40 estudiantes de los últimos cursos de las carreras de Nutrición y Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba. Estos estudiantes fueron capacitados y supervisados por los investigadores del proyecto. Antes de salir al terreno se efectuó una prueba piloto en tres centros de salud municipales para evaluar la validez y fiabilidad del instrumento, para calcular el tiempo que tomaría su aplicación, y para ver las dificultades inherentes a la relación entre encuestados y encuestadores. Cada pareja de encuestadores recibió alrededor de 35 encuestas de un área geográfica específica, un cronograma de visitas domiciliarias y el material necesario para realizar su tarea.

En el lapso previsto se encuestaron 620 (87,5%) de las 709 madres seleccionadas. Las 89 madres restantes no pudieron entrevistarse en el plazo de la encuesta porque habían cambiado de domicilio, estaban ausentes del hogar por un período largo o no se tenía la dirección correcta del domicilio. Como parte del estudio en marcha, se proyectaron otras dos encuestas a los 6 y a los 12 meses del nacimiento.

Para efectos de la investigación, se distribuyó la población en estratos sociales clasificados según la ubicación en el sistema

productivo del principal responsable del sustento familiar. Esta información se obtuvo por medio de una serie de preguntas sobre ocupación que se plantearon a la madre durante la entrevista. De los diversos modelos propuestos para el análisis por estratos sociales (20–23), se eligió el de Bloch *et al.* (22).

Para determinar las variables de estudio, se agrupó primero a la población según la posición socioeconómica de la persona principalmente responsable del sustento familiar, de acuerdo con los indicadores siguientes: condición de la actividad (estable, temporaria o en jubilación); características de la actividad (manual o no manual); categoría de la ocupación (empleador, trabajador independiente o asalariado); tamaño del establecimiento donde trabaja; tipo y cantidad de medios de producción; y jerarquía y calificación individual en el trabajo.

Las 45 posiciones socioeconómicas que surgieron de la muestra se reagruparon en estratos sociales, teniendo en cuenta la posición socioeconómica y los perfiles de consumo y prestigio social de diferentes grupos ocupacionales en la sociedad argentina. Estos estratos numerados del I al VI representan la amplitud de niveles de vida desde el más alto hasta el más bajo, respectivamente. Los estratos contruidos para este estudio se relacionan con la estratificación social de la Argentina; el estrato I, de empleadores, profesionales y asalariados jerárquicos, es el estrato más alto. Los estratos II y III, que incluyen a trabajadores por cuenta propia y asalariados estables cuyo trabajo no es manual, equivalen a los estratos medios. El estrato IV, de asalariados estables cuyo trabajo es manual, es de nivel bajo, y los estratos V y VI de asalariados no calificados y trabajadores temporarios son los más bajos. Todos los estratos y los grupos de trabajadores que los componen se presentan en el cuadro 1.

Para caracterizar los tipos de lactancia de los niños al mes de vida se siguieron las recomendaciones de un grupo de expertos de la OMS y el UNICEF (19). Se interrogó a la madre acerca de la ingestión de leche (pecho, fórmula, ambas, ninguna) u otros alimentos, durante las 24 horas anteriores al momento de

CUADRO 1. Clasificación de las familias de los niños estudiados en seis estratos sociales, según la ocupación de la persona principalmente responsable del sustento familiar. Córdoba, Argentina, 1993

Estrato*	Grupo ocupacional	Número de sujetos
I	Empleadores, profesionales, técnicos con títulos terciarios, asalariados jerárquicos del sector privado o público, personal jerárquico de seguridad	106
II	Trabajadores instalados por cuenta propia con y sin oficio, y los dedicados al traslado de bienes o personas	101
III	Asalariados estables en trabajos no manuales, empleados del sector público o privado, administrativos en industria, comercio y servicios, y personal no jerárquico de seguridad	122
IV	Asalariados estables en trabajos manuales, obreros industriales y de servicios	87
V	Asalariados o trabajadores por cuenta propia no calificados, sectores de mantenimiento y servicios	70
VI	Trabajadores temporarios, obreros de la construcción, servicio doméstico y otros servicios ocasionales	134
	Total	620

* El estrato I se consideró alto; el II y el III, medios; el IV, bajo; y el V y el VI, muy bajos.

la entrevista, y se adoptaron las siguientes definiciones:

- ☐ Lactancia natural completa: incluye la lactancia natural exclusiva y la lactancia natural predominante. La exclusiva es aquella en la cual el niño consume solo leche materna; admite además la ingestión de vitaminas, minerales o medicamentos. La lactancia natural predominante es aquella en la que el niño consume leche materna, agua y jugos o infusiones.
- ☐ Lactancia natural parcial: el niño consume leche materna y leche de otro origen.
- ☐ Lactancia artificial: el niño consume solo leche de origen no materno.

Las condiciones de vida de las familias fueron registradas por los encuestadores, y se clasificaron como "buenas", "regulares" o "malas", según indicadores de vivienda (tipo y materiales de construcción) y de saneamiento (agua y eliminación de excretas y basura). Se consideró que tenían "malas condiciones de vida" los residentes en villas de emergencia o en viviendas con una o más de las características siguientes: piso de tierra, paredes o techos de lata o cartón, falta de sistemas de eliminación de excretas o basura; agua obtenida de ríos, acequias o arroyos. Se clasificó en "condiciones de vida regulares" a

los residentes en inquilinatos o pensiones, o en viviendas con una o más de las siguientes características: piso de cemento o ladrillo, letrinas, entierro o quema de la basura, agua obtenida por cañería ubicada fuera de la vivienda. Las familias que no poseían ninguno de los atributos de los grupos anteriores fueron clasificadas como de "buenas condiciones de vida". Por otra parte, el índice de hacinamiento se definió como la relación entre el número de personas que habitan en el hogar y el número de habitaciones, sin incluir baños, cocina, pasillos ni garaje.

Para el análisis estadístico se tabularon los datos obtenidos y se efectuaron pruebas estadísticas para determinar si las variables presentaban diferencias significativas; primero, en relación con cada uno de los estratos sociales (análisis global); y segundo, por estratos sociales contrastados de dos en dos. En el análisis global se aplicaron la prueba de χ^2 (ji cuadrado) para proporciones y el análisis de varianza para comparar las medias. Cuando el análisis se basó en pares de estratos sociales, se aplicaron las pruebas de χ^2 y de Scheffé. Esta última se usó para probar diferencias entre las medias de varios pares de grupos.

El procesamiento estadístico se realizó con el paquete SPSS (SPSS/PC + 4.0) en el Instituto de Estadística y Demografía de la Universidad Nacional de Córdoba.

RESULTADOS

La información que se presenta corresponde al total de 620 encuestas realizadas a los 31 días (DE = 1,2) del nacimiento de cada niño.

Perfil demográfico por estratos sociales

El cuadro 2 presenta algunas características socioeconómicas y demográficas de las familias de los lactantes. Se observó, por ejemplo, que 90% de las familias del estrato I presentaban buenas condiciones de vida; esta situación solo se presentó en 43% de las familias del estrato V y 29% de las del VI.

Con respecto a la escolaridad, 94% de las madres del estrato I habían iniciado su educación secundaria; sin embargo, de las del

estrato VI, solo 30% habían alcanzado ese grado de educación. Para este indicador hubo una diferencia significativa ($P < 0,05$) cuando se compararon los estratos I (94%), II (81%) y III (83%) con el V (47%) y el VI (30%).

El índice de hacinamiento, también utilizado para clasificar la situación social de la familia, presentó una media de 2,57 (DE = 1,45) para todas las familias, y un recorrido de 1,76 (estrato I) a 3,38 (estrato VI). En los estratos II, III, IV y V el índice de hacinamiento fue de 2,21; 2,19; 2,78, y 3,18, respectivamente.

Tanto el promedio de la edad materna como la escolaridad de los padres presentaron diferencias relacionadas con el estrato social. La media de edad de la madre fue 26,6 años (DE = 6,3) y varió de 29,1 en el estrato I (DE = 5,5) a 24,6 en el estrato VI (DE = 6,8). En el estrato II la media de edad de la madre

CUADRO 2. Distribución porcentual de las características socioeconómicas y demográficas de los niños estudiados, según estrato social.* Córdoba, Argentina, 1993

Característica	Estrato social						Todos
	I	II	III	IV	V	VI	
Condiciones de vida de la familia (%)							
Buenas	90	81	71	52	43	29	61
Regulares	7	15	22	29	34	25	21
Malas	3	4	7	19	23	46	18
(Número de respuestas)	(106)	(101)	(122)	(87)	(70)	(134)	(620)
Procedencia de la madre (%)							
Ciudad de Córdoba	81	78	84	86	84	81	82
Otra área urbana	16	20	13	9	10	12	14
Semiurbana o rural	3	2	3	5	6	7	4
(Número de respuestas)	(104)	(99)	(121)	(86)	(69)	(134)	(613)
Escolaridad de la madre (%)							
Primaria incompleta	0	2	2	13	16	28	10
Primaria completa	6	17	15	26	37	42	24
Secundaria o más	94	81	83	61	47	30	66
(Número de respuestas)	(106)	(101)	(122)	(86)	(70)	(134)	(619)
Estado civil de la madre (%)							
Casada	88	76	84	55	48	40	66
Unión estable	8	21	12	31	36	44	25
Soltera o separada	4	3	4	14	16	16	9
(Número de respuestas)	(106)	(101)	(122)	(87)	(70)	(134)	(620)
Escolaridad del padre (%)							
Primaria incompleta	1	1	5	5	12	27	9
Primaria completa	2	16	19	30	38	42	24
Secundaria o más	97	83	76	65	50	31	67
(Número de respuestas)	(104)	(101)	(119)	(81)	(68)	(123)	(596)

* El estrato I se consideró alto; el II y el III, medios; el IV, bajo y el V y el VI, muy bajos.

fue 27,9 años; en el estrato III, 27,1; en el IV, 26,1; y en el V, 24,5. Hubo una diferencia estadísticamente significativa ($P < 0,05$) entre la media de las edades de las madres de los dos estratos más altos y la media de los dos más bajos.

Tanto la edad como el nivel de educación del padre tuvieron una distribución similar a la de la madre en todos los estratos sociales.

La constitución de la pareja también resultó condicionada por el estrato social, con una prevalencia significativamente mayor de núcleos desintegrados (madres solteras o separadas) en los estratos considerados muy bajos (véase el cuadro 2).

Características de los niños al nacer

El 45% de los nacimientos se registraron en maternidades públicas, 51% en establecimientos privados y 4% en instituciones de obras sociales. Al hacer un análisis por estratos sociales se observó que los estratos I y III correspondieron fundamentalmente a la población afiliada al sistema de obras sociales y por lo tanto no se atendieron en maternidades públicas. En estas últimas se atendieron la mayoría de las madres de los estratos V y VI. Los grupos II y IV se distribuyeron equitativamente en ambos sectores.

Algunas características biológicas — como la edad gestacional y el sexo de los recién nacidos así como el peso al nacer de los varones — fueron independientes de la estratificación social. La edad gestacional tuvo una media de 38,8 semanas ($DE = 1,4$).

En las niñas la media del peso al nacer para todos los estratos fue de 3290 g ($DE = 391$) y presentó una diferencia estadísticamente significativa ($P < 0,05$) entre aquel de las niñas del estrato I (3444 g) y las del estrato IV (3201 g) y el VI (3205 g). No tenemos hipótesis respecto a la diferencia entre los promedios del peso al nacer de las niñas del estrato I y los estratos IV y VI. Queda pendiente el estudio de la evolución de esta variable a lo largo del primer año de vida para verificar si se trata de una asociación que persiste o ha sido un hallazgo casual.

El orden de nacimiento fue menor en los niños de los estratos I, II y III y significativamente más alto en el VI. La media del orden de nacimiento del estrato I fue de 2,07 y la del VI, de 3,09. En el resto fue como sigue: estrato II, 2,24; estrato III, 2,17; estrato IV, 2,61, y estrato V, 2,69.

Perfiles de alimentación desde el nacimiento hasta el mes de vida

En el cuadro 3 se observa que la leche materna fue el primer alimento de la mayoría de los niños de los estratos V (53%) y VI (62%), cuyos nacimientos ocurrieron predominantemente en maternidades públicas. Sin embargo de los recién nacidos de los estratos I y III, 46 y 57%, respectivamente, recibieron fórmulas lácteas, agua o solución glucosada en biberón (partos atendidos fuera del sector público). En los estratos II y IV, la leche materna fue el primer alimento de 44 y 49% de los niños, respectivamente.

Asimismo, de los lactantes de los estratos V y VI, 62 y 67%, respectivamente, fueron amamantados antes de las 6 horas, frente a 44 y 43% de los niños de los estratos I y III, y 56 y 59% de los de los estratos II y IV, respectivamente.

El tipo de lactancia al mes de vida fue evaluado por medio del recordatorio de 24 horas. En el cuadro 3 se registran los hallazgos correspondientes.

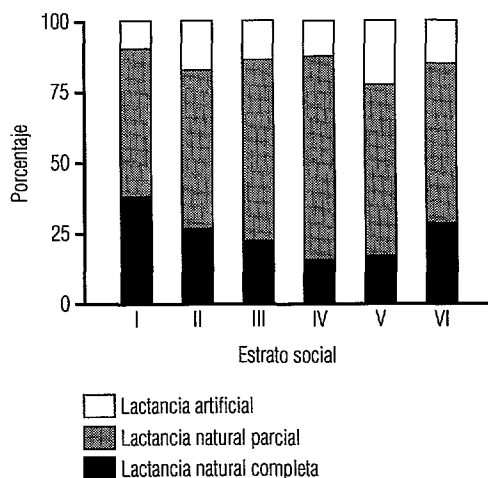
La lactancia natural completa se dio en 26% (intervalo de confianza (IC) 95%: 21 a 31%) de los niños de todos los estratos; la parcial en 60% (IC95%: 55 a 65%) y la artificial en 14% (IC95%: 7 a 21%). Las diferencias entre los estratos se reflejan en la mayor prevalencia de lactancia natural completa en el estrato I, que llegó a 38%; sin embargo, en los estratos IV y V esta alcanzó solo 16 y 17%, respectivamente. Además, una de cada cinco madres del total de la muestra incorporaron agua o infusiones a la alimentación del bebé, con lo que el porcentaje de niños que recibían exclusivamente el pecho al mes de vida se redujo a 21%. Como se aprecia en la figura 1, la distribución de la lactancia natural completa en los diferentes estratos sugiere una relación de tipo

CUADRO 3. Distribución porcentual de las características de la alimentación de los niños estudiados en el primer mes de vida, según estrato social.* Córdoba, Argentina, 1993

Características	Estrato social						Todos
	I	II	III	IV	V	VI	
Primer alimento al nacer (%)							
Leche materna	32	44	31	49	53	62	45
Fórmula láctea	46	43	57	38	39	32	43
Agua o solución glucosada	22	13	12	13	8	6	12
(Número de respuestas)	(96)	(96)	(113)	(78)	(64)	(127)	(574)
Primera mamada (%)							
Antes de 6 h	44	56	43	59	62	67	55
6 a 24 h	26	21	23	17	31	12	21
Después de 24 h	30	23	34	24	7	21	24
(Número de respuestas)	(99)	(95)	(117)	(82)	(69)	(129)	(591)
Tipo de lactancia al mes de vida (%)							
Natural exclusiva	35	20	18	6	11	24	21
Natural predominante	3	7	4	10	6	5	5
Natural completa	38	27	22	16	17	29	26
Natural parcial	52	56	65	72	61	57	60
Artificial	10	17	13	12	22	14	14
(Número de respuestas)	(106)	(101)	(122)	(86)	(70)	(133)	(618)
Otro alimento al mes de vida (%)							
Ninguno	41	39	48	39	50	48	45
Vitaminas/minerales	53	48	44	36	29	28	39
Agua/infusiones	13	26	22	35	37	30	26
(Número de respuestas)	(105)	(98)	(118)	(83)	(70)	(132)	(606)

* El estrato I se consideró alto; el II y el III, medios; el IV, bajo y el V y el VI, muy bajos

FIGURA 1. Tipo de lactancia recibida al mes de vida por niños de diversos estratos sociales (numerados del I al VI, del más alto al más bajo). Córdoba, Argentina, 1993



U, en la cual las frecuencias relativas descienden desde el estrato I hasta el IV y el V para ascender luego en forma importante en el estrato VI.

Cuando se reconstruyó la historia alimentaria del primer mes de vida de cada niño, se estableció que en 98% de los casos se había intentado la lactancia natural en la primera semana de vida y que 88% habían recibido fórmula láctea por lo menos una vez entre el nacimiento y el mes de vida, independientemente del estrato social.

Respecto a la ingesta de alimentos no lácteos en las 24 horas previas a la entrevista, se observó que predominaba el consumo de vitaminas y minerales en los estratos alto y medios, y de agua e infusiones en los niños de los estratos bajo y muy bajos. Esto se relaciona especialmente con los grupos IV y V, que presentaron menores prevalencias de

lactancia natural completa (véase el cuadro 3).

En la entrevista con las madres se obtuvo información sobre las indicaciones recibidas de los profesionales que las atendieron en el período perinatal en cuanto a la alimentación del recién nacido. A este respecto, 56% manifestaron que el obstetra no les dio indicación alguna y 38%, que se les había recomendado la lactancia natural. De los pediatras, 60% recomendaron el amamantamiento exclusivo y 36%, complementarlo con leche artificial si "el niño se quedara con hambre", independientemente de los estratos sociales.

Tipo de lactancia y primeras experiencias alimentarias

Para estudiar el impacto de las primeras experiencias alimentarias sobre el recién nacido y su lactancia futura, se analizó la relación entre el tipo de lactancia al mes y dos variables: primer alimento al nacer y tiempo transcurrido entre el nacimiento y la primera mamada. Las figuras 2 y 3 muestran el resultado de dicho análisis.

FIGURA 2. Tipo de lactancia al mes de vida, según el primer alimento recibido al nacer. Córdoba, Argentina, 1993

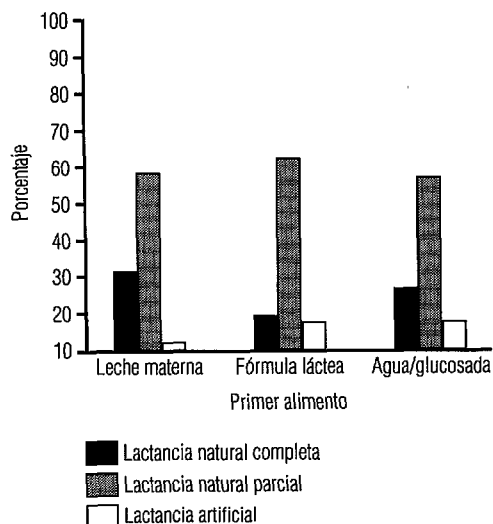
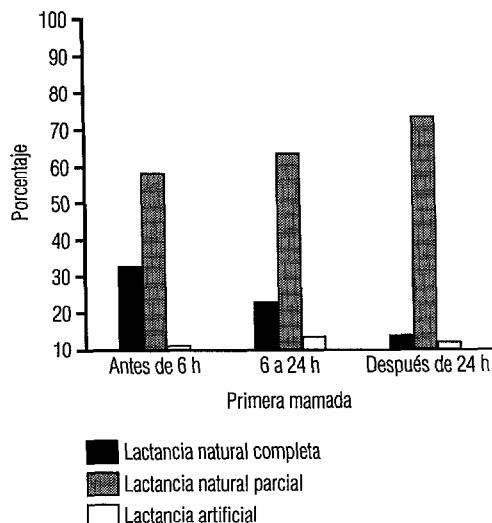


FIGURA 3. Tipo de lactancia al mes de vida, según el tiempo transcurrido entre el nacimiento y la primera mamada. Córdoba, Argentina, 1993



Se observa que, entre los niños cuyo primer alimento fue la leche materna, 31% seguían recibiendo lactancia materna completa al mes de vida. Sin embargo, de los que fueron alimentados con fórmula láctea, solo 19% recibían lactancia natural completa al final del mismo período. En cuanto al tiempo entre el nacimiento y la primera mamada, se observó una brecha aún mayor, con 32% de lactancia natural completa en los niños amamantados antes de las 6 horas de vida y 15% en los que recibieron el pecho después de las 24 horas de nacidos.

Al hacer el análisis por estrato social, se observó una asociación estadística ($P < 0,05$) entre el primer alimento y el tipo de lactancia en los estratos II y IV. En el estrato II, 41% de los niños cuyo primer alimento fue la leche materna continuaban con lactancia natural completa, contra solo 15% de aquellos cuyo primer alimento había sido otro. En el estrato IV, los porcentajes fueron 24 y 7%, respectivamente. En los estratos III y VI las diferencias fueron menores y, en el I y el V, no hubo diferencia en el tipo de lactancia al mes de vida según el primer alimento al nacer (figura 4).

Se observaron diferencias significativas entre los estratos II y IV respecto al tiempo

FIGURA 4. Porcentaje de niños que recibían lactancia natural completa al mes de vida, según el primer alimento recibido al nacer, por estrato social (I a VI, del más alto al más bajo). Córdoba, Argentina, 1993

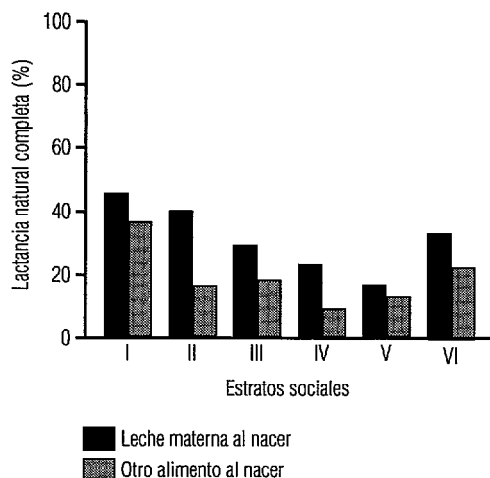
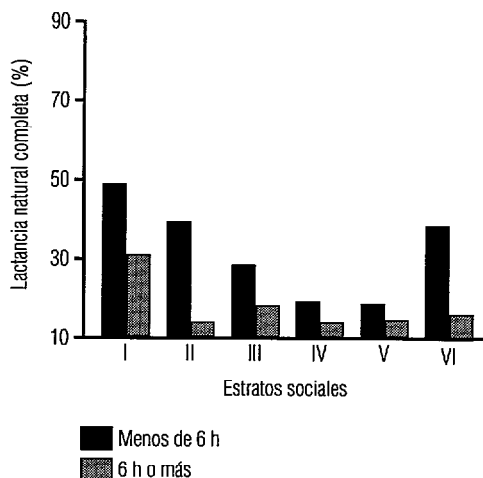


FIGURA 5. Porcentaje de niños que recibían lactancia natural completa al mes de vida, según el tiempo transcurrido entre el nacimiento y la primera mamada, por estrato social (I a VI, del más alto al más bajo). Córdoba, Argentina, 1993



transcurrido entre el nacimiento y la primera mamada y el tipo de lactancia. En el estrato I, aunque la diferencia no fue significativa, se encontró que 49% de los niños amamantados antes de las 6 horas seguían con lactancia natural completa al mes. Sin embargo, en los estratos IV y V el período entre el nacimiento y la primera mamada no parece haber influido en el tipo de alimentación que recibían al mes de vida (figura 5).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Hemos estudiado una población urbana clasificada en estratos sociales. En el estrato alto (I) y los medios (II y III) se incluyó a profesionales, empleadores, trabajadores por cuenta propia y asalariados en trabajos estables no manuales, que en general gozaban de buenas condiciones de vida, bajos índices de hacinamiento, altos niveles de escolaridad y hogares nucleares. En los estratos muy bajos (V y VI), se incluyeron trabajadores no calificados y temporarios; estos grupos registraron valores opuestos a los anteriores y diferentes en todos los indicadores analizados. El estrato IV, conformado por obreros, presenta

características intermedias próximas a los promedios de toda la muestra para estas variables.

Nuestra preocupación es determinar cómo las diferencias sociales influyen en la alimentación infantil, teniendo como antecedentes las distintas modalidades de lactancia según grupo social en países con diferentes modelos de desarrollo (4,7,17). Asimismo, nos interesa definir el impacto que tienen las distintas modalidades de alimentación artificial del lactante en las tasas de desnutrición, morbilidad y mortalidad en comunidades pobres de América Latina (24–26).

En este estudio, de los datos de la historia alimentaria obtenidos al primer mes de vida, se destacan tres fenómenos articulados: una alta proporción de niños de todos los estratos que fueron amamantados inicialmente; una alta proporción de lactantes que recibieron leche artificial durante el primer mes de vida, y una baja prevalencia de lactancia natural completa al final del mismo período.

En gran parte de América Latina se encontró en las encuestas demográficas y de salud realizadas entre 1986 y 1991 (27,28) que más

de 90% de los recién nacidos fueron amamantados inicialmente; en países como Bolivia, Ecuador, Guatemala y Perú las cifras de niños que iniciaron la lactancia natural superaron 95%. En Chile también se refleja esa tendencia (29). En Brasil, Cuba y México, en cambio, los porcentajes están entre 80 y 90%. La universalización de la intención de amamantar encontrada en nuestro estudio es congruente con la tendencia manifestada en los Estados Unidos de América a partir de la década de 1970 a recuperar la lactancia natural (7,30). El hecho de que al mes del nacimiento 86% de las madres persistían en el amamantamiento puede ser auspicioso, siempre y cuando la tendencia sea ascendente. Sin embargo, dada la falta de información previa, el dato también podría sugerir que se trata del inicio de un retroceso, como el que se ha visto a partir de 1985 (31-33). En cualquier caso, hay que puntualizar que la lactancia exclusiva no fue muy frecuente, considerando que los niños tenían solo 1 mes de edad. Según los resultados de este estudio la mediana del período de lactancia natural completa está ubicada dentro del primer mes de vida.

Asimismo, la introducción precoz de fórmulas fue muy frecuente, lo que se refleja en que 74% de los lactantes recibieron leche artificial durante el primer mes de vida: 14% exclusivamente y 60% con lactancia natural parcial.

El abandono de la lactancia natural exclusiva parece estar produciendo a una edad del niño en que los riesgos de morbilidad y mortalidad debidos al uso del biberón son de 10 a 15 veces mayores que después de los 3 ó 4 meses, especialmente entre las poblaciones pobres (34). A ello se agregan las presuntas consecuencias a mediano o largo plazo, aún no evaluadas epidemiológicamente, como las de más altas frecuencias de enfermedades metabólicas o de hipertensión arterial (4).

Desde las primeras experiencias alimentarias se distinguen diferencias asociadas al estrato social y a las prácticas institucionales. Al igual que en otros trabajos efectuados en países industrializados (30,35-38), constatamos que en los estratos alto y

medios (I a III), la lactancia natural exclusiva fue más frecuente que en los estratos IV y V. En estos se observó un descenso importante que luego se revirtió en el estrato VI. En este último, la prevalencia de la lactancia natural completa fue igual a la del estrato I (38%) entre las mujeres casadas, y cayó casi al nivel del estrato V (19%) entre las solteras. Si bien la submuestra de mujeres solteras del estrato VI es muy pequeña ($n = 23$), se pudo constatar una diferencia significativa en el promedio de edad de este subgrupo (20,9 años) respecto al subgrupo de mujeres casadas del mismo estrato (26,3 años). Queda pendiente el estudio con una muestra más grande para corroborar si la edad materna determina la menor prevalencia de lactancia materna exclusiva al mes en este estrato. Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas en la proporción de madres que trabajan fuera del hogar ni en el nivel de instrucción, índice de hacinamiento o condiciones de vida.

Si bien nuestros resultados muestran las relaciones entre los estratos con respecto a la lactancia natural completa, sería interesante observar si esta tendencia se reitera en lo concerniente al abandono de la lactancia natural. En otras investigaciones se ha encontrado mayor frecuencia y duración del amamantamiento en los estratos bajos (4,28,39).

Las prácticas institucionales retrasan de manera significativa el cumplimiento de las metas propuestas para la prolongación de la lactancia natural completa. De nuestra propia investigación destacamos dos datos que confirman este hecho: 55% de los niños recibieron un biberón de fórmula láctea o de agua glucosada como primer alimento al nacer, y 48% o no fueron amamantados hasta 6 horas después del parto, o no lo fueron en absoluto.

Estas prácticas institucionales se contradicen con los programas educativos que se difunden en América Latina para promover la lactancia natural. La administración reiterada de fórmulas lácteas o agua perjudica la duración de la lactancia natural exclusiva (40) e interfiere en las demandas de succión del niño. A su vez, está demostrado que el contacto precoz y prolongado de la madre con el

hijo incrementa la prevalencia de la lactancia exclusiva. Es difícil lograr este contacto temprano y estrecho cuando las prácticas vigentes parecen estar más ligadas a necesidades institucionales que a las de las madres y los niños (41–43).

Todas estas circunstancias adversas a la lactancia natural son teóricamente controlables y pueden considerarse variables “blandas” o susceptibles de intervención. Por ejemplo, es probable que al introducir cambios en la atención del embarazo, el parto y el puerperio, se eleven los niveles de amamantamiento entre las madres que se atienden en instituciones privadas, ya que a pesar de que las prácticas actuales de dichas instituciones no la promueven, en nuestro estudio la lactancia natural completa al mes de vida del niño fue más alta en esa población.

Las estrategias propuestas por la OMS y el UNICEF (34) para eliminar los obstáculos que dificultan la lactancia materna exclusiva incluyen, entre otras, ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora después del parto; no darle a los recién nacidos ningún alimento ni bebida que no sea leche materna, y dejar que los bebés y sus madres estén juntos las 24 horas del día.

Además de generar estrategias que favorezcan la lactancia natural completa en los primeros meses de vida, habrá que analizar cómo esta práctica se ve afectada por los cambios socioeconómicos y culturales asociados a los procesos productivos de los países en desarrollo. Deben buscarse las razones subyacentes de la disminución del amamantamiento en los estratos bajos, donde la mayoría de las madres dan a luz en maternidades públicas. Si bien estas instituciones tienen prácticas menos perjudiciales, los patrones de lactancia revelan cifras muy bajas en la lactancia natural completa del niño pequeño.

REFERENCIAS

- Jelliffe DB, Jelliffe EFP. *Human milk in the modern world: psychosocial, nutritional and economic significance*. 2a ed. London: Oxford University Press; 1979. (Oxford Medical Publication).
- Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Reunión conjunta sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño. Ginebra: OMS-UNICEF; 1979.
- American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. On the feeding of supplemental foods to infants. *Pediatrics* 1980; 65:1178–1181.
- Organización Mundial de la Salud. *Modalidades de la lactancia natural en la actualidad: informe sobre el estudio en colaboración de la OMS acerca de la lactancia natural*. Ginebra: OMS; 1981.
- Abeyá Gilardón EO. Nuevas tendencias en la alimentación del niño menor de dos años: su relación con la nutrición y el crecimiento. En: Cusminsky M, Moreno EM, Suárez Ojeda EN, eds. *Crecimiento y desarrollo, hechos y tendencias*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1988:263–276. (Publicación científica 510).
- O'Donnell AM. *Nutrición infantil*. Buenos Aires: Celcius; 1986.
- Martínez G, Nalezienski JP. The recent trend in breast feeding. *Pediatrics* 1979; 64:686–692.
- Mardones SF. Marco histórico para el análisis de las causas del descenso de la lactancia materna. *Rev Chil Pediatr* 1982;53:607.
- Hirschman C, Butler M. Trends and differentials in breast feeding: an update. *Demography* 1981; 18:39–545.
- Ysunza Ogazón A. Abandono de la lactancia materna: un ejemplo de la deformación medicoacadémica. *Cuadernos Médico Sociales* 1983;23:39–52.
- Barros C JA. Medicalización y salud. *Cuadernos Médico Sociales* 1984;28:25–31.
- Winikoff B, Baer EC. The obstetrician's opportunity: translating “breast is best” from theory to practice. *Am J Obstet Gynecol* 1980;138:105–117.
- World Health Organization. The prevalence and duration of breastfeeding: a critical review of available information. *World Health Stat Q* 1982; 35:92–116.
- Martínez GA, Krieger FW. 1984 milk-feeding in the United States. *Pediatrics* 1985;76:1004–1008.
- Vahlquist B. The evolution of breast feeding in Europe. *Environ Child Health* 1975;21:11–18.
- Cusminsky M, Suárez Ojeda EN. Crecimiento y desarrollo: salud del niño y calidad de vida del adulto. En: Cusminsky M, Moreno EM, Suárez Ojeda EN, eds. *Crecimiento y desarrollo, hechos y tendencias*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1988:3–19. (Publicación científica 510).
- Victora CG, Barros FC, Vaughan JP. *Epidemiología de la desigualdad*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1992. (Serie PALTEX 27).

18. Rowland MGM. The weanling's dilemma: are we making progress?. *Acta Paediatr Scand* (Supl) 1986;323:33-42.
19. Organización Mundial de la Salud, División de Control de las Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas. Indicadores para evaluar las prácticas de lactancia materna: informe de una reunión. Ginebra:OMS;1991. (Documento OMS/CED/SER/91.14).
20. Torrado S. Clases sociales, familia y comportamiento demográfico: orientaciones metodológicas. *Demogr Econ* 1978;12:343-376.
21. Bronfman M, Tuirán R. La desigualdad ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez. *Cuadernos Médico Sociales* 1984;29/30:53-75.
22. Bloch C, Quinteros Z, Troncoso MC, Belmartino S, Torrado S. El proceso de salud-enfermedad en el primer año de vida: estudio de una cohorte, Rosario (Argentina), 1981-1982. *Cuadernos Médico Sociales* 1985;32:5-20.
23. Azevedo Barros MB. A utilização do conceito de classe social nos estudos dos perfis epidemiológicos: uma proposta. *Rev Saude Publ* (São Paulo) 1986;20:269-273.
24. Puffer RR, Serrano CV. *Características de la mortalidad en la niñez: informe de la Investigación Interamericana de la Mortalidad en la Niñez*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1973. (Publicación científica 262).
25. Plank SJ, Milanese ML. Infant feeding and infant mortality in rural Chile. *Bull Pan Am Health Organ* 1973;48:203-210.
26. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM. Evidence for the protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987;2:319-321.
27. Mardones SF, Vial I, Vío del RF, Salinas J, Albala C. Algunos determinantes recientes de la lactancia materna en Chile. *Rev Chil Paediatr* 1989;60: 54-62.
28. Marckwardt AM, Ochoa LH. *Población y salud en América Latina* [Programa de Encuestas de Demografía y Salud (DHS) de Macro International Inc.]. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, Macro International Inc. y Agencia para el Desarrollo Internacional (EUA);1993.
29. Amador M, Silva LC, Valdés Lazo F. Tendencias de la lactancia materna en Cuba y las Américas. *Bol Oficina Sanit Panam* 1994;116:204-211.
30. Fomon S. Reflections on infant feeding in the 1970s and 1980s. *Am J Clin Nutr* 1987;46:171-182.
31. Mardones SF. Experiencias programáticas sobre lactancia materna y análisis de algunos de sus determinantes, Chile, 1917-1985. En: Cusminsky M, Moreno EM, Suárez Ojeda EN, eds. *Crecimiento y desarrollo, hechos y tendencias*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1988:277-293. (Publicación científica 510).
32. Lawrence RA. Breast-feeding trends: a cause for action. *Pediatrics* 1991;88:867-868.
33. Ryan AS, Rush D, Krieger FW, Lewandowski GE. Recent declines in breast-feeding in the United States, 1984 through 1989. *Pediatrics* 1991;88: 719-727.
34. Organización Mundial de la Salud. *Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad* [Declaración conjunta OMS/UNICEF]. Ginebra:OMS;1989.
35. Martínez GA, Dodd DA. Milk feeding patterns in the United States during the first 12 months of life. *Pediatrics* 1983;71:166-170.
36. Andrew EM, Clancy KL, Katz MG. Infant feeding practices of families belonging to a prepaid group practice health care plan. *Pediatrics* 1980;65:978-988.
37. Grossman LK, Fitzsimmons SM, Larsen Alexander JB, Sachs L, Harter C. The infant feeding decision in low and upper income women. *Clin Paediatr* (Filadelfia) 1990;29:30-37.
38. Coles EC, Cotter S, Valman HB. Increasing prevalence of breast feeding. *Br Med J* 1978;2:1122.
39. Hoxter S, Ruvinsky R, Gariboto L, Moyano A. Lactancia materna: investigación operativa en dos países limítrofes. *Arch Argent Paediatr* 1976;74:9-15.
40. Kurinij N, Shiono PH, Rhoads GG. Breast-feeding incidence and duration in black and white women. *Pediatrics* 1988;81:365-371.
41. Sosa PLR, Klaus M, Kennell JH, Urrutia J. The effect of early mother-infant contact on breastfeeding, infection and growth. En: *Breast feeding and the mother*. New York:Elsevier/Excerpta Medica/North Holland;1976. (Ciba Foundation Symposiums [Series, 45]).
42. Salariya EM, Easton PM, Cater JI. Duration of breast-feeding after early initiation and frequent feeding. *Lancet* 1978;2:1141-1143.
43. Taylor PM, Maloni JA, Brown DR. Early suckling and prolonged breastfeeding. *Am J Dis Child* 1986;140:151-154.

ABSTRACT

Variations in feeding during the first month of life by social stratum, Córdoba, Argentina

This study looked at feeding history from birth to one month of age in a cohort of children born and residing in the city of Córdoba, Argentina, in 1993. The sample was divided into six social strata, according to occupation of the person primarily responsible for supporting the family. One month (\bar{x} = 31 days; SD = 1.2) after they gave birth, 620 mothers were surveyed to obtain occupational, housing, and demographic information about the family. In addition, information was gathered on the first food the infants received after birth and the type of food they were being given at one month; the latter was determined by means of 24-hour recall. The results indicated that the living conditions and demographic characteristics of the family were associated with social stratum. Strata

I (high), II, and III (medium) showed better levels of living and older age of the parents at the birth of the children than the lower strata (V, VI). Stratum IV showed values that approximated the averages for the entire sample. With respect to feeding practices, it was found that 98% of the children had been breast-fed in the first week of life; a statistical association was found between first food and social strata, with a higher prevalence of breast-feeding in the low social strata (V and VI) and of bottle-feeding in strata I and III. At one month of age, 26% of the sample was being breast-fed exclusively, 60% was being fed partially on mother's milk, and 14% was receiving a breast-milk substitute. A significant association ($P < 0.05$) existed between the type of feeding and social strata, with 38% of the infants being exclusively breast-fed in stratum I as opposed to 16% in stratum IV and 17% in stratum V. The following results also stood out in this study: the high proportion of children in all strata who started out breast-fed; the high proportion of infants that received artificial formulas during the first month of life; and the low prevalence of exclusive breast-feeding at that age.

Octava Conferencia sobre los Aspectos Sociales del Sida

Fecha: 28 de octubre de 1995
Lugar: Universidad de South Bank,
Londres, Inglaterra

Esta conferencia de un día se llevará a cabo el sábado 28 y durará aproximadamente desde las 9.00 hasta las 17.00 horas. Los participantes se reunirán, como en años anteriores, en el salón de conferencias Abbey, del edificio ubicado en London Road (London SE1). La inscripción de £50 incluye la entrada, almuerzo y otros refrigerios, y un ejemplar del libro *AIDS: Safety, Sexuality and Risk*, que está basado en las tres conferencias anteriores.

El 1 de septiembre es la fecha límite para aceptar resúmenes. Para solicitar pormenores sobre la presentación de trabajos, diríjase al Dr. Graham Hart, MRC Medical Sociology Unit, 6 Lilybank Gardens, Glasgow, G12 8QQ.

Información:
Michael J. Stephens
Sigma Research
School of Health Studies, University of Portsmouth
Unit 64, Eurolink Business Centre
49 Effra Road, London SW2 1BZ
Teléfono: 0171 737 6223; Fax: 0171 737 7898