

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Nutrición Humana



Una Institución Adventista

Factores de interrupción de la lactancia materna exclusiva en madres
que acuden al Centro de Salud de Ñaña, Lima 2016

Por:

Claudia Raquel Ito Macedo

Asesor:

Lic. Silvia Elida Moori Apolinario

Lima, Junio de 2017

Cómo citar:

Estilo APA

Ito, M. (2016). Factores de interrupción de la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al Centro de Salud de Ñaña, Lima 2016 (Tesis de pregrado). Universidad Peruana Unión, Lima.

Estilo Vancouver

Ito CR. Factores de interrupción de la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al Centro de Salud de Ñaña, Lima 2016 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Peruana Unión., 2016.

Estilo Chicago

Ito Macedo, Claudia. 2016. "Factores de interrupción de la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al Centro de Salud de Ñaña, Lima 2016". Tesis de Pregrado. Universidad Peruana Unión, Lima.

Ficha calcográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación – CRAI – de la UPeU

TNH	Ito Macedo, Claudia Raquel
2	Factores de interrupción de la lactancia materna exclusiva en madres
185	que acuden al Centro de Salud de Ñaña, Lima 2016 / Autor: Claudia Raquel Ito
2017	Macedo; Asesor: Mg. Silvia Moori Apolinario. -- Lima, 2017. 68 páginas: anexos, tablas
	Tesis (Licenciatura)--Universidad Peruana Unión. Facultad de Ciencias la Salud. EP. de Nutrición Humana, 2017. Incluye referencias y resumen. Campo del conocimiento: Nutrición Humana.
	1. Lactancia materna exclusiva. 2. Factores de interrupción. 3. Motivos de interrupción.

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL INFORME DE TESIS

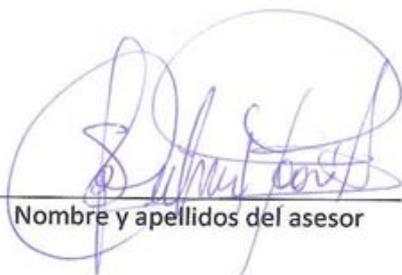
Mg. Silvia Moori Apolinario de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Nutrición Humana de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: ***"FACTORES DE INTERRUPCION DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE ÑAÑA, LIMA 2016"*** constituye la memoria que presenta el(la) **Bachiller Claudia Raquel Ito Macedo** para aspirar al título de Profesional de Licenciada ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente constancia en *(Ciudad)*, a los *(fecha)* del año...



Nombre y apellidos del asesor

Factores de interrupción de lactancia materna exclusiva en madres que acuden al Centro de Salud de Ñaña, Lima 2016

TESIS

Presentada para optar el título profesional de Licenciada en Nutrición Humana

JURADO CALIFICADOR



Mg. María Alina Miranda Flores
Presidente



Lic. Mery Rodríguez Vásquez
Secretaria



Mg. Elisa Romy Rodríguez López
vocal



Lic. Dariela Edith Armas Aranda
vocal



Lic. Silvia Elida Moorí Apolinario
asesora

Ñaña, 06 de junio de 2017

Dedicatoria

A mi padre Luciano, por su apoyo constante y palabras de ánimo. A mi madre Carmen y mi hermana Yessenia quienes me inspiraron, me motivaron y me dieron palabras de ánimo constantemente. A mi familia en general por sus palabras de aliento. A mis amigos de la clínica Good Hope quienes siempre me apoyaron y me animaron a seguir adelante.

Agradecimientos

En primer lugar agradezco a Dios, por la oportunidad de vida que nos da y por qué nos concede nuestros deseos de superación, de seguir adelante.

A todos los que hicieron posible la realización de este trabajo de investigación de manera directa o indirecta. En especial a mis padres por su incondicional apoyo moral, espiritual y económico.

A todos nuestros profesores de la Escuela de Nutrición Humana, a la Facultad de Ciencias de la Salud y a la Universidad Peruana Unión por brindarnos su conocimiento en nuestra formación académica y profesional durante estos cinco años.

INDICE GENERAL

Resumen.....	xi
Abstract.....	xii
El Problema.....	13
1. Planteamiento del problema.....	13
2. Formulación del problema.....	14
3. Objetivos de investigación.....	14
3.1. Objetivo general.....	14
3.2. Objetivos específicos.....	15
4. Justificación.....	15
Capítulo II Marco teórico.....	16
1. Antecedentes de la Investigación.....	16
2. Marco bíblico filosófico.....	22
3. Marco teórico.....	22
3.1. Lactancia materna.....	22
3.1.1 Componentes de la leche materna.....	23
3.2. Factor sociodemográficos.....	25
3.3. Factor conocimiento.....	27
3.4. Factor biofisiológico.....	28
4. Definición de Términos.....	31
Capítulo III.....	33

Materiales y métodos.....	33
1. Diseño y tipo de investigación.....	33
2. Variable de la investigación.....	33
2.1. Operacionalización de variables (matriz).....	33
3. Delimitación geográfica y temporal	37
4. Participantes	37
4.1. Criterios de inclusión de la muestra.....	37
4.2. Criterios de exclusión de la muestra	38
4.3. Características de la muestra	38
5. Cuestionario sobre la lactancia materna exclusiva.....	38
6. Proceso de recolección de datos	38
7. Procesamiento y análisis de datos.....	39
8. Consideraciones éticas	39
Capítulo IV.....	40
Resultado y Discusión	40
1. Resultados	40
2. Discusión:.....	44
Capítulo V	49
Conclusiones y recomendaciones	49
1. Conclusiones	49
2. Recomendaciones	50
Referencias.....	51
Anexo 1.	55

Anexo 2	61
Tabla 5.....	61
Anexo 3	64
Tabla 6.....	64
Anexo 4	65
Tabla 7.....	65
Tabla 8.....	66
Tabla 9.....	67
Anexo 6.....	68

Abreviaturas

- OMS: Organización Mundial de la Salud
- ONU: Organización de las Naciones Unidas
- UNICEF: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
- LA: Lactancia Artificial
- LM: Lactancia Materna
- LME: Lactancia Materna Exclusiva
- LM: Lactancia Mixta

Resumen

El objetivo fue determinar los factores de interrupción de la lactancia materna exclusiva (LME) en niños de madres que acuden al centro de salud de Ñaña, Lima. El estudio fue de tipo descriptivo, la muestra estuvo conformado por 150 madres con niños menores de 6 meses que acudieron al Centro de Salud Ñaña. Los participantes fueron seleccionados mediante el muestreo no probabilístico de tipo intencional. Se aplicó una encuesta conformada por 33 ítems y dividido en tres partes. La prima estuvo conformada por 7 preguntas sobre datos sociodemográficos de la madre y 5 sobre el niño; la segunda parte estuvo conformado por 16 preguntas de conocimientos sobre LME y la tercera estuvo conformada por 4 sobre interrupción de LME y 10 ítems para identificar los motivos de interrupción de LME. Los resultados demostraron que las características sociodemográficas como: edad, número de hijos, grado de instrucción, lugar de procedencia, estado civil, ocupación e ingreso económico están relacionados con la interrupción de la LME. Por otro lado, se evidenció que el nivel de conocimiento en las madres influye con la interrupción de la LME mostrando que 88.7% de las madres tienen nivel de conocimiento regular, mientras que el 11.3 % evidencian un nivel de conocimiento bajo, y no hubo madres con un nivel de conocimiento alto. Sin embargo, se encontraron motivos de interrupción de la LME en sus menor hijos como: por problemas de la mama, por poca producción de leche, por enfermedades del niño, por enfermedades de la madre, porque el niño no presenta ganancia de peso, por el rechazo del pecho, por motivos laborales, por decisión propia y entre otros motivos. Finalmente, se encontró interrupción o abandono de LME en diferentes edades del niño. En conclusión, existen factores de interrupción en la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al Centro de Salud de Ñaña, entre los cuales se evidencia el nivel de conocimiento, factores sociodemográfico, motivos por el cual se interrumpieron. Estos factores influyen directamente sobre la interrupción de la lactancia materna exclusiva, lo que a futuro afecta el crecimiento y desarrollo del niño.

Palabras clave: *lactancia materna exclusiva, factores de interrupción, motivos de interrupción, madres, niños menores de 6 meses.*

Abstract

The objective was to determine the factors of interruption of exclusive breastfeeding (LME) in children of mothers who come to the health center of Ñaña, Lima. The study was descriptive, the sample consisted of 150 mothers with children under 6 months who attended the Health Center Ñaña. Participants were selected by non-probabilistic sampling of intentional type. A survey was made up of 33 items and divided into three parts. The first part was made up of 7 questions about the sociodemographic data of the mother and 5 questions about the child; the second part consisted of 16 knowledge questions about LME and the third part was composed of 4 about LME interruption and 10 elements to identify reasons for LME interruption. The results showed that socio-demographic characteristics such as: age, number of children, level of education, place of procedure, marital status, occupation and income are related to the interruption of the LME. On the other hand, it was evidenced that the level of knowledge in mothers influences with the interruption of the LME that 88.7% of mothers have the level of regular knowledge, while 11.3% show a low level of knowledge, with a level of high knowledge. However, the reasons for discontinuation of LME in their youngest children were found as: due to breast problems, poor milk production, child diseases, maternal diseases, because the child does not present the gain of weight, by the rejection of the chest, by labor reasons, by own decision and among other reasons. Finally, the interruption of LME abandonment at different ages of the child was found. In conclusion, there are factors of interruption in exclusive breastfeeding in mothers who come to the Health Center of Ñaña, among which the level of knowledge, sociodemographic factors, and the reasons for which they were interrupted are evidenced. These factors directly influence the interruption of exclusive breastfeeding, which in the future affects the growth and development of the child.

Key words: exclusive breastfeeding, interruption factors, reasons for interruption, mothers, children under 6 months.

Capítulo I

El Problema

1. Planteamiento del problema

Uno de los factores del abandono de la lactancia materna en los primeros meses de vida se da por la diversidad de tipos de leche y de sus derivados industriales, así como su amplia comercialización, conjuntamente con factores socio demográficos (1).

Los beneficios importantes y más visibles de la lactancia materna consisten en la inmediata salud y supervivencia del lactante. Las tasas de diarrea, las infecciones de las vías respiratorias y otras infecciones, así como las muertes causadas por estas enfermedades, son menores en niños amamantados que en los que no lo son. Durante los primeros seis meses de vida, las tasas son menores entre lactantes amamantados en forma exclusiva que entre los amamantados en forma parcial (2).

En los últimos años, la lactancia materna se ha transformado en un importante indicador que refleja el nivel de bienestar de una sociedad. En sentido, la Organización Mundial de Salud (OMS) en el 2013, estimó que podrían salvarse en el mundo muchas vidas infantiles al año, si todas las madres alimentaran exclusivamente con leche humana a sus hijos durante los primeros seis meses de vida (3).

La leche materna provee toda la energía y los nutrientes (proteínas, grasa, carbohidratos, vitaminas y minerales) que el neonato necesita. Existen evidencias científicas sobre los beneficios en el crecimiento y desarrollo, así como también, reduce el índice de mortalidad infantil causado por enfermedades prevalentes de la infancia, como: infecciones, neumonía, desnutrición, apresura la recuperación durante una enfermedad y ayuda a espaciar los embarazos (4).

El abandono de la lactancia materna tiene consecuencias en la salud de los neonatos. Cuando existen casos de niños alimentados con leche de vaca, a temprana edad desarrollan alergias e intolerancia a algunos alimentos, además, la posibilidad de padecer deshidratación y anemia por falta de hierro. Según Rodríguez et al (5), en el 2008, encontró que la prevalencia de lactancia materna exclusiva, antes del año, desciende considerablemente mes a mes; a los tres meses, alcanza solo el 28%; al cuarto mes, desciende al 20%; en el sexto mes al 15%; y antes del año solo el 6% de los niños es alimentado a pecho. También se demuestra que otros alimentos, como jugos, papillas, frutas y leche de vaca, son incorporados en la dieta de los bebés antes

de que cumplan 6 meses. Además, el 5% de los bebés durante el primer mes toman líquidos, cifra que asciende al 20% cuando los niños alcanzan los 6 meses de edad (5).

La alta tasa de fecundidad, desnutrición y enfermedades infecciosas, junto a ello la incorporación de un mayor número de mujeres a la población económicamente activa, ha permitido que la lactancia materna ocupe un lugar clave en los programas de planificación familiar y supervivencia infantil (6), solo alrededor del 40% de los niños/as en el mundo reciben LME durante 6 meses.

En el Perú, el consumo de lactancia materna exclusiva se ha reducido de 67.2% en el año 2000 a 63.2% en el 2010. Siendo estas cifras menores en la región de la Costa, de 56% en el 2000 a 46.7% en el 2010; mientras que en la región de la Sierra se ha incrementado de 77.4% en el año 2000 a un 80.3% en el 2010 y en la región de la Selva 72.7% en el año 2000 y 78.5% en el 2010 (7). Sin embargo, tasas proporcionadas por el Ministerio de Salud (MINSa) muestran una disminución de un punto respecto al año 2007, es decir, solo el 66% de las niñas y niños en el ámbito nacional reciben Lactancia Materna Exclusiva (LME) hasta el sexto mes de edad. La lactancia exclusiva en los primeros seis meses de vida del bebé, muestra promedios nacionales que mantienen cifras hacia un mayor crecimiento de 68% en 2012, a 72% en el 2013 (8).

Se ha observado que en el centro de salud de Miguel Grau, Ñaña - Chacacayo existe falta de información, capacitación e interés en las madres que acuden con sus hijos al establecimiento, lo cual indica que sería una de las causas que a mayoría de las madres no brindan alimentación correcta a sus hijos a medida que van creciendo los niños acuden al centro de salud por diversas enfermedades como la anemia, diarrea y retardo en el crecimiento, entre otros.

2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de interrupción de la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al Centro de Salud de Ñaña, Lima, 2016?

3. Objetivos de investigación

3.1. Objetivo general

Determinar los factores de interrupción de la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al centro de salud de Ñaña, Lima.

3.2. Objetivos específicos

Evaluar las características sociodemográficas de interrupción de la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al centro de salud de Ñaña, Lima.

Analizar el nivel de conocimiento de interrupción de la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al centro de salud de Ñaña, Lima.

Determinar los motivos de interrupción de la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al centro de salud de Ñaña, Lima.

Analizar las edades de interrupción de la lactancia materna exclusiva en niños atendidos en el centro de salud de Ñaña, Lima.

4. Justificación

Este estudio brindará información sistematizada acerca de la lactancia materna y los factores que están asociados a ella. Asimismo, permitirá ampliar el conocimiento sobre la relación entre los factores sociodemográfico, biofisiológico y conocimientos con la interrupción de la LME en niños, de madres que acuden al centro de salud de Ñaña.

Por otro lado, una desventaja de la alimentación con fórmulas lácteas es el costo para la familia y para la nación. La leche materna se produce en todos los países, pero la fórmula láctea solo en países industrializados. La elección de la lactancia materna exclusiva, a comparación de la alimentación con fórmula, aporta importante ventaja económica para las familias y para los países pobres (9).

Asimismo, la lactancia materna ofrece ventajas en cuanto al crecimiento y desarrollo si es amamantado exclusivo hasta los seis meses y luego complementar con papillas y sólidos hasta los dos años; aporta los nutrientes específicos y necesarios (proteínas, lípidos, carbohidratos y minerales) para el sistema nervioso central. Los patrones de crecimiento y desarrollo sensorial y emocional son más armónicos, tienen mayor coeficiente intelectual y desarrollo psicomotor (10).

Los resultados de este estudio servirán al profesional de la salud en general, y específicamente a los nutricionistas, porque contribuirá en el cuidado de la salud materno infantil. Asimismo, permitirá que los responsables del área de nutrición del centro de salud de Ñaña realicen actividades de promoción sobre la práctica de lactancia materna exclusiva mediante sesiones educativas, charlas y programas de intervención.

Capítulo II

Marco teórico

1. Antecedentes de la Investigación

Oliver et al. (11), realizaron un estudio en México el 2010, con el objetivo de identificar los factores maternos, laborales y de los servicios de salud que influyen en la interrupción temprana de la lactancia materna en madres trabajadoras del Instituto Mexicano del Seguro Social de Ensenada, Baja California, México. El estudio fue de tipo descriptivo y corte transversal. La muestra estuvo representado a 265 madres participantes a las cuales se aplicó un cuestionario entre los tres y nueve meses posparto. Las madres fueron distribuidas en dos grupos: un grupo de madres con abandono temprano de la lactancia materna; y otro grupo con madres que prolongaron la lactancia materna por más de tres meses. Se encontró que 42.3% (112 madres) abandonaron temprano la lactancia materna. Los factores de riesgo fueron: conocimientos deficientes sobre lactancia materna, la ausencia del antecedente de haber practicado en un hijo previo, tener un plan de duración de la misma de 0 a 3 meses y la falta de facilidades en el trabajo para efectuarla. En conclusión, se encontró que los principales factores asociados con el abandono temprano de la lactancia materna fueron maternos. Es probable que la calidad de los conocimientos, la experiencia previa con ella y tener facilidades laborales influyan en la decisión de prolongarla.

También, León (12) realizó un estudio en el Hospital Regional Ignacio Zaragoza de México el 2010, sobre las causas de abandono de lactancia materna. El estudio fue de tipo observacional, prospectivo, descriptivo, transversal. La muestra fueron todos los pacientes de 0 a 6 meses de edad que acudieron a la consulta de urgencias. Se excluyeron a los pacientes que nunca recibieron leche materna y a los mayores de 6 meses de edad. Para la recolección de datos, se empleó una cédula de llenado, cuyas variables eran la edad, el sexo, el tipo de alimentación efectuada desde el nacimiento, y si el paciente no era alimentado al seno materno se determinaba la causa y se preguntaba si la madre era trabajadora y si había recibido información de la lactancia materna. Los datos obtenidos fueron comparados entre sí y analizados con el método estadístico Chi cuadrada. Se incluyeron 681 pacientes, de los cuales 51.7 % fueron alimentados con leche materna y 48.3% con fórmulas industriales. De los pacientes que abandonaron la LM fueron por las siguientes causas: la poca producción de leche y ser hijo de madre trabajadora. Las causas de abandono de la LM fueron: 15.5% por poca

producción de leche, 14.5% madres trabajadoras. Además se registraron otras causas como: 6.1% madre enferma, 3.8% niño enfermo, 3.85% el niño quedaba con hambre, 2% por mastitis materna, 1.1% rechazo al seno materno, 0.8% embarazo gemelar, 0.7% pezón plano. Sin embargo, ser hijo de madre trabajadora o tener poca producción de leche no justifica abandonar la lactancia al seno materno.

Según López et al. (13), realizaron un estudio en Medellín el 2013, teniendo como objetivo identificar los motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva, el método fue descriptivo transversal. La muestra fue 303 madres con hijos menores de 24 meses, inscritos en uno de los programas sociales de la alcaldía de Medellín que habían abandonado la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses. Se aplicó una encuesta estructurada sobre las madres, e hijos, los motivos para el abandono temprano y los alimentos introducidos. Se describieron frecuencias y evaluaron asociaciones con los motivos y edad de abandono de la lactancia materna exclusiva. Los resultados mostraron que el abandono temprano ocurrió principalmente antes de los cuatro meses de edad del niño (a). Los principales motivos fueron: 45.9 % estuvieron relacionados con problemas para la producción láctea, 16.2% por actividades u ocupaciones, 13.2% rechazo del bebé, 10.6% estado de salud de la madre o hijo, 9.6% problemas de seno, 9.2% por alimentación complementaria, 8.6% poco interés por parte de la madre para dar de lactar, 8.6% por influencia de terceras personas y 4% otros. Los alimentos reportados como reemplazo o complementarios a la leche materna, fueron principalmente fórmulas infantiles. Se concluyó que los motivos de abandono temprano han cambiado, porque ahora es clave que la madre tenga el conocimiento necesario para aumentar la producción de leche materna, la orientación por parte del personal entrenado y que le brinden a esta las condiciones laborales que se lo permitan.

Por otro lado, García (14) realizó un estudio en la universidad de Santander (Bucaramanga, Colombia) en el 2010, sobre la relación entre el perfil biopsicosocial de la madre y el abandono de la LME, lo cual, fue enmarcado dentro del diseño cuantitativo, de tipo correlacional y corte transversal. La población fue de 106 madres de niños menores de seis meses que asistían a las consultas de niños sanos de la unidad sanitaria. La muestra representada por 60 madres, distribuida en dos grupos: 30 madres que daban lactancia materna exclusiva y 30 que habían abandonado la misma. En el estudio, se encontró que la edad, el aspecto psicológico, las costumbres de la madre guardan relación estadísticamente significativa con el abandono de la lactancia materna exclusiva. Se concluye que los factores biopsicosociales como la edad, la paridad, el aspecto psicológico, la cultura se pueden convertir en un obstáculo para que la madre brinde LME. Sin embargo, el aspecto social, como el status social, no tienen relevancia

para el abandono de lactancia materna exclusiva al igual que la procedencia de la madre.

Por otra parte, Estévez et al. (15) realizaron un estudio en Colombia el 2002, para determinar la tasa de abandono de la lactancia materna exclusiva (LME) y sus factores asociados. Se hizo un estudio de cohorte no concurrente con nacimientos ocurridos entre enero y agosto de 2006. Se realizó un análisis de supervivencia, donde se encontró que la tasa de incidencia de abandono de la LME fue de 362 por cada 1000 persona de seguimiento. Además, se encontraron asociados al abandono de la LME con los conocimientos deficientes sobre la Lactancia Materna (LM), el uso de biberón, el estrato socioeconómico bajo, la información recibida durante la estancia hospitalaria. Se concluyó que existe una alta incidencia de abandono de la LME, identificando varios factores asociados al abandono que permiten determinar la población vulnerable para posibles intervenciones.

Aparte de ello, Cabrera et al. (16) realizaron un estudio en Colombia el 2001, con el objetivo describir el conocimiento sobre lactancia materna en mujeres y personal de hospitales públicos del Valle del Cauca en Colombia. El método fue descriptivo, la muestra estuvo conformada 2770 mujeres y 140 funcionarios de los hospitales participantes. La técnica fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario. Se concluyó que el conjunto de conocimientos de los encuestados es adecuado, principalmente con respecto a la importancia nutricional e inmunológica de la lactancia para los infantes. Sin embargo, los conocimientos de las mujeres respecto al inicio oportuno y mantenimiento de la lactancia materna, son desfavorables, asimismo, los conocimientos adquiridos sobre lactancia no están mediados mayoritariamente por la acción de servicios o profesionales del sector.

Por otro lado, Niño et al (17) realizaron un estudio en Chile en el 2012, sobre factores que atribuyen a una lactancia materna exclusiva. El estudio fue de corte transversal y la muestra fue de 256 madres del sector público y 158 del sector privado. En el estudio se observó mayor escolaridad, primiparidad, cesáreas y trabajo fuera del hogar; 45.8% de las madres mantuvieron lactancia exclusiva de 6 meses. Principales causas de destete fueron decisión materna 13%, percepción de hambre 24.1%, factores estéticos 17.3% y enfermedad del niño 13%. La lactancia exclusiva hasta los 6 meses se asoció con una lactancia previa exitosa, menor escolaridad materna y sistema público de salud. Se concluyó que los factores están relacionado con percepciones maternas más que con datos objetivos, las variables sociodemográficas influyen en lactancia exitosa, mayor educación en controles de salud y clínicas de lactancia mejorarían esta situación.

Por otro lado Leite et al (18) realizaron un estudio en Brasil el 2007, con el objetivo fue identificar factores asociados a la lactancia materna exclusiva (LME) y los motivos presentados por las madres para la introducción de alimentación complementaria en los primeros 4 meses de vida. Para el estudio se hizo análisis univariante y multivariante de regresión logística y la población estuvo conformada por 380 madres que fueron entrevistadas, 92,2% de los niños menores de 4 meses fueron vacunados en una campaña de Multivacunación. Se encontró que 38% de los niños; el 33,4% consumía leche de vaca; el 29,2% té y el 22,4% agua, también se encontró que 6.8% se dio mazamorra o papillas, 5.5% se le dio jugo de fruta y 3.9% fruta antes de los 4 meses, 2.4% se le dio sopas y 0.5% comidas. Las madres justificaron la introducción de leche de vaca por factores relativos con la cantidad y calidad de la leche materna y “necesidad” del niño, el uso de chupete y dificultad con la lactancia se asociaron a la ausencia de LME. El riesgo poblacional asociado al uso de chupete fue 46,8%. Por lo tanto, los factores modificables fueron identificados como interrupción de la LME.

Sin embargo, García (19), realizó otro estudio en Lima, Perú, el 2015. Su objetivo fue evaluar el nivel de conocimiento de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva. El estudio fue descriptivo. La muestra fue de 60 madres que firmaron el consentimiento informado. Para la recolección de datos se realizó una entrevista y se aplicó un cuestionario, que constó de 2 partes: primera parte datos socio demográficos y segunda parte 25 preguntas sobre conocimientos de lactancia materna exclusiva. Para la recolección de los datos se reunió a las madres en la sala de espera del consultorio de control de niño sano. Después de obtenido el consentimiento informado se aplicó la prueba, así que, el nivel de conocimientos de las madres, fue medio en el 51.7%, bajo en el 41.7% y alto en el 6.7%. El grupo etario que prevaleció fue de 25 a 29 años con el 38.3%. La edad más frecuente de los niños fue 5 a 6 meses con el 43.4%. De ahí que un alto porcentaje de madres presentó un nivel medio y bajo de conocimientos acerca de la lactancia materna exclusiva. Por tanto, se necesita el desarrollo y establecimiento de programas que permitan educar.

Más aun, Del Carpio (20) realizó un estudio en Lima, Perú el 2015, con el objetivo de determinar los factores socioculturales que prevalecen en el incumplimiento de la LME en madres adolescentes en el Centro de Salud Nueva Esperanza. El estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 32 madres adolescentes seleccionado por muestreo probabilístico de proporción aleatoria simple. Se aplicó un cuestionario de 31 ítems, teniendo como resultados la relación a los factores socioculturales que prevalecen en el incumplimiento de la LME en madres adolescentes, el 56% corresponden al factor cultural y 44% al factor social. Respecto a

la dimensión factores sociales que prevalecen en el incumplimiento de la LME en madres adolescentes, el 84% son convivientes, 84% son de nivel educativo secundario, 56% proceden de Lima metropolitana y 84% tienen como ocupación amas de casa. En relación a la dimensión factores culturales; el indicador conocimientos, el 63% no recibieron información sobre la lactancia materna exclusiva, 72% no tienen carnet de CRED, 53% empezaron a dar alimentos líquidos a sus niños menores de 6 meses, el 47% refieren que “las agüitas, entre otras infusiones, previenen el cólico y los gases al bebé”; y el 41% de madres adolescentes refieren que “la leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian”. Se concluye que los factores socioculturales sí prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes, siendo los factores de mayor prevalencia, los factores culturales; ya que existe un gran número de madres que han incumplido el dar lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad. La principal causa fue la decisión materna influenciada por el factor cultural como las creencias en relación a la LME.

Rojas (21) realizó un estudio en Lima, Perú, el 2014. Su objetivo fue determinar la influencia de las prácticas hospitalarias y características biosociales en el abandono de la lactancia materna exclusiva en las madres que asisten a los servicios del Centro de Salud Juan Pérez Carranza Lima (Perú). El método que se utilizó fue un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal. Los resultados mostraron que los principales motivos para el abandono recaen principalmente en razones de carácter biológico (69%), leche materna limitada y grietas, el segundo factor recae en razones de carácter social (27 %), trabajo y el factor influencia de las malas prácticas hospitalarias (4%) fue el que menos influencia ejerce para el abandono de la lactancia materna exclusiva. Además, resultó significativa la influencia de la ausencia de apoyo de la pareja, ausencia del apoyo de la familia, bajo nivel de estudio, Primíparas, las adolescentes, las que han tenido educación maternal, las que su lactancia anterior fue exclusiva. Se concluye que las razones de carácter biológico como leche materna limitada y presencia de grietas en el seno, son los que más influyen para el abandono de la lactancia materna exclusiva, le siguen los motivos de carácter social como el trabajo; asimismo, se encontró que muchas de las prácticas hospitalarias favorecen al abandono de la lactancia materna exclusiva, como la estancia hospitalaria prolongada, la falta de información acerca de los beneficios de la lactancia. Además, también lo hacen las madres que no reciben apoyo por parte de su pareja, familia, los estudios básicos, las primíparas, las adolescentes y jóvenes, las que no han tenido educación maternal y las que en su anterior parto, la alimentación del bebe fue mixta y artificial.

Así mismo, Vásquez (22) realizó un estudio en el Centro de Salud San Luis, Lima Perú 2009, con el objetivo de determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis, el método fue descriptivo de corte transversal, la muestra fue de 60 madres de niños menores de 6 meses que acuden al servicio de CRED, la técnica fue la entrevista y la encuesta y la escala de Likert modificada, considerando el consentimiento informado. Los resultados mostraron que el 100 %, 40% tienen conocimiento medio, 16.7% bajo y 43.3% alto. En cuanto a las prácticas, 63.3% es adecuada y 36.7% inadecuada. Acerca de la actitud, 50% tienen una actitud medianamente favorable, 20% desfavorable y 30% favorable. Se concluyó que un porcentaje considerable (56.7%) de madres tiene un conocimiento medio y bajo respecto a la lactancia materna. La mayoría (70%) tienen una actitud medianamente favorable a desfavorable ya que considera que en los 6 primeros meses su bebé debe ser alimentado solo con leche materna.

Finalmente, Ferro et al (23) realizaron un estudio en Lima, Perú, el 2006, teniendo como objetivo determinar el nivel de conocimiento en Lactancia Materna y su relación con factores socioculturales. Se realizó un estudio prospectivo, transversal y descriptivo. Participaron 372 puérperas que cumplieron los criterios de inclusión, a quienes se aplicó una encuesta estructurada, previa prueba de confiabilidad y validación de juicio de expertos. El grupo de adolescentes es el que tiene el porcentaje más alto de conocimiento deficiente (39.4%) a comparación de las mujeres en edad fértil y añosas. El grupo de puérperas que solo tiene educación primaria presentó el más alto porcentaje de conocimiento deficiente (32.8%) sobre la lactancia materna. El grupo de solteras se asocia al nivel de conocimiento deficiente (38.4%), a comparación del grupo de convivientes y casadas. Las empleadas representaron un mayor porcentaje de conocimiento malo de lactancia materna (25.8%), a comparación de las puérperas que se dedicaban a su casa. Asimismo, las estudiantes tienen el más bajo porcentaje de conocimiento adecuado (16%). Las mujeres que son madres por primera vez, tienen el porcentaje más alto de nivel de conocimiento deficiente (23.5%) a comparación de las multíparas. Las puérperas que han recibido la información sobre lactancia materna de cualquier otra fuente que no sea el personal de salud; se asocia a malos niveles de conocimiento (63.1%). Se concluyó que el nivel de conocimiento inadecuado predominó entre regular a malo en un 70 %. El grupo de adolescentes fueron las que tienen mayor riesgo a tener un conocimiento inadecuado sobre lactancia materna; del mismo modo que las mujeres solteras, con grado de instrucción primaria, las empleadas y las primíparas. La ocupación materna no tuvo relación con el nivel de conocimiento en el estudio.

2. Marco bíblico filosófico

La alimentación en los primeros meses de vida es la más importante debido a que es la base en la formación fisiológica y en lo posterior el niño tendrá una adecuada salud; por lo tanto, se debería alimentar adecuadamente empezando por la lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses de vida, y luego con una alimentación complementaria. Por ello se motiva a investigar y dar a conocer a las madres los beneficios de la lactancia materna exclusiva.

3. Marco teórico

3.1. Lactancia materna

La lactancia materna es la primera experiencia y uno de los importantes derechos que tienen los bebés cuando nacen; a través de la lactancia materna exclusiva la madre no solo transmite a su hijo emociones, fortaleciendo el bienestar emocional del binomio madre e hijo, sino que también asegura el consumo adecuado de requerimientos nutricionales necesarios para mantener su metabolismo, crecimiento y desarrollo normal (24).

Diversos estudios han demostrado, que a partir del primer año de edad, la leche materna se vuelve más rica en grasas y otros nutrientes, lo que permite complementar una dieta cada vez más diversificada de los niños a partir de dicha edad. La lactancia materna es un acto natural, pero al mismo tiempo es un comportamiento aprendido. Las madres y otros cuidadores necesitan apoyo activo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de lactancia materna (24).

En el contexto mundial diferentes, organismos como la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), reconocen y recomiendan la práctica de la lactancia materna (LM) como uno de los factores que más contribuyen con la salud y la alimentación de los niños, especialmente si se ofrece en forma exclusiva hasta el sexto mes de vida con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años (25).

Según la OMS durante los seis primeros meses considera Lactancia Materna Exclusiva sin recibir otro alimento líquido o sólido durante su práctica; las investigaciones epidemiológicas demuestran que la lactancia materna proporciona una serie de ventajas a los lactantes respecto al estado de salud, en el crecimiento y desarrollo del niño; y al mismo tiempo que disminuye significativamente el riesgo de presentar un gran número de enfermedades agudas y crónicas (26).

La OMS definió la LME como: la alimentación del infante solo con leche materna, incluida la leche extraída, y no otros líquidos o sólidos, con excepción de gotas o jarabes conformados por vitaminas, suplementos minerales o medicinas (27).

3.1.1 Componentes de la leche materna

La leche materna es modificada en las diferentes etapas, como el pre calostro, calostro, leche de transición y leche madura.

Pre calostro

Es un exudado del plasma que se produce en la glándula mamaria a partir de la semana 16 de embarazo. Cuando el nacimiento ocurre antes de las 35 semanas de gestación, la leche producida es rica en proteínas, nitrógeno total, inmunoglobulinas, ácidos grasos, magnesio, hierro, sodio y cloro. Tiene bajas concentraciones de lactosa y un recién nacido prematuro tiene poca actividad de lactosa.

Calostro

Durante los primeros 7 días después del parto se produce el calostro, fluido amarillento y espeso de alta densidad y escaso volumen. En estos primeros días se produce un volumen de 2-20ml por toma, suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido.

Leche de transición

Su producción se inicia después del calostro y dura entre siete y quince días. Progresivamente se elevan sus concentraciones de lactosa, grasas, por aumento de colesterol, fosfolípidos y vitaminas hidrosolubles; disminuyen las proteínas, las inmunoglobulinas y las vitaminas liposolubles debido a que se diluyen por el incremento en el volumen de producción, que puede alcanzar 660 ml/día hacia el día 15 postparto.

Leche madura

Comienza su producción a partir del día 15 postparto y puede continuar por más de 15 meses. Su volumen promedio es de 750 mL/día, pero, puede llegar hasta 1,200 mL/día en madres con embarazo múltiple.

Tiene un perfil estable de sus diferentes componentes:

Energía:

La leche humana contiene de 68-74 Kcal /100 ml, según la población estudiada. Los requerimientos de energía son algo menores en los lactantes, de lo habitualmente recomendado por la FAO /UNICEF/OMS.

Proteína:

La leche humana tiene un contenido en proteínas más bajo que el resto de los mamíferos (0,9-1,1 g/100 ml). Pero esta es la cantidad adecuada para el crecimiento óptimo del niño, es una fuente importante de aminoácidos necesarios para el rápido crecimiento del lactante. Pero además, muchas de ellas son funcionales, es decir, facilitan la digestión o absorción de nutrientes, maduran el sistema inmune, defienden contra patógenos y favorecen el desarrollo del intestino.

Grasa:

Es el componente más variable de la leche humana. Su concentración varía desde 2 g /100 ml en calostro a 4-4,5 g/100ml en leche madura. La principal fuente de energía para el lactante son las grasas. La leche materna proporciona el 40-50 % de las calorías en forma de grasa. Además, aportan ácidos grasos esenciales de cadena larga y vitaminas liposolubles.

Carbohidratos:

La lactosa es el principal hidrato de carbono de la leche y es muy abundante (7,3g/dl). Proporciona el 40% de su energía. Aportan energía al sistema nervioso central. La lactosa es el principal hidrato de carbono que contiene; favorece el desarrollo de la flora intestinal por las bifido bacterias e impide el crecimiento de microorganismos patógenos por ser codificante; mejora la absorción de calcio y mantiene estable la osmolaridad de la leche porque conserva bajas concentraciones de sodio y potasio.

Minerales:

La leche humana tiene todos los minerales que necesita el niño. Sus concentraciones son más bajas que en los sucedáneos, pero tienen excelente coeficiente de absorción. Su contenido no se modifica sustancialmente por la dieta materna. Destaca el hierro, cuyas concentraciones se reducen a lo largo de la lactancia hasta mantenerse estable a los seis meses. Se absorbe entre 45 y 75% de su contenido total, mientras que la leche de vaca solo es de 10%. La relación calcio/fósforo de la leche materna es de 1.2 a 2; esto es útil en la absorción hasta de 75% del calcio, comparado con solo 20% de la leche entera de vaca. De esto depende la formación del tejido óseo en la infancia.

Agua:

Representa aproximadamente el 88 a 90% y está en relación directa con el estado de hidratación permitiendo mantener un perfecto equilibrio electrolítico. Cubre satisfactoriamente los requerimientos del bebé, aún en circunstancias extremas de calor, por lo que no se requieren líquidos suplementarios (28).

3.2. Factor sociodemográficos

La lactancia no es solo un comportamiento instintivo, sino que depende del aprendizaje; está influenciado por factores culturales y sociales. A pesar de su base fisiológica, el significado de la lactancia materna y la forma en la que se integra en los contextos culturales varía globalmente (24). El nivel socio cultural se refiere a los factores vinculados al contexto más general, relativos a la estructura de la sociedad, que influyen en la aceptabilidad y expectativas sobre la lactancia.

El rol materno es algo que debe aprender la madre y va a depender de su entorno social, familiar y cultural; es por eso que todos estos factores afectarán de una manera u otra a la lactancia materna exclusiva, actividad principal del rol materno (29).

3.2.1. Factores sociales

Los factores sociales juegan un papel importante en el deterioro de la lactancia materna, estos pueden ser modificaciones en la estructura social sobre, todo a nivel familiar. La entrada de la mujer al campo de trabajo tiene que ver con el estrato económico y la migración de la zona rural hacia la ciudad (urbana); estos factores influyen la erradicación o abandono de la lactancia materna exclusiva (30).

Estudios demuestran que las madres del área urbana amamantan menos que las del área rural; esto se debe a que el factor social influye en el deterioro de la lactancia materna exclusiva debido a modificaciones en la estructura social, sobre todo, a nivel familiar; a lo largo del tiempo, estos factores influyen en la erradicación de la lactancia materna exclusiva a nivel mundial.

Otros resultados muestran que las madres adultas tienden a abandonar con más frecuencia la lactancia materna exclusiva, esto permite que las mujeres de mayor edad tardan más tiempo para alcanzar la producción completa de leche, tener experiencias de fracaso en cuanto al amamantamiento en embarazos anteriores, relacionado con el trabajo en el hogar y carecen de apoyo familiar (31).

La edad y la paridad forman parte del perfil biológico de la madre, es por ello que se destaca que la edad materna influye en la práctica de la lactancia materna exclusiva. Por ejemplo, las madres adolescentes tienen más probabilidad de abandonar la lactancia materna por influencia de su grupo familiar. Sobre este particular, es probable que se deba al desconocimiento por parte de la familia sobre los beneficios de la lactancia materna (32).

La mayoría de las personas consideran que la lactancia materna por ser un proceso natural es algo sencillo; pero esto no es totalmente cierto, ya que alrededor de la mitad

de las mujeres tienen problemas para amantar a sus hijos, sobre todo si se trata de su primer hijo, de una madre sin apoyo familiar, especialmente si es adolescente (32).

Hasta el siglo XIX, la edad posible del destete debió ser del segundo o tercer año de vida, después de esto la LM tuvo cambios; pero en el siglo XX y XXI hubo disminución por la influencia que proviene de la leche fresca de vaca, apta para el consumo de la especie humana. Todo esto hace que exista la tendencia cada vez mayor al destete precoz, muchas veces por el desconocimiento de las ventajas que ofrece la leche humana. Esta es una evidencia de cómo los factores sociales y económicos pueden desencadenar y modificar factores biológicos (33).

3.2.2. Factor cultural

Las diferencias en la exclusividad y duración de la lactancia dependen en gran medida del conocimiento de la mujer sobre la producción de leche y en creencias culturales. Las creencias culturales afectan el modo en que se alimenta a los niños y a los valores, actitudes y expectativas asociados a este comportamiento. Estas creencias pueden ser más potentes que las recomendaciones de los profesionales de la salud e incluyen, entre otros aspectos, el tipo de interacción entre madres y pequeños, la forma en que se adapta la lactancia a las rutinas familiares, como se lleva a cabo el amamantamiento, las nociones sobre lo que es ser “buena madre” y la relación de la lactancia con tendencias y modas (34).

En los países en desarrollo, donde la lactancia materna se practica de forma casi universal, la introducción de líquidos rituales, agua con azúcar o solamente agua, desde las primeras semanas, se basa en diversas creencias y rituales. Según Oliver (45), los valores culturales identifican la leche artificial como la norma y aspectos como la dificultad para compatibilizar la lactancia con los estilos de vida de la mujer, el desagrado de la lactancia en público, o de dar el pecho a niños pequeños; esto puede influir en las decisiones de las mujeres para abandonar la lactancia de forma prematura.

Se estableció que las distribuciones de las respuestas consolidadas de ocurrencia del factor costumbres negativas difieren significativamente; por lo que se puede asegurar con un error menor del 5% que las madres que abandonaron la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses tienden a presentar, casi siempre, en un 73,3%, una ocurrencia mayor de las costumbres negativas como es darle sucedáneos a los niños antes de los seis meses; mientras que las madres que no abandonaron la lactancia materna exclusiva, el 100% manifestó no tener esas costumbres negativamente (31). Al parecer muchas madres encuentran muy difícil resistir y cada cual da una razón diferente, según sea el caso: el niño queda con hambre, hay que

darles líquidos para quitarles la sed, el niño llora mucho, se me secó la leche, hay que acostumbrarlo para cuando no pueda amamantarlo, estas razones se deben a la costumbres o cultura de cada madre. Y es ahí donde el personal de salud debe estar preparado para orientar a la madre durante y después del embarazo (35).

La escolaridad o grado de instrucción de la madre es importante tomarlo en cuenta cuando se le está educando sobre la lactancia, porque a mayor escolaridad tendrá mayor ventaja de entender las recomendaciones dadas sobre el tema: una de las estrategias básicas para motivar y lograr que las madres alimenten a sus hijos al pecho es la educación. Las mujeres no amamantan por instinto; el amamantamiento es una destreza que se debe aprender. De ahí que la orientación y educación que la madre reciba en el control prenatal, sala de parto, puerperio o consultas de niños sanos sobre la lactancia materna será determinante para el amamantamiento exclusivo (36).

Las creencias culturales también están implicadas en la Lactancia Materna como por ejemplo la práctica de dar agua y otros líquidos tales como té, agua azucarada y jugo a los bebés amamantados durante sus primeros meses de vida es común en la mayor parte del mundo, esta práctica a menudo empieza durante el primer mes de vida, Las razones que las personas indican para dar agua a los bebés varían en las diferentes culturas. Algunas de las razones más comunes son: “Es necesaria para la vida, quita la sed, alivia el dolor (causado por cólicos y estreñimiento), previene, combate los catarros y el estreñimiento, los tranquiliza”.

Las creencias culturales y religiosas también influyen en la introducción temprana del agua. Algunas culturas incluso consideran el hecho de ofrecer agua a los recién nacidos como una forma de darle la bienvenida al mundo (37).

3.3. Factor conocimiento

Las diferencias en la exclusividad y duración de la lactancia dependen en gran medida del conocimiento de la mujer sobre la producción de leche.

Es la capacidad de la madre para ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores lo que le permite un mejor desenvolvimiento, adquirir nuevas conductas a lo largo de su existencia, tanto en ámbitos individuales como colectivos, convirtiéndose en un factor importante cuando se trata de la comprensión y entendimiento de cualquier información relacionado con la lactancia materna exclusiva, llegando a determinar la continuación o la interrupción del amamantamiento mediante la lactancia materna exclusiva (35).

El consumo de la lactancia materna no puede explicarse mediante la decisión única sobre su inicio o no sobre el tiempo previsto que se desea amamantar. El éxito en la

lactancia y el valor de amamantar se da en satisfacción como resultado obtenido tras iniciar la lactancia también influye sobre las decisiones de la mujer (35).

La mayoría de las mujeres abandonan la lactancia prematuramente por las dificultades que percibe, más que por una decisión previa. Sin embargo, los problemas o dificultades en la lactancia no son buenos predictores del abandono considerados individualmente. La menor satisfacción de la madre con la lactancia o su evaluación negativa del proceso está más fuertemente relacionada con el abandono prematuro que la existencia del problema en sí mismo (36).

Los factores que influyen en la energía, tiempo y capacidad de resolver problemas de la madre, como la falta de apoyo del círculo de personas más cercano, incluyendo la falta de conocimientos o experiencia en lactancia, las actitudes negativas hacia la lactancia, el estrés en la relación de pareja y la poca colaboración en las tareas del hogar de las personas que conviven con la madre, están relacionados con el abandono prematuro de la lactancia (36) (47).

Las dificultades que la mujeres encuentran en el entorno laboral incluyen una actitud negativa hacia la madre lactante y la dificultad para continuar con la lactancia al separarse de su hijo, que algunas consideran inadecuado. Una mayor duración maternal se asocia positivamente a la duración de la lactancia, mientras que las jornadas más intensivas influyen negativamente (37).

3.4. Factor biofisiológico

Por otra parte, “las mujeres de mayor edad fisiológicamente sufren un retardo en el ciclo de exotoxina-prolactina y debido a esto tardan más en obtener una producción completa de leche”. Sin embargo, con una buena orientación y apoyo estas madres pudieran superar este obstáculo sin necesidad de acudir a la administración de sucedáneos. La paridad también podrá influir en el abandono de la lactancia materna cuando se reporta que el número de hijos consigue ser de ayuda al éxito o fracaso durante el amamantamiento (38).

Por otro lado, el efecto protector de la Lactancia Materna en relación con la muerte súbita del lactante, diabetes insulina dependiente, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, patología alérgica y linfomas (39).

Después del parto, las mujeres que lactan a sus hijos tienen menos sangrado y al retrasarse el inicio de la menstruación, se produce un ahorro de hierro que compensa de forma fisiológica las pérdidas que se producen durante el parto. La mujer que lacta a su hijo recupera antes el peso anterior a la gestación y al retrasarse el inicio de la ovulación, ayuda a evitar en parte la gestación precoz. La re mineralización ósea tras el

parto es más rápida y eficaz y en la edad posmenopáusica disminuye la frecuencia de fracturas de cadera. Se reduce el riesgo de cáncer de ovario y de cáncer de mama en la mujer pre menopáusica (40).

Ofrecer agua a un bebé antes de los seis meses puede ocasionar problemas de salud significativos:

- Riesgo de desnutrición:

Reemplazar la leche materna con un líquido de poco o ningún valor nutricional puede tener un impacto negativo en el estado nutricional del bebé, así como en su supervivencia, crecimiento y desarrollo. El consumo de pequeñas cantidades de agua u otro líquido puede llenar el estómago del infante y esto reduce su apetito por la leche materna, que si es rica en nutrientes. Estudios han demostrado que el suministrar agua a los bebés antes de los seis meses puede reducir el consumo de leche materna hasta en un 11%. Ofrecer agua con glucosa durante la primera semana de vida se ha asociado con una mayor pérdida de peso y estancias más prolongadas en el hospital (41).

- Riesgo de enfermedad:

El agua y los implementos para ofrecer otros alimentos son vehículos para la introducción de patógenos. Los infantes tienen un mayor riesgo de estar expuestos a los organismos que causan diarrea, especialmente en ambientes con poca higiene y sanidad. En los países menos desarrollados, dos de cada cinco personas carecen de acceso a agua potable. La leche materna asegura que el bebé tenga acceso a una fuente adecuada y fácilmente disponible de agua pura (42).

Investigaciones realizadas confirman los beneficios de la lactancia materna exclusiva, así como los efectos dañinos que causa la introducción temprana de líquidos no nutritivos, y su relación con la incidencia de enfermedades diarreicas. Dependiendo de la edad, un infante es dos a tres veces más susceptible a padecer de diarrea si le dan agua, té o preparaciones herbales además de la leche materna que si lo amamantan exclusivamente (43).

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 de orina, otitis y diarrea (46).

Los lactantes amamantados durante más de tres meses sufren menos infecciones y estas son más leves. Algunos autores consideran el pecho materno como el órgano inmunitario del bebé (47).

3.4.1. Factor nutricional

La leche materna se considera la mejor y más importante fuente nutritiva para el niño en los primeros cuatro a seis meses de vida. Entre las innumerables ventajas que se atribuyen figuran la prevención de enfermedades diarreicas agudas (EDA) en el primer año de vida, desarrolla protección contra enfermedades alérgicas, favorece la adecuada nutrición del niño y específicamente disminuye la posibilidad de padecer anemia durante las primeras etapas de la vida, contribuye al adecuado desarrollo del sistema nervioso central. Con respecto a la madre disminuye la posibilidad de desarrollar cáncer de mamas, contribuye a la rápida involución del útero en el puerperio e interviene en el espaciamiento del embarazo (40).

La lactancia materna es un fenómeno biocultural por excelencia en los humanos, además de biológico, es modificado por la cultura, se dice que es la nutrición óptima para el crecimiento y desarrollo de los niños (41). Así mismo, la lactancia materna ofrece ventajas al niño y a la madre, las mismas se clasifican de la siguiente manera: para el niño, favorece el crecimiento y desarrollo si es amamantado exclusivamente hasta los seis meses y luego complementando correctamente con papillas y sólidos hasta los dos años, aporta los nutrientes específicos para el sistema nervioso central, sus patrones de crecimiento y desarrollo sensorial, emocional son más armónicos; tienen mayor coeficiente intelectual y mayor desarrollo psicomotor, padecen de un menor número de episodios de diarrea, las infecciones respiratorias también son más leves ya que esta leche aporta componentes inmunes al sistema inmunológico del niño (46). Definitivamente, la lactancia materna exclusiva protege al niño de patologías infecciosas, metabólicas, carenciales, gastrointestinales, odontológicas, muerte súbita, abandono y maltrato (46) (39).

Todos estos aspectos le ofrecen a la madre opciones de alimentación para su hijo y es cuando ella decide abandonar la lactancia materna para introducir sucedáneos de la leche materna a la alimentación del niño como: las fórmulas lácteas a base de leche de animales de vaca y vegetales, la soya, papillas de cereales o harinas con leche artificial, compotas de frutas, o simplemente agua y así trasgreden la buena nutrición que obtendrían brindando lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad (41).

Sin embargo, todavía hay quienes piensan que por ser la leche humana madura más pálida que la leche de vaca, es preferible usar la última, aunque la leche materna

contiene las necesidades requeridas para los seres humanos e incluso se ha demostrado que los niños sanos alimentados exclusivamente con pecho no necesitan agua extra y la orina es diluida (40).

La leche humana es el alimento idóneo para el recién nacido humano, como lo es la leche de vaca para el ternero y la de cabra para el cabrito; para ello la naturaleza, muy sabia al fin, determinó que la composición de cada una de ellas fuera diferente según las necesidades de crecimiento y desarrollo de cada especie (41).

Hoy son universalmente aceptadas las bondades de la Lactancia Materna. Este alimento no solo es más fácil de digerir por los recién nacidos, además desde el punto de vista nutricional e inmunológico posee una amplia gama de micro y macronutrientes y elementos de defensa humorales y celulares (42).

Esta leche se debe brindar al niño o niña de forma exclusiva idealmente en los primeros seis meses de vida, aunque el abandono de la Lactancia Materna natural constituye uno de los problemas de salud que más atención recibe en estos momentos en el mundo; se desarrolla con gran rapidez en los países ocasionando serias consecuencias en la salud de los niños en edades tempranas, aumento de la morbilidad y mortalidad infantil, y el de padecer enfermedades crónicas en la adultez (43).

El recién nacido humano es la criatura que crece con mayor lentitud dentro de las especies de mamíferos; por tanto, la leche materna humana es la que menor tenor proteico tiene. Esto quiere decir que, si ofrecemos leches de otras especies a los lactantes, como la leche de vaca, se está sobrecargando el sistema metabólico y excretor con altas concentraciones de proteínas que, además, no tienen la misma composición en caseína y proteínas del suero, ni la misma composición aminoácido (42).

Los estudios realizados en las últimas décadas sugerían que los niños amamantados, sobre todo durante tiempos prolongados, alcanzaban un peso y una talla a los 6 y 12 meses de edad inferiores a los niños alimentados con fórmulas adaptadas (43).

4. Definición de Términos

Lactancia Artificial (LA): Es la alimentación del neonato utilizando leches diferentes a la materna, en especial por medio de fórmulas alimenticias diseñadas para cubrir las necesidades nutricionales del recién nacido (43).

Lactancia Materna (LM): Es un término usado en forma genérica para señalar alimentación del recién nacido y lactante, a través del seno materno. Sin embargo,

existen diferencias en cuanto a su práctica. Estas tienen repercusión en la salud del niño (43).

Lactancia Materna Exclusiva (LME): Es el consumo de lactancia materna como único medio de alimentación del recién nacido hasta los seis meses, sin introducción de ningún otro alimento. Es el mejor alimento que puede recibir él bebe ya que le proporciona todos los nutrientes requeridos para su desarrollo y crecimiento (43).

Capítulo III

Materiales y métodos

1. Diseño y tipo de investigación

Este estudio es de enfoque cuantitativo porque los datos se analizaron estadísticamente. Es de diseño no experimental porque no se manipularon las variables. De corte transversal debido a que los datos se recogieron en un solo momento y de tipo descriptivo porque busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de las variables de estudio (44).

2. Variable de la investigación

Variable 1: Factores de interrupción de la lactancia materna

2.1. Operacionalización de variables (matriz)

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala
Factor sociodemográfico	Son características sociales, demográficas, clínicas, y económicas que presentan los sujetos de estudio (15)	Es la respuesta que tienen las madres sobre la datos sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Número de hijos • Grado de instrucción • Lugar de procedencia 	<ul style="list-style-type: none"> a) > 18 años b) 18-24 años c) 25-34 años d) 35 años a mas a) 1 hijo b) 2-3 hijos c) De 4 a más hijos a) Primaria b) Secundaria c) Superior a) Costa b) Sierra c) Selva a) Casada b) Conviviente

			<ul style="list-style-type: none"> • Estado civil • Ocupación • Ingreso económico 	<p>c) Soltera</p> <p>a) Estudia</p> <p>b) Trabaja</p> <p>c) Ama de casa</p> <p>a) > a 850 soles mensual</p> <p>b) Igual o < a 850 soles mensual</p>
Factor o conocimiento	Conocimientos técnicos de la madre con respecto a la lactancia materna (15).	Es la respuesta que tienen las madres sobre la lactancia materna. <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento Bajo (0-5 puntos) • Conocimiento Moderado (6-11 puntos) • Conocimiento Alto (12-16 puntos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Recibió información sobre lactancia materna exclusiva • En su opinión ¿Qué es Lactancia Materna Exclusiva • Hasta que edad el niño debe tomar leche materna exclusiva. • ¿La leche materna es el mejor alimento para su niño y cubre todo lo que necesita para su crecimiento en los 	<p>a) No recibió</p> <p>b) Si recibió</p> <p>c) En varios momentos</p> <p>a) Es dar leche materna más leche artificial</p> <p>b) Es dar solo leche de día y noche</p> <p>c) Es dar leche materna más agüitas</p> <p>a) Hasta 4 meses</p> <p>b) Hasta 6 meses</p> <p>c) Hasta 12 meses</p> <p>a) Sí</p> <p>b) No</p> <p>c) No sabe</p>

			<p>primeros seis meses?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que el niño se enferma menos si se amamanta? • ¿Considera que la leche materna es la forma más económica (más barata) de alimentar a su hijo? • La leche materna produce cólicos en el niño. • Si su niño se enferma de diarrea ¿Qué haría usted? • Si la madre está enferma con gripe ¿puede dar de mamar al niño? • ¿A partir de qué edad el niño(a) puede incluir alimentos además de la lactancia? • Las mujeres que tienen senos pequeños 	<p>a) Sí b) No c) No sabe</p> <p>a) Sí b) No c) No sabe</p> <p>a) Sí b) No c) No sabe</p> <p>a) Suspende la lactancia b) Daría agüitas c) Continúa con la lactancia</p> <p>a) Sí b) No c) No sabe</p> <p>a) Cuando tiene hambre b) A partir de 5 meses c) A partir de 6 meses</p> <p>a) Sí b) No c) No sabe</p>
--	--	--	---	---

			<p>producen poca leche.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Dar de mamar previene el cáncer de mama en las madres? • ¿Dar de mamar ayuda a fortalecer el vínculo madre e hijo? • ¿La leche materna puede conservarse por algún método? • ¿Cuáles es el método correcto de conservación? 	<p>a) Sí b) No c) No sabe</p> <p>a) Sí b) No c) No sabe</p> <p>a) Sí b) No c) No sabe</p> <p>a) Refrigeración y congelación b) No se debe refrigerar ni congelar c) No sabe</p>
Edades de interrupción	Es la elección de fórmulas maternizadas, líquidos o comidas en vez de la lactancia materna exclusiva	Es la respuesta que tienen las madres sobre las edades en que sus hijos fueron interrumpidos en la lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> • Edad en que se dio agua o jugo. • Edad en la que se le dio leche maternizada o formula. • Edad en la que se dio comida. • Edad en la que se le quito la lactancia materna. 	<p>a) 0 a 1 mes b) 2 meses c) 3 meses d) 4 meses e) 5 meses f) 6 meses g) Más de 6 meses h) No le da /*continua con la lactancia materna</p>
	Motivos o razones de la madre	Es la respuesta que tienen las	• Problemas en las mamas (grietas,	• Sí / No

	relacionada a la interrupción de LM. (15)	madres sobre los motivos de interrupción de la lactancia materna	heridas, malformación) • Poca producción de leche. • Enfermedad del niño. • Enfermedad de la madre. • El niño(a) no ganaba peso • Niño rechaza el pecho. • El niño queda con hambre. • El trabajo no permitía la lactancia. • Decisión propia de la madre. • Otro motivo	• Sí / No • Sí / No
--	---	--	---	--

3. Delimitación geográfica y temporal

El estudio se realizó en el Centro de Salud Miguel Grau (Ñaña) de la Micro Red Lima Metropolitana, ubicado en el distrito de Chaclacayo, durante los meses enero a mayo 2016. (Anexo)

4. Participantes

La muestra estuvo conformado por 148 madres con niños menores de 6 meses que acudieron al centro de salud Ñaña, seleccionados mediante el muestreo no probabilístico por criterio del investigador.

4.1. Criterios de inclusión de la muestra

Madres que acuden al Centro de Salud Miguel Grau.

Madres con niños menores de un año de edad.

Madres que firmaron el consentimiento informado.

Madres que interrumpieron la LME.

4.2. Criterios de exclusión de la muestra

Madres que no completaron la encuesta.

4.3. Características de la muestra

La muestra que se obtuvo son madres con diferentes tipos de edades, tiene hijos menores de un año que acuden casi a diario a un Centro de Salud perteneciente a Ñaña.

5. Cuestionario sobre la lactancia materna exclusiva

Este cuestionario fue creado y validado por Rodríguez en el 2015, validado por juicios de expertos (2 nutricionistas y 3 enfermeras), obteniendo una validez de contenido (v de Aiken=1). Por otra parte, la prueba piloto se hizo con 45 participantes con una confiabilidad de 0.75 según la prueba estadística de KR- 20 (Kuder Richardson). (Ver anexo 6).

La encuesta consta de 33 preguntas dividida en tres partes. La primera está conformada por 7 preguntas sobre datos sociodemográficos de la madre y 5 sobre el niño; la segunda parte por 16 preguntas de conocimientos sobre LME y la tercera 4 ítems sobre interrupción de LME y 10 para identificar los motivos de interrupción de LME.

6. Proceso de recolección de datos

Para el proceso de recolección de datos, se solicitó y obtuvo el permiso oficial del Centro de Salud Miguel Grau – Ñaña, luego, se procedió a coordinar las fechas y horarios para la aplicación de los instrumentos. Se explicó el objetivo de la encuesta y se obtuvo el consentimiento informado, enseguida, se aplicó el cuestionario sobre “Lactancia materna exclusiva” a las madres de la muestra, en un estimado de 5 a 7 minutos por persona. Se logró aplicar las encuestas en un periodo de 5 meses y finalmente se verificó que todas las encuestas se completaron adecuadamente.

7. Procesamiento y análisis de datos

Los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS versión 24.0 para describir los datos recolectados y analizarlos en función a los objetivos planteados. Los resultados se expresaron en estadísticos de frecuencia (media, mediana y porcentajes).

8. Consideraciones éticas

La respuesta obtenida de la aplicación de las encuestas fueron de total confiabilidad y veracidad por lo cual la información adquirida es confidencial y de absoluta reserva ya que tiene fines investigativos y busca posibles soluciones al problema de investigación, por esto el encuestado firma un consentimiento informado.

Capítulo IV

Resultado y Discusión

1. Resultados

Tabla 1

Distribución de la muestra según las características sociodemográficas de la Madre

Variable	N	%
Edad		
Menor de 18 años	10	6,8
18-24 años	39	26,4
25-34 años	70	47,3
35 años y mas	29	19,5
Número de hijos		
1 hijo	79	53,4
2 - 3 hijos	64	43,2
4 a más hijos	5	3,4
Grado de Instrucción		
Primaria	5	3.4
Secundaria	51	34.5
Superior	92	62.1
Lugar de procedencia		
Costa	68	45,9
Sierra	36	24,4
Selva	44	29,7
Total	148	100.0

Variable	N	%
Estado civil		
Casada	42	28,4
Conviviente	84	56,8
Soltera	22	14,8

Ocupación		
Estudia	5	3,4
Trabaja dependientemente	28	18,9
Trabaja independientemente	34	23,0
Ama de casa	81	54,7
Ingreso económico		
Menor a 850 soles mensual	30	20,3
Mayor o igual a 850 soles mensual	118	79,7
Total	148	100,0

En la tabla 1 se observa que 47.3% de las madres tienen entre 25 y 34 años, y solo el 6.8% tienen menos de 18 años. Con relación a los números de hijos, 53.4% de las participantes tienen un hijo mientras que 43.2% de ellas tienen entre dos a tres hijos. Con respecto al grado de instrucción, 62.1 % cursaron el nivel superior y solo 3.4% presentan un nivel de instrucción de primaria. En cuanto al lugar de procedencia, 45.9% de las madres proceden de la región costa mientras que el 24.4% de la región sierra. Con respecto al estado civil, 28.4 % de las madres son casadas y 56.8% convivientes, y 14,8% son madres solteras. En cuanto a la ocupación, 54.7% son ama de casa, y 18.9% trabajan de forma dependiente, 23% independientemente. Finalmente, con respecto al ingreso económico, el 79.7% ganan mayor o igual a 850 soles mensual mientras que el 20.3% refieren ganar menos que esa cantidad.

Tabla 2

Distribución de la muestra según nivel de conocimiento sobre la lactancia materna

Nivel de conocimientos	N	%
Bajo	15	11
Regular	133	89
Total	148	100,0

En la tabla 2 se observa que 89% de las madres tienen nivel de conocimiento regular sobre la lactancia materna exclusiva frente al 11 % que presenta nivel bajo.

Tabla 3

Distribución de la muestra según los motivos de interrupción de la lactancia materna

Ítems	Sí		No	
	N	%	N	%
Problemas de la mama (grieta, heridas, malformación)	2	1,4	146	98,6
Poca producción de leche	38	25,3	110	74,3
Enfermedad del niño	23	15,5	125	84,5
Cólicos	18	12,2		
Neumonía	4	2,7		
Otros	1	0,7		
Enfermedad de la madre	12	8,1	136	91,9
Apendicitis	2	1,4		
Cesárea	7	4,6		
Gripe	1	0,7		
Mastitis	1	0,7		
Enfermedad de riñón	1	0,7		
El niño (a) no ganaba peso	35	23,6	113	76,4
Niño rechaza el pecho	14	9,5	134	90,5
El niño queda con hambre	61	41,2	87	58,8
El trabajo no permitía la lactancia	37	25	111	75
Decisión propia de la madre	45	30,4	103	69,6
Otros motivos	28	18,9	120	81,1
Dio agua por gases	6	4,1		
Para preparar su estomago	14	9,5		
Dio agua porque tenía sed	4	2,7		
Consejos familiares	2	1,4		
Por estudio de la madre	1	0,7		
Madre falleció	1	0,7		

Nota: n=148

En la tabla 3 se observa las razones o motivos por el cual las madres interrumpieron la lactancia materna a sus menores hijos: por problemas de la mama, como grietas, herida o malformaciones de mama 1.4%, por poca producción de leche 25.7%, por una enfermedad del niño 15.5%, por enfermedad de la madre, como apendicitis, cesárea, gripe, mastitis o enfermedad del riñón 8.1%, porque el niño no presenta ganancia de

peso 23.6%, por el rechazo del pecho, 9.5%, por motivos laborales, 25%, por decisión propia 30.4% y por otros motivos de la madre 18.9%.

Tabla 4

Distribución de la muestra según la edad del niño e interrupción de la lactancia

Preguntas		< 1	2 M	3 M	4 M	5 M	6 M	> 6 M	No le da / Continua con la lactancia*
P 29. ¿A qué edad empezó a darle agua o jugo?	N	4	3	12	9	40	54	26	
	%	2.7	2.0	8,1	6,1	27	36,5	17.6	
P 30. ¿A qué edad le dio leche de fórmula?	N	51	2	12	11	10	13	5	44
	%	34,5	1,4	8,1	7,4	6,8	8,8	3,4	29,7
P 31. ¿A qué edad le dio comida (fruta, verdura, cereales, etc.)?	N			1	1	10	104	32	
	%			0,7	0,7	6,8	70,3	21,6	
P 32. ¿A qué edad le quitó el pecho a su niño (a)?	N	5	2		1	3	3	13	121*
	%	3,4	1,4		0,7	2,0	2,0	8,8	81,8*

Nota: n=148; M=Mes

En la tabla 4 se observa que 8.1% de los niños iniciaron a los 3 meses el consumo de agua o jugos y 27% a los 5 meses, sin embargo, 36.5% de los niños iniciaron a partir de los 6 meses. Por otro lado, 34.5% de los niños recibieron fórmula maternizada antes del primer mes y 8.8% a los 6 meses, en cambio 29.7% no recibió ningún tipo de fórmula maternizada. También, 0.7% de los niños recibieron comida (fruta, verdura, cereales, etc.) a los 3 y 4 meses, 6.8% antes de los 6 meses, sin embargo, 70.3% recibió a los 6 meses. Finalmente, 3.4% de los niños antes del mes no recibió lactancia materna y 2% se le quitó el pecho antes de los 5 y 6, el 81.8% de los niños continua con la lactancia materna.

2. Discusión:

La lactancia materna es considerada como la mejor y más completa fuente de nutrientes en los primeros meses de vida de la especie humana, sin embargo, la interrupción y abandono es un hecho frecuente, provocado en gran medida por múltiples factores (1).

El estudio tuvo como objetivo determinar los factores relacionados con la interrupción de la lactancia materna exclusiva; entre esos factores están los sociodemográficos, cuyas categorías muestran que 47.3% de las madres oscilan entre 25 y 34 años y solo el 6.8% tienen menos de 18 años, también 53.4% de las participantes tienen un hijo, mientras que el 43.2% de ellas tienen entre dos a tres hijos. En cuanto al grado de instrucción, 62.1% cursaron el nivel superior y solo 3.4% tienen primaria. Según el lugar de procedencia, 45.9% de las madres proceden de la región costa, mientras que 24.4% de la sierra, además, 28.4% son casadas, 56.8% convivientes y 14,8% son solteras. Según la ocupación 54.7% son amas de casa y 18.9% trabajan de forma dependiente, 23% independientemente. Con respecto al ingreso económico 79.7% ganan de 850 soles mensuales a más y 20.3% menos de 850 soles.

Esto se debe a que los factores sociodemográficos son los que prevalecen en la interrupción de la LME, 47.3% de las madres tuvieron de 25-34 años y 26.4% menores 18 años. Lo que quiere decir que a menor edad materna disminuye el periodo de lactancia, por la poca preparación y la inmadurez propia de esta etapa ya que se encuentran en un periodo de cambios biológicos, psicológicos y socioculturales, que originan una mayor prevalencia de abandono de la LME, en madres primíparas el 53.4% tuvieron que abandonar la lactancia. Esto se puede explicar por la experiencia y maduración de la mujer, en cuanto al grado de estudio, 62.1% refieren instrucción superior y 34.5% secundario; es probable que las madres con grado superior no tienen conocimiento ni preparación adecuada sobre la LM. Se encontró que el 45.9%, de madres proceden de la costa, y debido a las costumbres o hábitos en cuanto a la LM se presume que reciben influencia de padres que provienen de otras regiones del país; por otro lado el 56.8% fueron convivientes, lo que puede conllevar a que exista cierta inestabilidad emocional, económica e inmadurez lo que constituye un gran riesgo para continuar con la LME, 54.7% de las madres fueron amas de casa, se asume que no tuvieron conocimiento y preparación para una adecuada LME.

Estos resultados guardan relación con lo que sostiene Rojas (21), se evaluó la influencia de las prácticas hospitalarias y características biosociales de las madres en el abandono de la LME. Se usó un tipo de método a las participantes a quienes se le

aplicó una encuesta por persona, cuyas categorías muestran que 16% de las madres que abandonaron la LM tuvieron nivel de estudios básicos, 21.4% fueron primerizas, 15% fueron madres jóvenes que abandonaron la lactancia, 19% fueron madres convivientes y 23.7% por motivos de trabajo. Ambos estudios se aplicó el mismo método demostrando que la característica sociodemográficas, como grado de instrucción, número de hijos, estado civil, ocupación influye en el abandono de la LM teniendo como resultados una inadecuada LME por parte de la madre.

Con respecto al nivel de conocimiento de la madre sobre LME, los resultados demuestran que 89% tienen nivel de conocimiento regular (133), mientras que 11% evidencian un nivel de conocimiento bajo (15) y no hubo madres con un nivel de conocimiento alto. Esto se debe a la falta de información, preparación y educación por parte del personal de salud, también por parte de la madre al no tener interés en buscar información y orientación sobre la LME. García (19), realizó un estudio sobre el nivel de conocimiento de las madres de niños menores de 6 meses acerca de la LM, aplicando una encuesta que constó de 2 partes: I datos sociodemográficos y II comprendió 25 preguntas sobre conocimientos de lactancia materna exclusiva, juntando a las madres en la sala de espera de control de CRED por un mes de lunes a viernes, de los cuales 51.7% presentaron conocimientos medio, 41.7% bajo y solo 6.7% nivel alto. Ambos estudios tomados con los mismos métodos realizados en Lima, evidencian un nivel de conocimiento medio y bajo, lo que nos hace presumir que la población encuestada desconoce los beneficios de la LME, resultados semejantes a los obtenidos en esta investigación.

Se observa, que las categorías sociodemográficas y el nivel de conocimientos están relacionadas a la interrupción de la lactancia materna, 52% de las madres que conviven tienen conocimiento regular y 5.3% bajo, a diferencia del 10.7% de las madres casadas tiene conocimiento regular y 2% bajo, 43.3% de las madres que tiene entre 25 a 34 años tiene conocimiento regular y 4% presentan conocimientos bajos al igual que las madres que tienen menos de 18 años. En cuanto a la ocupación, 50.7% de las ama de casa tiene conocimiento regular y 4.7% bajo, por el contrario, el 2% de las madres estudiantes tienen conocimiento regular y 1.3% bajo, sin embargo, 57.3% de las madres que cursaron el grado superior presentaron conocimiento regular y 6.7% que cursaron el nivel secundario presentaron conocimiento bajo.

De igual forma, Ferro et al (23), al evaluar el nivel de conocimiento en LM y su relación con los factores socioculturales en madres puérperas, se aplicó una encuesta donde se evidencio que 39.4% de adolescentes tuvieron el mayor porcentaje de conocimiento bajo, en comparación con mujeres en edad fértil y añosas. También se encontró un

mayor porcentaje 32.8% en puérperas que tuvieron educación primaria, 38.4% de un grupo de solteras se asoció a un nivel de conocimiento bajo a comparación del grupo de casadas y convivientes; sin embargo, 25.8% de las empleadas representaron un mayor porcentaje de conocimientos bajos de la LM a comparación de las puérperas que se dedicaban a su casa. Asimismo, 16% de estudiantes tienen menor porcentaje de conocimiento adecuado, 23.5% que son madres primerizas y tiene mayor porcentaje de conocimiento bajo, a comparación de las madres multíparas. Finalmente 63.1% de las puérperas que recibieron información sobre LM de otras fuente que no sea personal de asocia a bajo nivel de conocimiento. Tanto el estudio de Ferro como éste fueron realizados en un Centro de Salud, siendo el primero con un mayor número de madres ; demuestran la estrecha relación entre datos sociodemográficos como estado civil que al ser madres convivientes presentan inestabilidad emocional e inmadurez, a comparación de las madres casadas, con respecto a la edad las madres de 25-34 años igual tienen poco interés y conocimientos deficientes, también al ser amas de casa interrumpieron la LM por falta de conocimientos y preparación por sí misma; así mismo, el grado de instrucción influye en la interrupción de la lactancia ya que las madres se dedican al estudio motivo por el cual no dan de lactar a su hijos introduciendo a temprana edad otro tipo de alimentos o fórmulas maternizadas.

Oliver et al. (11) utilizó diferente metodología mediante entrevista personal durante el primer mes posparto y por teléfono a los cuatro y seis meses siguiente, encontraron que 42.3% de las madres abandonaron temprano la lactancia materna y se encontró que los principales factores asociados con el abandono fueron de conocimientos, la facilidades laborales que influye en la decisión prolongada. Sin embargo, con respecto al grado de instrucción 57.3% de las madres tuvieron estudio superior completa y solo 6.7% de las que terminaron la secundaria tienen conocimiento bajo, por el contrario 2.7% de las que terminaron la primaria tenían regular conocimiento y solo 0.7% obtuvieron bajo conocimiento.

Además, los resultados muestra que los principales causas de abandono de la LME fueron: 41.2% el niño quedaba con hambre, 30.4% por decisión propia de la madre, 25.3% por poca producción de leche y 25% por motivos de trabajo. Del mismo modo López et al (13), quien realizó un estudio sobre motivos del abandono temprano de la LME en Medellín a madres con hijos menores de 24 meses que habían abandonado la LME antes de los 6 meses, su metodología fue aplicar una encuesta en un programa que seleccionó a madres que interrumpieron la LME, se encontró que 2.6% abandona la LME por desconocimiento, 13.2% el bebé rechazó el pecho, 8.6% poco interés por parte de la madre para dar de lactar, 45.9 % problemas con la producción de la leche

materna, 9.6% problemas de seno, 10.6% estado de salud de la madre o hijo, 16.2% por actividades u ocupaciones, 8.6% por influencia de terceras personas, 9.2% por alimentacion complementaria y 4% otros. Estos estudios también son comparados por León (12), quien tomo a todos los pacientes de 0 a 6 meses que acudían a consultorio y se les realizo preguntas de interrupción a las madres, determinó que el abandono de la LM fueron: 15.5% por poca producción de leche, 14.5% madres trabajadoras, 6.1% madre enferma, 3.8% niño enfermo, 3.85% el niño quedaba con hambre, 2% por mastitis materna, 1.1% rechazo al seno materno, 0.7% pezón plano. En el presente trabajo los motivos mencionadas por las madres para interrumpir la lactancia materna predominó la propia decisión materna, ya que la decisión de interrumpir la lactancia, es en la mayoría de las veces, de la propia mujer, y las causas están relacionadas con las dificultades en la lactancia como poca producción de leche, el bebé se queda con hambre y entre otros problemas personales, al haber baja producción de leche (hipogalactia), como causa real de necesidad de leche artificial, de tal manera que constituye el motivo o pretexto de la madre para justificar la interrupción y/o abandono de la LME.

También se identificó algunas razones de la interrupción de la LME según edad del niño, observándose entre ellas que, 27% de las madres interrumpieron la LME de sus niños por la introducción de agua o jugo a los 5 meses de edad, 34.5% le dio leche de fórmula antes del primer mes, 6.8% inició la alimentación con comida (fruta, verdura, cereales, etc.) a los 5 meses, mientras que 8.8% le quitó el pecho después de los 6 meses y 3.4% antes del primer mes. Por otro lado, se debe resaltar que 29.7% de las madres manifiesta que no han dado leche de fórmula y 81.8% aún continúa con la lactancia luego de los 6 meses. Leite et al (18), evaluó los factores asociados a la LME y motivos de introducción alimentaria en niños menores de 4 meses, la población estuvo conformada por 380 madres que fueron entrevistadas encontrando que el 15% de las madres no le dieron LM antes de los 4 meses, 33.4% se dio otras leches, 29.2% consumían té, mates y 22.4% agua, 6.8% se dio mazamoras o papillas, 5.5% se le dio jugo de fruta y 3.9% fruta antes de los 4 meses, 2.4% se le dio sopas y 0.5% comidas. Resultados similares fueron presentados por Del Carpio (20), quien aplicó un cuestionario de 31 ítems, evaluándolos factores que favorecen el incumplimiento de la LME en madres adolescentes encontró que de un total de 100% de las madres en estudio, 63% no recibieron información sobre la lactancia materna exclusiva, 72% no tienen carnet de CRED y 53% empezaron a dar alimentos líquidos (jugos, agüitas y otras leches) a sus niños menores de seis meses. Ambos estudios demuestran la interrupción con líquidos, aguas y alimentos como frutas y cereales antes de los 6 meses de edad, lo que significa que la mayoría de las madres empezaron a dar alimentos líquidos antes

de los seis meses de edad; estos resultados coinciden con Leite et al(18) y Del Carpio (20) que demuestran que las madres empiezan a dar alimentos líquidos o sólidos a sus bebés por distintas razones, una de ellas es que refieren que tiene sed, para preparar su estómago o por gases que presenta el bebé, por motivos de trabajo, por recomendación familiar entre otros. La LME es lo único que debe tomar el bebé durante sus seis primeros meses de vida; por sí solo es el mejor alimento y la mejor bebida, que el agua contenida en la leche materna es suficiente para satisfacer las necesidades de líquidos del niño.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

Existen factores determinantes para la interrupción de la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al centro de salud de Ñaña, entre los cuales se evidencia el nivel de conocimiento, factores de carácter sociodemográfico, biológico, emocional, entre otros. Estos factores influyen directamente sobre la interrupción o la continuidad de la lactancia materna exclusiva, lo que a futuro afecta el crecimiento y desarrollo del niño.

La Lactancia Materna Exclusiva durante los primeros seis meses de vida está influenciada por varios factores que en ocasiones se conocen solo de modo parcial. Los factores sociodemográficos asociados de forma significativa a Lactancia Materna Exclusiva fueron el estado civil, número de hijos, el grado de instrucción, ocupación, edad de los participantes e ingreso económico. No se encontraron factores individuales asociados a Lactancia Materna Exclusiva.

La lactancia no solo tiene importancia en el ámbito de la salud, sino también a nivel de conocimiento. Un porcentaje considerable de madres tiene un conocimiento regular sobre lactancia materna, ellos refieren que la lactancia proporciona al niño defensas contra las enfermedades, tiene todo los nutrientes necesarios para el desarrollo.

La edad materna y el nivel de escolaridad fueron otros de los factores maternos que se relacionaron con el abandono temprano de la LME. Una de las causas frecuentes para el abandono precoz fue la insuficiente producción de leche y el reemplazo por la lactancia artificial como forma de alimentación en el primer semestre de la vida.

Todos los factores identificados pueden ser de utilidad tanto para el reconocimiento de los grupos de riesgo como para la focalización de intervenciones en salud pública.

Es de importancia recordar que las prácticas inapropiadas de alimentación y sus consecuencias, son obstáculos al desarrollo socioeconómico y a la reducción de la pobreza.

2. Recomendaciones

El equipo de salud de primer nivel de atención, considera los factores socioculturales de la madre y adopten medidas necesarias, que ayuden a superar el incumplimiento de lactancia materna exclusiva en los niños menores de seis meses, durante la asistencia al establecimiento de salud.

Se requiere intervenciones que evalúen las prácticas culturales, acceso y uso de los servicios de salud, educación en alimentación de niños y planificación familiar.

Las entidades sanitarias, como las facultades de medicina, las escuelas de salud pública, las instituciones públicas y privadas de formación de agentes de salud y las asociaciones profesionales, deben establecer políticas e intervenciones que apoyen a la práctica de la lactancia materna, especialmente con el fin de contrarrestar la influencia de las industrias lácteas. Entre otras, las organizaciones religiosas y de beneficencia, las asociaciones de consumidores y los grupos de apoyo entre madres, tienen múltiples posibilidades de contribuir.

Continuar el desarrollo del proyecto para identificar aspectos que afectan una LM exitosa, desde la etapa prenatal.

Realizar estudios sobre factores que influyen en las prácticas de la lactancia materna, con el fin de profundizar los hallazgos respecto a la lactancia materna.

Diseñar estrategias para el desarrollo de Programas Educativos dirigido a las madres sobre Lactancia materna.

Diseñar estrategias con líderes de opinión e instituciones, que permitan y promuevan la continuidad de los proyectos.

Elaborar módulos educativos sobre la LME, mencionado los beneficios, las consecuencias a la larga, y entre otros.

Recomendar que el estudio sea comparativo de 2 a 3 Centros de Salud para ampliar la población.

Recomendar una población más completa.

Referencias

1. Sánchez Sigl M R, Baigorria Javier S, Alonso Cordero M E, Hemández Armas D M. Lactancia Materna. Algunos factores que promueven el destete precoz. *Revista de Ciencias Médicas La Habana. Cuba.* 2009; 15 (3).
2. León Cava N. Cuantificación de los Beneficios de la Lactancia Materna: Reseña de la Evidencia. Washington. D.C.: OPS. HPN. 2002.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Temas de Nutrición. Enero. 2015.
4. Jovani Roda C, Aguilar Martín R, Navarro Caballé I. Influencia del personal sanitario de asistencia primaria en la prevalencia de la lactancia materna. *Pediatría.* 2002; 57 (6):534-9.
5. Rodríguez Martínez M, Samper Villagrasa P, Broto Coscolluela P, Collado Hernández F, Sebastián Bonel C. Programas de intervención para promocionar la lactancia materna. Proyecto Palma. *Acta Pediátrica Esp.* 2008; 66 (11):564-8.
6. Rodríguez García R, Lois Schaef S. Nuevos conceptos de lactancia, promoción y educación de los profesionales de la salud *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)* 2001.pp.1-15.
7. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2013). Informe Principal. Lima- Perú. 2013. Pág. 15-16.
8. León Suazo H G. Causas de abandono de lactancia materna en un hospital de tercer nivel. *Pediatría de México.* Vol. 12 Núm. 1 – 2010.
9. Ricardo Sevilla P S, Zalles Cueto L, Santa Cruz Gallardo W. Lactancia Materna vs Nuevas Fórmulas Lácteas Artificiales: Evaluación del Impacto en el Desarrollo, Inmunidad, Composición Corporal en el Par Madre/Niño. Cochabamba. Bolivia. 2011.
10. Sagredob R G. Valoración materna de las medidas prenatales de promoción de la lactancia natural. *Aten Primaria.* 2002; 29(2):79–81.
11. Oliver Roig A, Chulvi Alabort V, López Valero F, Lozano Dura M. Momentos críticos de abandono de la lactancia materna en un seguimiento de 6 meses. *Enfermería Clínica.* 2008. p. 317-20.
12. León Suazo H G. Causas de abandono de lactancia materna en un hospital de tercer nivel. *Pediatría de México.* Vol. 12 Núm. 1 – 2010.
13. López B, Martínez L, Zapata N. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 31(1): 117-126.

14. García López A, Ros Bas O. Factores socioculturales y perinatales relacionados con la lactancia materna exclusiva en el Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga. Colombia. 2010; 20 (2):109-13.
15. Estévez Gonzales D, Martell Cebrián D, Medina Santana R, García Villanueva E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. Análes Españoles de Pediatría. 2002; 56:144–50.
16. Cabrera G, Mateus J. Conocimientos acerca de la lactancia materna en el Valle del Cauca. Colombia 2001 pp.25-30.
17. Niño M R, Silva E G, Atalah S E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Revista Chilena de Pediatría. 2012; 83 (2): 161-169
18. Leite Carvalhaes M A, García de Lima Parada C G, Placido da Costa M. Factores asociados a la situación de lactancia materna exclusiva en niños menores de cuatro meses en Botucatu-sp. Rev. Latino-am Enfermagem 2007. Enero-Febrero; 15(1).
19. García Carrión L A. Nivel de conocimientos de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva. Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo. Lima. Perú. 2015.
20. Del Carpio Gómez J N. Factores socioculturales que prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes en el centro de salud Nueva Esperanza, Lima, Perú, 2015.
21. Rojas Bardales R J. Influencia de las prácticas hospitalarias y características biosociales en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres que asisten a los servicios del Centro de Salud Juan Pérez Carranza. Lima. Perú. 2014.
22. Vásquez Delgado R. Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis. Lima. Perú. 2012.
23. Ferro S. Nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socio-culturales en puérperas del IEMP de octubre a diciembre del 2005. Perú, 2006.
24. Bruckner H. Lactar es amar, conocer, cuidar y mantener la fuente natural de alimentación del lactante. Editorial científico técnico. La Habana Cuba.2008.
25. Chil R. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. 2013.
26. Segura A, Cure C, La Torre H. Influencia de la lactancia materna exclusiva o alimentación temprana con fórmula sobre las enfermedades durante la niñez. Revista de Asma, Alergia e Inmunología. Colombia. 2002.

27. Díaz Tabares O, Soler Quintana M L, Ramos Rodríguez A O. Lactancia durante el primer año de vida. *Métodos*. 2001; 17(4):336–43.
28. Criado Vega E, Merino Moina M. Lactancia Artificial. Guías de actuación conjunta Pediatría Primaria- Especializada. Madrid. 2011.
29. Estévez Cebrián D, Santana R. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. 2014; 144–50.
30. Niño M R, Silva E G, Atalah S E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Rev. Chil Pediatr*. 2012; 83 (2): 161-169.
31. Aguirre Maddaleno C, Herrera Gómez A, Burrows Fomento O. Vigilancia de lactancia materna en hijos de madres adolescentes. *Rev. Chilena Pediatría*. 2005; 66:270–5.
32. Gómez Nariño E D, Consue C. Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva: 59–70. Bucaramanga Colombia, 2014.
33. Dakusaku López Y, Munayco Magallanes Américo. Lactancia materna exclusiva y fusión de crestas palatinas en neonatos. *Artículo*. 2011; 8(2):75–87.
34. Gonzales López R. Lactancia Materna Exclusiva: La Única Fuente de Agua que Necesita un Bebé. 2002;(202).
35. Strain H, Valdés Verónica. Beneficios de la lactancia materna 1. *Salud LA*. 2001.
36. Publica MDES, Ciencias F, La MDE, General H, Leopoldito D. Causas de abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses en san José de las Lajas. 1–73.
37. Cárdenas M H, Montes E, Varon M, Arenas N. Perfil biopsicosocial de la madre y su relación con el abandono de la lactancia maternal exclusiva. Universidad de Carabobo, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería. Venezuela. 2010.
38. Roig Martínez M R, García Carlos J, Álvarez Calatayud M. Factores asociados al abandono
39. Sánchez Ocon M V, Pérez Morente M A, Pérez Robles M A, Moreno Moya A. La lactancia materna como factor de protección en el desarrollo de la obesidad infantil. *Nutrición. Hospitalaria. Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral*; 2012; 27:23.
40. Rojas Camayo J. Lactancia materna y cáncer de mama: un estudio caso-control en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima-Perú. *Facultas de medicina*. 2008; 69(1):22-8.
41. Díaz Arguelles E, Ramírez Corría V. Lactancia materna: evaluación nutricional en el recién nacido. *Rev. Cubana Pediatría*. 2005; 77(1561-3119):10.

42. Hernández Aguilar M T, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. Anales de Pediatría. 2005. p. 340–56.
43. Bouquet De Duran R, Pachajoa Londoño A. Lactancia materna versus Lactancia artificial en el contexto colombiano, población y salud en Mesoamérica. Colombia. 2011.
44. Tamayo M T. Metodología formal de la investigación científica. Números. Editorial Limusa; 2008.
45. Oliver Roig A. El abandono prematuro de la lactancia materna: incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia. Enfermería Clínica. 2005. P.120-135.
46. Hernández Aguilar M T, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. Anales de Pediatría. 2005. p. 340-56.
47. Sobre B, Salud LA. Beneficios de la lactancia materna 1. 2003
48. <https://www.google.com.pe/maps/place/CENTRO+MATERNO+INFANTIL+MIGUEL+GRAU/@-11.9868784,-76.8138038,15z/data=!4m5!3m4!1s0x0:0xdcb7206bf3eb3a36!8m2!3d-11.9868784!4d-76.8138038>

ANEXOS

Anexo 1.

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
EP NUTRICIÓN HUAMANA**

CUESTIONARIO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Información importante para la participante

Estimada madre:

Soy estudiante de la Escuela Profesional de Nutrición Humana de la Universidad Peruana Unión. Este cuestionario tiene como propósito conocer los factores asociados a la Lactancia Materna Exclusiva. Su participación es totalmente voluntaria y no será obligatoria llenar dicha encuesta si es que no lo desea.

Cualquier duda o consulta que Usted tenga posteriormente puede escribirme a claudia.1993.raquel@gmail.com (Claudia Raquel Ito Macedo)

He leído los párrafos anteriores y reconozco que al llenar y entregar este cuestionario estoy dando mi consentimiento para participar en este estudio.

Instrucciones

No escriba su nombre en este cuestionario. Sus respuestas son anónimas. Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se le presentan luego con un lapicero marque y rellene el cuestionario. Le pedimos que conteste con la mayor sinceridad posible. Muchas gracias por su colaboración.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Datos de la madre

1. Edad actual

- a. Menor de 18¹
- b. 18-24 años²
- c. 25-34 años³
- d. 35 años y más⁴

2. ¿Cuántos hijos tiene?

- a. 1 hijo¹
- b. 2-3 hijos²
- c. De 4 a más hijos³

3. Estado civil

- a. Casada¹
- b. Conviviente²
- c. Soltera³
- d. Otro⁴.....

4. Ocupación

- a. Estudia¹
- b. Trabaja dependientemente²
- c. Trabaja independientemente³
- d. Ama de casa⁴
- e. Otro⁵.....

5. Grado de instrucción

- a. Primaria incompleta¹
- b. Primaria completa²
- c. Secundaria incompleta³
- d. Secundaria completa⁴
- e. Superior incompleta⁵
- f. Superior completa⁶
- g. Sin instrucción ⁷

6. Ingreso económico

- a. Menor a 850 soles mensual¹

b. Mayor o igual a 850 soles mensual²

7. Lugar de procedencia

a. Costa¹ b. Sierra² c. Selva³

Datos del niño

8. Fecha de nacimiento: Día..... mes..... año.....

9. Edad actual: (Meses)

10. Sexo: Masculino¹ b. Femenino²

11. Peso de nacimiento

a. Menor a 2.5 kg¹ b. Mayor o igual a 2.5 kg²

12. Tipo de parto

a. Cesárea¹ b. Vaginal o normal²

II. CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Marque la alternativa que usted crea conveniente (solo se marca una respuesta por pregunta)

13. Recibió INFORMACIÓN sobre lactancia materna exclusiva

- a. No recibió¹
- b. Si, antes del embarazo²
- c. Si, durante el embarazo³
- d. Si, durante la lactancia⁴
- e. En varios momentos⁵

14. En su opinión ¿Qué es Lactancia Materna Exclusiva?

- a. Es dar leche materna más leche artificial¹
- b. Es dar sólo leche materna de día y noche² x
- c. Es dar leche materna más agüitas.³

15. Hasta que edad el niño debe tomar leche materna exclusiva

- a. Hasta los 4 meses¹
- b. Hasta los 6 meses^{2x}
- c. Hasta los 12 meses³

- 16. ¿La leche materna es el mejor alimento para su niño y cubre todo lo que necesita para su crecimiento en los primeros seis meses?**
- a. Si¹ x b. No² c. No sabe³
- 17. ¿Considera que el niño se enferma menos si se amamanta?**
- a. Si¹ x b. No² c. No sabe³
- 18. Es mejor utilizar una leche en fórmula o en polvo para niños en vez de la leche materna.**
- a. Si¹ b. No² x c. No sabe³
- 19. ¿Considera que la leche materna es la forma más económica (más barata) de alimentar a su hijo?**
- a. Si¹ x b. No² c. No sabe³
- 20. La leche materna produce cólicos en el niño**
- a. Si¹ b. No² x c. No sabe³
- 21. Si su niño se enferma de diarrea ¿Qué haría usted?**
- a. Le suspende la lactancia¹
- b. Le daría agüitas²
- c. Continúa con la lactancia³ x
- 22. Si la madre está enferma con gripe ¿puede dar de mamar al niño?**
- a. Si¹ x b. No² c. No sabe³
- 23. ¿A partir de qué edad el niño(a) puede incluir alimentos además de la lactancia?**
- a. Cuando tiene hambre¹
- b. A partir de los 5 meses²
- c. A partir de los 6 meses^{3x}
- 24. Las mujeres que tienen senos pequeños producen poca leche**
- a. Si¹ b. No² x c. No sabe³
- 25. ¿Dar de mamar previene el cáncer de mama en las madres?**
- a. Si¹ x b. No² c. No sabe³
- 26. ¿Dar de mamar ayuda a fortalecer el vínculo madre e hijo?**
- a. Si¹ x b. No² c. No sabe³
- 27. ¿La leche materna puede conservarse por algún método?**

- a. Si¹ x b. No² c. No sabe³

28. ¿Cuáles es el método correcto de conservación?

- a. Refrigeración y congelación¹ x
b. No se debe refrigerar ni congelar²
c. No sabe³

iii. INTERRUPCION / ABANDONO DE LA LACTANCIA

29. ¿A qué edad empezó a darle agua o jugos?

- a. 0 a 1mes
b. 2 meses
c. 3 meses
d. 4 meses
e. 5 meses
f. 6 meses
g. Más de 6 meses⁷
h. No le da⁸

30. ¿A qué edad le dio leche maternizada o fórmula?

- a. 0 a 1mes
b. 2 meses
c. 3 meses
d. 4 meses
e. 5 meses
f. 6 meses
g. Más de 6 meses⁷
h. No le da⁸

31. ¿A qué edad le dio comida (fruta, verduras, cereales, etc.)?

- a. 0 a 1mes
b. 2 meses
c. 3 meses
d. 4 meses
e. 5 meses
f. 6 meses
g. Más de 6 meses⁷
h. No le da⁸

32. ¿A qué edad le quitó el pecho a su niño(a)?

- a. 0 a 1mes
- b. 2 meses
- c. 3 meses
- d. 4 meses
- e. 5 meses
- f. 6 meses
- g. Más de 6 meses⁷
- h. Continua con lactancia⁸

33. Rellene con un X las razones que le motivaron a interrumpir la lactancia exclusiva (interrumpir es incluir otras leches o alimentos diferentes a la leche materna antes de los 6 meses).

Razones o motivos de interrupción	SI	NO
Problemas en las mamas (grietas, heridas, malformación) ¹		
Poca producción de leche ²		
Enfermedad del niño ³ ¿Qué enfermedad?.....		
Enfermedad de la madre ⁴ ¿Qué enfermedad?.....		
El niño(a) no ganaba peso ⁵		
Niño rechaza el pecho ⁶		
El niño queda con hambre ⁷		
El trabajo no permitía la lactancia ⁸		
Decisión propia de la madre ⁹		
Otro motivo ¹⁰		

Anexo 2

Tabla 5

Distribución de la muestra según los conocimientos de las madres sobre la lactancia materna (Ítems)

P13. Recibió información sobre lactancia exclusiva	Recibió sobre lactancia materna	No recibió	Si, antes y durante el embarazo	Si, durante la lactancia o en otros momentos	Total
% (n)		20.3% (30)	45.2% (67)	38.7% (58)	100% (148)
P14. ¿Qué es lactancia materna exclusiva?		Leche materna más leche artificial	Solo leche materna de día y noche	Leche materna más agüitas	Total
% (n)		6.1 % (9)	77% (114)	16.9% (25)	100% (148)
P15. Hasta que edad el niño debe tomar leche materna exclusiva		Hasta los 4 meses	Hasta los 6 meses	Hasta los 12 meses	Total
% (n)		0.7 % (1)	37.2% (55)	62.2. (92)	100% (148)
P16. ¿La leche materna es el mejor alimento para su niño y cubre todo lo que necesita para su crecimiento en los primeros seis meses?		Si	No	No sabe	Total
% (n)		83.8% (124)	6.8% (10)	12.2 (18)	100% (148)

P17. ¿Considera que el niño se enferma menos si se amamanta?	Si	No	No sabe	Total
% (n)	68.2% (101)	12.2% (18)	19.6% (29)	100% (148)
P18. Es mejor utilizar una leche en formula o en polvo para niños en vez de la leche materna	Si	No	No sabe	Total
% (n)	4.1% (6)	87.2% (129)	8.8% (13)	100% (148)
P19. ¿Considera que la leche materna es la forma más económica de alimentar a su hijo?	Si	No	No sabe	Total
% (n)	94.6% (140)	4.7% (7)	0.7% (1)	100% (148)
P20. La leche materna produce cólicos en el niño	Si	No	No sabe	Total
% (n)	37.8% (56)	41.9% (62)	20.3% (30)	100% (148)
P21. Si su niño se enferma de diarrea ¿qué haría usted?	Le suspende la lactancia	Le daría agüitas	Continúa con la lactancia	Total
% (n)	7.3% (11)	26.7% (40)	66% (99)	100% (148)
P22. ¿A partir de qué edad el niño (a) puede incluir alimentos además de la lactancia?	Cuando tiene hambre	A partir de los 5 meses	A partir de los 6 meses	Total

% (n)	9.3% (14)	5.3% (8)	85.3% (128)	100% (148)
P23. Las mujeres que tienen senos pequeños producen poca leche	Si	No	No sabe	Total
% (n)	16% (24)	58.7% (77)	25.3% (49)	100% (148)
P24. ¿Dar de mamar previene el cáncer de mama en las madres?	Si	No	No sabe	Total
% (n)	18.7% (28)	17.3% (26)	64% (96)	100% (148)
P25. ¿Dar de mamar ayuda a fortalecer el vínculo madre e hijo?	Si	No	No sabe	Total
% (n)	98% (147)	1.3% (2)	0.7% (1)	100% (148)
P26. ¿La leche materna puede conservarse por algún método?	Si	No	No sabe	Total
% (n)	42% (63)	15.3% (23)	42.7% (64)	100% (148)
P27. ¿Cuál es el método correcto de conservación?	Refrigeración y congelación	No se debe refrigerar ni congelar	No sabe	Total
% (n)	42% (63)	12.7% (19)	45.3% (68)	100% (148)

Anexo 3

Tabla 6

Distribución de la muestra según las variables sociodemográficas del niño

Variable	N	%
Sexo		
Masculino	65	43,9
Femenino	83	56,1
Edad del niño		
2 – 3 meses	10	6,8
4 - 6 meses	18	12,2
7 – 9 meses	59	39,8
10 - 12 meses	61	41,2
Peso de nacimiento		
Menor a 2.5 kg.	26	17,6
Mayor o igual a 2.5 kg.	122	82,4
Tipo de parto		
Cesárea	78	52,7
Normal	70	47,3
Total	148	100,0

En la tabla 3 se aprecia que el 43.9% de los niños son de género masculino mientras que el 56.1% son de género femenino. En cuanto a la edad, el 41.2% de los niños sus edades oscilan entre 10 y 12 meses y el 12.2% entre 4 y 6 meses. Con relación al peso de nacimiento, el 82.4% de los niños nacieron con un peso mayor o igual a 2.5 kilogramos y el 17.6% con un peso menor a 2.5 kilogramos. Con respecto al tipo de parto, el 52.7% de los niños nacidos por cesárea, y el 47.3% por parto natural.

Anexo 4

Tabla 7

Análisis entre las categorías del estado civil, edad, ocupación, procedencia, grado de instrucción y nivel de conocimientos sobre la lactancia materna.

Variables	Conocimientos		Total
	Bajo	Regular	
Estado civil			
Casada	3 (20%)	39 (29.3%)	42 (28.4%)
Conviviente	6 (40%)	78 (58.6%)	84 (56.8%)
Soltera	6 (40%)	16 (12%)	22 (14.9%)
Edad			
Menos de 18 años	6 (40%)	4 (3%)	10 (6.8%)
18-24 años	4 (26.7%)	35 (26.3%)	39 (26.4%)
25-34 años	4 (26.7%)	66 (49.6%)	70 (47.3%)
Más de 35 años	1 (6.7%)	28 (21.1%)	29 (19.6%)
Ocupación			
Estudia	2 (13.3%)	3 (2.3%)	5 (3.4%)
Trabaja dependientemente	2 (13.3%)	26 (19.5%)	28 (18.9%)
Trabaja independientemente	6 (40%)	28 (21.1%)	34 (23%)
Ama de casa	5 (33.3%)	76 (57.1%)	81 (54.7%)
Procedencia			
Costa	4 (26.7%)	64 (48.1%)	68 (45.9%)
Sierra	1 (6.7%)	35 (26.5%)	36 (24.3%)
Selva	10 (66.7%)	34 (25.6%)	44 (29.7%)
Grado de instrucción			
Primaria	1 (6.7%)	4 (3.1%)	5 (3.4%)
Secundaria	8 (53.4%)	43 (32.3%)	51 (34.5%)
Superior	6 (40%)	86 (64.7%)	92 (62.2%)

Total	15 (100%)	133 (100%)	148 (100%)
-------	-----------	------------	------------

Tabla 8

Distribución de madres que interrumpieron la Lactancia Materna Exclusiva

Lactancia materna	N	%
No exclusiva	148	100.0%
Total	148	100.0%

Anexo 5

Tabla 9

Prueba de confiabilidad

Ítems	J1	J2	J3	J4	J5	Suma	V de Aiken
1	1	1	1	1	1	5	1
2	1	1	1	0	1	4	0.8
3	1	1	1	1	1	5	1
4	1	1	1	1	1	5	1

