



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE LA SANTÍSIMA CONCEPCIÓN  
FACULTAD DE MEDICINA**

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON LA  
SUSPENSIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA, EN MADRES DE  
LACTANTES.**

**POR**

**ÓSCAR SAÚL ALARCÓN CAFFARENA  
CAMILA PAZ MEJÍAS MIRANDA  
LORENA BETZABÉ VÁSQUEZ ANDRADES**

**TESIS PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**Profesor guía:  
PAOLA ANDREA PINILLA HORMAZÁBAL**

**Concepción, Chile  
2017**

**ÍNDICE**

RESUMEN .....	2
INTRODUCCIÓN .....	3
PLANTEAMIENTO Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA .....	7
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	8
PROPÓSITO DE INVESTIGACIÓN .....	8
OBJETIVOS .....	9
HIPÓTESIS .....	10
MARCO TEÓRICO .....	11
MARCO EMPÍRICO .....	23
DISEÑO METODOLÓGICO .....	27
ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	33
DISCUSIÓN .....	48
CONCLUSIÓN .....	49
LINKOGRAFÍA .....	53
ANEXOS .....	62

## RESUMEN

**Introducción:** Estudios han probado que la lactancia materna ayuda al desarrollo físico, emocional, intelectual y psicosocial del menor. Se ha demostrado que la situación en Chile con respecto a la suspensión de lactancia materna exclusiva, es de relevancia en la actualidad, debido a los múltiples factores que involucran el destete precoz, siendo una preocupación para los diferentes agentes de la salud. El presente estudio tuvo por objetivo conocer los factores sociodemográficos que influyen en la suspensión de la lactancia materna exclusiva en lactantes.

**Método:** Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo en una población de 100 madres con hijos menores de 24 meses, que hayan suspendido la lactancia materna exclusiva.

Para la obtención de datos se utilizan las herramientas de estadística descriptiva Microsoft Excel y el programa IBM SPSS 16.0.1 (Statistics Base).

### Resultados

Un 52% de la población proporcionó lactancia materna exclusiva,

La duración de la lactancia materna exclusiva en meses, tuvo un promedio de 3,69  $\pm$  4,18 meses (IC= 95%) y una mediana de 2 meses

La población con un nivel socioeconómico alto tiene una mediana de siete meses de lactancia materna exclusiva. La población con un nivel de escolaridad universitario posee una mediana de siete meses de lactancia materna exclusiva.

**Conclusión:** Los factores sociodemográficos influyen en la suspensión de la lactancia materna exclusiva. Cuando existe un mayor nivel de escolaridad y socioeconómico de las madres, los meses de lactancia materna exclusiva proporcionados son mayores.

## INTRODUCCIÓN

Desde los inicios de la historia de la humanidad existe una noción de la importancia de la lactancia materna. Los mesopotámicos, en el año 1000 a.C. amamantaban a sus hijos hasta los dos años, así también en Grecia y Roma lo hacían incluso hasta los tres años, algo que se repetía en cierto modo con los indígenas americanos quienes también amamantaban a sus hijos superando los dos años del menor. Todos ellos sabían o tenían la intuición de lo beneficioso de alimentar a sus hijos con leche materna.

Estudios han probado que la lactancia materna ayuda al desarrollo físico, emocional, intelectual y psicosocial del menor. (1) Debido a esto es que el programa dictado por el Ministerio de Salud (MINSAL), Chile Crece Contigo; Sistema de Protección Integral a la Infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor, tiene un enfoque en la promoción de la lactancia materna exclusiva como mínimo hasta los seis meses del lactante, sin adicionar ningún otro tipo de alimentación durante dichos meses.

Chile crece contigo indica que la leche materna exclusiva: *“Aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida, y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año”*, según lo anterior, se indica que la leche materna es la fuente fundamental para la supervivencia del niño en su desarrollo tanto cognitivo como sensorial, protegiéndolo de enfermedades tanto agudas como crónicas que podrían causarle problemas a futuro.(2) Si bien, la responsabilidad de elegir el tipo de alimentación que recibirá el niño recae en gran parte sobre la madre, ellas no siempre optan por la mejor opción que es la lactancia materna con exclusividad mínima de los primeros seis meses de vida del lactante y la suspenden de manera temporal o total, esto último tiene distintas causales, ya que según estudios realizados en Chile en el año 2012 las principales causas del destete precoz son: en un 27,2% solo por decisión de la madre, un 24,1% por sensación de que el menor queda con hambre, un 17,3% por sentir que amamantar es poco estético, 14,7% argumentó que suspendió por problemas de mama o pezón, y en un 13% por alguna enfermedad presente en el menor.(3)

Por lo anteriormente mencionado es que en la actualidad en nuestro país, muchos menores están recibiendo una alimentación artificial, que contiene algunos componentes y nutrientes entregados por la leche materna pero nunca reemplazando e igualando los componentes de la leche materna tales como: hidratos de carbono, vitaminas, aminoácidos, lípidos, minerales e inmunoglobulinas, componentes necesarios para que puedan desarrollar un correcto sistema inmunológico, además de lograr un pleno desarrollo motor y cognitivo.

Además de lo anterior los menores no solo están siendo alimentados con leche artificial precozmente, sino que también están recibiendo alimentos no adecuados a su edad y que dañan de gran manera su sistema digestivo, ya que, antes de los seis meses la maduración de su estómago no está lista para recibir

otra alimentación que no sea la leche materna o fórmulas de leche maternizadas. Es por todo lo que se menciona anteriormente que el tema de lactancia materna y el fomento de la misma debe ser un tema de preocupación a nivel nacional.

La organización mundial de la salud (OMS) define la lactancia materna exclusiva como: “La alimentación al seno materno sin líquidos suplementarios o alimentos sólidos, independiente de la administración de vitaminas y medicamentos recomendándose su empleo en países en desarrollo mínimo durante los primeros seis meses de vida.” Además de lo anterior y a pesar de una meta propuesta por la OMS y el fondo de las naciones unidas para la infancia (UNICEF) en 1992 que plantea que al año 2005 mínimo el 50% de las madres amamantaran a sus hijos hasta los 6 meses, esto no tuvo un gran impacto, ya que, en países latinoamericanos como Venezuela la tasa de abandono de LME a los seis meses en 2005 llegó al 69,12%.(4).

Por otro lado nuestro país que si ha tenido un aumento en lo referido a la LME durante los seis primeros meses, en 2013 según la encuesta nacional de lactancia materna en salud primaria, las regiones que tenían mayor prevalencia en LME era la región de general libertador Bernardo O’Higgins con un 65%, seguida por la región de Antofagasta con un 62% y las regiones de Tarapacá, Los Lagos y la región del Bío-Bío todas con un 60% de prevalencia, esta encuesta además evidencia los grupos etario con una mayor permanencia de LME la cual es notoriamente mayor en mujeres desde los 26 años o más.

Conjuntamente el tipo de alumbramiento del recién nacido (RN) igual influye en gran manera en la alimentación que recibirá el menor, debido a que un solo un 52,8% de los RN por cesáreas reciben LME, mientras que lo nacidos por parto vaginal aumentan la LME en un 59%. Sumado a todo lo anterior se destaca la descendencia en la lactancia materna exclusiva relacionada con el bajo peso al nacer, estas dos variables son directamente proporcionales, según datos estadísticos los RN que pesan menos de 1,49 kilos reciben LME solo en un 24,5%, los que pesan entre 1,5 y 1,99 kilos reciben LME en un 32%, los que

pesan entre 2 y 2,49 kilos reciben en un 41,4% mientras los que pesan entre 2,5 y 2,99 kilos reciben LME en un 51,6%. (5).

Si bien Chile ha aumentado en un 12% la exclusividad de la lactancia materna en menores de seis meses, logrando esto desde que se integró la ley de postnatal extendido hasta los 6 meses (Ley-20.545 promulgada el 17 Octubre 2011) con este cambio en el sistema se logró aumentar el porcentaje mencionado anteriormente, que pasó de un 44% a un 56% de prevalencia de la LME, lo que deja como misión a nivel país formular otras instancias, leyes, lugares, programas, etc. Que aumenten e incentiven a ese 44% restante que aún no opta por la LME, a que se motiven a hacerlo por el bienestar y la salud del binomio madre-hijo y familia. (6)

## PLANTEAMIENTO Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Según investigaciones se ha demostrado que la situación en Chile con respecto a la suspensión de lactancia materna exclusiva (LME), es de relevancia en la actualidad; debido a los múltiples factores que involucran el destete precoz, siendo una preocupación para los diferentes agentes de la salud.

Hoy en día, existen programas de promoción en salud y prevención de enfermedades que fomentan cada día el bienestar de cada grupo etario del país, de acuerdo a las necesidades demostradas cada año. Uno de estos programas, es “*Chile Crece Contigo*”, Programa que se crea según la ley La ley 20.379 o, transformándose así en una política pública estable y que le da continuidad a todo lo avanzado. (6)

Dicha ley establece que los niños y niñas se integran a *Chile Crece Contigo* desde su primer control de gestación en el sistema público de salud, y son acompañados y apoyados durante toda su trayectoria de desarrollo hasta que ingresan al sistema escolar. Tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal. Dentro de los temas que contiene el programa encontramos “Preparándose para la lactancia materna”, donde se entregan beneficios y consejos relacionados a la lactancia materna exclusiva. (7)

A pesar de los esfuerzos realizados a nivel país por lograr una mayor adhesión a la LME, la sexta encuesta (ENALMA 2013) nacional de lactancia materna demuestra que existe un alto porcentaje de suspensión de la lactancia materna exclusiva por parte de las madres por razones sociodemográficas (escolaridad, ocupación y edad) y socioeconómicas.

De acuerdo a lo anterior, ha surgido la siguiente interrogante, si realmente estos factores son una causa importante en la suspensión de la lactancia materna exclusiva, conociendo la importancia y los beneficios que esta trae tanto para la madre como para el lactante.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Qué factores sociodemográficos se relacionan con la suspensión de la lactancia materna, en madres de lactantes?

## **PROPÓSITO DE INVESTIGACIÓN**

Según encuestas nacionales, luego de la entrada en vigencia de la nueva Ley de Pre y Post Natal en Chile (Ley 20.545), la prevalencia de la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes alcanzó un 56%. Previo a la vigencia de la normativa, la cifra bordeaba el 44,6%.<sup>(9)</sup>

Esta cifra está cada vez más cercana a la meta país la cual es alcanzar al menos 60% de menores con LME al sexto mes de vida al año 2020.<sup>(6)</sup> Este aumento del 12% es consecuencia del esfuerzo realizado a nivel nacional para lograr una mayor adherencia a la lactancia materna exclusiva. <sup>(10)</sup> A pesar del aumento de la LME a nivel país en los últimos años, el 44% restante de las madres suspenden la lactancia antes de los 6 meses de edad, situación que intenta ser revertida a través de diversos programas por parte del gobierno.

Existe limitada información nacional respecto a los factores que se relacionan con la suspensión de la lactancia materna antes de los 6 meses de edad del menor, lo que impide definir las intervenciones que pudieran ser más efectivas y eficientes para revertir esta situación.

Es por esto que se decide centrar el presente estudio en los factores relacionados a la suspensión de la lactancia materna exclusiva en lactantes. El propósito es identificar factores relacionados con la suspensión de la lactancia materna, en madres de lactantes .

Y así por medio de esta investigación proponer y fortalecer futuras intervenciones, con acciones coordinadas del equipo de salud, la mujer y su familia durante el embarazo, parto y puerperio, en todas las instancias de contacto y seguimiento.

## OBJETIVOS

1 Establecer los factores sociodemográficos que influyen en la suspensión de la lactancia materna exclusiva en lactantes.

2 **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Determinar si la relación entre el nivel socioeconómico de la madre y la suspensión de la lactancia materna.

Identificar la relación entre el nivel educacional de la madre y la suspensión de la lactancia materna.

Establecer la frecuencia de mamás que suspenden la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses.

## HIPÓTESIS

H<sub>0</sub>: Los factores sociodemográficos no son determinantes en la suspensión de la lactancia materna exclusiva en lactantes.

H<sub>1</sub>: Los factores sociodemográficos son determinantes en la suspensión de la lactancia materna exclusiva en lactantes.

### **Subhipótesis.**

H<sub>0</sub>: El nivel socioeconómico en la madre no se relaciona positivamente con la suspensión de la lactancia materna.

H<sub>1</sub>: El nivel socioeconómico en la madre se relaciona positivamente con la suspensión de la lactancia materna.

H<sub>0</sub>: El nivel educacional en la madre no se relaciona positivamente con la suspensión de la lactancia materna.

H<sub>1</sub>: El nivel educacional en la madre se relaciona positivamente con la suspensión de la lactancia materna.

## MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la *American Academy of Pediatrics* (AAP) consideran la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses como el alimento óptimo para el lactante, la cual tiene la composición ideal de los nutrientes esenciales necesarios para un mejor crecimiento, desarrollo y maduración del niño durante este periodo y posteriormente, junto con otros alimentos, hasta los dos años de vida. (18)

La protección adecuada durante el período gestacional y en los primeros meses de vida de un recién nacido es primordial tanto para la madre como para su hijo o hija. En ese marco, son fundamentales el control prenatal, la atención adecuada del parto, la lactancia natural prolongada, la estimulación del desarrollo psicosocial del niño, el control de salud infantil, la inmunización y los programas de alimentación complementaria. La manera en que un niño o niña inicia su vida es crucial para su familia y para la sociedad en que nace. Por ello, es fundamental favorecer y facilitar el encuentro entre la madre, el hijo o hija y el padre (“el nacimiento como una experiencia familiar”).

El rol protagónico que juega la mujer en todo este proceso debe estar acompañado de las mejores condiciones posibles, con el estímulo, apoyo y respaldo permanentes de su entorno personal, familiar y social, así como del personal de salud. Lo que sucede en estas etapas tiene una repercusión sobre la salud y ambiente del individuo que perdura toda la vida. La interacción de los factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales, económicos, culturales y políticos, así como su relación con el ambiente más inmediato, determinan la susceptibilidad a las enfermedades y fortalece los factores que lo protegen contra éstas. Las experiencias positivas durante la primera infancia tienen efectos en el desarrollo cerebral, ayudando a los niños y niñas en la adquisición del lenguaje, en el desarrollo de destrezas de resolución de problemas y en la formación de relaciones saludables con iguales y adultos.

Al contrario, la falta de estimulación y de cuidados de adultos significativos en edades tempranas tiene consecuencias devastadoras e irreversibles en el desarrollo de las funciones cerebrales, pues altera su organización y disposición frente al aprendizaje.

El personal de salud que participa en el cuidado de la mujer durante la gestación, el parto y en el control de salud del niño y niña, tiene un rol clave para lograr una lactancia exitosa, acompañando a las familias en el proceso de crianza. Para apoyar a la mujer que amamanta a su hijo o hija, los profesionales deben informarse sobre las prácticas que han demostrado ser más efectivas y acompañar a las mujeres para implementarlas.

Para ello, es fundamental desarrollar un programa de trabajo intersectorial y multidisciplinario coordinado, que promueva, proteja y mantenga la lactancia materna, con el propósito de mejorar la práctica e índices de iniciación, y duración de la lactancia materna exclusiva a nivel nacional, con hijos e hijas sanas, padres satisfechos con la experiencia de lactancia y personal de salud capacitado. El equipo de salud tiene la responsabilidad de realizar acciones de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna en todos los niveles de atención, favoreciendo la lactancia desde el primer contacto con la mujer gestante. (10)

Sin embargo, se debe considerar que los bebés necesitan los alimentos adecuados en el momento adecuado para crecer y desarrollarse hasta su máximo potencial. El momento más importante para la buena nutrición es el período breve de los 1.000 días desde el inicio del embarazo hasta los dos años del niño.

La leche materna es el mejor alimento para la salud y el desarrollo infantil durante este período fundamental. Proporciona todas las vitaminas, minerales, enzimas y anticuerpos que los niños necesitan para crecer y prosperar, además

como alimento es una inversión milagrosa considerada una solución universal, de baja tecnología, de gran impacto y muy rentable para salvar las vidas de los bebés; sin embargo, no ha recibido la atención que debería a nivel mundial.

Esta sustancia es lo más cercano que el mundo tiene a una solución mágica para la supervivencia infantil. En los países en desarrollo, la lactancia materna óptima que se inicia durante la primera hora después del nacimiento, se mantiene como lactancia materna exclusiva (ningún alimento ni líquido adicionales, incluyendo el agua) por 6 meses y posteriormente se aplica como lactancia materna continua hasta la edad de 2 o más tiene el potencial de evitar el 12% de las muertes entre los niños menores de 5 años. Los niños que reciben leche materna de manera exclusiva tienen menos posibilidades de contraer diarrea y neumonía, y 14 veces más probabilidades de sobrevivir que los niños que no reciben leche materna.

La leche materna es segura está siempre a la temperatura adecuada, no requiere preparación y está disponible incluso en entornos con malas condiciones de salubridad y agua potable. De esta manera, la lactancia materna garantiza el acceso de los bebés a una cantidad suficiente y segura de alimentos asequibles y nutritivos. (11)

## **Lactancia y evolución**

Los antecedentes históricos datan que los conocimientos y la práctica actual de la lactancia son el resultado de una interacción de factores biológicos, culturales y sociales.

La lactancia forma parte de un evolucionado sistema de alimentación y crianza, que en el ser humano ha sido esencial para su supervivencia como especie y su alto desarrollo alcanzado. En los mamíferos, la gestación se

desarrolla in útero. Y en la crianza aparece la lactancia, asegurando la nutrición más adecuada para el individuo y la especie en las cruciales primeras etapas de la vida. Este progresivo aumento en la protección de la gestación y las crías en la evolución, eleva la eficiencia reproductiva.

Además, permite generar cada vez crías más inmaduras, alimentadas y protegidas por sus madres, lo que libera a los individuos de gran parte del rígido sistema instintivo, y abre la posibilidad del aprendizaje. Una alimentación adecuada, un cerebro más inmaduro y menos rígido, y la guía de un adulto, favorecen un desarrollo cerebral más versátil, y asegura la adquisición de conductas y habilidades más adecuadas para la especie y el grupo de pertenencia.

El ser humano representa un nuevo avance evolutivo. En la mayoría de los mamíferos, las crías al nacer deben tener la madurez necesaria para pararse y desplazarse muy pronto junto a su madre y su manada, esencial para su supervivencia. Se requeriría una gestación de 18 meses para alcanzar esta madurez en el ser humano, con un crecimiento de la cabeza que haría imposible el nacimiento. Al nacer a los 9 meses de gestación, se facilita el nacimiento humano, pero el producto es muy inmaduro comparado con los demás mamíferos.

Requiere ser transportado y alimentado en forma especial, mientras completa su desarrollo, emulando a los marsupiales (canguros), que naciendo muy precozmente, completan su desarrollo en la bolsa marsupial.

Esta particular inmadurez del ser humano, es la que explica algunas de las diferencias más importantes que tiene la leche humana al compararla con la leche de otros mamíferos. La leche humana contiene elementos esenciales para completar su desarrollo, ausentes en la leche de los demás mamíferos, las que a su vez tienen concentraciones de nutrientes que son claramente perjudiciales para la alimentación del “inmaduro” lactante humano. La progresiva presencia de un adulto protector en la crianza, está vinculada en cada especie al desarrollo de conductas de apego entre madre e hijo. Tradicionalmente consideradas como

instintivas, estas conductas de apego se relacionan más bien con un desarrollo evolutivo de las estructuras del sistema nervioso central.

El Tronco Cerebral, o cerebro primitivo, coordina todas las actividades corporales (movimientos, respiración, presión arterial, sentidos, etc.) y da respuestas rápidas y precisas, con predominio de respuestas programadas como reflejos e instintos. La lactancia en los mamíferos forma parte de este sistema y asegura y prolonga la protección y la formación de vínculos entre los individuos de la especie. La formación del ser humano, iniciada en una gestación intrauterina relativamente corta y el nacimiento de un producto muy inmaduro, se prolonga y se completa mucho tiempo después, en la lactancia y la crianza social.

Esta situación, ha contribuido a la sobrevivencia de la especie humana, favoreciendo precozmente el desarrollo de las estructuras y conductas vinculares, y generando un necesario y largo período de aprendizaje, base de la capacidad humana de pensar, representadas en el surgimiento y desarrollo de su corteza cerebral.

La capacidad de vinculación y la capacidad de pensar del ser humano, se desarrollan y estructuran en íntima relación, son inseparables y equivalentes en importancia.

La lactancia entonces, forma parte de un sistema de crianza que ha sido fundamental para el desarrollo del ser humano en lo biológico, psicológico y social. Proporciona una adecuada nutrición, y asegura protección en este período crítico del desarrollo de los inicios de la vida. Favorece la adaptación y el aprendizaje en las conductas iniciales de la vida, y el desarrollo de los sistemas vinculares, esenciales para la supervivencia y convivencia de los individuos y la cohesión de sus grupos sociales.

La situación en Chile no es muy diferente a la evolución general de la lactancia durante el siglo pasado. A fines de la década del 70, el porcentaje de

niños con lactancia exclusiva al sexto mes de vida no superaba el 5 %. Tras una campaña del Ministerio de Salud entre 1979 y 1982, las cifras mejoraron significativamente, pero su posterior declinación, demostró la necesidad de actividades permanentes.

De acuerdo con el compromiso adquirido en la reunión de Innocenti y en la Cumbre Mundial de la infancia, el gobierno y organizaciones nacionales de salud iniciaron programas y actividades para promoción y fomento de la lactancia, al considerarla no sólo un beneficio de salud, sino un real beneficio socio-económico-cultural y como una de las estrategias fundamentales para mejorar la calidad de vida de la familia humana.

A partir de los años 90 se reorganiza la Comisión Nacional de Lactancia Materna, y se adopta la “Iniciativa de Hospitales amigos de la madre y del niño”, como componentes centrales de esta estrategia.

Se elabora el Manual de Lactancia Materna y material educativo impreso y filmado. Se enfatiza la difusión y aplicación del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos, la modificación de las normas de alimentación infantil en atención primaria, el fortalecimiento de los programas de estudio de pregrado y post grado de los profesionales de la salud y la capacitación de los equipos de salud con conceptos actualizados sobre lactancia materna. En 1992 se elaboran Las “Metas y líneas de acción en favor de la infancia” proponiéndose lograr un 80% de lactancia exclusiva a los cuatro meses de vida del niño y un 35% de lactancia complementada al año de edad a fines del decenio.

(10)

## Composición de la leche materna

La leche materna madura comienza su producción a partir del día quince postparto y puede continuar por más de quince meses. Su volumen promedio es de 750 ml/día, pero puede llegar hasta 1,200 ml/día en madres con embarazo múltiple.

Su composición está dada en su mayoría por agua representando el 87% del total de sus componentes y cubre satisfactoriamente los requerimientos del bebé, aún en circunstancias extremas de calor, por lo que no se requieren líquidos suplementarios; Además posee una osmolaridad de 287 a 293 mOsm. La leche materna aporta 670 a 700 kcal/L de energía en su mayoría a través de los hidratos de carbono y las grasas. (12)

Los principales nutrientes que componen la leche materna madura son:

Hidratos de Carbono:

La lactosa como principal carbohidrato, su principal función, junto a las grasas, es el aporte de energía, necesaria para el crecimiento y desarrollo del sistema nervioso central, es fundamental para la absorción del calcio, hierro, magnesio y otros elementos, además favorece el desarrollo de la flora intestinal por las Bifidobacterias e impide el crecimiento de microorganismos patógenos por ser acidificante. (12)

Galactosa: es sustrato del anterior, es fundamental para la formación de galactopéptidos y galactolípidos cerebrósidos en el sistema nervioso central. Cuenta además con más de 50 oligosacáridos que funcionan como factores de crecimiento de Bifidobacterias, falsos receptores para bacterias patógenas de la vía aérea contra H. influenza y N. catharralis y en la vía urinaria e intestinal, contra E. coli.

Zinc: es muy importante en la defensa del organismo y en el crecimiento de los niños.

Taurina: es un aminoácido muy abundante en la leche materna y totalmente ausente en la leche artificial. Participa en la desintoxicación de químicos extraños y también en la producción y acción de bilis.

Inmunoglobulinas: es un conjunto de proteínas se encuentra en el suero y fluidos tisulares de todos los mamíferos en forma de secreción de las cuales tenemos: IGM, IGA, IGD y IGE.

Los aminoácidos: Su función principal es la formación de todos los tejidos, desde el pelo, la piel y las uñas, hasta los músculos.

Lípidos: las grasas o lípidos de la leche materna forman el 3 a 5 % de la misma son el componente más variable representa entre un 40 a 50 % del total de calorías de la leche materna y él bebe es capaz de absorberlas fácilmente más del 90% de las grasas.

La lipasa: se encuentra activa en el tracto gastrointestinal y es estimulada por las sales biliares facilitando la digestión. Es por ello que los lactantes que son alimentados con leche materna tienen una alta absorción de grasas así mismo esta liberación de ácidos grasos libres tiene un efecto protector contra bacterias, virus.

Minerales: principalmente son sodio, potasio y cloruros los que promueven el buen funcionamiento renal del lactante favoreciendo la capacidad metabólica del recién nacido.

Vitaminas:

Vitamina A: es necesaria para protección de la vista y la piel.

Vitamina K: esta es necesaria para la coagulación de la sangre.

Vitamina E: el contenido de vitamina E cubre las necesidades del infante favoreciendo la fertilidad.

El calostro: este líquido está presente en los cinco primeros días del posparto estudio realizado han concluido que el calostro es considerado un agente bacteriostático, bactericida, antiviral, y anti parasitario, cumple una función de protección inmunológica. (13)

La leche materna lleva los anticuerpos de la madre, que ayudan a combatir las enfermedades. El acto de la lactancia materna en sí estimula el crecimiento adecuado de la boca y la mandíbula, y la secreción de hormonas para la digestión y para que el bebé se sacie. La lactancia materna crea un vínculo especial entre la madre y el bebé, y la interacción entre la madre y el niño durante la lactancia materna tiene repercusiones positivas para la vida en lo que se refiere a la estimulación, la conducta, el habla, la sensación de bienestar, la seguridad, y la forma en que el niño se relaciona con otras personas. La lactancia materna también reduce el riesgo de padecer enfermedades crónicas más adelante en la vida, tales como la obesidad, el colesterol alto, la presión arterial alta, la diabetes, el asma infantil y las leucemias infantiles.

Los estudios han demostrado que los bebés alimentados con leche materna obtienen mejores resultados en las pruebas de inteligencia y comportamiento en la edad adulta que los bebés alimentados con fórmula. (14)

El principal beneficio que otorga la lactancia materna en el infante es la inmunidad proporcionada por los anticuerpos y células maternas que son transferidos a través de la leche, por lo cual podría considerarse a la lactancia materna como la primera transferencia de inmunidad en forma pasiva en etapa extrauterina que recibe el lactante, confiriendo la madre al neonato protección contra enfermedades respiratorias y/o digestivas.

Varios son los elementos inmunológicos presentes en la leche que ejercen una función positiva sobre el desarrollo neonatal; entre ellos son los linfocitos T y B, macrófagos, y mastocitos, además de que estas células son fuente de la síntesis de moléculas efectoras de función inmune como la lactoferrina, lisozima, complemento, prostaglandinas, inmunoglobulina A secretora (IgAs) e interferón-alfa (IFN-).

Se ha observado que las poblaciones celulares contenidas en la leche no son destruidas en el tracto gastrointestinal del neonato, conservando su capacidad funcional como su actividad fagocítica o de síntesis de IgAs. (15)

Además la lactancia materna le permite un apropiado desarrollo de los maxilares facilitando la erupción y alineación dental al lactante, contribuyendo a prevenir retrognatismos mandibulares, además provee de buenas relaciones intermaxilares, disminuyendo los indicadores de mal oclusión; ya sea, resalte, apiñamiento, mordida cruzada anterior y/o posterior, mordida abierta, distoclusión y rotaciones dentarias.

De igual forma afirma que la lactancia materna provee de estabilidad psicológica al niño lo que contribuye a disminuir la prevalencia de hábitos para funcionales como el bruxismo. (16)

La lactancia contribuye en gran manera a la salud de la madre inmediatamente después del parto, ya que ayuda a reducir el riesgo de hemorragia posparto. A corto plazo, la lactancia materna retrasa el retorno a la fertilidad y a largo plazo reduce la diabetes tipo 2 y el cáncer de mama, de útero y de ovario. Los estudios también han descubierto vínculos entre el cese temprano de la lactancia materna y la depresión posparto en las madres. (14)

**Autores como Cuesta y Cols encontraron que a medida que aumenta la edad de la madre se prolonga el tiempo de lactancia materna exclusiva. Las madres adolescentes todavía se encuentran en un período de cambios biológicos, psicológicos y sociales, que originan una mayor prevalencia de abandono de la lactancia durante los seis primeros meses. (23)**

## **Teoría de Enfermería según Virginia Henderson**

Virginia Henderson ha considerado al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir su independencia, ella puso como centro el arte de la enfermería, e identificó las catorce necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermería. Para el desempeño de las 14 necesidades humanas básicas identificó tres niveles de relaciones enfermera- paciente en donde enfermera actúa como:

- a. Sustituta del paciente
- b. Colaboradora del paciente
- c. Compañera del paciente

En ello se considera que la enfermera debe ser parte de cada uno de sus pacientes a fin de conocer todo aquello que necesiten y por medio del cuidado, y ayuda dada lograr la independencia. (17)

Si colocamos este modelo de las necesidades humanas básicas en práctica en la lactancia materna, nuestro rol de enfermería sería logrado. Nuestra principal función es la gestión del cuidado y esto es por medio de las relaciones que tenemos con nuestros pacientes. Es por ello, que nosotros como profesionales de la salud debemos ser sustitutos, compañeros y colaboradores con cada madre que aún no comienza a amamantar, con el fin de que se sientan seguras, capacitadas de poder realizar la técnica de amamantamiento y que se sientan felices de alimentar a sus hijos, ya que con ello estamos contribuyendo a suplir las necesidades básicas tanto de la madre en el ámbito emocional, psicológico y así mismo al infante proporcionando una alimentación segura y nutritiva para el desarrollo de él(ella).

Es importante recalcar la influencia de características como la escolaridad de la madre y su ocupación en el desarrollo del rol maternal. La madre cumple un rol

importante en la sociedad porque está formando a una persona que se desenvolverá en el medio.

Sus conocimientos y su ocupación van a ser variables importantes que llevaran a la madre a tomar decisiones en relación al cuidado de su hijo y en la ejecución de una lactancia materna eficaz.

No debemos olvidar el rol que el profesional de enfermería que ejerce desde diversos campos de acción y en las diferentes etapas de la procreación. Debido a que las intervenciones de enfermería son la forma más efectiva de elevar las interacciones entre madre-hijo y el conocimiento materno sobre el cuidado infantil, ayudando a cumplir un papel importante en la sociedad, la formación de una persona.

## MARCO EMPÍRICO

Un estudio de López B, Martínez L, Zapata N. en relación con la edad del niño(a) al momento del abandono de la lactancia materna exclusiva, se encontró que esta fue en orden descendente, pasando de 31% para niños(as) desde el nacimiento, a 27,4% y 19,8% menores de 1 y 2 meses respectivamente, lo que indica que el abandono temprano de la lactancia materna exclusiva ocurre en un 77,9% a la edad de 2 meses y del 95,7% antes de los 4 meses. (19)

Los hallazgos de la investigación de María Victoria Benjumea Rincón y colaboradores concluyeron que del total de las madres estudiadas, 538 reconocieron haberle suministrado al bebé alimentos diferentes a la leche materna en los primeros tres días de nacido. En estricto orden, los alimentos elegidos por las madres para suministrar por primera vez a su hijo fueron los siguientes:

- Leche en polvo: 38%
- Agua: 19,1%
- Jugo de fruta: 18,4%
- Agua azucarada: 13,4%
- Leche líquida: 5,9%
- Agua de panela: 5,5%

Según la información obtenida de las madres, la persona que recomendó o suministró el alimento complementario al bebé fue, en orden de importancia, el profesional de enfermería y luego el médico, en resumen, mucho más de la mitad de los promotores del suministro de alimentos diferentes a la leche materna correspondió al personal de salud (64,1%). (20)

Además este estudio del departamento de caldas – 2010 el factor de escolaridad en relación al amamantamiento, sobresale el nivel educacional medio seguido del nivel básico, lo cual es coherente con el bajo nivel socioeconómico y

con la ocupación de la madre, dado que la mayoría se dedicaba a los oficios del hogar. (20)

Hernández Aguilar y colaboradores, en su publicación destacan que en la instauración y el mantenimiento de la lactancia influyen negativamente: la falta de información y apoyo prenatal y posnatal a la madre y su familia; las prácticas y rutinas inadecuadas en las maternidades, en atención primaria y en otros ámbitos de la atención sanitaria; la escasa formación de los profesionales y autoridades sobre lactancia materna; el escaso apoyo social y familiar a la madre que amamanta; la utilización inapropiada de la publicidad de sucedáneos de leche materna en instituciones sanitarias y fuera de las mismas; la visión social de la alimentación con biberón como norma en medios de comunicación, en publicaciones para padres y en libros infantiles; la distribución de muestras de leche artificial, tetinas o chupetes en centros de salud, maternidades, farmacias y comercios; la escasez de medidas de apoyo a la madre lactante con trabajo remunerado en la legislación vigente y en los lugares de trabajo; algunos mitos sociales (miedo a perder la silueta o la deformación de los senos) y el temor a la pérdida de libertad de la mujer que amamanta. (21)

Así también en un estudio del POLICLÍNICO UNIVERSITARIO “FELO ECHEZARRETA” SAN JOSÉ DE LAS LAJAS. La escolaridad materna y paterna existe un predominio de los niveles escolares más elevados en aquellas madres que ofrecieron L. M. hasta los 6 meses, específicamente técnico medio (33,3 %) y universitaria (28,2 %) en las madres, y secundaria básica (33,3 %) y técnico medio ( 25,0 %) en los padres de estos niños que recibieron la L. M. hasta los 6 meses; y en los que no la recibieron hasta los 6 meses, la escolaridad que predominó tanto en la madre como en el padre fue la de secundaria básica (40,7 %) y ( 40,9 %) respectivamente.

La ocupación en las madres que abandonaron o no la L. M: se evidenció en la tabla 3. En las madres que no abandonaron la L. M. predominaron las profesionales (33,3%); y en las que la abandonaron el mayor porcentaje estuvo en

las amas de casa y las estudiantes (29,6 %). El estado conyugal materno y su posible incidencia en el mantenimiento de la LM, en las que no abandonaron dicha lactancia el mayor porcentaje estuvo en las casadas (35,9 %) y en las que tenían una unión consensuada (28,2 %), es decir que tenían una situación conyugal estable, en comparación con las que la abandonaron donde predominaron las divorciadas (33,3 %) y las solteras (25,9 %). (22)

Quispe, Oyola y Navarro señalan que los conocimientos deficientes que a su vez genera percepciones o creencias inadecuadas por parte de la madre sobre la lactancia materna influyen en el abandono de esta práctica en forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida. En nuestro estudio, la desconfianza en que la lactancia materna es un alimento que cubre todas las necesidades del niño hasta sus seis meses de vida estuvo ligada al retiro de la lactancia materna exclusiva, hallazgo similar a lo publicado en la literatura.

Este hallazgo es importante puesto que denota el inadecuado conocimiento sobre la importancia y beneficios de la leche materna en la nutrición a esta edad, que podría estar condicionada por intervenciones educativas ineficaces durante el parto o seguimiento del binomio madre-niño como parte de la consejería. La evidencia científica demuestra que los profesionales de la salud encargados del cuidado de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, desempeñan un rol crucial para lograr una lactancia exitosa, basada en una técnica adecuada.

Esto se refuerza al observar el vínculo entre el abandono de la LME y la creencia de que la lactancia materna es dolorosa, que podría estar condicionada por un inadecuado amamantamiento que pudiera ocasionar lesiones en la madre.

Además, se observó que este abandono estaba relacionado con la creencia de que el biberón es la mejor forma de controlar la alimentación del lactante. No poder cuantificar la cantidad de alimento que se brinda al niño junto con, posiblemente, la inexperiencia de la madre y la limitación en la comunicación con el recién nacido durante los primeros meses de vida estarían motivando a que ella

busque un instrumento que la ayude a “cuantificar y verificar” las raciones alimenticias que brinda al niño.

A esto se suma la creencia de que el amamantamiento afecta la estética de la madre, otra motivación para dejar esta práctica, a pesar de que se ha demostrado que ayuda a retornar al peso anterior al embarazo, junto con otros beneficios como la disminución del riesgo de diabetes tipo 2, el cáncer de mama y de ovario.(24)

Los hogares que la experimentan suelen ser los más pobres y de condiciones más precarias, y sus miembros suelen tener menores índices de educación y mayores índices de enfermedad y mala nutrición, tanto por deficiencia (anemias, desmedro) como por exceso (sobrepeso y obesidad), menor acceso a bienes y servicios, y en general, mayor marginalidad.(25)

## DISEÑO METODOLÓGICO

Los datos fueron obtenidos a partir de los resultados pertenecientes a 2 estudios anteriores que pudieran ser referencia para nuestra investigación, mencionados a continuación: “Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile “(26), y “Lactancia materna exclusiva y parcial en el departamento de caldas” (20). Esto se realizará con la finalidad de otorgar un carácter fidedigno y una mayor representatividad a los datos. Los cuales fueron ingresados a una base de datos electrónica en Microsoft Excel y se realizó una simulación de datos.

Posteriormente se utilizan las herramientas de estadística descriptiva Microsoft Excel y el programa IBM SPSS 16.0.1 (Statistics Base). obteniendo gráficos de barra y de caja-bigotes, que representan el comportamiento de nuestra población.

## VARIABLES

### Dependiente

- Suspensión de la lactancia materna exclusiva

Definición nominal: Introducción de leches industrializadas u otros alimentos diferentes a la leche materna.

Definición operacional

Es la introducción de otros alimentos diferentes a la leche materna antes de los seis meses de vida del producto de la gestación, que pueden ser agua, jugo u otra sustancia líquida o semisólida.

### Independientes

- Edad

Definición nominal: Años de vida que tiene la madre.

Definición operacional: Años de vida de la madre al momento de realizar la encuesta.

- **Escolaridad:**

Definición nominal: Años cursados y aprobados por algún tipo de establecimiento educacional.

Definición operacional:

- a. Sin escolaridad.
- b. Enseñanza básica completa.
- c. Enseñanza media completa.
- d. Enseñanza técnica.
- e. Enseñanza superior.

- **Ocupación:**

Definición nominal: Tipo de actividad que realiza la madre y que le demanda cierto tiempo.

Definición operacional:

- a. Remunerada
- b. Jubilada.
- c. Estudiante
- d. Jefa de hogar.
- e. Otro

- **Ingreso económico**

Definición nominal: ingreso monetario percibido por una familia.

Definición operacional:

- a. Alto: AB, C1a, C1b (ABC1)
- b. Medio: C2 y C3
- c. Bajo: D1, D2 y E

ABC1: rango de ingresos entre \$1.700.000 a \$3.500.000 o más.

C2: rango de ingresos entre \$600.000 a \$1.200.000..

C3: rango de ingresos entre \$400.000 a \$500.000

D: rango de ingresos entre \$200.000 a \$300.000.

E: rango de ingresos igual o menores a \$160.000.

**Software:**

El software que utilizaremos es IBM SPSS 16.0.1 (Statistics Base), este posee las herramientas necesarias para el análisis estadístico de nuestro estudio cuantitativo. Para el análisis se reunirán estos datos obtenidos en el software, por medio del programa se diseñarán los resultados que comprobarán nuestra hipótesis de estudio.

**Tipo de estudio:** Estudio descriptivo, transversal y correlacional.

**Diseño:** Cuantitativo

**Universo:** Todas las madres con hijos menores de 24 meses, que hayan suspendido la lactancia materna exclusiva.

**Muestra:** Simulación población de 100 madres.

**Criterios de inclusión**

- Madres que hayan abandonado la lactancia materna
- Madres cuyos hijos no tengan más de 24 meses de edad.

**Criterios de exclusión:**

- Madres de niños que por patología congénita no podían ser alimentados con leche materna
- Madres que no puedan otorgar lactancia materna por padecer alguna patología que lo impida

**Unidad de análisis:**

Madres que abandonaron la lactancia materna exclusiva.

## **Resguardo de los principios éticos**

Para llevar a cabo una investigación se debe tener una base ética para así estudiar a la población y como estudiantes de la Universidad Católica de la Santísima Concepción, se utilizará el Modelo Bioético Personalista, respetando sus cuatro principios.

**Defensa de la vida física:** Destaca que la vida física, corpórea, es el valor fundamental de la persona porque la persona no puede existir si no es en un cuerpo, desarrollando una mirada antropológica de la unidad cuerpo-espíritu. En esta investigación no se pasará a llevar la vida física de los sujetos de estudio, ya que no se realizarán procedimientos invasivos u otras intervenciones que puedan afectar su integridad física o emocional.

**Libertad - responsabilidad:** La persona es libre, pero es libre para conseguir el bien de sí mismo y el bien de las otras personas y de todo el mundo, pues el mundo ha sido confiado a la responsabilidad humana. En este estudio se le permitirá al individuo, obtener información respecto al tema que se pretende investigar, ya sea, por medio del consentimiento informado, de esta forma el individuo será capaz de ejercer su libertad y evaluar mediante su razonamiento si es de carácter pertinente participar de esta investigación, y por ende será responsable de su decisión.

**Totalidad o terapéutico:** La persona constituye una totalidad y el organismo mismo es una totalidad. Por lo cual es lícito intervenir en una parte del cuerpo cuando no hay otra forma para sanar la totalidad del cuerpo.

En esta investigación no se realizarán intervenciones terapéuticas en el sujeto de estudio; sin embargo, se considerará a los individuos desde una mirada antropológica del hombre, sin invadir su aspecto físico, pero si se intervendrá en las demás áreas del ser humano; respetando la naturaleza del mismo.

**Sociabilidad y subsidiaridad:** La persona está inserta en una sociedad, es más, es el centro de la sociedad, por eso debe ser beneficiaria de toda la organización social, porque la sociedad se beneficia de la persona, de todo hombre y de todos los hombres. La relación social es también ayudada por el concepto de subsidiaridad.

Esta investigación considera al individuo como ser social, pues se estudiará al entorno familiar y social, y los motivos que se relacionan con la suspensión de la lactancia materna exclusiva.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

- **Tabla basal de descripción de variables cuantitativas y cualitativas de caracterización de la muestra en estudio. Según los factores sociodemográficos relacionados con la suspensión de la lactancia materna, en madres de lactantes.**

Características	Madres estudiadas
n	100
<b>Escolaridad</b>	
Sin escolaridad	4 (4%)
Básica	18 (18%)
Media	26 (26%)
Técnico	27 (27%)
Universitario	25 (25%)
<b>Edad</b>	24,4 ± 4,18
<b>Nivel socioeconómico</b>	
Bajo	34 (34%)
Medio	57 (57%)
Alto	9 (9%)
<b>Abandono de LME</b>	
No dio lactancia	48 (48%)
Al mes	1 (1%)
2do mes	3 (3%)
3er mes	2 (2%)
4to mes	5 (5%)
5to mes	2 (2%)
6to mes	8 (8%)
7mo mes	10 (10%)
8vo mes	7 (7%)
9no mes	5 (5%)
10mo mes	3 (3%)
11vo mes	2 (2%)
12vo mes	1 (1%)
13vo mes	0 (0%)
14vo mes	2 (2%)
15to mes	1 (1%)
<b>Motivación de abandono</b>	
Se sentía débil	19 (19%)
Niño estaba enfermo	25 (25%)
No recibió información	18 (18%)
No se sintió motivada	8 (8%)
No bajo alimento o se secó	30 (30%)

Variables Cuantitativas: Media ± D.E

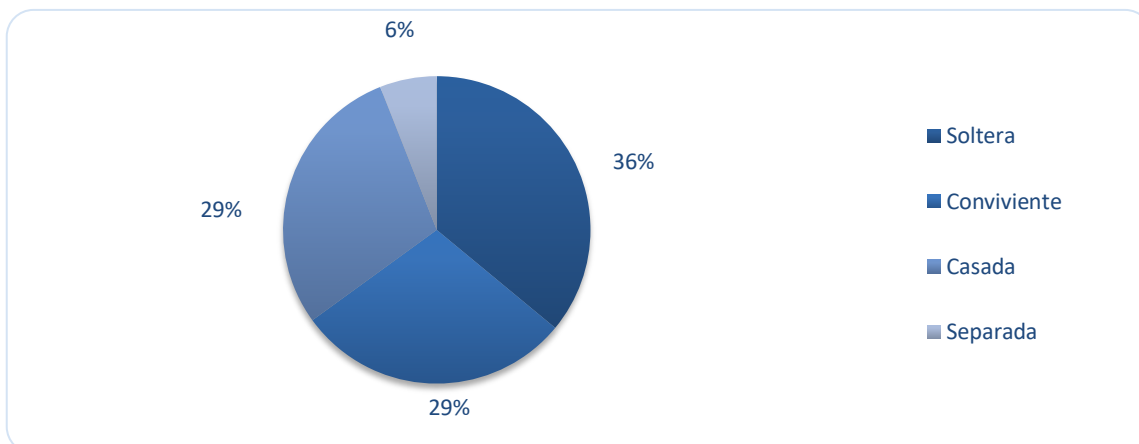
Variables Cualitativas: Frecuencia (porcentaje)

## Caracterización de las variables

La muestra seleccionada para este estudio fueron 100 madres de lactantes, que dieron y/o abandonaron la lactancia materna exclusiva. Esta tabla resume las características que se estudiarán entre ambos subgrupos de la muestra y que permitirá tener un mayor conocimiento de la muestra estudiada de acuerdo a los factores sociodemográficos implicados en el estudio de investigación, en su frecuencia y porcentaje y en cuanto a la edad como variable cuantitativa conocer la edad promedio de la muestra y su desviación estándar.

- **Distribución de la muestra**

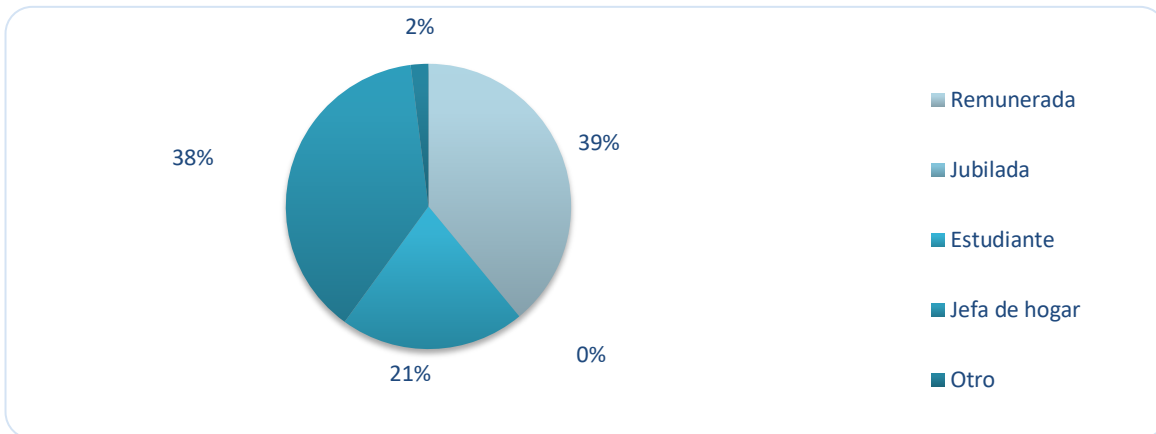
**Gráfico 1:** Distribución porcentual de la población estudiada en la línea base de la lactancia materna según su estado civil.



Fuente: Alarcón O, Mejías C y Vásquez L. Factores sociodemográficos que se relacionan con el cese de la lactancia materna, 2017.

La población en estudio es en su mayoría soltera alcanzando un 36%, luego con un 29 % se encuentra las madres que están casadas y con igual porcentaje las convivientes. El 6% de la población estudiada restante corresponde a las madres solteras.

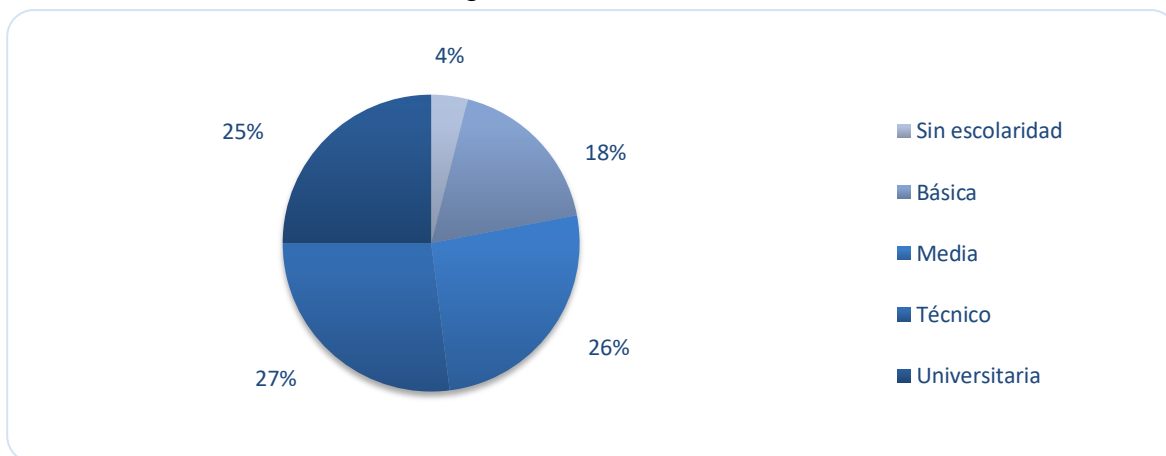
**Gráfico 2:** Distribución porcentual de la población estudiada en la línea base de la lactancia materna según su ocupación.



Fuente: Alarcón O, Mejías C y Vásquez L. Factores sociodemográficos que se relacionan con el cese de la lactancia materna, 2017.

En relación con la ocupación de las madres en estudio un 39% realiza una actividad remunerada seguida por un 38% que es jefa de hogar. Un 21% de la población es estudiante, el 2% realiza otra actividad no especificada y un 0% de la población se encuentra jubilada.

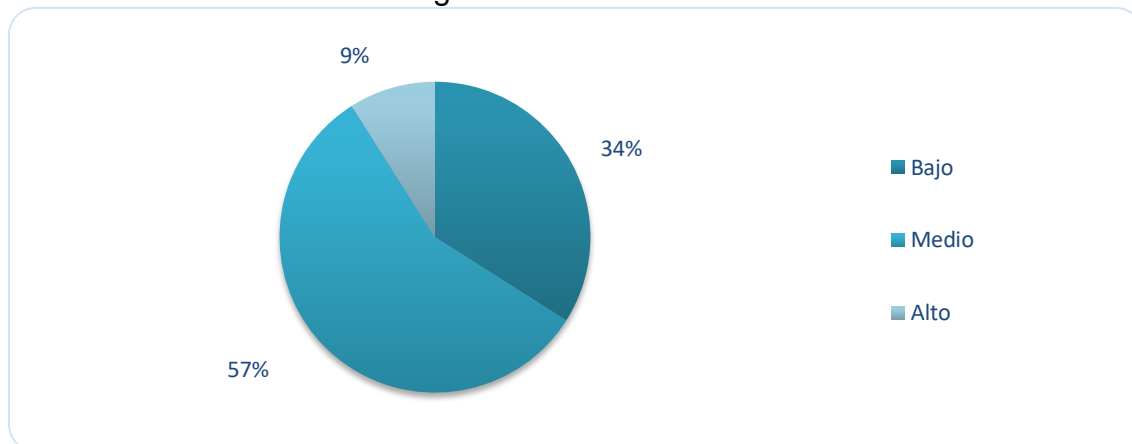
**Gráfico 3:** Distribución porcentual de la población estudiada en la línea base de la lactancia materna según su escolaridad.



Fuente: Alarcón O, Mejías C y Vásquez L. Factores sociodemográficos que se relacionan con el cese de la lactancia materna, 2017.

Con respecto a la escolaridad, un 27% de la población estudiada tiene estudios en el nivel técnico, un 26% nivel de escolaridad media seguido de un 25% con un nivel de escolaridad universitario. Un 18% de las madres en estudio tiene estudios en el nivel básico, y el 4% de la población restante no tiene escolaridad.

**Gráfico 4:** Distribución porcentual de la población estudiada en la línea base de la lactancia materna según su nivel socioeconómico.



Fuente: Alarcón O, Mejías C y Vásquez L. Factores sociodemográficos que se relacionan con el cese de la lactancia materna, 2017.

En relación al nivel socioeconómico, sobresale el nivel medio con un 57% seguido por el nivel bajo con un 34%. Un 9% de la población en estudio pertenece a un nivel socioeconómico alto. Estos datos se relacionan con la ocupación de la madre (gráfico 2), dado que un 38% tiene un trabajo remunerado y un 39% estudia.

- **Análisis de hipótesis**

**Pruebas de normalidad del nivel socioeconómico relacionada al abandono de lactancia materna exclusiva**

Nivel socioeconómico	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk			
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.	
Abandono lactancia materna exclusiva	,00	,326	34	,000	,784	34	,000
	1,00	,272	57	,000	,827	57	,000
	2,00	,277	9	,044	,837	9	,054

a. Corrección de significación de Lilliefors

Según la prueba de normalidad según el test de Kilmogorov- Smirnov (K-S) nuestro estudio según el nivel socio económico y el abandono de la lactancia materna exclusiva, considera que la distribución de la variable no proviene de una distribución normal, ya que el p-valor es menor a 0,05; Por lo tanto, rechazamos nuestra hipótesis nula (H0), concluyendo que nuestra distribución no es normal. Esto quiere decir que se confirma la hipótesis alternativa H<sub>1</sub>: El nivel socioeconómico en la madre se relaciona con la suspensión de la lactancia materna en el menor.”

Conforme a nuestro estudio se confirma que el nivel socioeconómico de madre sí se relaciona con la suspensión de la lactancia materna exclusiva en lactantes menores. Cuando el nivel socioeconómico de la madre es bajo, el abandono de la lactancia materna exclusiva es temprano o en la mayoría de los casos no existe amamantamiento, afectando la tasa de lactancia materna exclusiva de manera que disminuye en nuestro estudio el índice de abandono relación nivel socioeconómico.

**Pruebas de normalidad de escolaridad relacionada al abandono de lactancia materna exclusiva.**

Escolaridad	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Abandono de Lactancia materna exclusiva	,00	,441	4	,630	4	,001
1,00	,232	18	,012	,869	18	,017
2,00	,310	26	,000	,808	26	,000
3,00	,420	27	,000	,618	27	,000
4,00	,187	25	,024	,895	25	,014

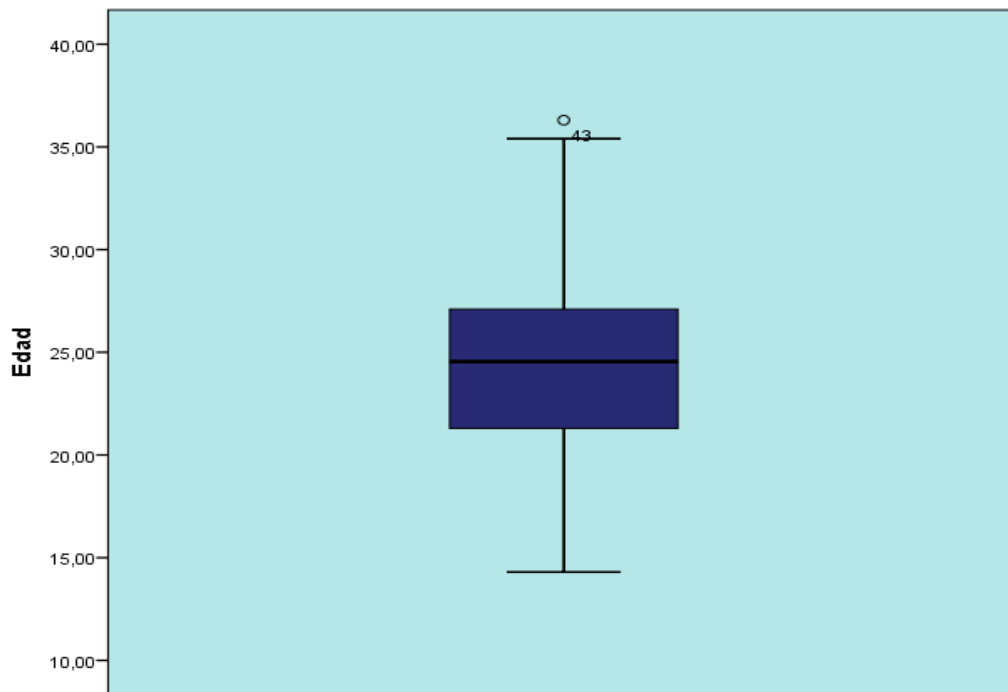
a. Corrección de significación de Lilliefors

De acuerdo a la prueba de normalidad según Kilmogorov- Smirnov (K-S) por el n de nuestra muestra, el estudio en concordancia a la relación existente entre el nivel de escolaridad de la madre y el abandono de lactancia materna exclusiva estaría relacionado, ya que nuestro p-valor es menor a 0.05, por lo tanto rechazamos nuestra hipótesis nula (Ho), determinando que nuestra distribución no se encuentra normal, confirmando nuestra hipótesis alternativa H<sub>1</sub>:El nivel de escolaridad se relaciona con la suspensión de la lactancia materna exclusiva en lactantes menores.

Cuando el nivel de escolaridad de la madre es menor, el abandono de la lactancia materna exclusiva ocurre precozmente, o en algunos casos no se proporciona lactancia materna.

- **Gráfico de caja: Edad de la población estudiada**

**Figura 1:** Edad de las madres al momento del parto



Fuente: Alarcón O, Mejías C y Vásquez L. Factores sociodemográficos que se relacionan con el cese de la lactancia materna, 2017.

La edad de las madres al momento del parto osciló entre los 14 y 36 años, con un promedio de 24,4 y una mediana de 25 años.

- **Tabla de frecuencia de abandono de LME**

**Tabla 1:** Frecuencia de madres que abandonaron la lactancia materna en meses.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No dieron lactancia	48	48,0	48,0	48,0
1er mes	1	1,0	1,0	49,0
2do mes	3	3,0	3,0	52,0
3er mes	2	2,0	2,0	54,0
4to mes	5	5,0	5,0	59,0
5to mes	2	2,0	2,0	61,0
6to mes	8	8,0	8,0	69,0
7mo mes	10	10,0	10,0	79,0
8vo mes	7	7,0	7,0	86,0
9no mes	5	5,0	5,0	91,0
10mo mes	3	3,0	3,0	94,0
11vo mes	2	2,0	2,0	96,0
12vo mes	1	1,0	1,0	97,0
14vo mes	2	2,0	2,0	99,0
15vo mes	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Alarcón O, Mejías C y Vásquez L. Factores sociodemográficos que se relacionan con el cese de la lactancia materna, 2017.

La tabla 1 indica que un 52% de la población proporcionó lactancia materna exclusiva, con un tiempo de abandono mínimo de 1 mes y un máximo de 15 meses.

Siendo un 48% de la población en estudio que no dio lactancia materna exclusiva. El 49% de la población abandona la lactancia materna exclusiva al año de haberla iniciado.

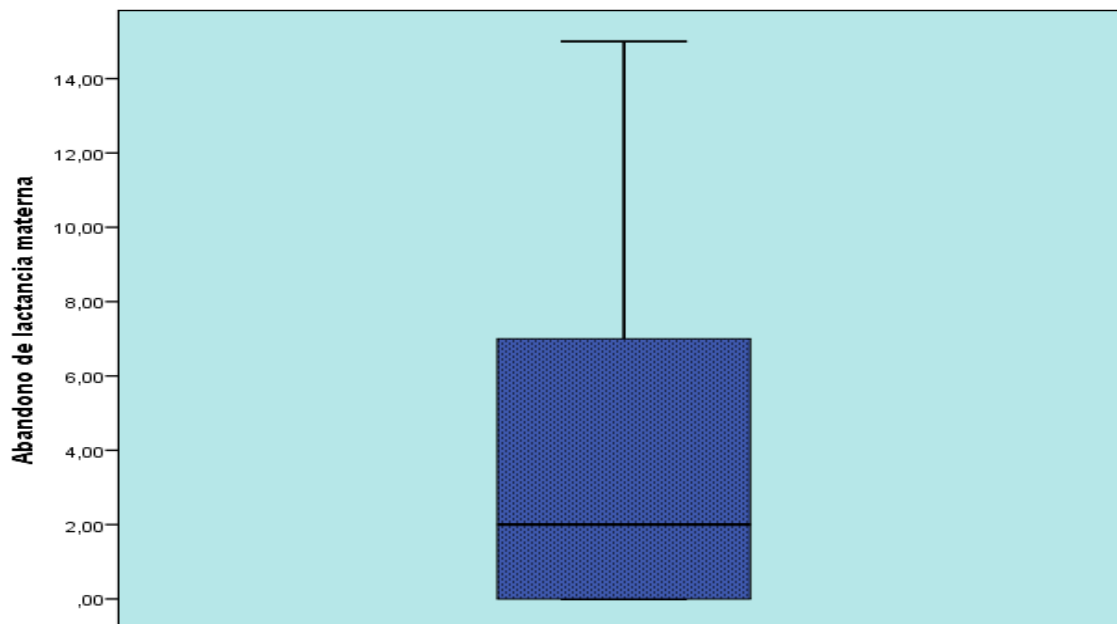
El 21% de las madres amamantó a sus hijos durante seis meses con leche materna, y el 10% de las madres abandona la LME en el 7° mes.

**Tabla 2:** Lactancia materna en exclusiva en meses.

N	Válido	100
	Perdidos	0
Media		3,6900
Desviación estándar		4,18437
Varianza		17,509
Mínimo		,00
Máximo		15,00

Fuente: Alarcón O, Mejías C y Vásquez L. Factores sociodemográficos que se relacionan con el cese de la lactancia materna, 2017.

- **Gráfico de caja: Mes de abandono de LME**

**Figura 2:** Lactancia materna exclusiva en meses

Fuente: Alarcón O, Mejías C y Vásquez L. Factores sociodemográficos que se relacionan con el cese de la lactancia materna, 2017.

La duración de la lactancia materna exclusiva en meses, tuvo un promedio de 3,69  $\pm$  4,18 meses (IC= 95%) (Tabla 2) y una mediana de 2 meses (figura 2).

- **Tabla de motivación de abandono**

**Tabla 3:** Motivación del abandono en la población estudiada en la línea base de la lactancia materna.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Se sentía débil	19	19,0	19,0	19,0
El niño estaba enfermo	25	25,0	25,0	44,0
No recibió información	18	18,0	18,0	62,0
No se sintió motivada	8	8,0	8,0	70,0
No bajo alimento o se seco	30	30,0	30,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

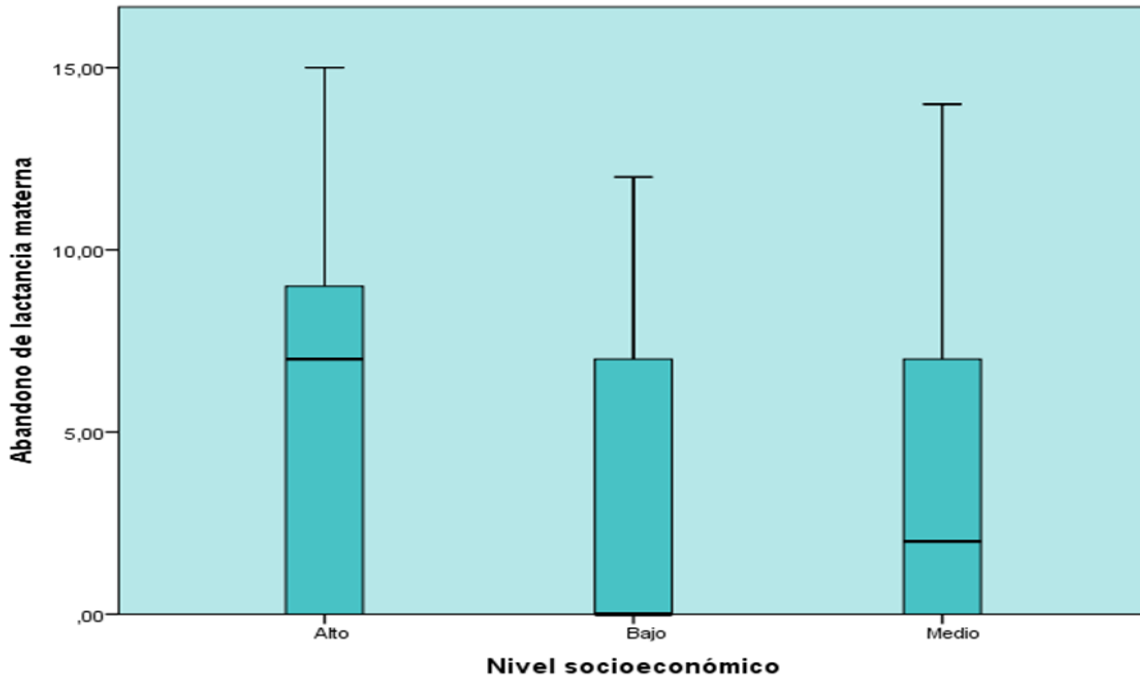
Fuente: Alarcón O, Mejías C y Vásquez L. Factores sociodemográficos que se relacionan con el cese de la lactancia materna, 2017.

Del total de las madres que mencionaron las razones para no amamantar a su hijo destaca que un 30% de las madres suspendió la lactancia materna al sentir que el alimento no bajaba o se secó, un 25% sintió que el niño estaba enfermo, seguida de un 19% que se sentía débil y un 18% que no recibió información. El 8% restante señala no haberse sentido motivada.

Podemos señalar que un 82% de las madres que recibieron información en relación a la lactancia materna exclusiva un 8% no se sintió motivada a realizar el amamantamiento, puede ser un numero bajo pero no menos preocupante debido a la importancia que radica en el menor una correcta nutrición y los beneficios que generan tanto para la madre como para su hijo. Es alarmante que un 18% de las madres estudiadas señalen no haber recibido información en relación a la lactancia materna, esto quiere decir que ni en el periodo prenatal o postnatal se entregaron los conocimientos necesarios para la realización y mantención de la lactancia materna exclusiva, labor que está a cargo del personal sanitario.

- **Gráficos de relación de variables**

**Gráfico 5:** Abandono de la lactancia materna exclusiva en la población en estudio según nivel socioeconómico.

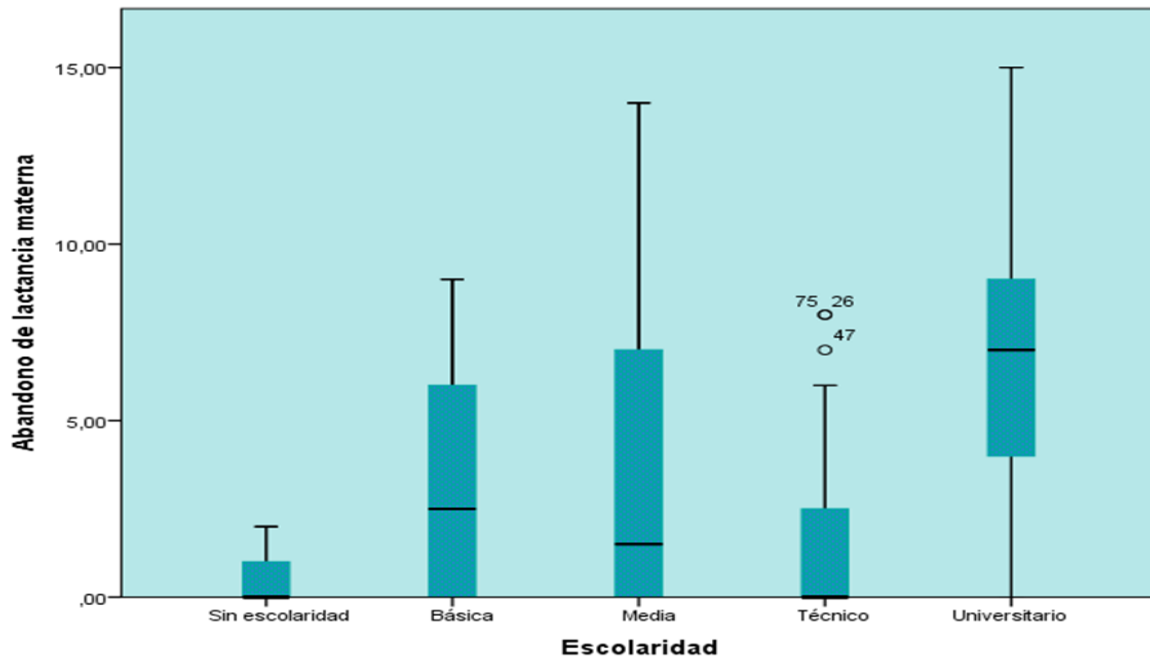


Fuente: Alarcón O, Mejías C y Vásquez L. Factores sociodemográficos que se relacionan con el cese de la lactancia materna, 2017.

El gráfico 5 indica que cuando existe un nivel socioeconómico bajo la mediana da un valor de cero, es decir, que la mayoría de las madres dentro de ese nivel no dieron lactancia materna exclusiva a sus hijos; y en el nivel socioeconómico medio la mediana es de dos meses y medio lo cual sugiere que a menor nivel socioeconómico el abandono de la lactancia materna es temprano o no existe amamantamiento del menor. El nivel socioeconómico alto tiene una mediana de siete meses de lactancia materna exclusiva indicando que a mayor nivel socioeconómico son mayores los meses en que se proporciona lactancia materna.

Por lo tanto se puede afirmar que el nivel socioeconómico se relaciona de manera inversa con el abandono de lactancia materna, es decir, a mayor nivel socioeconómico es menor el abandono de lactancia materna exclusiva, por lo tanto mayor es el número de meses entregando lactancia materna exclusiva al menor.

**Gráfico 6:** Abandono de la lactancia materna exclusiva en la población estudiada según la escolaridad.



Fuente: Alarcón O, Mejías C y Vásquez L. Factores sociodemográficos que se relacionan con el cese de la lactancia materna, 2017.

El gráfico 6 sigue un mayor abandono de la lactancia materna temprano en la población sin escolaridad y de nivel técnico donde las medianas son de cero meses, lo que indica que en la mayoría de dicha población no se proporcionó lactancia materna exclusiva. En la población con nivel de escolaridad básica la mediana es de dos meses y medio, en la población con nivel de escolaridad medio la mediana es de dos meses.

Por último en la población con un nivel universitario la mediana se ubica por sobre los demás niveles con un valor de siete meses, demostrando que cuando existen estudios superiores los meses de proporción de la lactancia materna exclusiva son mayores.

Por lo tanto se puede afirmar que existe una relación directa entre la escolaridad y el número de meses de lactancia materna exclusiva.

- **Tablas dinámicas: Relación de variables sociodemográficas**

**Tabla dinámica 1:** Relación escolaridad de las madres estudiadas, el abandono de lactancia materna exclusiva y el promedio de edad de las madres.

Promedio de Edad	Escolaridad					Total general	
	Abandono de LM	Sin escolaridad	Básica	Media	Técnico		Universitario
No dieron lactancia		24,40	23,28	21,65	23,06	28,04	23,52
1er mes					21,24		21,24
2do mes		24,09	27,37				26,28
3er mes			14,28	25,95			20,12
4to mes			22,26		25,65	36,30	26,43
5to mes			28,37		23,34		25,86
6to mes			22,69	25,73	25,62	29,60	25,92
7mo mes			21,57	23,22	17,41	28,40	24,38
8vo mes				19,81	25,30	27,59	25,83
9no mes			27,16			26,93	26,98
10mo mes				23,18		34,31	26,89
11vo mes				21,92		26,53	24,23
12vo mes				23,38			23,38
14vo mes				20,13		24,10	22,11
15vo mes						23,27	23,27
<b>Total general</b>		<b>24,33</b>	<b>23,36</b>	<b>22,53</b>	<b>23,25</b>	<b>28,14</b>	<b>24,40</b>

Fuente: Alarcón O, Mejías C y Vásquez L. Factores sociodemográficos que se relacionan con el cese de la lactancia materna, 2017.

Según los datos de nuestra muestra reflejados en la tabla dinámica 2 de relación entre la escolaridad, el abandono de lactancia relacionada con el promedio de edad de las madres, muestra que las madres más jóvenes pertenecen a una escolaridad básica abandonando la lactancia al 3er mes de nacido su hijo. Y las madres mayores con un promedio de edad de 34,3 años son universitarias y abandonaron la lactancia al 10° mes del menor.

**Tabla dinámica 2:** Relación del promedio de edad, nivel socioeconómico de las madres estudiadas y el abandono de lactancia materna exclusiva.

Promedio de Edad	Nivel socioeconómico			Total general
	Bajo	Medio	Alto	
<b>Abandono de LM</b>				
No dieron lactancia				
1er mes		23,89	24,61	23,52
2do mes	22,74	25,85		21,24
3er mes	14,28	25,95		26,28
4to mes	17,62	28,63		20,12
5to mes	28,37	23,34		26,43
6to mes	26,61	25,51		25,86
7mo mes	21,78	28,40	21,30	25,92
8vo mes	19,81	26,34	29,26	24,38
9no mes	27,16	25,82	28,04	25,83
10mo mes	23,85	28,41		26,98
11vo mes		24,23		26,89
12vo mes	23,38			24,23
14vo mes		22,11		23,38
15vo mes			23,27	22,11
<b>Total general</b>	<b>22,93</b>	<b>25,12</b>	<b>25,37</b>	<b>24,40</b>

Fuente: Alarcón O, Mejías C y Vásquez L. Factores sociodemográficos que se relacionan con el cese de la lactancia materna, 2017.

De acuerdo a la relación entre el nivel socioeconómico de las madres estudiadas, el abandono de lactancia y su edad, concluimos que las madres más jóvenes con un promedio de edad de 14,28 años abandonaron la lactancia materna exclusiva en el 3er mes y se encuentran en un nivel socioeconómico bajo, así mismo seguido de los promedios de 17,62 y 19.81 años en el mismo nivel socioeconómico. A diferencia de las madres estudiadas con un promedio de edad de 29,26 y 28,63 años que abandonaron la lactancia materna al 4to y 8vo mes respectivamente, estando el primer promedio de edad en un nivel socioeconómico alto y el segundo promedio de edad en un nivel socioeconómico medio.

## DISCUSIÓN

Según nuestro estudio, cuando existe un mayor nivel de escolaridad y nivel socioeconómico de las madres, los meses de lactancia materna exclusiva son mayores.

Así lo indican los datos anteriormente tabulados, el gráfico n° 5 indica que el nivel socioeconómico alto tiene una mediana de siete meses de lactancia materna exclusiva, indicando que a mayor nivel socioeconómico son mayores los meses que se proporciona lactancia materna por más meses. Semejante a los resultados entregados por el estudio de DEPARTAMENTO DE CALDAS donde se señala que al existir un nivel socioeconómico alto, la duración de la lactancia materna es mayor (20).

Así también lo avala el gráfico 6 demostrando que en la población con un nivel universitario la mediana se ubica por sobre los demás niveles con un valor de siete meses, demostrando que cuando existen estudios superiores los meses de proporción de la lactancia materna exclusiva son mayores. Similar al estudio presentado por Benjumea, Ramos y González en Colombia (20) En donde la prevalencia de la lactancia materna es mayor a mayor nivel de escolaridad. Equivalente también a los resultados obtenidos por Quispe, Oyola y Navarro en Cuba. (24) Señalando que los conocimientos deficientes de la madre inciden en un menor periodo de lactancia materna.

La tabla dinámica 2 nos muestra que las madres más jóvenes con un promedio de edad de 14,28 años abandonaron la lactancia materna exclusiva en el 3er mes, a diferencia de las madres estudiadas con un promedio de edad de 29,26 y 28,63 años que abandonaron la lactancia materna al 4to y 8vo mes respectivamente. Similar al estudio de los autores Aguin, Alvarado, Angulo O, Arias Díaz quienes encontraron que a medida que aumenta la edad de la madre se prolonga el tiempo de lactancia materna exclusiva (23)

La tabla 3 señala que del total de las madres que mencionaron las razones para no amamantar a su hijo destaca que un 30% de las madres suspendió la lactancia materna al sentir que el alimento no bajaba o se secó, un 25% sintió que el niño estaba enfermo, seguida de un 19% que se sentía débil y un 18% que no recibió información. El 8% restante señala no haberse sentido motivada.

Similar a lo mencionado por Hernández Aguilar y colaboradores y a los autores Quispe, Oyola y Navarro en sus publicaciones destacando que en la instauración y el mantenimiento de la lactancia materna influyen negativamente razones personales, creencias y mitos que resultan en el abandono precoz del amamantamiento. (21) (24)

Dentro de los factores que se asocian con la duración de la lactancia materna, se ha encontrado que el nivel de escolaridad guarda una estrecha relación con el grado de conocimientos sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva. En el año 2002 en estudios realizados en Bayamo los estudios arrojaron que luego de una educación sobre lactancia materna exclusiva el 83.3% de las gestantes la mantuvo hasta los 4 meses de vida. (27)

Se debe tener en cuenta que los resultados fueron obtenidos a través de una simulación de datos en el programa Microsoft Excel. Este método utilizado arrojó en algunos casos valores que no tenían concordancia con los demás, generando resultados sin un sentido lógico. Los cuales fueron tomados como datos aislados.

## CONCLUSIÓN

A través de la investigación anteriormente realizada podemos confirmar nuestra hipótesis alternativa principal  $H_1$ , la cual señala que “Los factores sociodemográficos son determinantes en la suspensión de la lactancia materna

exclusiva en lactantes”. Y además se confirman las subhipótesis alternativas siguientes: “El nivel socioeconómico en la madre se relaciona con la suspensión de la lactancia” y “El nivel educacional en la madre se relaciona con la suspensión de la lactancia”

En relación a los efectos principales que ocurren al no utilizar la lactancia o abandonarla en el lactante es la malnutrición infantil, donde incluyen el destete precoz y la ausencia de la lactancia materna exclusiva.(20) Está claro que la malnutrición afecta a los niños antes de que alcancen los 2 años de vida desencadenando efectos nocivos físicos y cognitivos irreversibles, lo que genera un impacto negativo sobre su salud y bienestar en el presente, al tiempo que pone en entredicho las oportunidades de desarrollo social y económico en el futuro.

Los resultados de este estudio muestran que los niveles de prevalencia de lactancia materna exclusiva están muy por debajo de los esperados como meta país (60% de prevalencia LME), aún falta mucho para lograr niveles satisfactorios para la salud infantil. Es importante resaltar la necesidad de contar con la voluntad política de las instituciones de salud para generar acciones de promoción por la lactancia materna exclusiva, desde el control prenatal hasta los seis primeros meses de vida del menor como mínimo. La lactancia materna exclusiva es una inversión para el sistema de salud y para el país, entrega beneficios inmediatos para la salud de la madre y el menor, mejora el vínculo madre-hijo que durará toda la vida, además de mejorar el sistema inmune del menor previniendo enfermedades del lactantes que generan costos y riesgos para la salud, mejora su desarrollo psicomotor y afectividad pudiendo de esta forma relacionarse de mejor forma con el resto. La LME le entrega al menor un potencial inmenso y las herramientas necesarias para que se pueda desarrollar y desenvolverse en todas sus dimensiones en la adultez de la forma más óptima.

La promoción es el principal elemento para fomentar la práctica de lactancia materna exclusiva, logrando de esta forma el aumento en el porcentaje nacional de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, un menor índice de

patologías causales por fórmulas artificiales, mayor desarrollo psicomotor en los lactantes, mayor apego con la madre, disminución en la tasa de sobrepeso y obesidad en lactantes, entre otros beneficios tanto para el lactante, madre y su familia.

Este medio de promoción puede utilizarse además como una estrategia nacional para fomentar la lactancia materna exclusiva y así disminuir las tasas de patologías en lactante que son de preocupación nacional.

En nuestro país, a partir del año 1998, el Ministerio de Salud comenzó a desarrollar acciones de Promoción de la Salud. A partir de enero del 2005, la Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria, definió la estructura y funciones que debe cumplir el Ministerio, las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y los Servicios de Salud. Lo establecido en el Artículo 12 del D.F.L. N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, relativas a las funciones de la Secretaría Regional Ministerial de Salud sobre Promoción de la Salud, señala en su numeral 4, lo siguiente:

*“Velar por la debida ejecución de las acciones de salud pública por parte de las entidades que integran la red asistencial de cada servicio de salud y, en su caso, ejecutarlas directamente, o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan”.* (28)

Por lo tanto, es necesario que como profesionales de la salud nos enfoquemos en el periodo de la primera infancia, proporcionando las herramientas y los recursos necesarios para que la lactancia materna exclusiva se desarrolle sin inconvenientes y en todos los lactantes para así entregar desde el primer día de vida todos los beneficios asociados al amamantamiento. No se debe esperar a que se presenten los factores de riesgo y las patologías en las personas para comenzar a realizar tratamientos que conllevan altos costos asociados, se debe

generar una visión de inversión en salud, orientando las metas a la primera etapa del ciclo vital.

Consideramos que se debe incrementar la labor educativa y de promoción en las consultas prenatales debido a que hay muchas futuras mamás que desconocen ventajas de la lactancia natural, las cuales pueden influir de forma positiva y ganar en calidad de vida, y así lograr que los factores sociodemográficos no sean factores causales o determinantes del abandono de la lactancia materna exclusiva.

Recomendaciones para el servicio de salud, profesionales y madres.

- Incrementar la cobertura del control prenatal, así la madre obtendría mayor información de la lactancia materna, ya que estudios reflejan que la madre no tuvo la información o ayuda en la correcta técnica al momento del amamantamiento, no logrando el objetivo sintiéndose incapacitada para ejecutarlo.
- Motivar al personal de salud acerca de la importancia de aprovechar la consulta prenatal para informar a todas las madres sobre la importancia de la lactancia materna
- Capacitar y actualizar a todo el personal de salud acerca de las bondades de la lactancia materna exclusiva desde las perspectivas biológicas, afectiva y económica, así como también sobre las técnicas adecuadas de promover el éxito y mantenimiento de la misma, para reconocer las dificultades que se pueden presentar durante el amamantamiento y para brindar alternativas de solución a las madres.
- Generar instancias y lugares de amamantamiento en el contexto laboral una vez expirado el post natal.

- Evitar la mala praxis o la mala utilización del medio comunicacional existente en Chile en torno a la lactancia materna: ya sea el uso del biberón, fórmulas lácteas, incluso chupetes, siendo esta una mala alternativa para la madre.

Nuestras sugerencias para futuros estudios son investigar en relación a los factores que inciden y motivan el abandono de la lactancia materna, para saber si estos son personales o bien influenciados por el entorno, también se podría averiguar cuál es la razón por la que algunas madres nunca otorgan el amamantamiento al menor privándolo de los beneficios a menos que exista una contraindicación para que esta no se lleve a cabo.

## LINKOGRAFÍA

1. Colegio de matronas. *Efecto postnatal: aumentan cifras de lactancia materna en Chile*. [En línea] Disponible en: [http://www.colegiodematronas.cl/index.php?option=com\\_k2&view=item&id=1775:efecto-postnatal-aumentan-cifras-de-lactancia-materna-en-chile&Itemid=168](http://www.colegiodematronas.cl/index.php?option=com_k2&view=item&id=1775:efecto-postnatal-aumentan-cifras-de-lactancia-materna-en-chile&Itemid=168) [Acceso 16 de septiembre del 2016]
2. Ministerio de salud. *Lactancia materna*. [En línea] Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/2009/desarrollo-infantil/0-a-12-meses/lactancia-materna/> [Acceso 15 de septiembre del 2016]
3. Niño R, Silva G, Atalah E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Revista chilena pediátrica* [en línea]. 2012; 83(2): 161-169. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062012000200007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062012000200007). [Acceso 15 Septiembre 2016]

4. Félix J, Martínez E, Soletto E. Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Revista de pediatría médica*, [en línea]. 2011; 13(2): 47-56. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=31318> [Acceso 20 de septiembre de 2016]
  
5. Ministerio de Salud. *Sexta encuesta nacional de lactancia materna: 56% de las madres amamanta a sus hijos hasta los 6 meses*. [En línea] Disponible en: <http://informa.gob.cl/comunicados-archivo/sexta-encuesta-nacional-de-lactancia-materna-56-de-las-madres-amamanta-a-sus-hijos-hasta-los-6-meses/> [Acceso 19 de septiembre 2016]
  
6. Ministerio de salud. *Sobre chile crece contigo ¿Qué es?* [En línea] Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/sobre-chile-crece-contigo/que-es/> [Acceso 16 de septiembre 2016]
  
7. Ministerio de salud. *Manual Lactancia materna*. [En línea] Disponible en: [http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2009/11/manual\\_lactancia\\_materna.pdf](http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2009/11/manual_lactancia_materna.pdf) [Acceso 16 de Septiembre 2016]
  
9. Aprueba metas sanitarias y de mejoramiento de la atención primaria de salud municipal para el año 2016: Resolución 832 Exenta. [En línea] Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1081568> [Acceso 16 de Septiembre 2016]
  
10. MINSAL. *Manual de lactancia materna*. 2010 [en línea] Disponible en: [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/manual\\_lactancia\\_materna.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf) [Acceso 16 de Septiembre 2016]

11. UNICEF. *Lactancia materna y alimentación complementaria*. [En línea] Disponible en: [http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index\\_breastfeeding.html](http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_breastfeeding.html) [Acceso 22 de octubre del 2016]
  
12. García R. Composición e inmunología de la leche humana. *Acta pediátrica de México* [En línea]. 2011; 32(4): 223-230. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2011/apm114f.pdf> [Acceso el 19 de Octubre del 2016]
  
13. Rodríguez V. *Nivel de conocimientos sobre la importancia materna exclusiva, que tienen las mamás primigestas internadas en el servicio de maternidad del Hospital Enfermeros Argentinos*. [En línea] Mendoza: Universidad Nacional de Cuyo; 2013. Disponible en: [http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/6216/rodriguez-viviana.pdf](http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/6216/rodriguez-viviana.pdf) [Acceso 19 de Octubre del 2016]
  
14. UNICEF. *Lactancia Materna*. [En línea] Disponible en: [http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index\\_24824.html](http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html). [Acceso 20 de Octubre de 2016]
  
15. Calixto R, González M, Bouchan P, Paredes L, Vázquez S, Cébulo A. Importancia clínica de la leche materna y transferencia de células inmunológicas al neonato. *Perinatología y Reproducción Humana* [En línea] 2011; 25(2):109-114. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2011/ip112h.pdf> [acceso el 20 de Octubre del 2016]

16. Rondón R, Zambrano G, Guerra M. *Relación de la lactancia materna y el desarrollo Dento-Buco-Máxilo-Facial: Revisión de la literatura latinoamericana* [En línea]. 2012; 20(3):60-61. Disponible en: <http://ortodoncia.ws/publicaciones/2012/pdf/art20.pdf> [acceso 20 de Octubre del 2016]
17. Raile, M. *MODELOS Y TEORIAS EN ENFERMERIA*. 7a Ed. España: Elsevier; 2011.
18. Pinilla E, Orozco L, Camargo F, Alfonso E, Peña E, Villabona L, Acevedo Y. Lactancia materna ineficaz: prevalencia y factores asociados. *Revista Salud UliS* [En línea] 2011; 43(3): 271-279. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3961243> [acceso 23 de Octubre del 2016]
19. 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. *Revista Facultad Nacional. Salud Pública* [En línea]. 2013; 31(1): 117-126. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31n1/v31n1a14.pdf> [Acceso 23 de Octubre del 2016]
20. Benjumea M, Matijasevic A, Ramos S, González D. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y PARCIAL EN EL DEPARTAMENTO DE CALDAS. [En línea]. 2011; 16(1): 39-55. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n1/v16n1a03.pdf> [Acceso 23 de Octubre del 2016]

21. Almaguer P, Hernández M, Corona L., Guerra C, Roteta A, Sánchez E. Comportamiento de la lactancia materna exclusiva en niños de madres con y sin adiestramiento previo. *Medisur* [En línea]. 2011; 9(3): 223-231. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2011000300005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2011000300005) [Acceso 23 de Octubre del 2016]
22. Herrero L., Gorrita R. ¿Cómo influyen diferentes factores psicosociales en el abandono precoz de la lactancia materna? .*Revista de Ciencias Médicas de Mayabeque* [En línea]. 2010; 15(3): 1-6. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/436> [Acceso 23 de Octubre de 2016]
23. Aguin V, Alvarado A, Angulo O, Arias J., Díaz E. Causas de Deserción de Lactancia Materna Exclusiva en Madres con Niños Menores de Seis Meses de Edad. [En línea]. 2011; 5(3): 66-70. Disponible en: [http://hgculiacan.com/revistahgc/archivos/Assin%2019%20\(AO%20Causas%20Deserc\).pdf](http://hgculiacan.com/revistahgc/archivos/Assin%2019%20(AO%20Causas%20Deserc).pdf) [Acceso 23 de Octubre del 2016]
24. Quispe M, Oyola A, Navarro M, Silva J. Características y creencias maternas asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Revista Cubana de Salud Pública* [En línea]. 2015; 41(4):100-110. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662015000400002&script=sci\\_arttext&lng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662015000400002&script=sci_arttext&lng=en) [Acceso 23 de Octubre del 2016]
25. González T, Escobar-Zaragoza L, González-Castell D, Shamah-Levy T, Juan A Rivera-Dommarco J. La lactancia materna exclusiva en menores de seis meses se asocia con un mejor peso para la longitud en hogares con inseguridad alimentaria en México. *Revista Salud pública México*. [En línea]. 2014; 56(1): 31-38. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342014000700006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000700006) [acceso 23 de Octubre del 2016]

26. Gorrita. R. Bárcenas Y. Gorrita Y. Brito. B. Estrés y ansiedad materna y su relación con el éxito de la lactancia materna. *Rev. Cubana Pediatría* [en línea]. 2014; 86(2); 1-10. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475312014000200006&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475312014000200006&script=sci_arttext&lng=pt) [Acceso 25 de Agosto de 2017]

27. Universidad de ciencias médicas de Granma. Lactancia Materna. Comportamiento según algunos factores de interés epidemiológico en menores de un año de Yara Norte. 2013-2014. *Revista Multimed.* [En línea]. 2015; 19(6): 1035-1051. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/428/731> [Acceso 25 de Agosto de 2017]

28. MINSAL. Departamento de promoción de salud. *Orientaciones para planes comunales de promoción de la salud 2014.* [En línea] Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/orienplancom2014.pdf> [Acceso 25 de Agosto de 2017]

## **ANEXOS**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **I. INFORMACIÓN GENERAL**

Este formulario de consentimiento informado se dirige a madres de niños(as) que suspendieron la lactancia materna exclusiva (LME) pertenecientes al CESFAM Talcahuano sur que deseen participar en esta investigación

Fecha:

Número (consentimiento):

##### **1.- Título del proyecto.**

Factores sociodemográficos y apoyo familiar que se relacionan con la suspensión de la lactancia materna, en madres de lactantes menores entre cuatro y seis meses pertenecientes al CESFAM Talcahuano Sur Hualpén, en el periodo de Mayo a Julio del año 2017.

##### **2.- Equipo de investigadores**

- Enfermera Paola Andrea Pinilla Hormazábal, Docente Guía Universidad Católica de la Santísima Concepción(UCSC)
- Óscar José Saúl Alarcón Caffarena, tesista del proyecto, Estudiante de Enfermería UCSC.
- Camila Paz Mejías Miranda, tesista del proyecto, Estudiante de Enfermería UCSC.
- Lorena Betzabé Vásquez Andrades, tesista del proyecto, Estudiante de Enfermería UCSC.

### **3.- Introducción**

En esta investigación se analizarán los diferentes motivos que llevan a las madres al cese de la lactancia materna exclusiva en lactantes entre cuatro y seis meses de vida. Mediante este consentimiento informado se le entrega a usted toda la información necesaria acerca del proyecto de investigación y de lo que se realizará con el objetivo de invitarle a participar en él. Es por esto que se le invita a tomar en consideración el participar o no del proyecto. En caso de alguna eventual duda sobre la investigación favor no dudar comunicarse con algún integrante del equipo de investigación.

### **4.- Propósito**

El propósito es identificar factores relacionados con la suspensión de la lactancia materna, en madres de lactantes menores entre cuatro y seis meses pertenecientes al CESFAM Talcahuano Sur de Hualpén en el periodo de Mayo a Julio del año 2017.

### **5.- Selección de participantes**

Se invita participar a todas las madres que tengan hijos entre 4 y 6 meses de edad, y que sean pertenecientes actualmente al CESFAM Talcahuano sur.

## **6.- Participación voluntaria**

La participación que se presta en esta investigativamente es absolutamente de carácter voluntario, es decir, usted elige participar o no, y usted puede cambiar de idea y dejar de participar aun cuando haya aceptado formar parte de la investigación con anterioridad.

## **7.- Procedimientos y protocolo**

Para determinar qué aspectos sociodemográficos y de apoyo familiar influyen en el término de la lactancia materna antes de los 6 meses, se procederá a realizar una **encuesta**, donde se consultarán en primera instancia datos breves, que conciernen datos personales de la madre, y sobre el parto, esto se realizará en presencia de un evaluador.

En segunda instancia se preguntará específicamente sobre las razones que han influido en el destete precoz, y de ser necesario y solicitado por usted, se le hará envío de los datos recopilados vía E-mail\* para corroborar la información.

Y en última instancia y una vez finalizada la investigación los datos serán tabulados e interpretados. Las encuestas serán realizadas en las dependencias del CESFAM Talcahuano sur.

## **8.- Riesgos**

Esta investigación no representa riesgo en absoluto para usted ni para su familia.

## **9.- Confidencialidad**

Toda la información que se recopilará tiene carácter confidencial, no se compartirán identidades ni información personal, la información será puesta fuera

de alcance de las demás personas y solo podrán acceder quienes se encuentran investigando.

#### **10.- Compartiendo los resultados**

Toda información será utilizada con fines académicos, en caso de ser solicitada información personal por usted, se le será entregada.

#### **11.- Derecho a negarse o retirarse**

Usted tiene total derecho a participar o negarse a participar en la investigación aún cuando ya haya aceptado antes.

#### **12.- A quién Contactar**

Ante cualquier pregunta, o duda que usted quisiera realizar ahora o más tarde de iniciado el estudio, usted puede contactarse con las siguientes personas: Oscar Alarcón Caffarena, 9-58607674, oalarcon@enfermeria.ucsc.cl; Camila Mejías Miranda, 9-54747709, cmejias@enfermeria.ucsc.cl; Lorena Vásquez Andrades, 9-56429001, lvasquez@enfermeria.ucsc.cl.

Yo \_\_\_\_\_ He leído la información proporcionada, he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado de forma satisfactoria. Por lo tanto consiento voluntariamente participar en esta investigación.

---

Firma Entrevistada \*Correo Electrónico (opcional)

CARTA DE SOLICITUD PROYECTO DE TESIS

Concepción, 21 de noviembre 2017

Señora(ita)

Ana Patricia Ruiz

Directora DAS Comuna de Hualpén.

Presente

Junto con saludarle, por medio de este presente, informo a usted que la carrera de Enfermería de la Universidad Católica de la Santísima Concepción, en su asignatura de Proyecto de Investigación, tiene como objetivo realizar una investigación cuantitativa de tipo descriptiva y transversal.

Es por esto que solicitamos a usted la autorización para que los estudiantes de la carrera puedan realizar la investigación de proyecto de tesis titulada *“Factores sociodemográficos y apoyo familiar que se relacionan con la suspensión de la lactancia materna, en madres de lactantes menores entre cuatro y seis meses”* en el CESFAM Talcahuano Sur, localizado en la calle Postdam 632 de la comuna de Hualpén, de la región del Bío Bío.

El proyecto de investigación se aplicará el año 2017, los datos recogidos serán utilizados exclusivamente para fines académicos y el resumen de estos le será entregado al concluir la investigación.

La docente que estará a cargo de los estudiantes será la Enfermera Paola Pinilla, y los estudiantes que formarán parte de esta investigación son los que se indican a continuación:

- Óscar Alarcón Caffarena
- Camila Mejías Miranda
- Lorena Vásquez Andrades

Agradeciendo de antemano la colaboración en esta investigación, le saluda cordialmente.

---

**Verónica Drago Machado**  
Jefe de Carrera Enfermería UCSC