

Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

Vicerrectorado de  
**INVESTIGACIÓN**

## **Escuela Universitaria de Posgrado**

**PRÁCTICAS HOSPITALARIAS Y CARACTERÍSTICAS BIOSOCIALES  
PARA EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA  
EN MADRES QUE ASISTEN A LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE  
SALUD MATERNO INFANTIL “EL PORVENIR”. LIMA, 2017**

Tesis para optar el grado académico de Maestra en Administración en Servicios de Salud

### **AUTOR:**

SOTO MAYORCA, Cenia Evelyn

### **ASESOR:**

Dr. CANDEL AYLLÓN, Víctor Eduardo

### **JURADO:**

Dr. MIRAVAL ROJAS, Edgar Jesús

Dr. MENDOZA LUPUCHE, Román

Dr. ALVITEZ MORALES, Juan Daniel

**LIMA – PERÚ  
2019**

## INDICE

RESUMEN.....	iii
ABSTRACT .....	iv
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Planteamiento del problema.....</b>	<b>2</b>
<b>1.2. Descripción del problema .....</b>	<b>3</b>
<b>1.3. Formulación del problema .....</b>	<b>4</b>
<b>Problema general.....</b>	<b>4</b>
<b>Problemas específicos.....</b>	<b>5</b>
<b>1.4. Antecedentes .....</b>	<b>5</b>
<b>1.5. Justificación de la investigación .....</b>	<b>10</b>
<b>1.6. Limitaciones de la investigación.....</b>	<b>11</b>
<b>1.7. Objetivos .....</b>	<b>11</b>
<b>Objetivo general .....</b>	<b>11</b>
<b>Objetivos específicos .....</b>	<b>11</b>
<b>1.8. Hipótesis .....</b>	<b>12</b>
<b>II. Marco Teórico .....</b>	<b>13</b>
<b>2.3. Aspectos de responsabilidad social y medio ambiental.....</b>	<b>35</b>
<b>2.1. Marco conceptual .....</b>	<b>36</b>
<b>III. Método .....</b>	<b>37</b>
<b>3.1. Tipo de Investigación .....</b>	<b>37</b>
<b>3.2. Población y muestra .....</b>	<b>37</b>
<b>3.3. Operacionalización de variables .....</b>	<b>39</b>
<b>3.4. Instrumentos .....</b>	<b>41</b>
<b>3.5. Procedimientos .....</b>	<b>42</b>
<b>3.6. Análisis de datos .....</b>	<b>43</b>
<b>3.7. Consideraciones éticas .....</b>	<b>44</b>
<b>IV. Resultados.....</b>	<b>45</b>
<b>V. Discusión de resultados .....</b>	<b>49</b>
<b>VI. Conclusiones .....</b>	<b>53</b>
<b>VII. Recomendaciones .....</b>	<b>54</b>
<b>VIII. Referencias .....</b>	<b>55</b>
<b>IX. Anexos .....</b>	<b>59</b>
<b>Anexo 1. Matriz de consistencia.....</b>	<b>60</b>
<b>Anexo 2. Instrumento.....</b>	<b>61</b>
<b>Anexo 3. Validez del instrumento .....</b>	<b>63</b>
<b>Anexo 4. Fiabilidad del instrumento .....</b>	<b>64</b>

## RESUMEN

El estudio se realizó con la finalidad de identificar los indicadores de las prácticas hospitalarias y de las características biosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva (LME) en madres que asisten a los servicios del Centro de Salud Materno Infantil “El Porvenir”. La investigación se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo explicativo, con diseño no experimental de 116 madres que sí abandonaron la LME y 183 que no. Entre los resultados más importantes relacionado con las prácticas hospitalarias, se tiene que, la ausencia de contacto precoz y la leche artificial otorgada por el hospital representan 6 veces más de riesgo para que la madre abandone la LME; respecto al factor biológico, la presencia de grietas y el hecho de que la madre esté medicada al iniciar la lactancia, presentan 9 y 10 veces más de riesgo para que abandonen la LME, respectivamente; respecto al factor social-personal, la ausencia de apoyo de la pareja representa 15 veces más de riesgo para que se dé el abandono y la creencia de que la lactancia deformará permanente la estética de la madre representa 8 veces más de riesgo para que la madre abandone la LME.

**Palabras clave:** Prácticas hospitalarias, características biosociales, abandono de la lactancia materna.

## **ABSTRACT**

The study was carried out in order to identify the indicators of hospital practices and the biosocial characteristics that influence the abandonment of exclusive breastfeeding (LME) in mothers attending the services of the Maternal and Child Health Center "El Porvenir". The research was developed under the quantitative approach, of an explanatory descriptive type, with a non-experimental design of 116 mothers who did abandon the SCI and 183 who did not. Among the most important results related to hospital practices, the absence of early contact and the artificial milk granted by the hospital represent 6 times more risk for the mother to abandon the SCI; Regarding the biological factor, the presence of cracks and the fact that the mother is medicated at the start of lactation, they present 9 and 10 times more risk to abandon the LME, respectively; Regarding the social-personal factor, the absence of support from the couple represents 15 times more risk for abandonment and the belief that breastfeeding will permanently deform the aesthetics of the mother represents 8 times more risk for the mother leave the LME.

**Key words:** Hospital practices, biosocial characteristics, abandonment of breastfeeding

## **I. INTRODUCCIÓN**

Entidades mundiales tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF), señalan a la lactancia materna como alimento fundamental, como mínimo, hasta los dos años de vida, y, siendo de recomendación especial por dichas entidades, la exclusividad de tan solo este alimento materno durante los seis primeros meses de vida (Lactancia Materna Exclusiva, llamada de aquí en adelante por sus siglas LME); luego de este periodo (6 meses) se complementa con alimentos adecuados. (OMS, 2015)

El proporcionar al niño de leche materna exclusiva satisface las necesidades proteicas, de carbohidratos, grasas, vitaminas y hierro además de satisfacer las necesidades del bebé durante su crecimiento; por ello, si un niño no recibe la alimentación adecuada no desarrolla todo su potencial mostrando niveles de anemia y desnutrición crónica altos.

Son muchos los factores que pueden asociarse a que una mujer tienda a abandonar la práctica alimentaria exclusiva con leche materna durante los seis primeros meses de vida de un niño o niña. Entre los más representativos se puede señalar aspectos vinculados con un cuadro cognitivo, ya que se ha observado mucho acerca del desconocimiento que tienen las mujeres respecto a los beneficios de la lactancia materna; otra de las razones que más se hacen evidentes son los problemas que puede tener la mujer en el momento de amamantar, entre otros factores. (Félix, Martínez, & Sotelo, 2011)

El contexto en el que se va a llevar a cabo la presente investigación, pertenece al distrito de La Victoria, el cual se encuentra en la provincia de Lima que, según las estimaciones dadas por el Instituto Nacional de Informática y Estadística (INEI), cuenta un total de 193 592 habitantes, de los cuales el 27.26% (52 775) son mujeres (INEI, 2014) en edad fértil. Uno de los principales problemas en este distrito es la desnutrición crónica que hay en los

niños de 06 a 35 meses y, a su vez, hay una alta tasa de anemia y de abandono de la LME, es por ello que el presente estudio pretende identificar los principales indicadores procedentes de las prácticas hospitalarias y de las características biológicas y sociales que puedan tener impacto en el abandono de la lactancia materna exclusiva.

### **1.1. Planteamiento del problema**

Según la OMS, en todo el mundo se evidencian problemas relacionados con las prácticas alimenticias a los lactantes, sobre todo, la LME se muestra en nivel bajo (OMS, 2011), otro dato importante que revela la misma institución es que una gran cantidad de mujeres, abandona la práctica de alimentar a su hijo o hija mediante la leche materna mucho antes de lo que tenía previsto. (OMS, 2015)

A la fecha, existen diversos estudios que tratan de explicar o identificar los predictores que desencadenan a que una mujer abandone la lactancia materna; los predictores hallados pueden variar de acuerdo a otras variables como la zona de residencia, características socioeconómicas y culturales (Félix et al., 2011). En líneas generales, la situación en América latina es notable que el abandono de la lactancia materna se da con mayor frecuencia en aquellas madres que han alcanzado estudios superiores, pertenecen a un mejor nivel socioeconómico y, las que trabajan fuera del hogar (Marquez, Vargas, Chunga, & Garcia, 2013)

Otro de los aspectos a mencionar es que la ausencia de la práctica de la LME, priva al niño o niña de diversas formas naturales de su organismo se rprepare para futuras enfermedades, entonces significa un costo futuro que se puede evitar cuando la persona se encuentra en etapa de LME, asimismo, otra situación de costo se tiene justo en el momento en que una mujer deja de amamantar a su hijo o hija, puesto que, en el mejor

de los casos ha de suplir por otras alternativas artificiales para la alimentación del bebé (Girón, Mateus, & Cabrera, 2009). En información tangible se tiene que, en nuestro país, el 29.4% de las madres que tienen hijos menores de seis meses de vida, no ejercen la práctica de la alimentación natural exclusiva con leche materna. (OMS, 2013). (OMS, 2004). En nuestro medio, los estudios sobre el por qué se da este abandono de la LME, pone en evidencia dos factores importantes como es la temprana edad de la madre y la condicional de que si ha recibido o no educación maternal (Gonzalez, Huespe, & Auchte, 2008) un dato que refuerza esta última afirmación es que dicho fenómeno se da por desconocimiento de la madre sobre prácticas de alimentación (Broche, Sánchez, Rodríguez, & Pérez, 2011) y por otro lado un componente cultural relacionado con las creencias inadecuadas que tienen las mujeres respecto a la alimentación con leche materna creencias maternas inadecuadas (Niño, Silva, & Atalah, 2012); también existen factores laborales como la culminación o la caducidad del tiempo de permiso que tienen las madres según la ley por maternidad (Félix et al., 2011) y un factor menos frecuente pero que se da, es debido a una indicación médica (Gigena, 2008).

## **1.2. Descripción del problema**

A nivel mundial, casi la totalidad de las mujeres en edad fértil (97%) se encuentra en la capacidad de brindar lactancia materna hasta que el recién nacido alcance los dos años de edad; esta afirmación es dada por la OMS, no obstante, existen datos evidentes que señalan que las mujeres, a pesar de tener la capacidad para hacerlo, tienden a abandonar esta práctica nutricional (OMS, 2015). Hasta el día de hoy, no se tiene la certeza de qué factores hospitalarios son los que tienen impacto en la duración de la lactancia materna; por mencionar a algunos, y tal como se menciona en distintos artículos médicos, el inicio precoz de la lactancia materna, el contacto continuado madre-hijo, demanda de

alimentación según un determinado régimen, enseñanza de un amamantamiento adecuado previa al alta. (OMS, 2015) (Broche et al., 2011)

En nuestro país, la práctica de la LME, tuvo incrementos notables a lo largo de la década de los años 90, pasando de un índice que estuvo por debajo del 20% en 1992 a cerca del 60 % en el año 2000; no obstante, es tarea de los profesionales de la salud, hacer que este porcentaje no disminuya o siga incrementándose, a pesar de que hoy en día, la tasa de lactancia materna está por encima del promedio mundial, pero se ha observado un ligero estancamiento a partir del año 2012(OMS, 2015b)

En la actualidad, aproximadamente poco más de la mitad de los recién nacidos en el Perú, toman leche materna a la primera hora de vida, y el resto son privados de ello, sobre todo por desconocimiento de lo beneficioso que es dicha práctica en dicho momento; de esto se desprenden observaciones tales como que los niños que no han sido amamantados a la primera hora de nacido, tienden a presentar diez veces más probabilidades de fallecer, comparados con los que sí recibieron dicha alimentación.(OMS, 2015b)

### **1.3. Formulación del problema**

#### **Problema general**

¿Cuáles son los principales indicadores de las prácticas hospitalarias y de las características biosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva de madres que asisten a los servicios del Centro de Salud Materno Infantil “El porvenir”?



## **Problemas específicos**

- 1) ¿Cuál es la influencia de las prácticas hospitalarias en el abandono de la lactancia materna exclusiva?
- 2) ¿Cuáles son los predictores del factor Biológico que influye de manera significativa en el abandono de la lactancia materna exclusiva?
- 3) ¿Cuáles son los predictores del factor Social que influye de manera significativa en el abandono de la lactancia materna exclusiva?

### **1.4. Antecedentes**

#### **Internacionales**

Rius et al., (2015) Realizó una investigación en España, cuyo objetivo fue el determinar cuáles son los factores de riesgo vinculados al inicio de la lactancia materna y los motivos maternos para tomar dicha decisión. El estudio se realizó en 452 pares (madre – recién nacidos). Entre los principales resultados tenemos que el 29% no recibió lactancia materna, siendo los factores que favorecieron esta decisión por parte de la madre: consumo de tabaco (OR= 0,37; IC del 95%: 0,15-0,92), abortos previos (OR= 0,35; IC del 95%: 0,20-0,60) y el tener prescripción farmacológica al inicio de la lactancia (OR= 0,25; IC del 95%: 0,08-0,74). Caso contrario, entre los factores que favorecían el inicio de la lactancia materna encontramos: opinión favorable de la pareja (OR= 28,49; IC del 95%: 5,34-151,95), opinión neutral de la abuela materna (OR= 4,79; IC del 95%: 0,99-23,76) y haber brindado lactancia materna a hijos anteriores (OR= 22,63; IC del 95%: 5,68-90,07). A modo de conclusión, los autores mencionan que la ingesta de fármacos por parte de la madre es uno de los factores asociados para no brindar lactancia materna a pesar de ser algo que tiene solución si se sigue una

asesoría adecuada. También mencionaron que se deben implementar medidas para alcanzar una tasa del 100% respecto al inicio de la lactancia materna y unificar posturas respecto a lo que es considerado como *inicio de la lactancia materna* con el objetivo de ser de utilidad para investigaciones posteriores.

Maisanche, (2015) realizó una tesis con fines de graduación como médico en Ecuador, la finalidad de su estudio fue identificar los factores predisponentes para el abandono precoz de la lactancia materna en menores de seis meses y su relación con el desarrollo de infecciones respiratorias agudas. Realizó un estudio Transversal de Periodo en 98 niños menores de 6 meses que acudieron al centro de salud de Tisaleo, obteniendo que el nivel de significación es del 95% de Confiabilidad con un valor Critico  $>1$ , el valor calculado de Odds ratio es de 3.21 (IC. 1.93 – 8.22) con la que se comprueba la hipótesis siguiente “Las Infecciones Respiratorias Agudas son más frecuentes en niños que tuvieron Destete Precoz”. Se encuentran como resultado más importante de los 98 niños que participaron en el estudio sus madres las mismas que son estudiantes y profesionales presentan altos porcentajes de destete precoz y esos son valores estadísticamente significativos al compararlos con madres que permanece en casa sea estas agricultoras, quehaceres domésticos e incluso comerciantes. Con un Chi cuadrado de 16.15 con 1 grado de libertad y  $p: 0.000586$ . Existe además una relación importante entre las Infecciones Respiratorias Agudas y el Estado Nutricional están muy relacionadas ya que un Estado Nutricional con Peso Bajo/Peso Bajo Severo predispone a padecer de Infección Respiratoria con un Chi cuadrado de 26.45.

Gorrita, Terrazas, Brito, & Ravelo, (2015) en Cuba evalúan aspectos asociados con la lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses de vida, evaluando a 60 lactantes pacientes de siete consultorios pertenecientes al policlínico *Rafael Echezarreta* de San José de Las Lajas. Entre los principales resultados encontramos

que, al cuarto mes, un poco menos de la mitad (41.6%) recibía lactancia materna exclusiva y, al sexto mes, un poco menos del 15%. Entre las principales causas de abandono de la lactancia materna fueron en un 40% que el bebé no satisficiera su hambre y en un 32.6% que la madre no produjera suficiente leche. Respecto a las enfermedades más frecuentes asociadas al abandono de la lactancia materna tenemos las diarreicas y respiratorias con sibilancia y episodios febriles además de existir un mayor porcentaje de enfermos. Los autores concluyen señalando que las enfermedades asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva se presentaron de forma significativa en forma de malestar estomacal, respiratorio, episodios febriles síndromes febriles e ingresos hospitalarios.

Pinilla, Dominguez, & García, (2014) hicieron un estudio en Colombia, al que denominaron “Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva”. Participaron 158 mujeres adolescentes en etapa de lactancia, quienes fueron evaluadas con dos intrumentos cuyo fin era caracterizar a las madres adolescentes y el APGAR familiar para evaluar la funcionalidad familiar. Encontraron que, dentro de los principales motivos para que una madre abandone la LME, es debido a que tienen poca leche, otras consideran que la leche materna no es suficiente para que el niño se llene o se alimente adecuadamente.

Espinoza, Zamorano, & Graham, (2014) En México, evaluaron los factores que determinantes de la duración de la lactancia materna en el transcurso del primer trimestre de vida del bebé. Se trató de una investigación de cohortes en el que participaron 140 madres. Encontraron que una de las principales causas para que la madre suspenda la LME, es debido a la poca producción de leche o, que tienen grietas en los pezones; asimismo, las madres que tienen la necesidad de trabajar. Uno de los

factores que representó ser protector para la LME es que esta práctica alimenticia se dé desde el inicio del nacimiento.

Pino, Lopez, Mendel, & Ortega, (2013) En Chile, realizaron un trabajo de investigación, con la finalidad de identificar los predictores que pueden tener influencia en la duración de la LME en una zona rural. Fue un estudio de cohorte transversal en el que participaron 273 niños entre 6 y 11 meses de edad. Entre los principales resultados se tiene que el riesgo para que ocurra el abandono de la LME, se da con más probabilidad en las madres que tienen hasta 25.5.

López, Martinez, & Zapata, (2013), realizaron en Colombia un estudio en dicho país, con el fin de determinar las razones de abandono de la LME; fue una investigación con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo con corte transversal en el que participaron 303 madres que tienen hijos menores de 24 meses. Entre los principales resultados se obtuvo que el temprano abandono de la LME ocurre por lo general debido a que la madre produce poca leche, o por el mismo rechazo por parte del bebé, asimismo, otro de los aspectos relevantes para que ocurra este abandono, se da en relación con las actividades de la madre y el bienestar de la salud que presente la misma.

Niño, Silva, & Atalah, (2012), llevaron a cabo una investigación en Chile donde el objetivo central fue identificar los factores asociados al abandono de la LME en un sistema público y privado que brinda atención de salud. Se trató de un estudio con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo transversal en el que participaron 220 mujeres. Entre los principales resultados se tiene que el riesgo para que una madre abandone la LME, es de 5 veces más si es que no ha tenido una experiencia exitosa en la lactancia anterior, y/o si el lactante es hombre, y/o si la madre tiene estudios superiores.

## **Nacionales**

Quispe, Oyola, Navarro, & Silva, (2015) realizó un estudio en Ica, con el fin de caracterizar el abandono de la lactancia materna exclusiva y las creencias maternas que se da en torno a ello. Se trató de una investigación de tipo observacional, descriptiva de corte transversal en el que participaron 239 madres. Entre los principales resultados se tiene que el abandono de la LME se da indistintamente a la edad de la madre, al ingreso familiar, al grado de instrucción, a la ocupación y al tipo de parto; no obstante, se observa mayor abandono en aquellas que creen que dar de lactar es doloroso, las que piensan que la leche materna será insuficientes tanto para alimentar como para calmar el hambre del menor, así mismo, en aquellas que piensan que el biberón es la mejor forma de controlar la alimentación del niño o niña y, aún más se da el abandono en las mujeres que piensan que dicha práctica alimentaria dañará la estética de su cuerpo.

Laghi, Yaipen, Risco, & Pereira, (2015) llevaron a cabo un estudio en Lima cuya finalidad fue estudiar los factores asociados al abandono de la LME en el distrito de Villa el Salvador. Se trató de una investigación de tipo observacional - analítico de corte transversal en el que participaron 109 madres. Entre los principales resultados se tiene que uno de los predictores de riesgo para que se dé el abandono de la lactancia materna es que la madre sea soltera y no se encuentre casada o conviviendo con su pareja; otro factor que contribuye a esto es que la madre sea primípara. Existen factores protectores frente al abandono y son los partos por cesárea y que la madre solo haya alcanzado estudios técnicos.

Villanes, (2015), desarrolló una investigación en Lima donde el objetivo fue estudiar el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres añosas. Se trató de un estudio

de cohorte, de tipo analítico, observacional y retrospectivo en el que participaron 125 casos y 125 controles. Entre los principales resultados se tiene que ni a los siete días ni a los 30 días observaron diferencias significativas entre las madres jóvenes y no jóvenes respecto al abandono de la LME.

### **1.5. Justificación de la investigación**

Desde una perspectiva de la justificación teórica, la importancia de la investigación radica en la prevención para que se llegue a cumplir con los seis meses de lactancia exclusiva y alejar aspectos que lleven a que una madre suspenda esta práctica alimenticia, debido a que aporta significativos beneficios para el bienestar infantil sobre todo en aspectos de desarrollo de la motricidad y de aspectos de desarrollo intelectual; por otro lado, se hace evidente que la LME es un factor protector frente a enfermedades gastrointestinales o las que afectan al sistema respiratorio. Además, no solo es beneficioso para los neonatos, sino también para las madres, ya que permite la eliminación de la oxitocina que es producida en el momento de la succión del pezón, que está ligado a las concentraciones uterinas y la expulsión de la placenta en un tiempo más corto; además, tiende a evitarse la aparición de un cuadro hemorrágico después del parto, contribuyendo a que el útero regrese a su tamaño y estado original.

Con los resultados, se aportará a tener más evidencia que demuestren la importancia del objetivo de esta investigación; y de esa manera poder orientar a las madres a prevenir el abandono de la lactancia materna. Así mismo, brindar información acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva, a madres que estén iniciando su periodo de gestación, o a familias que deseen tener hijos.

## **1.6. Limitaciones de la investigación**

Los resultados de la presente investigación pueden hacerse extensivos a un contexto de lima metropolitana. Una de las principales limitaciones radica en la identificación de las madres que abandonaron la lactancia materna exclusiva dado que se tuvo que esperar un largo periodo de tiempo para que retornase al centro de salud.; por lo tanto, va de la mano un segunda limitación que es el factor tiempo que represento dicha espera.

## **1.7. Objetivos**

### **Objetivo general**

Identificar los principales indicadores de las prácticas hospitalarias y de las características biosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva de madres que asisten a los servicios del Centro de Salud Materno Infantil “El porvenir”.

### **Objetivos específicos**

- 1) Determinar la influencia de las prácticas hospitalarias en el abandono de la lactancia materna exclusiva.
- 2) Determinar los predictores del factor Biológico que influye de manera significativa en el abandono de la lactancia materna exclusiva.
- 3) Determinar los predictores del factor Social que influye de manera significativa en el abandono de la lactancia materna exclusiva.

## **1.8. Hipótesis**

### **General**

Existen indicadores de las prácticas hospitalarias y de las características biosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva de madres que asisten a los servicios del Centro de Salud Materno Infantil “El porvenir”.

### **Específicas**

- 1) Los indicadores de influencia significativa para el abandono de la LME procedentes del factor Prácticas hospitalarias, son: Estancia hospitalaria mayor a 48 horas, ausencia de información brindada sobre los beneficios, técnicas de amamantamiento, ausencia de contacto precoz, más de 20 horas para la primera toma de leche, uso de leche artificial y el parto por cesárea.
- 2) Los indicadores de influencia significativa para el abandono de la LME procedentes del factor biológico, son: la poca producción de leche, presencia de grietas y/o fisuras, mastitis, hipersensibilidad de los senos.
- 3) Los indicadores de influencia significativa para el abandono de la LME procedentes del factor social, son: Ausencia de apoyo por parte de la pareja y de la familia, estudios superiores, tenencia de 3 hijos a más, madres menores de 25 años, no convivir con su pareja, no haber recibido educación maternal, estar trabajando y, no haber tenido una LME anterior con éxito; asimismo, creencias como que afecta a la estética, es mejor la leche en polvo, la leche materna no alimenta al bebé ni les protege de enfermedades.



## II. Marco Teórico

### **La lactancia materna**

El término *Lactancia Materna* es empleado para indicar la alimentación recibida por el recién nacido y/o por el lactante por medio del seno materno; este tipo de alimentación es un acto fisiológico, instintivo y de herencia biológica tan antigua como la humanidad y propio de las especies mamíferas. (Nelson, 1989) (Tuleda, 1996)

El amamantar es, prácticamente, una práctica innata en las mujeres, todas ellas pueden realizar esta acción siempre y cuando estén preparadas, dispongan de la información adecuada y del apoyo de su familia y sistema de salud.(OMS, 2015) Con la lactancia materna se aporta nutrientes a la alimentación de los niños, necesarios para su crecimiento y desarrollo.

La OMS y el Unicef ponen de manifiesto la importancia de la lactancia materna exclusiva, recomendando brindarla durante los primeros seis meses de vida del recién nacido y proseguir en los meses siguientes implementando alimentos complementarios hasta un mínimo de dos años (OMS, 2003). La Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding, (2005) recomienda el mantener brindando lactancia materna a los recién nacidos por lo menos durante el primer año de vida; coincidiendo con las recomendaciones del Comité de lactancia de la Asociación española de pediatría (Asociación Española de Pediatría, 2008).

### ***Composición de la leche***

Ferreras & Gonzalez, (2012) Menciona que se debe realizar una distinción entre el precalostro, calostro, leche de transición, leche madura y la leche de pretérmino,

mencionando sus características bioquímicas, idóneas en cada uno de las etapas de la vida del lactante. Esta composición varía de acuerdo a las etapas del lactante, de las horas del día y de comienzo a final de la lactancia.

- **Precalostro:** Se denomina así a la secreción mamaria compuesta por exudado de plasma, sodio, cloro, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina y una pequeña cantidad de lactosa existente en la luz de los alveolos.
- **Calostro:** Es un flujo amarillento y espeso, compuesto por el precalostro y la leche materna que se produce durante los primeros cuatro días del postparto. Alcanza un volumen de 2 a 20 ml por vez en los primeros 3 días postparto. La producción de kilo calorías es de 54 por 100 ml, 2.9 g/100 ml de grasa, 5.7 g/100 ml de lactosa y 2.3 g/100 ml de proteínas, que son tres veces más que la leche madura. Una de las cualidades más destacables es la alta concentración de IgA y lactoferrina, adicionado a los linfocitos y macrófagos (100.000 / mm<sup>3</sup>), otorgando una acción protectora frente a gérmenes que puedan alojarse en el aparato digestivo del lactante ya que no son destruidas por completo. Contiene vitaminas liposolubles en alta concentración, destacando el beta caroteno que brinda la pigmentación amarillenta propia del calostro.
- **Leche de transición:** producida entre los cuatro a quince días posparto, variando en el transcurso de los días observando que al sexto día, se produce un aumento brusco en la producción de leche, hasta estabilizarse, entre el día 15 a 30, en unos 600 a 700 ml/día.
- **Leche madura:** Inicia a manera de transición luego de las tres etapas anteriores. Su contenido es de 70 Kcal/100 ml. Su volumen promedio es de 700 ml/día en los 6 primeros meses postparto, descendiendo a unos 500 ml/día en el 2º semestre. Sus principales componentes son: proteínas, minerales, hidratos de carbono,

grasas, agua y vitaminas. La leche materna contiene un 88% de agua con una osmolaridad semejante al plasma (286 mosm). La lactosa es su principal carbohidrato (7,3 mg %) y la principal fuente energética del lactante (disacárido compuesto de glucosa y galactosa). La galactosa es utilizada en la síntesis de "galactolípidos", de importancia en el desarrollo del sistema nervioso central del niño. El alto contenido en lactosa determina las deposiciones blandas del lactante que permite la absorción del Ca en el colon. Otros carbohidratos complejos se encuentran libres o unidos a proteínas como la N-acetilglucosamina y oligosacáridos. Los carbohidratos y glucoproteínas estimulan el desarrollo del "Lactobacilo bífido", bacteria predominante en el intestino del lactante que lo protege de los gérmenes patógenos. Algunos oligosacáridos, de estructura semejante a los receptores bacterianos, bloquean la adherencia de bacterias a la membrana celular.

- Proteínas: Se encuentran entre 0,9 g/100 ml y su composición es 30% de caseína proteínas de suero al 70%; lactoferrina, lactoalbúmina, lisozima, IgA, IgG, IgM y albúmina; proteínas en baja concentración como: enzimas, moduladores del crecimiento y hormonas. La lactoalbúmina tiene un alto valor biológico. La lactoferrina favorece la absorción del Fe en el intestino, además de acción bacteriostática. La lisozima tiene actividad antiinflamatoria. La IgA es la principal inmunoglobulina de la leche humana.
- El contenido de nitrógeno es alto (20% - 30%) a nivel no proteico, compuesto principalmente por urea y aminoácidos libres (como la taurina) empleada por el lactante para conjugar los ácidos biliares, además de ser un posible neurotransmisor.

- **Grasas:** Encontrándose en un 50% como calorías en la leche, siendo variable ya que su concentración es menor al iniciar que al finalizar la lactancia afectando la dieta materna. La composición de la leche materna es variada, contiene una gran cantidad de enzimas que se encuentran activas en el sistema digestivo del lactante; encontramos además un gran número de leucocitos vivos, linfocitos y macrófagos cuya capacidad fagocitaria y producción de complementos tales como la lisozima y lactoferrina, manteniendo su capacidad de producir anticuerpos.
- **Leche de pretérmino:** Referida a la producción de leche con una mayor proporción de proteínas, lactoferrina e IgA y menor lactosa, que es más adecuada para el lactante nacido en parto pretérmino. Su tiempo de duración es prolongado para cubrir los requerimientos proteicos; sin embargo, no cubre en su totalidad el Ca y P, necesitando emplear suplementos.

### ***Beneficios***

El mayor beneficio de la leche materna y, el más importante, es ser el alimento infantil más equilibrado, conteniendo los nutrientes necesarios para el desarrollo del recién nacido, beneficiando no solo la salud; sino, el sistema inmunológico del recién nacido, además de los múltiples beneficios para la madre. Aquí mencionamos 13 de los beneficios que contiene la leche materna. (Heing, 2001):

#### ***Para la salud del bebé***

- **Infecciones:** La leche materna estimula el sistema inmune, posee agentes (anticuerpos) que contribuyen a proteger a los lactantes de las bacterias y los virus. Los bebés alimentados con leche materna son más capaces de combatir todo tipo

de infecciones: Gastrointestinales, Infecciones de vías respiratorias (como neumonías y bronquiolitis), Infecciones urinarias, otitis y diarrea.

- Los lactantes amamantados durante más de tres meses sufren menos infecciones y éstas son más leves. Algunos autores consideran el pecho materno como el órgano inmunitario del bebé.
- Enfermedades crónicas de la Infancia: Los lactantes alimentados con leche materna presentan índices más bajos de: celiacía, cáncer, esclerosis múltiple, artritis crónica juvenil, alergias, asma, y dermatitis atópica
- Diabetes: Protege contra la diabetes tipo I, porque se retrasa la introducción de la leche de vaca y sus derivados. En los casos de predisposición genética a la diabetes, está mucho más indicada la lactancia materna y hay que evitar los productos que contengan proteína de vaca hasta el primer año de vida del bebé.
- Meningitis: La capacidad de segregar anticuerpos específicos frente a las bacterias del neumococo, meningococo, no se alcanza hasta el segundo año de vida. Por lo tanto, la lactancia materna supone un aporte defensivo para luchar contra esta enfermedad.
- Muerte súbita: Reduce también el riesgo de muerte súbita
- Leucemia: El consumo de leche materna por más de seis meses reduce las posibilidades de padecer esta enfermedad y la aparición de linfomas, debido a la presencia de la proteína alfa-lac que, según estudios, reduce la producción de células cancerígenas e inmaduras, favoreciendo el crecimiento de células maduras y estables.

- El desarrollo de los dientes: Favorece el desarrollo adecuado de la mandíbula y la estructura interna de la boca, debido a que la succión es distinta al del biberón, evitando el desarrollo de malformaciones y la prevención de caries.
- Sistema digestivo: Al ser rica en probióticos evita la producción de elementos patógenos; además el sabor de la leche materna es más agradable al paladar de los recién nacidos, esto debido a que los alimentos ingeridos por la madre modifican su sabor en una pequeña proporción facilitándole al lactante el ingerir alimentos complementarios.
- Obesidad: Por su contenido de leptina, hormona que controla la obesidad en adultos, se reduce el riesgo de obesidad en infantes, demostrando la relación inversa de mayor tiempo de amamantar menor riesgo de padecer obesidad.
- Desarrollo cerebral: Investigaciones demuestran la asociación entre niños lactantes y mayor coeficiente intelectual a causa de un mayor crecimiento y desarrollo cerebral.
- Mejor respuesta frente a las vacunas: Existe una mayor respuesta inmunitaria en niños alimentados con leche materna.
- Salud del adulto: Los adultos que fueron amamantados presentan niveles de colesterol más bajos. Por el contrario, los que tomaron leche artificial presentan en la edad adulta la presión arterial, el peso, y el índice de masa corporal más elevado.
- Prematuros: Aunque la madre dé a luz antes de tiempo, su leche estará especialmente adaptada a las necesidades de un bebé prematuro. Durante varias semanas, contiene más proteínas, calcio, sodio y otros nutrientes que la leche materna normal. Además, los prematuros alimentados con leche de su propia

madre, están más protegidos frente a los gérmenes hospitalarios, causantes de la Enterocolitis Necrotizante, enfermedad que produce mucha mortalidad entre los prematuros.

#### *Para la salud de la madre*

- **Recuperación Útero:** Cuando el bebé succiona del pezón inmediatamente después del parto, produce la liberación de oxitocina en la madre. Esta hormona favorece el desprendimiento de la placenta, que el útero vuelva a su tamaño natural, y que haya una menor pérdida de sangre posterior al parto.
- **Mejoría de anemia:** La disminución del sangrado mejora la anemia. Además, la lactancia inhibe la ovulación durante varios meses, y esta ausencia de menstruación contribuye a un importante ahorro de hierro.
- **Cáncer de mama y ovario:** Existen amplios estudios que constatan un menor riesgo de padecer cáncer de mama y ovario
- **Pérdida de peso:** Se produce a partir del gasto energético de la madre al momento de dar de lactar ya que se consumen las reservas que la madre ha acumulado durante su el periodo de gestación.
- **Osteoporosis:** Se contrarresta debido a que, al momento de la lactancia, el metabolismo de la madre produce un incremento de la absorción del calcio, que e emplean para la producción de leche, además de reducir las probabilidades de fracturas en cadera y columna durante la menopausia.

### *Para la sociedad*

Por otro lado, luego de mencionar las ventajas en la salud madre-hijo, se debe hablar de los beneficios económicos, familiares y ambientales. En primera instancia debemos mencionar que los beneficios se han traducido en un menor número de ausentismos en el trabajo debido a la falta de incidencias patológicas en los niños; además de una mejora en los ingresos económicos. Otra de las contribuciones a mencionar es la protección del medio ambiente, contribuyendo a la reducción de desechos tales como latas, biberones y recipientes desechables.

### *Técnicas de lactancia materna*

Entre los mayores problemas encontrados por la madre, se encuentra que el bebé pueda coger el pezón con los labios; para ello se han creado una serie de técnicas que permitirán al bebé realizar esta acción. Uno de los primeros consejos a seguir es el ayudarle a encontrar el pezón y/o estimularlo acercando su nariz para que abra por completo la boca; es ahí donde se debe acercar el pecho al bebé y no en viceversa. Los labios del bebé deben abarcar prácticamente toda la aureola del pezón y la lengua estar por debajo y, por último, la barbilla debe encontrarse contra el pecho y la nariz apoyada en él. A continuación, se mencionarán una serie de técnicas:

#### *Según la posición:*

- Posición del niño con la madre acostada: Esta técnica será muy útil para emplearse por las noches o en madres que han pasado por cesáreas. Esta, como se menciona en el título, consiste en hacer amamantar al bebé acostado de lado y colocarlo de manera en la que, tanto la madre como el bebé estén barriga con barriga, para que pueda coger el pecho sin problemas.





**Figura 1.**

*Posición del niño con la madre acostada*

**Fuente:** (Castelló, 2013)

- Posición tradicional o de cuna: Este tipo de posición la espalda debe estar recta y tener las rodillas un poco más arriba que la cintura, ayudándose de un cojín colocándolo en la espalda y un banquito bajo los pies. Se debe apoyar al bebé en el antebrazo, colocándolo cerca al pecho, manteniendo su ombligo paralelo al de la madre y, para más comodidad, colocar una almohada debajo del niño.

Existen variantes de esta posición, como la posición de cuna cruzada, en donde, se apoya al bebé directamente sobre el cojín, mientras que su cabeza va sujeta con la mano del lado contrario. Esta técnica es útil cuando el bebé tiene dificultades para poder coger el pecho.



**Figura 2.**

*Posición tradicional o de cuna*

**Fuente:** (Castelló, 2013)

- **Posición de canasto, o de rugby** Esta técnica es de utilidad cuando la madre ha pasado por una cesárea, si ha sufrido grietas durante el amamantamiento o un amamantamiento simultáneo (gemelar o múltiple). Consiste en que la madre debe sentarse y colocar una almohada en posición transversal en donde se apoyará al bebé de espaldas, sujetándolo con el brazo y sosteniendo su cabeza con el hueco de la mano. Emplear esta técnica permitirá a la madre observar si el bebé mama correctamente o tiene dificultades tales como no coger bien el pecho, si tiene la nariz taponada o si es prematuro.



**Figura 3.**  
*Posición de canasto, o de rugby*  
**Fuente:** (Castelló, 2013)

- **Posición sentada.**

En esta posición la madre debe colocarse con la espalda recta y hombros relajados, apoyando los pies en una pequeña banca o taburete evitando que los muslos bajen. El bebé deberá estar mirando hacia la madre (apoyando, ombligo con ombligo), apoyándolo en un cojín con la finalidad de acercarlo hasta el pecho solo si es necesario.



**Figura 4.**  
*Posición sentada*  
**Fuente:** (Castelló, 2013)

- **Posición de Caballito**

En esta posición se debe colocar al niño en posición vertical apoyando sus piernas en los muslos de la madre y acercarlos a su pecho. Esta postura es aconsejable para las madres que tienen pechos grandes, cuando se ha formado grietas en los pezones, para facilitar la lactancia a los bebés con problemas del paladar o en el caso de niños con Síndrome de Down.



**Figura 5.**  
*Posición de Caballito*  
**Fuente:** (Castelló, 2013)

- **Posición para amamantar en el caso de embarazo múltiple**

Se pueden encontrar una gran variedad de posturas para amamantar gemelos; sin embargo, explicaremos una de las más empleadas por las madres (figura 6) en donde la madre toma una postura de *balón de rugby*, tomándolos con los brazos y sujetando sus cabezas con las manos. Una variación de esta postura es poner a los bebés en posición de cuna, sobre una almohada, si es necesario, y con los cuerpos en paralelo.



**Figura 6.**  
*Amamantamiento para gemelos*  
**Fuente:** (Castelló, 2013)

### ***Recomendaciones***

- Cual sea la técnica a emplear (postura) se debe tener en cuenta que la cabeza del bebé debe estar alineada al pecho de la madre (boca – pezón) sin que haya la necesidad que el bebé gire, flexione o extienda el cuello.
- Para que el bebé lacte correctamente su boca debe estar muy abierta con los labios *evertidos* para que el pezón de la madre este dentro de la boca del bebé y el pezón apoyado al labio superior y la lengua entre la areola y el labio inferior, debido a que la forma de lactar del infante es apretando hacia arriba el pecho de la madre.

- La forma correcta en la que el menor debe lactar será de una forma rítmica, empleando la mandíbula, cuyo movimiento se verá expresado en movimientos que se extenderán hasta sus orejas y sienes creando una visión *redondeada* de sus mejillas. Con esta técnica el dolor al momento de amamantar es menor o en algunos casos imperceptibles para la madre.
- Respecto al final del amamantamiento, la madre debe liberar el pezón colocando su dedo (índice) dentro de la boca del bebé evitando lastimar el pezón debido a la succión (vacío).

### **Promoción de la lactancia materna en el mundo**

*Según la OMS, el Programa Mundial de Alimentos (PMA)* (OMS, UNICEP, & PMA, 2013)

La OMS y la OPS trabajan en pos de rescatar la importancia de lactancia materna en el mundo, mediante la difusión de información a través de folletos y revistas que se otorgaran al personal de salud para capacitarlos y a su vez estos brinden estos conocimientos a las madres. Esta información, en síntesis, explica que la lactancia materna debe ser: precoz, exclusiva y a libre demanda del bebé.

Existe una gran demanda de capacitación especializada en lactancia materna exclusiva, brindando a la madre conocimiento fundamentado de la importancia de esta práctica tanto al nivel nutricional como afectivo. Las necesidades cambiantes de los bebés solo serán suplidas con la lactancia materna ya que se adapta al crecimiento del niño sin la necesidad del empleo de fórmulas. (OMS, 2013)

La promoción de la lactancia materna exclusiva se da mediante una estrategia de la OPS la cual comprende tres puntos:

- Empleo de medios de comunicación masivos y materiales destinados exclusivamente a las madres.
- El trabajo en equipo justo a RR.HH.
- Realizar seminarios informativos en los servicios que trabajen directamente con las madres. (obstetricia, ginecología, servicios de maternidad)

Es fundamental el empleo de un lenguaje claro y mensajes coherentes para la difusión de la información mediante los programas promotores de la lactancia materna garantizando la supervivencia y optimo estado de salud del bebé.

### ***Código Internacional de los Sucedáneos de la Leche Materna:***

Sucedáneo de la leche materna es todo alimento comercializado o de otro modo presentado como sustituto parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para este fin. En 1989 la OMS y la UNICEF presentan en la 67ª Reunión del Consejo Consultivo de la OMS, una propuesta de código y la 34ª Asamblea Mundial de la Salud lo adopta el 21 de mayo.

El objetivo del código es: “contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y eficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia materna y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución. El código no permite ninguna publicidad de los sucedáneos de la leche materna, otros alimentos de origen lácteo, bebidas, incluidos alimentos complementarios,

biberones y chupones. También prohíbe la promoción de los productos en los servicios de salud y la oferta de muestras al personal de salud.

***Declaración Conjunta OMS/UNICEF: (OMS et al., 2013)***

Esta, en 1989, menciona su apoyo a la lactancia materna exclusiva, especificándolas en sus principales puntos descritos a continuación:

- Descripción de las posibilidades para brindar información y apoyo a las madres que brindan lactancia materna exclusiva.
- Incentivar al personal de salud a una revisión de políticas y prácticas que no beneficien o interfieran con la lactancia materna.

***Convención sobre los derechos del niño: (OMS et al., 2013)***

Llevada a cabo en 1989, en donde existe el compromiso de “asegurar que todos los sectores de la población, en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene...”

***Cumbre Mundial a Favor de la Infancia: (OMS et al., 2013)***

Los días 29 y 30 de septiembre de ese mismo año, se reunió en las Naciones Unidas el grupo más grande de dirigentes mundiales en la historia a fin de adoptar una Declaración sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño y un Plan de Acción para aplicar la declaración en el decenio 1990. En las metas que se especifican para el decenio de los 90, en el apartado de nutrición se anota: “lograr que todas las mujeres amamenten

a sus hijos durante cuatro a seis meses y continúen la lactancia con la adición de alimentos hasta bien entrado el segundo año”.

### **La Declaración de Innocenti (OMS et al., 2013)**

Que fue elaborada y aprobada por los participantes en la reunión conjunta OMS/UNICEF de planificadores de políticas sobre: “La lactancia materna en el decenio de 1990: una iniciativa a escala mundial”, copatrocinada por la agencia de los Estados Unidos para el desarrollo internacional (A.I.D) y el organismo sueco de desarrollo internacional (O.S.D.I) que tuvo lugar en Spedalegli Innocenti en Florencia, Italia, del 30 de julio al 1º de agosto de 1990, en cuyo texto final aparece: Como meta mundial para la salud y la nutrición de la madre y el niño, todas las mujeres deberán poder amamantar exclusivamente a sus hijos y todos los lactantes deberían ser alimentados a pecho desde su nacimiento hasta los 4-6 meses de edad.

La declaración refleja el contenido del documento original elaborado para la reunión y las opiniones del consenso expresadas en sesión plenaria, donde se plantea la necesidad de aumentar la confianza de la mujer en su capacidad de amamantar, se expresa la responsabilidad gubernamental de desarrollar políticas nacionales y establecer metas nacionales apropiadas para el decenio, también se plantea que todo el personal de salud debe tener capacitación para llevar a la práctica esta política de LM 6- 28.

En una asamblea de la OMS en Ginebra (2001) se emitió una resolución que recomendaba el amamantar a los niños de forma exclusiva hasta los seis meses; esta como resultado de un consenso basado en estudios científicos, descartando la recomendación anterior de amamantar solo por los cuatro primeros meses.



Un estudio cuasi experimental llevado a cabo en Santos, Brasil, donde las madres que dieron a luz en un hospital donde había consejería sobre lactancia materna dieron amamantamiento exclusivo por 53 días más que las que dieron a luz en el hospital testigo, donde la consejería era escasa. Los estudios experimentales y cuasi experimentales que exploran la consejería sobre lactancia materna demuestran que, con toda probabilidad, esta ayuda a fomentar la lactancia materna exclusiva en contextos sociales, económicos y culturales diversos. Pero para poder diseñar programas de consejería sobre lactancia materna, es muy importante comprender las causas reales que llevan a muchas madres a no amamantar a sus hijos de la manera recomendada por la OMS: 6 meses de forma exclusiva, seguidos de la adición paulatina de alimentos nutritivos preparados higiénicamente, sin suspender la alimentación al pecho hasta que el niño cumpla 2 años de edad.

### **Comunicado de Prensa Conjunto UNICEF/OMS (OMS et al., 2013)**

Como estrategia mundial la UNICEF y la OMS claman que pongan más énfasis en el compromiso de que los lactantes y niños pequeños obtengan una alimentación adecuada.

Nueva York: 23 de marzo de 2004, la UNICEF y la OMS llaman a los gobiernos para la promoción y protección de la lactancia materna conjuntamente con la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Este documento está elaborado en base a un proceso de consulta mundial por un periodo mayor de dos años, señalando cuales son los principales problemas de alimentación en lactantes y niños pequeños y planteando las posibles soluciones.

«No hay mejor opción que la lactancia materna para estar seguros de que los niños empiezan la vida de la mejor manera posible», declara la Directora Ejecutiva de la

UNICEF, Carol Bellamy. «La estrategia constituye un plan de importancia inestimable para que los gobiernos fomenten los entornos que estimulen a las mujeres a adoptar decisiones informadas acerca de la alimentación de sus hijos».

La lactancia materna exclusiva es el alimento por excelencia que brinda los nutrientes necesarios para la alimentación del niño, además de hormonas y antioxidantes durante los primeros seis meses de vida, protegiéndolo de enfermedades diarreicas, respiratorias y estimulando el sistema inmunitario.

«Prácticamente todas las madres pueden amamantar a sus hijos si reciben información exacta y apoyo de sus familias y comunidades y del sistema de atención de salud», refiere el Dr. Lee Jong-Wook, Director General de la OMS. «Los gobiernos tienen que emprender de forma inmediata y eficaz la aplicación de esta importante estrategia».

El no brindar leche materna exclusiva al menor durante los primeros seis meses de vida se tomará como un factor de riesgo de morbilidad y mortalidad infantil. Los factores de riesgo irán agravándose en medida que los lactantes no consuman alimentos complementarios adecuados.

La estrategia consiste en que se incremente la cantidad de niños que tengan lactancia materna exclusiva ya que actualmente solo el 35% de los lactantes a nivel mundial reciben lactancia materna exclusiva solo los primeros cuatro meses de vida, iniciando con la alimentación complementaria a edad temprana, tardíamente o en el peor de los casos brindándoles una alimentación deficiente e insalubre. Los niños que logran sobrevivir a menudo sufren enfermedades y como consecuencia un retraso en su desarrollo.

«Entre las consecuencias a largo plazo de las prácticas inadecuadas de alimentación en la primera infancia se cuentan el mal rendimiento escolar, la baja productividad y el retraso del desarrollo intelectual y social», afirmó la Sra. Bellamy.

Los encargados de la salud deben saber diferenciar los mitos y creencias de la práctica de la lactancia materna en la comunidad en la que viven, además de aspectos como la estructura demográfica, el nivel de salud y educación, ocupaciones laborales, el porcentaje de niños amamantados, entre otros que influyen en la lactancia materna. Los datos podrán ser obtenidos mediante el *Diagnostico de Situación de Salud*, la observación y comunicación con los líderes del área de atención además de involucrar a los sectores para el apoyo de las madres y la promoción de la lactancia materna.

Una forma de promoción de la lactancia materna se da mediante los juegos de roles en niños (inicio a edad temprana), sin dejar de hacer énfasis en las gestantes y sus familiares; es por ello la importancia de las acciones a realizarse por el personal de salud ya que estas garantizan el éxito. La importancia de influir en lo que piense la futura madre es decisiva para brindar lactancia materna exclusiva asegurando el crecimiento y óptimo desarrollo del niño.

Los expertos enfatizan que la única necesidad del bebé es la leche materna hasta alcanzar los seis meses de vida. UNICEF nos brinda información clara sobre la lactancia materna, considerándola la mejor alternativa para la alimentación de los bebés, mejorando las prácticas y reduciendo la mortalidad infantil hasta el 20% en países subdesarrollados. Existen estudios recientes que brindan información tangible que demuestran que «alimentar a los lactantes con leche materna durante los primeros meses puede salvar 1,3 millones de vidas al año». A pesar de lo difundido por los expertos, el último informe publicado por la UNICEF en el 2005 referente al *Estado Mundial de la Infancia*, indica que las tasas de lactancia materna exclusiva aún permanecen en niveles bajos a nivel mundial (37%). Las sociedades científicas están de acuerdo que la lactancia materna es el alimento por excelencia para los lactantes durante los primeros seis meses de vida.

Las propiedades de la leche materna variaran de acuerdo a la madre debido a los regímenes alimentarios que responden a las necesidades nutricionales del lactante; es así que mediante el bebé crezca la leche materna variara en su composición. Claro ejemplo está en que, al nacer el bebé requiere de calorías e inmunidad siendo esta brindada por la madre mediante la lactancia materna exclusiva.

Casos como el de España en el que solo el 34% de las mujeres opta por mantener la lactancia materna en los primeros tres meses; esto indica que este problema no solo es de países subdesarrollados; sino también en países desarrollados en donde se observa una revolución social de la mujer y su visión de la maternidad en un mundo contemporáneo.

### **Factores asociados al abandono de la lactancia materna (Ferro & Flores, 2006)**

Ferro & Flores (2006), manifiesta que el comportamiento de una mujer, de amamantar a su hijo o hija, está basada en una conducta instintiva que está presente en todos los mamíferos y, pone en manifiesto que está presente en la casi la totalidad de los animales, no obstante, a pesar de que se trata de un comportamiento que natural, en los seres humanos, paradójicamente, se observa abandono de esta práctica nutricional y que, casi no se muestra tan natural si no que las mujeres necesitan algún tipo de entrenamiento para que lo ejecuten. Estas conductas pueden ser explicada por una multifactoriedad de aspectos tales como el instinto propiamente dicho, motivaciones, valores personales, creencias, aspectos cognitivos, etcétera. Un aspecto relevante asociado significativamente al abandono de la lactancia materna, se originó desde el momento en que la mujer se incorporó a las actividades laborales donde a progresivamente las tasas de lactancia materna fue disminuyendo. Por otro lado, claramente el desconocimiento personal respecto a la alimentación del recién nacido, así como las prácticas hospitalarias que por lo general contribuyen al distanciamiento entre la mujer y el recién nacido. Un aspecto relevante

también, son las creencias inadecuadas que tienen las mujeres en relación con la lactancia materna, ya que priorizan más un posible impacto en la estética corporal, o creer que la leche materna no tiene los alimentos necesarios para nutrir al niño.

La OMS (2015b), hace mención a las creencias inadecuadas que tienen las mujeres respecto a la lactancia materna que termina en una actitud negativa al respecto, haciendo que cuando llegue el momento de amamantar, no lo hagan. Se trata de los mitos y creencias tales como, una alimentación deficiente de la madre hace que produzca leche de mala calidad; la madre enfermera no debe de dar leche al bebé; el estado emocional de la madre le pasa al niño a través de la leche. (OMS, 2015b)

### **Prácticas hospitalarias y lactancia materna**

La existencia de los factores médico-sanitarios, han sido identificados como uno de los responsables más significativos que implica el distanciamiento entre la madre y los hijos respecto a la LME. Los procedimientos que emplean los profesionales encargados de la maternidad, así como su comportamiento como persona, influye de manera muy notable para que una mujer practique satisfactoriamente la LME; debido a que, los procedimientos que se ejecutan durante el parto y sobre todo las horas siguientes al parto, condicionan en gran manera el empleo y culminación satisfactoria de la LME. El tiempo de estancia hospitalaria es clave para ello, dado que, en este tiempo, desde el primer segundo del nacimiento del menor, es importante que se dé el contacto precoz entre la madre y el niño, además, el tiempo que dure dicha estancia puede ser aprovechado en brindar y demostrar información y técnicas de amamantamiento.

En 1989 en Ginebra se dio la declaración conjunta entre dos entidades (OMS / UNICEF), denominada “Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural. La función especial

de los servicios de maternidad”, donde se expusieron: “Diez pasos para una feliz lactancia materna” : (Niño et al., 2012) (OMS & OPS, 2013).

#### **10 PASOS PARA UNA FELIZ LACTANCIA MATERNA**

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal sanitario
2. Capacitar a todo el personal para llevar a cabo esta política
3. Informar a todas las madres de los beneficios de la lactancia natural
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia materna durante la media hora siguiente al parto
5. Enseñar a las madres cómo se debe dar el pecho
6. No dar a los recién nacidos más que lactancia materna, sin ningún alimento o bebida, salvo cuando medie indicación médica
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los recién nacidos durante las 24 h
8. Fomentar la lactancia natural cada vez que el niño lo pida
9. No dar chupetes o chupadores artificiales a los niños alimentados al pecho
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo de la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos algunas de las prácticas favorecedoras ya comentadas.

Dichas organizacionales, sugieren la importancia del alojamiento tanto de la madre como del bebé en un solo ambiente, amamantar al bebé en la primera hora de vida y a demanda del bebé, brindar información, apoyo y educación para la lactancia materna y que la lactancia materna exclusiva.(OMS & OPS, 2013).

Los actos perjudiciales que se más se presentan son la rigidez de horario de las madres, el empleo de biberones y/o suplementos alimenticios en el periodo que permanecieron hospitalizados, la separación madre – hijo por ingreso a neonatología y brindar la primera toma de pecho más de 45 minutos despues de nacido.

El ingreso de niños a neonatología, como factor perjudicial, se dará por enfermedad o por separación madre-hijo impide el mantenimiento de la lactancia maternal; por ello estas unidades recomiendan la extracción de la leche materna para alimentar al bebé y, en casos que el bebé lo necesite, fortificarla. Además, existen estudios tradicionales que mencionaban que el parto por medio de cesárea presentaba un inconveniente en brindar

lactancia materna; sin embargo, el empleo de anestésicos epidurales cambia la situación, obteniendo que no existen diferencias significativas entre el parto por vía vaginal y por cesárea.

Así, es necesario que el profesional en salud (especialmente obstetras) puedan desempeñar su papel de manera adecuada para el continuo cuidado y aproximación con las madres; para ello es necesario una planificación específica de las rutinas y cuidados además de diseñar estrategias y protocolos hospitalarios, ya que estos repercuten en la alimentación de los recién nacidos siendo de gran utilidad para la promoción de la lactancia materna. (OMS et al., 2013).

### **2.3. Aspectos de responsabilidad social y medio ambiental**

Desde que se dio la primera fase correspondiente a un estudio con enfoque cuantitativo, se tuvo en cuenta los aspectos de responsabilidad social y ambiental.

Respecto a aspectos sociales, se respetó el debido proceso y permisos otorgados por la entidad en la que se recopiló la información, así como los debidos consentimientos informados a las madres que participaron del estudio garantizando la confidencialidad de la información, las mismas que fueron usadas estrictamente para asuntos académicos.

Por otro lado, respecto a aspectos ambientales se priorizó el uso de materiales biodegradables y el uso de hojas recicladas para las impresiones preliminares.

## 2.1. Marco conceptual

- Abandono de la LME: Hace referencia a la renuncia, por parte de una mujer, a brindar la alimentación natural mediante la lactancia materna a su hijo o hija, hasta los seis primeros meses de vida.
- Factores de riesgo: Es la característica de la exposición que tiene una mujer a situaciones o contextos que predispone a la ocurrencia del abandono de la lactancia materna.
- Prácticas hospitalarias: Hacen referencia a las acciones que toma el personal hospitalario que toma desde los controles prenatales hasta el puerperio.
- Características biológicas: está referida a las condiciones funcionales de la estructura biológica que involucra al desarrollo o no de las buenas prácticas de lactancia materna,
- Características sociales (mitos): están referidos a las creencias que tienen las mujeres respecto de la práctica de la lactancia materna.
- Características sociales (personales): hace referencia a la condición social que tienen las mujeres, enfocadas en las características sociodemográficas e interacciones con otras personas.



## **III. Método**

### **3.1. Tipo de Investigación**

La investigación se realizó bajo el enfoque cuantitativo, debido a que se ejecutó siguiendo rigurosamente cada una de las diez fases correspondiente a dicho enfoque, que se caracterizó por el conteo de los datos y procedimientos estadísticos a fin de dar respuesta al problema de la investigación; asimismo, fue un estudio de tipo descriptivo dado que recopila información de eventos que ocurren en su contexto natural y, finalmente se trata de un estudio explicativo, dado que, a partir de los datos recopilados se pretende determinar la ocurrencia de un determinado fenómeno (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

El diseño que se siguió fue no experimental de corte transversal, puesto que no hubo manipulación deliberada de las variables para ver efectos en otras y que, además, la recopilación de la información fue dada en un solo momento determinado en el tiempo. (Hernández, Fernández & Baptista, 2010)

### **3.2. Población y muestra**

#### **Población**

Estuvo conformada por 1350 madres cuyos niños tenían de seis meses a un año de edad que acuden al Centro de Salud Materno Infantil “El porvenir”, durante los meses de Octubre 2016 – Enero 2017.

## Muestra

La cantidad mínima necesaria de la muestra fue determinada a través de una fórmula de planteamiento bilateral para estudios de casos y controles:

$$n = \frac{\left[ z_{1-\alpha/2} \sqrt{(c+1)p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{cp_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{c(p_2 - p_1)^2}$$

<b>Frecuencia de exposición entre los casos</b>	<b>0.50</b>
<b>Frecuencia de exposición entre los controles</b>	<b>0.32</b>
<b>Odds ratio a detectar</b>	<b>4.00</b>
<b>Nivel de seguridad</b>	<b>0.95</b>
<b>Potencia</b>	<b>0.80</b>
<b>Número de controles por caso</b>	<b>1</b>

<b>p1</b>	0.50
<b>p2</b>	0.32
<b>OR</b>	4.00

## TAMAÑO MUESTRAL MÍNIMO

<b>Casos</b>	<b>116</b>
<b>Controles</b>	<b>183</b>

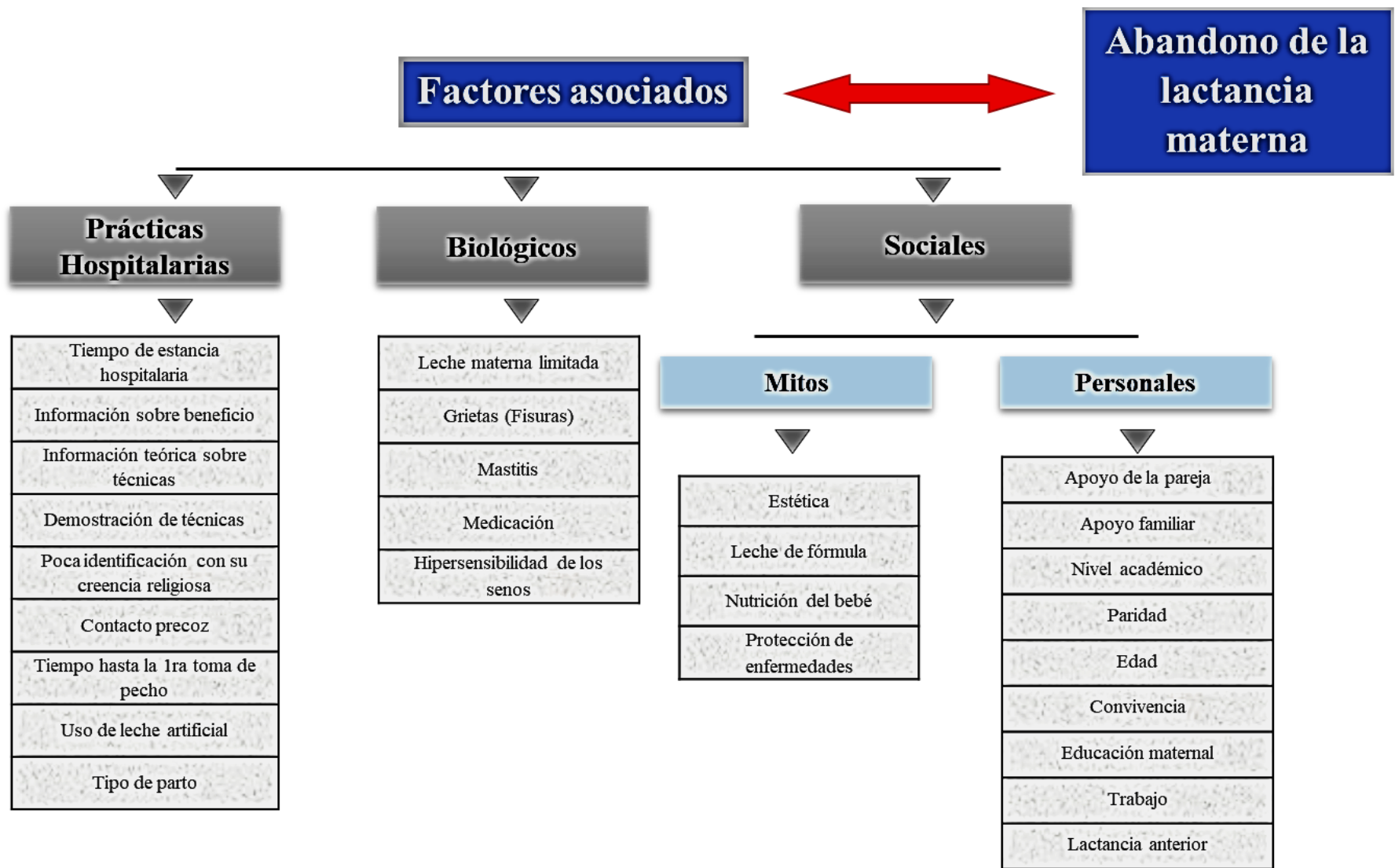
Es preciso aclarar que,  $p = \frac{p_1 + p_2}{2}$  y,  $z_{1-\alpha/2}$  y  $z_{1-\beta}$  hacen referencia a las valoraciones que se obtienen de una distribución normal estandarizada, donde se involucra aspectos como la seguridad y poder de elección para la investigación. Así, se calculó al 95% de confianza con una potencia estadística del 80%, para ello, se tiene un valor  $z_{1-\alpha/2} = 1,96$  y  $z_{1-\beta} = 0,84$ . Por otro lado,  $n$  es el número de casos y  $m$  (que es calculado  $c \times n$ ) el de controles.

Por último, se determinó la cantidad mínima necesaria de 46 mujeres para los casos y 92 para los controles.

### 3.3. Operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADOR	DEFINICIÓN	CATERORIZACIÓN		PRUEBA		
			Grupo	Medida			
<b>PRÁCTICAS HOSPITALARIAS</b>	Estancia hospitalaria	Duración del tiempo en horas que permanece una mujer en el hospital desde el momento de su hospitalización hasta el momento en que se le dio de alta después del parto.	0:48h / 1: ≤48h	Ordinal	Chi cuadrado Odds Ratio		
	Información sobre beneficio	Información proporcionada por el personal de salud a la mujer que ha ingresado al hospital por asuntos de su embarazo, sobre los beneficios de la leche materna para su hijo(a) y para ella misma.	0: No / 1: Sí	Nominal			
	Información teórica sobre técnicas	Instrucciones teóricas que le brinda el personal de salud a la madre durante la estancia en el hospital, sobre las técnicas de amamantamiento del bebé	0: No / 1: Sí	Nominal			
	Demostración de técnicas	Instrucción práctica que le brinda el personal de salud a la madre durante la estancia en el hospital, sobre las técnicas de amamantamiento del bebé	0: No / 1: Sí	Nominal			
	Contacto precoz	Aún antes del pinzamiento del cordón umbilical, el personal de salud que atiende el parto, coloca al bebe en contacto piel a piel con la madre.	0: No / 1: Sí	Nominal			
	Tiempo hasta la 1ra toma de pecho	Lapso de tiempo en minutos que transcurre desde el instante del parto hasta la primera lactancia.	1: Hasta 15 min/ 2: 16 a 20 / 3: 21 a 159 / 4: 160 a más	Ordinal			
	Uso de leche artificial	Fórmula elaborada a base de leche de vaca que puede ser brindado por el personal de salud para ayudar a la madre a que alimente al bebé.	0: Sí / 1: No	Nominal			
	Tipo de parto	Modalidad por las que puede nacer un bebé, hay dos, una que es natural llamada parto vaginal y, otra llamada parto por cesárea.	1: Vaginal / 2: Cesárea	Nominal			
<b>CARACTERÍSTICAS BIOSOCIALES</b>	<b>BIOLÓGICO</b>	Leche materna limitada	Escala producción de leche causado por una dificultad biológica de la madre.	0: Sí / 1: No	Nominal	Chi cuadrado Odds ratio	
		Grietas	Fisuras manifestadas en los pezones durante el proceso de la LME, causada por una inadecuada técnica de lactancia.	0: Sí / 1: No	Nominal		
		Mastitis	Inflamación de los tejidos de la glándula mamaria que por lo general tiende a desencadenarse en una infección.	0: Sí / 1: No	Nominal		
		Medicación	Componentes químicos suministrados (medicamentos) necesarios y obligatorios para la salud de la madre que forzosamente conlleva al abandono de la lactancia materna.	0: Sí / 1: No	Nominal		
		Hipersensibilidad de los senos	Alto nivel de sensibilidad en uno de los senos o ambos durante el transcurso de tiempo se da la lactancia materna.	0: Sí / 1: No	Nominal		
	<b>SOCIALES</b>	<b>PERSONALES</b>	Apoyo de la pareja	Apoyo moral y anímico recibido por parte de la pareja, que contribuye a no abandonar el proceso de lactancia materna exclusiva.	0: No / 1: Sí	Nominal	Chi cuadrado Odds ratio
			Apoyo familiar	Apoyo moral y anímico recibido por parte de la familia, que contribuye a no abandonar el proceso de lactancia materna exclusiva.	0: No / 1: Sí	Nominal	
			Nivel de estudio	Grado más elevado de estudios alcanzados, clasificados según niveles desde el Iltrado hasta el Superior.	1: Básico / 2: Técnico / 3: Superior	Ordinal	
			Nº de hijos	Número de hijos que ha tenido la paciente, incluido el actual.	1: uno / 2: Dos / 3: 3 a más	Ordinal	
			Edad	Edad cronológica de la madre agrupada en tres categorías	1: Hasta 20 años / 2: De 21 a 25 años / 3: De 26 a 30 años / 4: De 31 a más años	Ordinal	
			Convive con su pareja	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia.	0: No / 1: Sí	Nominal	
			Educación maternal	Actividades de preparación integral (teórica, física y psicológica) a la gestante para contribuir a un embarazo, parto y puerperio sin temor, ni dolor, y a la disminución de la morbilidad y la mortalidad materno perinatal.	0: No / 1: Sí	Nominal	
			Trabajo	Por motivos de mantener un nivel económico básico o por decisión de la madre, el trabajo obliga al abandono de la lactancia materna.	0: Sí / 1: No	Nominal	
	<b>MITOS</b>	<b>PERSONALES</b>	Lactancia anterior	Tipo de lactancia que recibió el hijo anterior al actual.	1: Exclusiva / 2:Artificial / 3: Mixta	Nominal	Chi cuadrado Odds ratio
			Estética	Creencia de que el proceso de lactancia, deforma la figura y estética de la mujer de manera permanente.	0: Sí / 1: No	Nominal	
Leche de fórmula			Creencia de que la leche en fórmula es más nutritiva que la leche materna	0: Sí / 1: No	Nominal		
Nutrición del bebé			Creencia de que la percepción de delgadez del bebé se debe al mal estado de la leche.	0: Sí / 1: No	Nominal		
		Protección de enfermedades	Creencia de que la leche materna sola, no tiene poder de proteger al bebé.	0: Sí / 1: No	Nominal		

Gráfica de variables



### 3.4. Instrumentos

Se empleó un documento de registro de información y la observación.

Se empleó un documento de registro *ad hoc* el cual está estructurado en tres grandes factores, tales como: Prácticas hospitalarias (8 predictores), Características sociales (13 predictores) Características biológicas (5 predictores). En total se contaron con 26 predictores.

- **Validez:** Se determinó mediante el análisis de validez de contenido donde participaron diez jueces donde las observaciones que hicieron a los ítems estuvieron en función a la relevancia y coherencia; siendo sus respuestas analizadas con el estadístico de la V de Aiken, obteniendo valoraciones que demuestran que el instrumento de recolección de datos es válido. Ver anexo 3.
- **Confiabilidad:** Fue determinada mediante el análisis de consistencia interna, para ello, se procedió al cálculo del coeficiente del alfa de Cronbach en una muestra de 30 mujeres con características parecidas a la muestra. El valor obtenido fue de 0.834.

Tal como se mencionó líneas arriba, el procedimiento estuvo sujeto a las fases del enfoque cuantitativo.

Inició con la idea de investigación, para luego ser orientado en función a la realidad problemática en la que se presenta el fenómeno que se pretende estudiar, en esta fase, nace el cuestionamiento vinculado sobre cuáles son los indicadores biosociales contribuyen a que una mujer abandone la LME, y de qué manera, la realidad que viven durante la estancia hospitalaria significa un riesgo notable para que ocurra lo dicho.

Luego, como tercera fase, se realizó una revisión exhaustiva de la literatura que dio origen a la elaboración del marco teórico y a la identificación de los estudios previos sobre el tema. Lo siguiente que se hizo, como cuarta fase del estudio, se estableció el alcance del estudio, siendo este descriptivo - explicativo, para luego, como quinta fase, determinar el diseño de estudio según la manipulación de variables lo cual no hubo por tanto se determinó un diseño no experimental.

En la sexta fase, se plantearon las respuestas tentativas al problema, se definió conceptual y operacionalmente las variables. La séptima fase, se desarrolló en entorno a la determinación del cálculo mínimo de la muestra, para luego, como octava fase, recopilar la información requerida mediante el documento de registro. La novena fase se orienta al procesamiento y análisis de los datos.

Por último, la décima parte, en la que se presenta el reporte de los resultados analizados que, a su vez, han sido contrastados con otros hallazgos.

### **3.5. Procedimientos**

La investigación sigue los lineamientos del enfoque cuantitativo, el mismo que sigue procedimientos rigurosos, el más elemental el conteo de los medicamentos prescritos en las recetas médicas, así como datos correspondientes a las secciones mencionadas en el apartado anterior. Los datos serán ingresados a una base de datos correspondiente a un software estadístico “IMB - SPSS” versión 26, con el fin de recurrir a las técnicas estadísticas necesarias para atender al problema de investigación.

### 3.6. Análisis de datos

Entre los estadísticos empleados tenemos:

**A).-Estadística descriptiva:** Se realizó análisis de frecuencias, mediante el conteo de los datos y el cálculo del índice porcentual de cada frecuencia cuyos resultados fueron presentados en tablas.

**B).-Estadístico de Chi Cuadrado y Tablas de contingencia:** Fue empleada para determinar la relación de asociación que hay entre la variable central (abandono de la LME) y los predictores procedentes de cada uno de los factores mencionados. Los resultados son presentados en una tabla de dos por dos, denominada comúnmente, tablas de doble entrada o de contingencia.

$$X^2 = \sum \frac{(o - e)^2}{e}$$

H<sub>0</sub> = Independencia  
 H<sub>1</sub> = Dependencia  
 Si p ≤ 0.05 Rechazo H<sub>0</sub>

g.l. = (Tf - 1) ( Tc - 1)  
 Coeficientes Asociación  
 Phi, V Cramer (Variables Nominales)  
 d de Somers (Variable Ordinal)

### C).- Odds ratio

Tabla de 2 x 2 en los estudios de casos y controles

	Abandono		Total
	Casos	Controles	
Expuestos	a	b	a + b
No Expuestos	c	d	c + d
Total	a + c	b + d	a + b + c + d

$$\text{Odds Ratio} = a \times d / b \times c$$

$$IC95\% = OR * e^{\left(\pm 1.96 * \sqrt{\frac{1}{a} + \frac{1}{b} + \frac{1}{c} + \frac{1}{d}}\right)}$$

Valor 1 = Ausencia de asociación

Valores <1 indica asociación negativa, posible factor protector

Valores >1 indica asociación positiva, posible factor de riesgo.

### **3.7. Consideraciones éticas**

La investigación se llevará a cabo respetando las normativas correspondientes a los permisos requeridos para la ejecución de cada uno de los procesos del presente estudio, tales como los que otorga la entidad en la que se recopilará la información, como de las personas de quienes se solicitará dicha información, en este caso, por tratarse de menores de edad, se empleará el consentimiento informado dirigido hacia los padres y se respetará la voluntad del adolescente para participar de la investigación. Por otro lado, se adoptaron y se seguirá en ello, posturas de responsabilidad social y medio, optando por el uso de materiales biodegradables, así como insumos reciclados a fin de generar la menor cantidad posible de residuos sólidos.



## IV. Resultados

**Tabla 1.**

*Evaluación de riesgo de las prácticas hospitalarias en el abandono de la lactancia materna exclusiva.*

Prácticas hospitalarias		Abandono de la LME		Total	Prueba
		Sí	No		
Estancia hospitalaria	>48h	57	47	104	p=0.000
	≤48h	59	136	195	OR: 2.796 [1.708-4.574]
Información sobre beneficio	No	29	15	44	p=0.000
	Sí	87	168	255	OR:3.733 [1.901-7.332]
Información teórica sobre técnicas	No	83	95	178	p=0.001
	Sí	33	88	121	OR: 2.330 [1.418-3.829]
Demostración de técnicas de lactancia	No	33	29	62	p=0.009
	Sí	83	154	237	OR:2.111 [1.199-3.718]
Contacto precoz	No	85	55	140	p=0.000
	Si	31	128	159	OR:6.381 [3.799-10.719]
Hasta 15 min	f	15	75	90	
	r.t.	-3,4	2,7		
Tiempo 1ra toma de pecho en minutos.	f	32	74	106	X <sup>2</sup> =61,737 gl=3 p=0,000
	r.t.	-1,4	1,1		
21 a 159	f	6	9	15	
	r.t.	,1	-,1		
160 a más	f	63	25	88	
	r.t.	4,9	-3,9		
Leche artificial otorgada por el hospital	Sí	17	5	22	p=0.000
	No	99	178	277	OR:6.113 [2,189- 17,071]
Vaginal	f	57	132	189	
	r.t.	-1,9	1,5		X <sup>2</sup> = 16,141
Tipo de parto	f	59	51	110	gl=1
	r.t.	2,5	-2,0		p=0,000

El abandono de la lactancia materna exclusiva en las madres que asisten a los servicios de centro de salud materno infantil “El porvenir” depende de manera significativa de las practicas hospitalarias ( $p \leq 0.05$ ). En ese sentido, la prueba Odds Ratio señala que la evaluación de riesgo es significativa, siendo 3 veces más en un mayor tiempo de estancia hospitalaria (OR: 2.796 [1.708-4.574]), 4 veces más si o están informadas sobre los beneficios (OR:3.733 [1.901-7.332]), 2.3 veces más si no tienen información teórica sobre las técnicas de lactancia (OR: 2.330 [1.418-3.829]), 2.1 veces más si no tuvieron una demostración de las técnicas de lactancia (OR:2.111 [1.199-3.718]), 6.3 veces más si no tuvieron un contacto precoz con sus bebés (OR:6.381 [3.799-10.719]) y, 6.1 veces más si usaron leche artificial otorgada por el hospital (OR:6.113 [2,189-17,071]); a su vez, el abandono de la lactancia materna depende de manera significativa del tiempo en el que se da la primera toma de pecho en minutos ( $p=0,000$ ).

**Tabla 2.**

*Evaluación de la influencia del factor biológico en el abandono de la lactancia materna exclusiva.*

Biológico	Abandono de la LME		Total	Prueba	
	Sí	No			
Leche materna limitada	Sí	91	71	162	p=0.000 OR: 5,742 [3,369- 9,786]
	No	25	112	137	
Grietas (fisuras)	Sí	109	115	224	p=0.000 OR: 9,207 [4,052- 20,925]
	No	7	68	75	
Mastitis	Sí	22	10	32	p=0.000 OR: 4,049 [1,840- 8,909]
	No	94	173	267	
Medicación	Sí	6	1	7	p=0.010 OR: 9,927 [1,180- 83,553]
	No	110	182	292	
Hipersensibilidad de los senos	Sí	70	59	129	p=0.000 OR: 3,198 [1,971- 5,190]
	No	46	124	170	

El abandono de la lactancia materna exclusiva depende de manera significativa de todos los predictores biológicos ( $p \leq 0.05$ ) de tal manera que la evaluación de riesgo es 6 veces más en las mujeres que tienen leche materna limitada (OR: 5,742 [3,369- 9,786]), 9.2 veces más en las que tienen grietas o fisuras en los pezones (OR: 9,207 [4,052- 20,925]), 4 veces más en las mujeres que desarrollaron mastitis (OR: 4,049 [1,840- 8,909]), 10 veces más en mujeres que toman alguna medicación y 3.1 veces más en las mujeres que sufren de hipersensibilidad en los senos (OR: 3,198 [1,971- 5,190])

**Tabla 3.**

*Evaluación de la influencia del factor social – personal en el abandono de la lactancia materna exclusiva.*

Social – personal		Abandono de la LME		Total	Prueba	
		Sí	No			
Apoyo de la pareja	No	40	35	75	p=0.003	
	Sí	76	148	224	OR: 2,226 [1,308- 3,786]	
Apoyo de la familia	No	62	66	128	p=0.003	
	Sí	54	117	171	OR: 2,035 [1,268- 3,268]	
Nivel académico	Básico	f	106	138	244	X <sup>2</sup> = 12,948 gl= 2 p=0,002
	r.t.	1,2	-,9			
Técnico	f	8	27	35		
	r.t.	-1,5	1,2			
Superior	f	2	18	20		
	r.t.	-2,1	1,6			
Nº de hijos	1	f	87	80	167	X <sup>2</sup> = 29,201 gl= 2 p=0,000
	r.t.	2,8	-2,2			
2	f	22	66	88		
	r.t.	-2,1	1,7			
3 a más	f	7	37	44		
	r.t.	-2,4	1,9			
Edad	Hasta 20 años	f	30	20	50	X <sup>2</sup> = 39,816 gl=3 p=0,000
	r.t.	2,4	-1,9			
De 21 a 25 años	f	55	46	101		
	r.t.	2,5	-2,0			
De 26 a 30 años	f	19	75	94		
	r.t.	-2,9	2,3			
De 31 a más años	f	12	42	54		
	r.t.	-2,0	1,6			
Convive con su pareja	No	87	30	117	p=0.000	
	Sí	29	153	182	OR: 15,300 [8,616- 27,170]	
Educación materna	No	51	48	99	p=0.001	
	Si	65	135	200	OR: 2,207 [1,348- 3,612]	
Trabajo	Si	61	48	109	p=0.000	
	No	55	135	190	OR: 3,119 [1,909- 5,098]	
Tipo de lactancia anterior	Exclusiva	f	41	150	191	X <sup>2</sup> = 68,630 gl= 2 p=0,000
	r.t.	-3,8	3,1			
Artificial	f	26	7	33		
	r.t.	3,7	-2,9			
Mixta	f	49	26	75		
	r.t.	3,7	-2,9			

El abandono de la lactancia materna exclusiva depende de manera significativa de todos los predictores socio-personales ( $p \leq 0.05$ ); de tal manera, los residuos tipificados indican que el recibir lactancia anterior artificial y mixta (3.7), tener una edad menor a 25 años (2.5), tener un hijo (2.8) y un nivel académico básico (1.2) son factores predisponentes para el abandono de la lactancia materna; asimismo, las valoraciones de la prueba Odds Ratio señalan que la evaluación de riesgo es 2.2 veces más en las mujeres que cuentan con el apoyo de su pareja (OR: 2,226 [1,308- 3,786]), 2 veces más en las que cuentan con el apoyo familiar (OR: 2,035 [1,268- 3,268]), 15.3 veces más en las que no conviven con su pareja (OR: 15,300 [8,616- 27,170]), 2.2 veces más en mujeres que no tuvieron una educación materna (OR: 2,207 [1,348- 3,612]) y 3.1 veces más en las que cuentan con trabajo (OR: 3,119 [1,909- 5,098]).

**Tabla 4.**

*Evaluación de la influencia del factor social – mitos en el abandono de la lactancia materna exclusiva.*

Creencias	Abandono de la LME		Total	Prueba	
	Sí	No			
Alteración permanente de la estética	Sí	17	4	21	p=0.000 OR: 7,684 [2,516- 23,469]
	No	99	179	278	
Leche de fórmula es mejor que la materna	Sí	7	1	8	p=0.004 OR: 11,688 [1,419-96,280]
	No	109	182	291	
Leche materna no alimenta	Sí	26	6	32	p=0.000 OR: 8,522 [3,385- 21,454]
	No	90	177	267	
Leche materna no protege de las enfermedades	Sí	54	26	80	p=0.000 OR: 5,259 [3,027- 9,139]
	No	62	157	219	

Las valoraciones de probabilidad señalan que existe dependencia significativa entre el abandono de la lactancia materna exclusiva y las creencias o mitos ( $p \leq 0.05$ ). Los intervalos de confianza señalan que todos los predictores de dependencia significativa representan ser de riesgo para el abandono de la LME; siendo 8 veces en mujeres que sufren de alteración permanente de su estética (OR: 7,684 [2,516- 23,469]), 12 veces más en mujeres que creen que la leche de fórmula es mejor que la materna (OR: 11,688 [1,419-96,280]), 9 veces más en mujeres que consideran que la leche materna no alimenta (OR: 8,522 [3,385- 21,454]) y 5.2 veces más en mujeres que consideran que la leche materna no protege de las enfermedades (OR: 5,259 [3,027- 9,139])

## V. Discusión de resultados

En este apartado, se presenta el contraste de los resultados de la investigación frente a los hallazgos de otros autores y la teoría base de la variable y predictores estudiados.

El estudio se desarrolló en base a la identificación de los predictores de riesgo asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en madres que asisten a los servicios del centro de salud materno infantil “El Porvenir” de Lima en el año 2017. Cabe mencionar que el estudio se enfocó desde tres factores: prácticas hospitalarias, biológicas y sociales.

La primera finalidad de la investigación estuvo orientada a cuantificar el riesgo que representan los predictores derivados del factor “Prácticas hospitalarias”; los resultados muestran que el abandono de la lactancia materna exclusiva depende de manera significativa de todos sus predictores ( $p=0,000$ ). En detalle, los resultados evidencian que el abandono de la práctica alimenticia evaluada, se asocia con las madres que dieron la primera toma de pecho después de dos horas del parto y, con las madres cuyo parto fue por cesárea. Así mismo, el riesgo para que se dé dicho abandono es 3 veces más en un mayor tiempo de estancia hospitalaria, 4 veces más si o están informadas sobre los beneficios, 2 veces más si no tienen información teórica sobre las técnicas de lactancia, 2 veces más si no tuvieron una demostración de las técnicas de lactancia, 6 veces más si no tuvieron un contacto precoz con sus bebés y, 6 veces más si usaron leche artificial otorgada por el hospital.

En Colombia, los estudios de Camargo, Latorre, & Porras, (2011), muestran que las madres que tienen deficientes conocimientos sobre la lactancia materna son las que son propensas a abandonar dicha práctica alimenticia, por lo tanto, determina como factor

protector a la información que recibe durante su estancia hospitalaria en relación a los beneficios y/o técnicas de lactancia.

Respecto a los predictores derivados del factor al que se le denominó “biológico” (segundo objetivo), los resultados indican que todos los predictores evaluados influyen de manera significativa para el abandono de la lactancia materna exclusiva, de tal manera que, la evaluación de riesgo determinada con la prueba Odds Ratio, muestra que, el predictor de mayor riesgo para que una mujer abandone la lactancia materna exclusiva es la medicación dado que la probabilidad es de 10 veces más en aquellas madres que necesiten de algún medicamento, y de 9 veces más cuando tiene grietas o fisuras en los pezones, 6 veces más en las mujeres con leche materna limitada, 4 veces más en las mujeres que desarrollaron mastitis y 3.1 en las mujeres que sufren de hipersensibilidad en los senos.

Un estudio en España, realizado por Rius et al., (2015), encuentra como predictor desfavorable el hecho de que la madre esté en un proceso de tratamiento farmacológico al iniciar la lactancia. En Cuba, Gorrita, et al. (2015), Encuentra que uno de los problemas para el abandono de la lactancia materna exclusiva, es que la madre no produzca la cantidad de leche necesaria, es decir, es limitada, este mismo resultado fue hallado en Colombia por Pinilla, Dominguez, & García, (2014) y, en el mismo país, resultados similares son hallados por López, Martinez, & Zapata, (2013); en Chile, Pino, et al. (2013) también encuentra que las madres que tienden a abandonar la práctica alimenticia vital son aquellas que presentan hipogalactia. En México, Espinoza, Zamorano, & Graham, (2014) encontró que la presencia de grietas es uno de los factores importantes para que una madre prive de la alimentación exclusiva con leche materna. En Lima, Perú, Laghi, et al. (2015) encuentra que las madres que tienden a tener

problemas con los pezones, tal como la mastitis, suelen abandonar la práctica alimenticia exclusiva.

Respecto a los predictores del factor “socio personal”, todos los predictores dependen de manera significativa ( $p \leq 0.05$ ); de modo detallado, las que no alcanzaron estudios superiores, así como las que sólo tienen un hijo, las madres que tienen menos de 26 años de edad y/o las que en la lactancia anterior suministraron a su hijo alimento artificial o mixta, tienen mayores probabilidades de abandonar la lactancia materna exclusiva; además dicho riesgo es 2 veces más en las mujeres que cuentan con el apoyo de su pareja, 2 veces más en las que cuentan con el apoyo familiar, 15.3 veces más en las que no conviven con su pareja, 2.2 veces más en mujeres que no tuvieron una educación materna y 3.1 veces más en las que cuentan con trabajo.

En España, Rius et al., (2015), encuentra, a modo de factor favorecedor para la lactancia materna, la buena percepción del apoyo que recibe por parte de su pareja, asimismo, señala como factor protector, el hecho de que, en la lactancia anterior, la mujer haya suministrado lactancia materna. En Ecuador, Maisanche, (2015) encuentra que, las mujeres que son estudiantes o tienen la necesidad de trabajar, tienen mayor probabilidad de destetar precozmente a su hijo(a) respecto a la lactancia exclusiva, resultados similares son encontrados por: Espinoza, Zamorano, & Graham, (2014) en México, así como los hallazgos de Pino, et al. (2013) en Chile; los de López, Martínez, & Zapata, (2013) en Colombia. En Chile, Niño, Silva, & Atalah (2012), encuentra que las madres que tienen bajo nivel educativo suelen, por lo general, abandonar la lactancia materna exclusiva. En Lima, Perú; Laghi, et al. (2015), manifiesta que, según sus resultados, las que son madres por primera vez, tienden a abandonar más la lactancia materna exclusiva.

En nuestro país, Quispe, et al (2015) en Ica, encontró que las madres que tienden a abandonar la lactancia materna exclusiva, son las que tienen en promedio 23 años de edad; la tendencia de estos resultados es compartida por los hallazgos de Villanes, (2015) que realizó un estudio en Lima.

Finalmente, el ultimo predictor “Creencias” todos los predictores evaluados son influyentes para el abandono de la lactancia materna exclusiva ( $p \leq 0.05$ ), de modo que el Odds Ratio indica que, el riesgo para que se de dicho abandono fue de 8 veces más en mujeres que sufren de alteración permanente de su estética, 12 veces más en mujeres que creen que la leche de fórmula es mejor que la materna , 9 veces más en mujeres que consideran que la leche materna no alimenta y 5.2 veces más en mujeres que consideran que la leche materna no protege de las enfermedades.

Un estudio realizado por Gorrita, et al. (2015), encontró una proporción notable de madres, que abandonan la práctica alimenticia vital debido a que consideran que él bebé no se llena (por lo tanto, no está bien nutrido); resultados similares fue hallado en Colombia por Pinilla, Dominguez, & García, (2014); en Chile, por Niño, Silva, & Atalah, (2012); éstos últimos autores encuentran también que una de las razones para el abandono es por mantener la estética de las mamas; éste último resultado es compartido por los hallazgos de Quispe, et al. (2015) en Ica, Perú.

En Colombia, los estudios de Camargo, Latorre, & Porras, (2011), considera, según sus resultados que, una de las prácticas hospitalarias que predisponen al abandono de la lactancia materna exclusiva son las que han recibido apoyo de leche artificial empleando el biberón; estos resultados son compartidos por un estudio realizado en nuestro país por Quispe, et al. (2015); éste autor, considera también como un factor que incide en el abandono de la lactancia materna exclusiva el hecho de que la madre tenga la creencia de que la leche materna sola no basta para alimentar al bebé.



## VI. Conclusiones

- 1) Las prácticas hospitalarias que influyen para que una mujer abandone la lactancia materna exclusiva está relacionada con el tiempo, mayor a dos horas, en que se demora en dar al menor la primera toma de pecho, lo cual va asociado con los que nacen por cesárea; así, el riesgo para que la madre abandone dicha práctica alimenticia es seis veces más en aquellas donde no hubo contacto precoz piel a piel y/o las que recibieron leche artificial por parte del hospital; cuatro veces más de riesgo cuando no hubo información sobre los beneficios de la leche materna ni recibieron demostración de las técnicas de lactancia, y tres veces más de riesgo, si la estancia hospitalaria tiende a prolongarse por más de dos días.
- 2) Respecto a los factores biológicos, el hecho de que una madre esté pasando por un tratamiento médico que implique el consumo de medicamentos, es una de las principales razones (10 veces más de riesgo) por la cual puede abandonar la lactancia materna; en este sentido, le sigue la presencia de grietas o fisuras en los pezones (9 veces más de riesgo), leche limitada (6 veces más de riesgo), mastitis (4 veces más de riesgo) y por último, la hipersensibilidad de los senos (3 veces más de riesgo).
- 3) Respecto al factor social-personal, la presencia del apoyo continuo de la pareja de la madre es fundamental para que ésta no abandone la lactancia materna exclusiva (15 veces más de riesgo si está ausente), asimismo, el riesgo de abandono de ésta práctica alimenticia en las madres que tienen la necesidad de trabajar fuera de casa es 3 veces más, tienden a abandonar 3 veces más comparadas con las que suelen desarrollar actividades cercanas a su hijo(a), por otro lado, el apoyo familiar es importante para que la madre sostenga dicha alimentación vital, dado que la ausencia de dicho apoyo representa dos veces más de riesgo para que abandone.

Cabe mencionar que, los niveles bajos de estudio, las primíparas, o en el caso de las que han tenido más de un hijo, en su lactancia anterior hayan optado por la alimentación artificial o mixta y, las que tienen menos de 25 años de edad, tienden a abandonar más la lactancia materna exclusiva.

- 4) Respecto al factor social-mitos, el hecho de que la madre tenga la creencia de que la leche de fórmula sea mejor que la leche materna, es una de las principales razones para que la madre suspenda la alimentación vital exclusiva (12 veces más de riesgo), asimismo, las que consideran que la leche materna no sea lo suficiente para que el niño(a) esté bien alimentado (9 veces más de riesgo); se sigue la creencia de que la lactancia deforma permanentemente la estética de los senos (8 veces más de riesgo) y, por último, que la madre considere que la leche materna no sea lo suficiente para que el niño(a) esté protegido de las enfermedades, representa 5 veces más de riesgo para el abandono de la lactancia materna exclusiva.

## **VII. Recomendaciones**

- 1) Continuar con la realización de este estudio en otros contextos para afianzar los hallazgos acerca de las prácticas hospitalarias y biosociales para el abandono de la lactancia exclusiva.
- 2) Promover y fomentar en las madres la adhesión a la lactancia materna exclusiva, sobre todo, haciendo énfasis en las falsas creencias.

## VIII. Referencias

- American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. (2005). *Breastfeeding and the use of human milk*. 115(2), 496-506.
- Asociación Española de Pediatría. (2008). *Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones para la lactancia materna* (Tesis monográfica). Recuperado de <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/lactmat.htm>
- Broche, R., Sánchez, O., Rodríguez, D., & Pérez, L. (2011). *Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la lactancia materna exclusiva*. 27(2), 254-260.
- Castelló. (2013). Posturas para dar de mamar. Asociación de Suport a la Lactancia Materna.
- Espinoza, Cr., Zamorano, Cl., & Graham, S. (2014). *Factores que determinan la duración de la lactancia materna durante los tres primeros meses de vida*. 59(2), 120-126.
- Félix, J., Martínez, E., & Sotelo, E. (2011). *Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva*. 13(2), 47-56.
- Ferreras, C., & Gonzalez, M. (2012). *Implicación del personal sanitario de las unidades de neonatología del Principado de Asturias en la lactancia materna*. 27(3), 9-27.
- Ferro, M., & Flores, H. (2006). *Nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socioculturales en puérperas del IEMP* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Gigena, P. (2008). *Abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses, en mujeres de Villa del Rosario, Córdoba, Argentina*. 15(62), 41-46.
- Girón, S., Mateus, J., & Cabrera, G. (2009). *Costos familiares de mantener y abandonar la lactancia exclusiva en el primer mes posparto*. 11(3), 395-405.
- Gonzalez, I., Huespe, M., & Auchte, M. (2008). *Lactancia materna exclusiva factores de éxito y/o fracaso*. 177(1), 1-5.

- Gorrita, R., Terrazas, A., Brito, D., & Ravelo, Y. (2015). *Algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida*. 87(3), 57-68.
- Heing, M. (2001). *Beneficios de la lactancia materna para lactantes en las defensas del huésped*. 1(1), 103-120.
- INEI. (2014). *Estado de la niñez y adolescencia* (Técnico N.º 2; pp. 1-44). Recuperado de Instituto Nacional de Estadística e Informática website:  
[http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/ninez-y-adolescencia\\_junio2014.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/ninez-y-adolescencia_junio2014.pdf)
- Laghi, A., Yaipen, A., Risco, R., & Pereira, P. (2015). *Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una muestra de madres de Lima*. 11(3), 1-7.
- López, B., Martínez, L., & Zapata, N. (2013). *Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: Un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín*. 31(1), 117-126.
- Maisanche, A. (2015). *Factores que condiciona el destete precoz de lactantes menores de 6 meses y su influencia con el desarrollo de infecciones respiratorias agudas en el Subcentro de Salud de Tisaleo*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Técnica de Ambato, Ecuador.
- Marquez, F., Vargas, N., Chunga, J., & Garcia, V. (2013). *Efectividad del programa educativo “amamántame mamita” y nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva-Moche*. 13(1), 25-44.
- Nelson, W. (1989). *Nutrición y su trastorno*. En: *Tratado de pediatría*. (Edición Revolucionaria). La Habana: Científico-Técnica.
- Niño, R., Silva, G., & Atalah, E. (2012). *Factores asociados a la lactancia materna exclusiva*. 83(2), 161-169.

- OMS. (2003). Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño.
- OMS. (2004). Maternal, newborn and child health score cards: Perú. Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health. Recuperado de [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/countries/indicators/per.pdf?ua=1](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/countries/indicators/per.pdf?ua=1)
- OMS. (2011). Alimentación del lactante y del niño pequeño. Recuperado de [www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/countries/en/index.html](http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/countries/en/index.html)
- OMS. (2013a). Administración neonatal de suplementos de vitamina A. Recuperado de [http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/summary\\_guideline\\_vas\\_neonatal\\_es.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/summary_guideline_vas_neonatal_es.pdf)
- OMS. (2013b). Media centre: Breastfeeding: Only 1 in 5 countries fully implement WHO's infant formula Code. Recuperado de [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world\\_breastfeeding\\_week\\_20130730/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_breastfeeding_week_20130730/en/)
- OMS. (2015a). Lactancia materna.
- OMS. (2015b). Protección de la lactancia materna en el Perú. Recuperado de [http://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2370:proteccion-de-la-lactancia-materna-en-peru&catid=1050:noticias-2013&Itemid=900](http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=2370:proteccion-de-la-lactancia-materna-en-peru&catid=1050:noticias-2013&Itemid=900)
- OMS, & OPS. (2013). Declaración en celebración de la semana mundial de la lactancia materna: Apoyo a las madres que amamantan. 2013. Recuperado de [http://www.paho.org/cor/index.php?option=com\\_content&view=article&id=179%3Asemana-mundial-de-la-lactancia-materna-2013&catid=400%3Acor01-desarrollo-de-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=314](http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_content&view=article&id=179%3Asemana-mundial-de-la-lactancia-materna-2013&catid=400%3Acor01-desarrollo-de-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=314)
- OMS, UNICEF, & PMA. (2013). Alimentación y nutrición del niño pequeño. Recuperado de [http://www.unicef.org/lac/Reunion\\_Nutricion\\_1\\_21\\_2011.pdf](http://www.unicef.org/lac/Reunion_Nutricion_1_21_2011.pdf)

- Pinilla, E., Dominguez, Cl., & García, A. (2014). *Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva*. 33(1), 59-70.
- Pino, J., Lopez, M., Mendel, A., & Ortega, A. (2013). *Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile*. 40(1), 1-17.
- Quispe, M., Oyola, A., Navarro, M., & Silva, J. (2015). *Características y creencias maternas asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva*. 41(4), 1-12.
- Rius, J., Rivas, C., Ortuño, J., Maravall, M., Aguar, M., Calzado, M., & López, A. (2015). *Factores asociados al inicio de la lactancia materna y razones de la madre para la toma de su decisión*. 73(3), 65-72.
- Tuleda, J. (1996). *Estimulación del feto, del recién nacido y del niño hasta los tres años de edad*. La Habana: Científico-Técnica.
- Villanes, K. (2015). *Abandono de la lactancia materna exclusiva en madres añosas* (Tesis de Licenciatura). Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú.

## **IX. Anexos**

## Anexo 1. Matriz de consistencia

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	MÉTODO	INSTRUMENTO
PRÁCTICAS HOSPITALARIAS Y CARACTERÍSTICAS BIOSOCIALES PARA EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES QUE ASISTEN A LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL “EL PORVENIR”	<b>General</b>	<b>General</b>	<b>General</b>	<b>Tipo y diseño</b>	Documento de registro ad hoc el cual está estructurado en tres grandes factores, tales como: Prácticas hospitalarias (8 predictores), Características sociales (13 predictores) Características biológicas (5 predictores). En total se contaron con 26 predictores
	¿Cuáles son los principales indicadores de las prácticas hospitalarias y de las características biosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva de madres que asisten a los servicios del Centro de Salud Materno Infantil “El porvenir”?	Identificar los principales indicadores de las prácticas hospitalarias y de las características biosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva de madres que asisten a los servicios del Centro de Salud Materno Infantil “El porvenir”.	Existen indicadores de las prácticas hospitalarias y de las características biosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva de madres que asisten a los servicios del Centro de Salud Materno Infantil “El porvenir”.	Enfoque cuantitativo Tipo descriptivo-explicativo Diseño experimental de corte transversal	
	<b>Específicos</b>	<b>Específicos</b>	<b>Específicas</b>	<b>Población</b>	
	1) ¿Cuál es la influencia de las prácticas hospitalarias en el abandono de la lactancia materna exclusiva?	1) Determinar la influencia de las prácticas hospitalarias en el abandono de la lactancia materna exclusiva.	1) Los indicadores de influencia significativa para el abandono de la LME procedentes del factor Prácticas hospitalarias, son: Estancia hospitalaria mayor a 48 horas, ausencia de información brindada sobre los beneficios, técnicas de amamantamiento, ausencia de contacto precoz, más de 20 horas para la primera toma de leche, uso de leche artificial y el parto por cesárea	Madres cuyos niños tenían de seis meses a un año de edad que acuden al Centro de Salud Materno Infantil “El porvenir”, durante los meses de Octubre 2016 – Enero 2017.	
2) ¿Cuáles son los predictores del factor Biológico que influye de manera significativa en el abandono de la lactancia materna exclusiva?	2) Determinar los predictores del factor Biológico que influye de manera significativa en el abandono de la lactancia materna exclusiva.	2) Los indicadores de influencia significativa para el abandono de la LME procedentes del factor biológico, son: la poca producción de leche, presencia de grietas y/o fisuras, mastitis, hipersensibilidad de los senos	<b>Muestra</b> 46 mujeres para los casos y 92 para los controles.		
3) ¿Cuáles son los predictores del factor Social que influye de manera significativa en el abandono de la lactancia materna exclusiva?	3) Determinar los predictores del factor Social que influye de manera significativa en el abandono de la lactancia materna exclusiva.	3) Los indicadores de influencia significativa para el abandono de la LME procedentes del factor social, son: Ausencia de apoyo por parte de la pareja y de la familia, estudios superiores, tenencia de 3 hijos a más, madres menores de 25 años, no convivir con su pareja, no haber recibido educación maternal, estar trabajando y, no haber tenido una LME anterior con éxito; asimismo, creencias como que afecta a la estética, es mejor la leche en polvo, la leche materna no alimenta al bebé ni les protege de enfermedades			





# UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL

## INSTRUMENTO

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sra. madre de familia, mi nombre es SOTO MAYORCA, Cenía Evelyn; tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarle muy cordialmente, y al mismo tiempo, solicitar su participación libre en éste estudio que tiene fines estrictamente académicos. La investigación, está relacionada con las prácticas hospitalarias y características biosociales para el abandono de la lactancia materna exclusiva.

Aferrándonos a su voluntad y colaboración, le solicitamos, "FIRME" este documento de consentimiento:

Acepto libre y voluntariamente participar anónimamente en este estudio, cuya información otorgada será manejada de forma confidencial y comprendo que en calidad de participante voluntario, puedo dejar de participar de esta actividad en algún momento que considere propicio hacerlo. También entiendo que no se otorgará, ni recibirá algún pago o beneficio económico por la participación.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_(Día / Mes / Año)

DNI: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

**PRACTICAS HOSPITALARIAS Y CARACTERISTICAS BIOSOCIALES PARA EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA**

<p>1. <b>Edad:</b> <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>2. <b>Nivel académico</b></p> <p><input type="radio"/> Básico</p> <p><input type="radio"/> Técnico</p> <p><input type="radio"/> Superior</p>	<p>3. <b>Tiempo hasta la 1ra toma de pecho</b></p> <p><input style="width: 60px;" type="text"/> horas <input style="width: 60px;" type="text"/> minut.</p> <p>4. <b>Tiempo de estancia hospitalaria</b></p> <p><input style="width: 60px;" type="text"/> horas</p>	<p>5. <b>Tipo de parto</b></p> <p><input type="radio"/> Vaginal</p> <p><input type="radio"/> Cesárea</p> <p>6. <b>Paridad</b> <input style="width: 60px;" type="text"/></p>	<p>7. <b>Vive con su pareja</b></p> <p><input type="radio"/> Con pareja</p> <p><input type="radio"/> Sin pareja</p> <p>8. <b>Tipo de lactancia que recibió el hijo anterior</b></p> <p><input type="radio"/> Exclusiva</p> <p><input type="radio"/> Artificial</p> <p><input type="radio"/> Mixta</p>
--	--	---	---

n°	ITEMS	Sí	No
9	Actividades de preparación integral (teórica, física y psicológica) a la gestante para contribuir a un embarazo, parto y puerperio sin temor, ni dolor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Apoyo moral y anímico recibido por parte de la familia, que contribuye a no abandonar el proceso de lactancia materna exclusiva.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Apoyo moral y anímico recibido por parte de la pareja de género masculino, que contribuye a no abandonar el proceso de lactancia materna exclusiva.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Baja producción de la leche materna debido a un problema biológico o a la mala técnica de amamantamiento del bebé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Colocar al bebé en contacto piel a piel con su madre, inmediatamente después del parto, aún antes del pinzamiento del cordón o tan pronto como sea posible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Creencia de que el proceso de lactancia, deforma la figura y estética de la mujer de manera permanente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Creencia de que la leche en fórmula es más nutritiva que la leche materna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Creencia de que la leche materna sola, no tiene poder de proteger al bebé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Creencia de que la percepción de delgadez del bebé se debe al mal estado de la leche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Grietas (Fisuras), por causa de una inadecuada técnica de amamantamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Hipersensibilidad de los senos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Información brindada en el hospital a la madre, por parte del personal de salud, acerca de los beneficios de la leche materna para el bebé, la madre y la sociedad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Información demostrativa recibida en el hospital acerca de las técnicas de amamantamiento del bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Información teórica recibida en el hospital acerca de las técnicas de amamantamiento del bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Mastitis: Inflamación de la glándula mamaria, causada por una obstrucción de los conductos de la leche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Medicación, necesarios y obligatorios para la salud de la madre que forzosamente conlleva al abandono de la lactancia materna.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Por motivos de mantener un nivel económico básico o por decisión de la madre, el trabajo obliga al abandono de la lactancia materna.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Leche artificial, otorgada en el hospital para ayudar a la madre en amamantar a su hijo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Anexo 3. Validez del instrumento

#### VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

	Item	JUECES										Acuerdos	V Aiken	P	
		J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10				
PRACTICAS HOSPITALARIAS	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	22	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0.90	0.001	Válido
	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido	
BIOLÓGICOS	10	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0.90	0.001	Válido
	14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	19	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	8	0.80	0.049	Válido
	23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
CARACTERÍSTICAS BIOSOCIALES	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	0.90	0.001	Válido
	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	16	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	0.90	0.001	Válido
	25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	17	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	0.90	0.001	Válido
	21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido

## Anexo 4. Fiabilidad del instrumento

### FIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

VARIABLES		INDICADORES		
<b>PRACTICAS HOSPITALARIAS Y LAS CARACTERÍSTICAS BIOSOCIALES EN EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA</b> [α=0.834]	<b>PRACTICAS HOSPITALARIAS</b> [α=0.787]	4	Tiempo de estancia hospitalaria	
		9	Información sobre beneficio	
		13	Información sobre técnicas	
		18	Demostración de técnicas	
		22	Contacto precoz	
		3	Tiempo hasta la primera toma de pecho	
		25	Uso de leche artificial	
	<b>BIOLOGÍCOS</b> [α=0.598]	5	Tipo de parto	
		10	Leche materna limitada	
		14	Grietas (Fisuras)	
		19	Mastitis	
		23	Medicación	
		26	Hipersensibilidad de los senos	
	<b>SOCIALES</b> [α=0.830]	Personal [α=0.597]	11	Apoyo de la pareja
			15	Apoyo familiar
			2	Nivel académico
			6	Paridad
			1	Edad
		7	Convivencia	
		16	Educación maternal	
		25	Trabajo	
		8	Lactancia anterior	
		Mitos [α=0.832]	12	Estética
	17		Leche de fórmula	
	21		Nutrición del bebé	
	24		Protección de enfermedades	