

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**INFLUENCIA DE FACTORES SOCIALES Y
OBSTÉTRICOS EN EL ABANDONO PRECOZ DE LA
LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA. CENTRO MATERNO
PERINATAL SIMÓN BOLÍVAR. 2016**

PRESENTADA POR LA BACHILLER EN OBSTETRICIA

Rosmery Guevara Sánchez

ASESORA:

Dra. Obst. Elena Soledad Ugaz Burga

CAJAMARCA, PERÚ, 2018

Copyright © 2018 by
Rosmery Guevara Sánchez
Derechos reservados

SE DEDICA A:

Mis padres Tiódilo y Martha, por todo el amor
que me han brindado

Mi hija Irene por ser la razón de mi vida.

A mi esposo por el apoyo brindado desde
que nos conocimos.

Rosmery

SE AGRADECE A:

Mi Alma Mater quien me albergó en sus aulas los cinco años de mi carrera profesional.

A mis docentes que supieron sembrar en mí, la semilla del conocimiento.

A mi asesora la Obst. Elena Ugaz Burga, por su apoyo incondicional en el desarrollo de la presente tesis.

A todas y cada una de las madres que me apoyaron al brindarme información, sin ellas no hubiese sido posible la realización de este trabajo.

Rosmery

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Objetivos	6
1.4. Justificación de la investigación	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes	8
2.2. Bases teóricas	12
2.2.1. Lactancia materna exclusiva	12
2.2.2. Abandono precoz de la lactancia materna exclusiva	32
2.2.3. Factores sociales	34
2.2.4. Factores obstétricos	38
2.3. Hipótesis	39
2.4. Variables	18
2.5. Definición conceptual y operacional de las variables	39
CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	41
3.1. Tipo y diseño de estudio	41
3.2. Área de estudio y población	41
3.3. Muestra	42
3.4. Unidad de análisis	43

3.5. Criterios de inclusión	43
3.6. Consideraciones éticas	43
3.7. Procedimientos, técnica e instrumentos de recolección de datos	44
3.8. Procesamiento y análisis de datos.	44
3.9. Control de calidad de datos	45
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	46
CONCLUSIONES	67
RECOMENDACIONES	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	73

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar y analizar la influencia de algunos factores sociales y obstétricos en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, en madres que acuden al consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar; se realizó en una muestra de 90 madres lactantes. El estudio fue de tipo descriptivo, correlacional, de diseño no experimental y de corte transversal. Como resultados se encontró que el 31,1% de madres perteneció al grupo etáreo de 25-29 años; el 48,9% tuvo secundaria completa; el 75,6% fueron convivientes; el 66,7% procedentes de la zona urbana y el 92,2% fueron amas de casa. El 92,2% tuvo su parto por vía vaginal, el 94,4% tuvo alguna experiencia de lactancia materna positiva anterior; el 98,9% no presentó lesiones de mama o pezón y el 88,9% percibió que si tenía buena producción de leche. El 40% de las madres abandonaron la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses. Finalmente se determinó que solamente el grado de instrucción, como factor social, influyó en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva.

Palabras clave: Abandono precoz, lactancia materna exclusiva, factores sociales y obstétricos

ABSTRACT

The objective of this study was to determine and analyze the influence of some social and obstetric factors in the early abandonment of exclusive breastfeeding, in mothers who visit the office of Growth and Development Control of the Simón Bolívar Maternal Perinatal Center; It was performed in a sample of 90 nursing mothers. The study was descriptive, correlational, non-experimental and cross-sectional design. As results, it was found that 31.1% of mothers belonged to the age group of 25-29 years; 48.9% had full secondary education; 75.6% were cohabitants; 66.7% came from the urban area and 92.2% were housewives. 92.2% had vaginal delivery, 94.4% had some previous positive breastfeeding experience; 98.9% did not present breast or nipple lesions and 88.9% perceived that they had good milk production. 40% of mothers abandoned exclusive breastfeeding before 6 months. Finally, it was determined that only the degree of instruction, as a social factor, influenced the early abandonment of exclusive breastfeeding.

Key words: Early abandonment, exclusive breastfeeding, social and obstetric factors

INTRODUCCIÓN

La Lactancia Materna (LM) es la única fuente que suministra todos los nutrientes necesarios para el correcto desarrollo del niño en los primeros meses de vida. Además es el mejor método de alimentación de los lactantes, por razones tanto económicas, higiénicas y afectivas que se tiene (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que los lactantes deben recibir lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptimos (2). Sin embargo, múltiples factores sociales y obstétricos pueden conllevar a que la madre la abandone precozmente e inicie con incluir en la alimentación del bebé jugos, agüitas o leche artificial, los que pueden contribuir a la malnutrición proteinoenergética (MPE), incluyendo el marasmo nutricional o el kwashiorkor, además de contar con una desventaja muy importante de la alimentación que es el costo para la familia y para la nación (3).

A partir de estas premisas es que se realizó el presente trabajo de investigación con el objetivo de determinar y analizar la influencia de algunos factores sociales y obstétricos en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, en madres que acuden al consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, determinando que en el presente estudio solamente el grado de instrucción, como factor social, influyó en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva.

La presente tesis está estructurada de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: conformada por la definición y delimitación del problema, la formulación del problema, la justificación de la investigación y los objetivos.

CAPÍTULO II: lo conforman, los antecedentes tanto internacionales como nacionales, las bases teóricas, la hipótesis y las variables.

CAPÍTULO III: constituido por el diseño metodológico, el mismo que comprende diseño y tipo de estudio, área de estudio y población, muestra y muestreo, unidad de análisis,

criterios de inclusión, consideraciones éticas, procedimientos, técnica e instrumentos de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos y control de calidad de datos

CAPÍTULO IV: en el que se encuentran el análisis y discusión de los resultados.

Forman también parte de esta tesis, las conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas y anexos.

La autora

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Definición y delimitación del problema

En el contexto mundial diferentes entidades como la Organización Mundial de la Salud (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 (4). Desde inicios de los años 90 la promoción de la LM comienza con la Declaración Innocenti, que fue aprobada en la 45ª Asamblea Mundial de la Salud, en la cual se estableció el comienzo para el desarrollo e implementación de legislaciones tales como: el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y la implementación de Los Diez Pasos hacia una feliz lactancia natural, que luego fueron organizadas como Iniciativa de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IIAMI) (4).

En el año 2002 la OMS aprobó la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Después de esta aprobación, la OMS efectuó una revisión de los estudios existentes acerca de la duración óptima de la LM y estableció como recomendación de salud pública mundial la alimentación exclusiva con leche materna durante los seis primeros meses de vida de los lactantes para lograr un óptimo crecimiento y desarrollo (5).

Sin embargo, pese a todas estas recomendaciones y a la implementación de políticas nacionales de lactancia materna en diferentes países, en el mundo mueren millones de niños por no ser amamantados (6). Los niños/as que nunca fueron amamantados tuvieron una incidencia del 63,8% y los amamantados en forma exclusiva durante al menos los 3

primeros meses tuvieron una incidencia de 22,5%. Los primeros muestran un riesgo de diarrea durante los primeros seis meses de vida, entre 7 y 20 veces mayor que los que reciben lactancia exclusiva, así como el doble de infecciones respiratorias), lo que deviene en implicancias negativas para el niño, la familia y la sociedad. Aproximadamente el 70% de las licencias médicas por enfermedad grave del hijo menor de un año, ocurre en el período de los primeros 6 meses de vida (7), constituyéndose el abandono de la lactancia materna, en un problema de salud pública.

Se estima que si todas las madres del mundo amamantarán a sus hijos al menos hasta los 6 meses de edad, se evitaría la muerte de más de un millón de niños anualmente, disminuyendo la morbimortalidad infantil y el ahorro sería de muchos millones de dólares anuales. Además están las ventajas ecológicas, pues la leche materna es un recurso natural y renovable, ambientalmente importante y ecológicamente viable. Sin embargo, la OMS, afirma que solo un 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida y se calcula que en 2012, a nivel mundial, 162 millones de niños menores de 5 años sufrían retraso del crecimiento y 51 millones presentaban un peso bajo para su talla, en la mayoría de los casos debido a una alimentación deficiente y a infecciones repetidas; 44 millones tenían sobrepeso o eran obesos (8).

La duración de la lactancia materna ha sido asociada a factores sociales y obstétricos como la edad, nivel de estudios, a la experiencia anterior en lactancia materna de la madre, el bajo peso del recién nacido, el parto por cesárea, la aparición de problemas durante la lactancia, la actitud familiar negativa hacia la lactancia materna y la incorporación materna al trabajo remunerado, pero no se tiene claro cuáles inciden en ella positiva o negativamente (9).

Chile logró aumentar la LME al sexto mes de 16% en 1993 a 43% en el 2002 en el sector público, según encuestas nacionales. En forma más reciente, las estadísticas regulares del Ministerio de Salud (MINSAL) muestran un descenso de la prevalencia de LME al sexto mes de vida de 49,0 a 43,5% entre 2008 y 2010 (10).

En el Perú, a nivel nacional, los resultados de la encuesta ENDES 2012 revelan que el 67,6% de niñas(os) menores de 06 meses de edad tuvieron lactancia materna exclusiva y el 7,1% que tenían entre 06 a 09 meses continuaban alimentándose solo con leche

materna; sin embargo aún falta para el cumplimiento de las metas en el país de acuerdo con los estándares requeridos en lactancia, siendo un importante desafío de salud pública para el país (11).

En Cajamarca, la DIRESA afirma que el promedio regional de la lactancia materna es de 34,4%, es decir, de cada 10 mujeres lactantes, 7 dejan a sus niños al cuidado de otras personas poniendo en riesgo su desarrollo social y económico, es decir que abandonan la lactancia materna exclusiva; constituyéndose en un problema de salud pública por las implicancias que trae consigo en el niño, la familia y la sociedad.

En la práctica cotidiana se observa que a diario un significativo número de madres acude a los establecimientos de salud llevando a sus niños lactantes con diarrea, enfermedades respiratorias y/o desnutridos, y al hacer el interrogatorio sobre su alimentación, manifiestan que han abandonado la lactancia materna por diferentes motivos ya sea de índole social, obstétrico o neonatal, como factores sociales se tiene a madres que son muy jóvenes, tienen un bajo nivel educativo y por ende bajo nivel de conocimientos sobre la importancia y las ventajas de la lactancia materna; otro motivo lo constituyen los factores obstétricos como la primiparidad, el limitado número de atenciones prenatales e incluso factores neonatales como algún tipo de malformación o patología del recién nacido.

Desde esta perspectiva y poniendo de manifiesto la limitada información local sobre las causas del abandono de la lactancia materna, hecho que impide definir las intervenciones que pudieran ser más costo-efectivas, surgió el interés de realizar la presente investigación cuyo objetivo fue determinar la influencia de algunos factores sociales y obstétricos en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva antes del sexto mes en el servicio de Control de Crecimiento y Desarrollo del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016.

1.2. **Formulación del problema**

¿Cuál es la influencia de algunos factores sociales y obstétricos en el abandono precoz de la lactancia materna en madres que acuden al consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar y analizar la influencia de algunos factores sociales y obstétricos en el tiempo de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, en madres que acuden al consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar algunos factores obstétricos de las madres lactantes en estudio.
- Determinar la influencia de algunos factores sociales en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva.
- Determinar la influencia de algunos factores obstétricos en el abandono precoz de lactancia materna exclusiva.

1.4. Justificación

En las últimas décadas, la lactancia materna se ha transformado en un importante indicador que refleja el nivel de bienestar de una sociedad en su conjunto. En este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima 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 (12).

UNICEF declara que “la lactancia materna exclusiva es una de las herramientas más poderosas que tenemos para combatir el hambre y la mortalidad infantil”; sin embargo, aún falta bastante para lograr las metas propuestas por cada país, ya que el abandono de esta es bastante frecuente condicionando que el niño sufra de enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas que lo llevan casi siempre a la desnutrición, es por ello indispensable conocer las causas o factores que ocasionan el abandono de la lactancia materna con el propósito de incidir en ellos y conseguir que las madres amamenten a sus hijos de manera exclusiva durante los primeros 6 meses y posteriormente continuar con alimentos complementarios, pero sin abandonar la lactancia materna hasta los 2 años o más.

Sin embargo, muchas madres abandonan la lactancia materna, pudiendo ser los factores sociales y obstétricos los que juegan un rol muy importante en esta toma de decisiones, es por ello que se creyó conveniente la realización del presente trabajo de investigación cuyo objetivo ha sido determinar la influencia de los principales factores sociales y obstétricos en el abandono precoz de la LME antes del sexto mes.

Los resultados permitirán orientar a la capacitación de estas mujeres para seguir técnicas adecuadas que les permitan continuar alimentando a sus hijos con leche materna hasta los 6 meses, también permitirá estudiar los programas de información de la lactancia materna en los centros hospitalarios de la región y crear programas para disminuir todos los riesgos de abandono precoz de esta y con ello llevar a los lactantes a un crecimiento y desarrollo óptimo y a todos los beneficios que tiene para la madre y el lactante la alimentación con leche materna por lo menos los 6 primeros de vida.

De otra parte, los resultados pueden ser publicados y dados a conocer a organizaciones defensoras de la niñez como UNICEF para que estas tomen acciones enfocadas a los factores que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna, y brindar soluciones adoptando soluciones mediante campañas publicitarias y/o propuesta de políticas que permitan la lactancia materna, ya que con ello se contribuye a la disminución de la morbilidad en la infancia; todo en beneficio de la niñez, las madres, la familia y la sociedad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Puente M .y cols. (Cuba, 2010), en su estudio cuyo objetivo fue determinar los factores que influyeron en el abandono de la lactancia materna antes del sexto mes de vida del niño, encontraron que las principales causas que motivaron el abandono de la lactancia materna fueron la insatisfacción del niño con la leche materna, como fue referida por las madres en el 46,9%, el reinicio de las actividades estudiantiles en el 40,0%, y la insuficiente información sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en 33,3% (13).

Roig A. y cols. (España, 2010), en su estudio, plantearon como objetivo, describir y explicar el fenómeno del abandono prematuro de la lactancia materna, determinando que el promedio de edad de las madres fue de 30,4 años. El peso promedio de los lactantes al nacer fue de 3,287 gramos, la duración total de la lactancia materna fue de 171 días; el porcentaje de madres que ofreció lactancia materna a los 30, 90 y 180 días fue de 67,7%, 58,1% y 12,5% respectivamente. El abandono de la lactancia materna completa y el de la duración total de la lactancia materna estuvieron relacionados, además, ambos se relacionaron con no haber amamantado anteriormente, una lactancia \leq 4 meses y una peor valoración de la experiencia anterior. El menor nivel de estudios se asoció con un mayor abandono de la lactancia materna y el uso de chupetes o suplementos de leche artificial ocasionales en el hospital con el abandono de la lactancia materna completa (9).

Avalos M. (Cuba, 2011), en su investigación realizada cuyo objetivo fue caracterizar el comportamiento de los factores biosociales en la lactancia materna en los menores de un año, encontró que solo en el 55,7 % de los lactantes, se logró una lactancia materna exitosa, cifras por debajo de las recomendaciones internacionales. El tiempo de lactancia materna fue menos de 6 meses en el 44,3%, el destete precoz ocurrió en el 44,3 %, los motivos de la supresión de la lactancia materna en los menores de 6 meses, fue la

hipogalactia en el 57,2 % de las madres, y con esta justificación introdujeron el biberón (14).

Camargo F. y cols. (Colombia, 2011), en su estudio formularon como objetivo, determinar la tasa de abandono de la lactancia materna exclusiva (LME) y sus factores asociados en Bucaramanga, determinando que las edades de las madres presentaron una mediana de 25,8 años. La mediana de años de escolaridad de la madre fue 11 años. Los niños evaluados presentaron una mediana de 39 semanas de edad gestacional al momento del nacimiento. La mediana del peso al nacer fue de 3.300 g, una mediana de la talla fue de 51 cm y una mediana de 18 meses de edad al momento de realizarse la entrevista a la madre. El 46,6% de los infantes fueron de género femenino y el 56,9% recibió lactancia materna en la primera hora de nacido. El tiempo menor de duración de la lactancia materna exclusiva en los 206 binomios madre-hijo fue de un mes, mientras el mayor fue de 12 meses. La mediana del tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva fue de dos meses con rango intercuartil de tres. En la cohorte se presentaron 198 abandonos de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del niño, para una incidencia acumulada de 96,6%. La tasa de incidencia fue de 362,6 abandonos de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses por cada 1.000 meses-persona de seguimiento (4).

Nino R. y cols. (Chile, 2012), en su investigación, formularon como objetivo conocer la prevalencia de lactancia materna y causas de destete precoz, en mujeres de distinto nivel socioeconómico controladas en el sistema público y privado de salud de Santiago y encontraron en su estudio que, las madres tenían edad promedio de $28,2 \pm 5,9$ años. La mayor proporción tenía enseñanza media. Hubo una proporción similar de madres casadas, convivientes y solteras, sin diferencias entre ambos grupos. La mayor parte de las madres encuestadas trabajaba fuera del hogar. El 10% de las madres eran estudiantes. Casi la mitad de los partos fue por cesárea. El 90,5% de las encuestadas reconoció haber recibido información de lactancia materna. La mayor parte de ellas la recibieron en diferentes períodos, destacando en segundo lugar el rol de los controles prenatales. Respecto a la fuente de información casi la mitad de los casos reconoció haberla recibido de diversos integrantes del equipo de salud (médicos, enfermeras, nutricionistas, matronas). En una proporción muy similar, la matrona fue la fuente de información, sin diferencias significativas entre ambos grupos.

Un 25% de las madres suspendió la lactancia materna exclusiva antes de tres meses y el 46% la mantuvo hasta los 6 meses. Según lo referido por las madres los principales motivos de abandono de la lactancia fueron "decisión propia" y percepción materna que el niño "quedaba con hambre". En una proporción significativa el destete se vinculó a problemas de estética y en menor frecuencia a la salud del niño, trabajo o estudio materno (10).

Roig A. (España, 2012), tuvo como objetivo, identificar los factores asociados al abandono de la lactancia materna (LM) y de la lactancia materna completa (LMC), mostró como resultados que la duración de la lactancia materna ha sido asociada positivamente a la edad, al nivel de estudios y a la experiencia anterior en lactancia materna y negativamente con el bajo peso del recién nacido, el parto por cesárea, la aparición de problemas durante la lactancia, la actitud familiar negativa hacia la lactancia materna y la incorporación materna al trabajo remunerado (15).

Ortiz L. y col. (Ecuador, 2013), en su tesis plantearon como objetivo, dar a conocer a las madres adolescentes que acuden al Centro de Salud N.1 de la ciudad de Tulcán sobre la importancia y los beneficios que tiene la Lactancia Materna durante los seis primeros meses de vida del recién nacido, observaron que el 49% de madres tenía 17 años y el 30% 15 años; el 67% fue procedente de la zona urbana; como grado de instrucción, el 42% tuvo secundaria completa y 28% secundaria incompleta, el 60% de madres era soltera y 34% conviviente; el 98% tenía un hijo; el 65% no usó ningún método anticonceptivo; el 52% recibió información sobre el método de lactancia materna y amenorrea (MELA); el 58% manifestó haber ofrecido inmediatamente el seno materno al niño después del nacimiento. El 45% alimentó a su bebé hasta los dos meses, el 23% lo hizo hasta los cuatro meses y el 32% hasta los seis meses (16).

Pino J. y cols. (Chile, 2013), en su investigación, formularon como objetivo, identificar los factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en el Centro de Salud Familiar Carlos Díaz Gidi y encontraron que el 48,1% de madres, tenía una edad entre 26 y 35 años, 37% entre 19 a 25 años, y 6,1% menos de 19 años. El 39,1, 20,9 y 27,2% indicaron ser casadas, convivientes y solteras, respectivamente; 42% refirió no haber tenido un hijo previo; 60,5% alcanzó estudios medios, y 51,9% señaló ser dueña de casa. El 61,7% tuvo un parto vaginal; 90,1% indicó recibir información acerca de lactancia materna, de las cuales 54,8% la recibió durante la gestación; 56,8% refirió no

haber proporcionado lactancia materna exclusiva (LME) durante el periodo recomendado, de las cuales 45,7% justificó su decisión por presentar hipogalactia y 30,4% por enfermedad del niño o la madre. Respecto al inicio de lactancia materna exclusiva, 46,9% indicó haberlo ofrecido en menos de una hora después del alumbramiento (17).

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Del Carpio (Lima, 2015), en su estudio realizado formuló como objetivo, determinar los factores socioculturales que prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes en el Centro de Salud Nueva Esperanza – 2014; observó en su estudio, en relación a los factores socioculturales que prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes, que del 100% de madres en estudio, el 56% corresponde al factor cultural y 44% al factor social. Respecto a la dimensión factores sociales que prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes, observó que de un total de madres en estudio, 84% tuvo un estado civil de convivientes, 84% fue de nivel educativo secundario, 56% procedían de Lima metropolitana y 84% tuvo como ocupación ser amas de casa. En relación a la dimensión factores culturales; el indicador conocimientos, mostró que el 63% no recibió información sobre lactancia materna exclusiva, 72% no tiene carnet de Control de Crecimiento y desarrollo (CRED) y 53% empezó a dar alimentos líquidos (jugos, agüitas y otras leches) a sus niños menores de seis meses. Con respecto al indicador creencias, el 84% de madres tiene “creencias” relacionadas con la lactancia y cuando están dando de lactar y lavan ropa “le pasan frío por la leche al niño, por lo que él tiene cólicos”; el 22% de madres adolescentes refirió que desconocen que la cantidad de leche aumenta, “sólo si la madre consume alimentos hervidos y toman abundante líquido”; el 56% de madres adolescentes refirió que a través de la leche materna se puede transmitir alguna enfermedad al bebé; el 75% de madres dijo que “las medicinas que la madre recibe le pasa por la leche al bebé”; el 6% refirió que desconocen que “la primera leche materna que es transparente puede ser dañina para los bebés”; el 63% refirió que “es necesario dar biberón antes de los 6 meses cuando la madre no tiene mucha leche”; el 47% dijo que “las agüitas de anís, manzanilla, entre otras infusiones, previenen el cólico y los gases al bebé”; el 19% manifestó que desconoce “si el bebé recibe otros líquidos aumenta el riesgo de tener infecciones a su estómago”; el 78% refirió que “la cólera de la madre altera la leche de pecho” y el 41% de madres adolescentes

indicó que “la leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian” (12).

Villanés K. (Lima, 2015), formuló como objetivo, determinar la relación entre el abandono de la lactancia materna exclusiva y las madres añosas comparadas con las madres no añosas en el Servicio de Neonatología del Hospital Arzobispo Loayza y encontró que, de un total de 250 madres, 125 fueron madres añosas y 125 madres no añosas. El estudio mostró que existe un incremento de 56% de abandono de lactancia materna exclusiva (LME) a los 7 días en madres añosas comparado con 44% de las no añosas y existe un incremento de 51,7% de abandono de lactancia materna exclusiva a los 30 días en madres añosas comparado con 48,3% de las no añosas. Las causas de abandono de lactancia materna exclusiva en madres añosas muestran tendencia de: hiposecreción láctea 24%, trabajo, 19,2%, lesiones de mama, 6,4%; en comparación con las madres no añosas: trabajo, 26,4%, hiposecreción láctea 16,8%, lesiones de mama, 2,4%. Respecto a las madres añosas existió una tendencia al abandono de lactancia materna exclusiva según grado de instrucción secundaria en 62,3%, superior 23%, primaria, 13,1%, analfabeta, 1,6%; recibieron atención prenatal en 75,4%; casadas/convivientes en 90,2%; en comparación con las madres no añosas que mostraron incremento al abandono de lactancia materna exclusiva según: grado de instrucción secundaria en 64,9%, superior en el 19,3%, primaria en el 15,8%, analfabeta 0%; recibieron asistencia prenatal en el 75,4%; y fueron multigestas en el 54.4% (18).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Lactancia materna exclusiva

2.2.1.1. Definición

La lactancia materna exclusiva es definida por la OMS como la que consiste en dar al lactante únicamente leche materna: no se le dan otros líquidos ni sólidos (ni siquiera agua), exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes (19).

2.2.1.2. Anatomía de la glándula mamaria

La mama es la estructura anatómica en la cual se encuentra la glándula mamaria, la cual alcanza su máxima capacidad funcional durante la lactancia. La forma de las mamas es variable según características individuales, genéticas y raciales, y en la misma mujer, de acuerdo a la edad y a la paridad. Tanto el tamaño como la forma dependen de la cantidad de tejido adiposo, ya que éste constituye la mayor parte de la masa de la mama. La base de la mama se extiende desde la 2ª hasta la 6ª costilla y desde el borde externo del esternón hasta la línea axilar media. La parte superoexterna se extiende hacia la axila, denominándose prolongación axilar de la mama (7,20).

La mama está compuesta de tejido glandular (secretorio) y adiposo. Tiene como marco de soporte un tejido conectivo fibroso llamado ligamentos de Cooper. Alrededor de dos tercios de la glándula descansa sobre el músculo pectoral mayor; el resto sobre el serrato anterior, separado de estos por la aponeurosis profunda. La parte más profunda de la mama está separada de la aponeurosis de los músculos pectorales, por un tejido conjuntivo laxo, denominado bolsa retromamaria o espacio submamario, a través del cual entran y salen vasos sanguíneos, linfáticos y nervios. Gracias a este tejido la mama tiene cierta movilidad sobre la aponeurosis que cubre el plano muscular (7,20).

Aproximadamente en el centro de la cara superficial se encuentra el pezón, que en la nulípara está en relación con el cuarto espacio intercostal. Su forma y tamaño varía entre las mujeres y puede ser pequeño, grande, plano, umbilicado, invertido. El pezón contiene numerosas fibras musculares lisas, en su mayoría de tipo circular, las que se contraen a la estimulación mecánica produciendo su erección. En la punta del pezón desemboca separadamente cada conducto galactóforo. La base del pezón está rodeada por una zona de piel de color café claro denominada areola. En la mujer adulta mide de 3 a 5 cm de diámetro. Contiene fibras de tipo conectivo dispuestas en una estructura circular y radiada. La areola tiene numerosas glándulas de Montgomery, las cuales son glándulas sebáceas modificadas que se abren a la superficie de la areola a través de los tubérculos de Morgagni (7,20).

2.2.1.3. Sistema linfático de la glándula mamaria

La mama tiene una importante red de vasos linfáticos, que adquiere especial importancia en los procesos inflamatorios y neoplásicos. Forman un plexo intersticial alrededor de los

conductos lactíferos, que se anastomosan con el plexo linfático submamario y con el plexo linfático cutáneo, especialmente denso. El 75% de los conductos linfáticos desembocan en el grupo pectoral de los ganglios axilares y en el grupo subescapular; el 20% en los ganglios paraesternales, junto a las ramas perforantes de las arterias intercostales; el 5% restante alcanza a los ganglios intercostales posteriores, ubicados cerca del cuello de las costillas (7,20).

2.2.1.4. Inervación de la glándula mamaria

La inervación de la mama procede de las ramas cutáneas anterior y lateral de los nervios torácicos 4°, 5° y 6°. Estos nervios conducen fibras simpáticas que son especialmente numerosas en el pezón y la areola. Las terminaciones nerviosas se extienden a los vasos sanguíneos, a los conductos mamarios, a las células mioepiteliales y al epitelio secretor. La estimulación adecuada de estas terminaciones nerviosas produce la erección de los pezones y desencadena el mecanismo reflejo de la hipófisis que controla los procesos de secreción y eyección de la leche. La inervación sensitiva de la areola-pezón parece estar influenciada por factores endocrinos, por lo que la sensibilidad de ellos aumenta durante diferentes fases del ciclo menstrual, en el embarazo y significativamente en los primeros momentos después del parto. El pezón, al igual que la córnea, contiene terminaciones nerviosas no mielinizadas, siendo por ello extremadamente sensible (7).

2.2.1.5. Desarrollo de la glándula mamaria

Las glándulas mamarias están presentes en ambos sexos, pero en el hombre se mantienen rudimentarias toda la vida. En la mujer están poco desarrolladas antes de la pubertad, momento en que inician un desarrollo considerable, hasta alcanzar una estructura anatómicamente compleja. El máximo desarrollo de estas glándulas se produce durante el embarazo, y especialmente en el período posterior al parto y durante la lactancia. Su histología es prácticamente la misma en todas las especies: un parénquima glandular, compuesto de alvéolos y conductos, y un estroma de soporte. Cada célula alveolar constituye en sí una unidad de secreción y produce leche completa. Es capaz de extraer desde el plasma sanguíneo, y a la vez sintetizar, todos los elementos necesarios para constituir la leche: proteínas, grasas, hidratos de carbono, anticuerpos, vitaminas, sales minerales y agua.

- **Embriogénesis**

La glándula mamaria se origina aproximadamente a la 6° semana de gestación, a partir de un engrosamiento de un cordón ectodérmico que se sitúa longitudinalmente, en la pared ventral del cuerpo, desde la ingle hasta la axila. Luego este cordón sufre un proceso de regresión, exceptuando el área ubicada entre la 2° y 6° costilla, lo que formará la glándula mamaria. Poco después de la pubertad comienza la expansión rápida de los conductos. Cuando está establecido el circuito hipófisis-ovario-útero, comienza una nueva fase del crecimiento mamario, que incluye una extensa ramificación del sistema de conductos y la proliferación y canalización de las unidades lobulillos alveolares en los extremos de las ramas (7).

2.2.1.6. Estructura de la glándula mamaria

La glándula mamaria está formada por tres tipos de tejidos:

Tejido glandular de tipo túbulo-alveolar,

Tejido conjuntivo que conecta los lóbulos glandulares y

Tejido adiposo que ocupa los espacios interlobulares.

Desde el tejido celular subcutáneo que rodea a la glándula, se dirigen numerosos tabiques de tejido conectivo hacia el interior, constituyendo los ligamentos suspensorios de la mama o ligamentos de Cooper.

En estudios de anatomía mamaria realizados en madres nodrizas con ultrasonido de alta resolución se encontraron aproximadamente 9 - 12 lóbulos mamarios, cada uno con su propio conducto galactóforo que llega a la punta del pezón como un pequeño agujero Independiente.

Los lóbulos mamarlos están constituidos por numerosos lobulillos y éstos a su vez están formados por 10 a 100 ácidos o alvéolos.

Cada ácido está constituido por un conjunto de células secretoras que rodean una cavidad central en la que vierten su contenido que saldrá por el conducto terminal. Tanto los ácidos como los conductos excretorios están rodeados de células mioepiteliales y

capilares sanguíneos, de singular importancia en el proceso de secreción y eyección de la leche (6).

2.2.1.7. Fisiología de la lactancia

La fisiología de la lactancia comprende 3 diferentes procesos funcionales:

- Mamogénesis o desarrollo de la glándula mamaria.
- Lactogénesis, producción o síntesis de la leche.
- Galactopoyesis o mantención de la producción de la leche.
- Eyección láctea
- **Mamogénesis**

Se produce en cuatro etapas: prepuberal, puberal y adolescencia, gestacional y posgestacional (6).

– Etapa prepuberal

En la etapa neonatal puede observarse un aumento de volumen de las glándulas mamarias en ambos sexos debido a la alta concentración de esteroides placentarios en el último periodo de gestación. Durante el periodo prepuberal las vesículas mamarias se transforman en conductos, por crecimiento longitudinal y ramificación, sin que sea posible reconocer alvéolos (7).

– Etapa puberal y adolescencia

En la niña, entre los 10 y 12 años de edad, se inicia el funcionamiento del eje endocrino hipotálamo-hipófisis-ovario. Los folículos ováricos inician la secreción de estrógenos, que sumados a la acción de la hormona de crecimiento y de la insulina, determinan el inicio del crecimiento y maduración de la glándula mamaria. Al comenzar los ciclos ovulatorios, se inicia la producción cíclica de progesterona, que sumándose a los estrógenos, determina un nuevo crecimiento de la glándula, con formación de los primeros alvéolos. La acción continua de los estrógenos y de la progesterona determina el tamaño, firmeza, forma, pigmentación y estructura lobulillo-alveolar característica de la mama adolescente (7).

– ***Etapa gestacional***

Junto con iniciarse el embarazo, la glándula mamaria se prepara para cumplir su función primordial, la secreción de leche.

El período inicial del embarazo se caracteriza por una gran proliferación de los elementos epiteliales y del sistema de conductos, por una gran actividad mitótica en los ácinos y por la formación de nuevos ácinos.

Entre la 5ª y la 8ª semana de gestación se aprecian cambios visibles en las mamas: aumentan notablemente de tamaño, se sienten más pesadas, la pigmentación de la areola y el pezón se intensifica, las venas superficiales se dilatan.

En algunas mujeres, sin embargo, al progresar el desarrollo glandular, los depósitos de grasa localizados en las mamas se movilizan. En ese caso puede que no se aprecien estos cambios de volumen, lo que no significa que más adelante su producción de leche será insuficiente.

Al final del tercer trimestre aumenta el flujo sanguíneo por dilatación de los vasos sanguíneos y neoformación de capilares alrededor de los lobulillos. El crecimiento de la mama continúa durante toda la gestación (7).

Después de las 20 semanas de gestación, cesa la proliferación del epitelio alveolar y las células inician su actividad secretora, la que irá aumentando hasta el término del embarazo. En esta etapa los alvéolos están formados por una sola capa de células epiteliales cuboideas o cilíndricas bajas. Las células mioepiteliales que rodean al alvéolo se alargan y adelgazan, formando una verdadera red alrededor de cada ácino.

En la segunda mitad de la gestación se observa también una infiltración leucocitaria del tejido conectivo perialveolar y pericanalicular.

Hacia el término de la gestación, los alvéolos muestran en su interior una substancia compuesta por células epiteliales descamadas y leucocitos (pre-calostro).

Al término del embarazo, el volumen de cada mama crece alrededor de 225 ml debido al intenso desarrollo de los tejidos glandulares, al doble del flujo sanguíneo, a un mayor depósito de grasa y al pre-calostro. El estroma de soporte ha disminuido notablemente y

sólo quedan delgados tabiques de tejido conectivo que separan los lóbulos glandulares muy desarrollados, que contienen pre-calostro en su interior.

Hasta el momento del parto, la producción de grandes volúmenes de leche está inhibida por antagonismo de los esteroides placentarios, particularmente la progesterona. Esta inhibición es tan poderosa que aún pequeños restos placentarios retenidos pueden demorar el proceso de lactogénesis en el postparto.

La preparación de la glándula mamaria para la producción de leche es tan eficiente que aún si el embarazo fuera interrumpido a las 16 semanas, se inicia la lactogénesis (7).

Cambios en el pezón y la areola

Durante el embarazo se producen cambios notorios en la areola y el pezón. El diámetro de la areola aumenta al igual que se intensifica su pigmentación. La coloración oscura de la areola ayuda a que el recién nacido pueda visualizarla con facilidad además el plexo vascular subareolar de Haller confiere a esta región una mayor temperatura de superficie comparado con el pezón y el resto del pecho. Esta característica térmica puede regular la evaporación local de olores, por ende aumentando la eficacia del estímulo.

Es interesante conocer que la característica térmica de la areola puede ser gatillada por el llanto del lactante, resultando en óptimas condiciones para liberación de olor cuando al niño se le ofrece el pecho.

Las glándulas de Montgomery adquieren mayor prominencia y producen secreción sebácea con propiedades antibacterianas, lubricantes y odoríferas. Hay cambios en el tamaño, forma y textura de los pezones. El notorio cambio de sensibilidad y protractibilidad en los pezones es uno de los primeros signos de embarazo en muchas mujeres.

Los cambios en el pezón son importantes para que el niño pueda succionar eficientemente. Cuanto más protractil es el pezón, más favorece la succión del niño. La movilidad del tejido mamario que está en la zona areolar detrás del pezón, determina su capacidad de estiramiento por la succión del niño y la posibilidad de extraer eficientemente la leche.

La inversión del pezón que incluye la tracción del tejido mamario, es rara; no se debe confundir con el pezón que se aplana con el crecimiento gestacional de la mama (7).

– ***Etapas posgestacional***

Después del parto, al eliminarse la placenta, baja bruscamente el nivel de progesterona en la sangre de la madre y se suprime la acción inhibidora que esta hormona tiene sobre la síntesis de la leche. Las mamas se llenan de calostro durante las primeras 30 horas después del nacimiento. Si el niño no mama con frecuencia durante el primer y segundo día, se puede apreciar ingurgitación, aumento de volumen y mayor sensibilidad de la mama. El flujo sanguíneo de las mamas, ya aumentado en las últimas semanas del embarazo, se intensifica aún más después del parto (7).

Entre las 30 y 40 horas postparto hay un rápido cambio en la composición de la leche debido al aumento en la síntesis de la lactosa. Esto produce un aumento del volumen de la leche debido a que la lactosa es el componente osmótico más activo de ella.

El aumento de volumen de la leche se produce antes que la madre perciba la sensación de plenitud o agrandamiento de las mamas y otros signos que se describen como “golpe o bajada de leche”. Las madres que alimentan a sus hijos con libre demanda e inmediatamente después del parto, observan que producen un mayor volumen de leche a las 24-48 horas después del parto y no experimentan congestión.

Se cree que el evento descrito como “golpe de leche” marca el cambio del control endocrino de la galactogénesis al control autocrino, en el que la producción de leche no depende del nivel de hormonas maternas, sino de la eficiente succión y remoción de ésta por parte del niño (7).

Después del parto se aprecian cambios internos en la estructura de las células epiteliales de los alvéolos y conductos: las células secretoras de los ácinos han aumentado de tamaño; los espacios intercelulares, hasta ahora abiertos, comienzan a cerrarse; el alvéolo se distiende por la secreción de calostro o de leche, las células epiteliales pierden su forma cilíndrica o cuboide y se aplanan. Los cambios descritos son necesarios para iniciar en el alvéolo las nuevas funciones de síntesis, almacenamiento y liberación de los constituyentes de la leche.

No todos los ácidos en el interior de un lobulillo producen una secreción máxima de leche al mismo tiempo. Este asincronismo de la función secretora permite una producción constante de leche. Si la glándula no es vaciada oportunamente, el exceso de presión puede producir alteraciones necróticas del epitelio alveolar, daño tisular que disminuye el potencial de producción de leche de la madre en lactancia (7,6).

- **Lactogénesis**

Es el proceso mediante el cual las células epiteliales de los alvéolos de la glándula mamaria sintetizan los constituyentes de la leche y los entregan al lumen alveolar

Se define como el proceso por el cual la glándula mamaria presenta la capacidad de secretar leche, es decir que en esta fase se efectúa la síntesis, producción y secreción de leche en cantidad suficiente para mantener el crecimiento del niño.

Neville (1989) sostiene que en la lactogénesis se deben considerar 2 etapas:

Etapa I: Iniciación de la capacidad secretora glandular en el período gestacional y postparto inmediato (calostro).

La preparación de la glándula para la producción de la leche se inicia en el período gestacional. En los 3 primeros meses de embarazo aumenta la formación de conductos debido a la influencia de los estrógenos. Después de los 3 meses, el desarrollo de los alvéolos sobrepasa a la formación de los conductos, el aumento de la prolactina estimula la actividad glandular y los alvéolos se llenan parcialmente con precalostro. En esta etapa la producción de grandes volúmenes de leche está inhibida por la acción de los esteroides placentarios (7).

Etapa II: Iniciación de lactancia propiamente dicha, con producción de leche, entre los 2 a 15 días postparto.

2 a 5 días después del parto, depende de tres factores: desarrollo adecuado de las mamas durante el embarazo, mantención en el plasma sanguíneo y adecuados niveles de prolactina y caída de los esteroides sexuales.

El efecto inhibitorio de los estrógenos sobre la lactogénesis disminuye la cantidad de prolactina incorporada a las células del alvéolo mamario e inhibe el aumento de receptores de prolactina que normalmente ocurre durante la lactancia.

El efecto inhibitor de la progesterona es más conocido. Se sabe claramente que inhibe la síntesis de la lactoalbúmina (inducida por la prolactina) y por lo tanto la síntesis y secreción de la lactosa.

En el 3er trimestre del embarazo los niveles plasmáticos de prolactina están muy elevados, alcanzando al término de la gestación niveles de 150- 200 ug/ml, pero su acción lactogénica permanece bloqueada hasta el momento del alumbramiento (eliminación de la placenta) en que los esteroides placentarios descienden bruscamente.

La secreción de prolactina es normalmente inhibida por acción del hipotálamo mediante el PIF (factor inhibitor de prolactina) que se identifica con la dopamina.

La infusión de dopamina o la administración de dopaminérgicos, como la bromocriptina, reducen los niveles plasmáticos de prolactina e inhiben la secreción láctea. Se ha descrito otro factor liberador hipotalámico PRF (Prolactin Releasing Factor), identificado y sintetizado como TRH (Thirotropin Releasing Hormone), el cual, junto con ser un factor liberador de tiotropina, es un importante liberador de prolactina por estimulación de las células lactó- tropas de la hipófisis anterior (7).

- **Galactogénesis**

Se denomina galactopoyesis o Etapa III de la lactogénesis al proceso que mantiene la producción de la leche una vez establecida la lactancia.

Esta etapa de la lactogénesis depende tanto del ambiente hormonal del plasma materno (oxitocina y prolactina) como de la remoción de la secreción láctea de la mama. La prolactina es la hormona galactopoyética más importante en la iniciación de la producción alveolar de la leche.

El efecto lactógeno de la prolactina es apoyado por otras hormonas: insulina, cortisol, hormonas tiroideas, paratiroides y hormonas de crecimiento.

El nivel de prolactina plasmática en la embarazada es de 10 ug/ml; su concentración aumenta gradualmente con el embarazo, pero disminuye abruptamente después del parto. A las 4 semanas post-parto vuelve a subir aproximadamente a 20-30 ug/ml en las

mujeres que amamantan, pero en las mujeres que no amamantan este nivel regresa a 10 ug/ml en el período de 1 a 2 semanas.

Los niveles séricos de prolactina suficientes para mantener la producción de leche varían ampliamente entre las mujeres que amamantan. Algunas mujeres amamantan exitosamente con niveles plasmáticos de prolactina equivalentes a los de las mujeres que no amamantan. El nivel plasmático de prolactina se eleva como respuesta a la succión del pezón durante el amamantamiento.

La introducción de alimentación complementaria significa una disminución de la frecuencia y duración de las mamadas y por lo tanto del nivel de prolactinemia. En un estudio se encontró que la madre con lactancia exclusiva amamanta 118 minutos en 24 horas, en cambio las que daban lactancia mixta sólo lo hacían 79 minutos (7).

2.2.1.8. Reflejos y condiciones de la madre que favorecen la lactancia

Durante la lactancia hay mecanismos neurohormonales reflejos que aseguran una producción eficiente y oportuna de leche para alimentar al niño según éste lo demande.

- **Reflejo liberador de prolactina**

El reflejo liberador de prolactina es controlado por las neuronas dopaminérgicas del hipotálamo que entregan dopamina a la hipófisis anterior y frenan la secreción de prolactina.

El estímulo del pezón-areola inhibe la secreción de dopamina y por lo tanto permite la liberación de prolactina por la hipófisis anterior.

La prolactina liberada alcanza a las células del alvéolo mamario, estimulando la secreción de la leche.

Aproximadamente 30 minutos de amamantamiento determinan un aumento de los niveles plasmáticos por 3 a 4 horas, con un peak entre los 20 a 40 minutos de iniciada la secreción.

El amamantamiento frecuente es necesario para mantener la liberación refleja de prolactina. Esto explica el descenso de la prolactinemia a medida que el niño crece y mama con menos frecuencia (7).

- **Reflejo eyectolácteo, de evacuación de la leche o de oxitocina**

La leche que se encuentra en los alvéolos mamarios no fluye espontáneamente hacia los conductos y por lo tanto no se encuentra disponible para el niño. Para que la leche fluya desde los alvéolos es necesario que éstos sean exprimidos por las fibras mioepiteliales que los rodean. La contracción de estas fibras es producida por la oxitocina, liberada por la hipófisis posterior.

La fuerza de contracción puede ser inicialmente muy fuerte y dolorosa en algunas mujeres, llegando a eyectar la leche a varios centímetros de la mama. Este reflejo es simultáneo en ambas mamas, por eso es frecuente que una mama gotee mientras el niño chupa del otro pecho.

La liberación de oxitocina aumenta la presión intramamaria y se detecta un mayor flujo sanguíneo. Las mujeres experimentan la eyección de la leche como una sensación de calor y cosquilleo en las mamas o como una sensación de presión.

La ausencia de senos lactíferos enfatiza en la importancia crítica de la eyección láctea para una lactancia exitosa, porque solo pequeñas cantidades de leche están disponibles antes de la estimulación de la eyección láctea.

Las fibras mioepiteliales del útero y de la mama tienen receptores específicos para la oxitocina, que aumentan durante el tercer trimestre del embarazo y en los 5 días que siguen al parto. Las contracciones del útero (entuestos) pueden llegar a ser extremadamente dolorosas en algunas mujeres, especialmente las multigrávidas y en casos severos pueden necesitar aliviar el dolor para que no teman al amamantamiento. La oxitocina es la hormona galactopoyética más importante y es indispensable para el vaciamiento de la leche durante el amamantamiento (7).

El reflejo de vaciamiento de la leche no sólo responde a los estímulos táctiles y mecánicos del pezón-areola, sino que también puede ser desencadenado por estímulos visuales,

auditivos u olfatorios, especialmente en los primeros días de lactancia, pudiendo llegar a ser un reflejo condicionado.

La producción de prolactina está más determinada por la fuerza, la frecuencia y la duración del estímulo de succión.

La producción de oxitocina en cambio está más influenciada por la actividad de los centros nerviosos superiores (sentimientos, emociones, pensamientos, percepciones subjetivas). En algunas mujeres la cercanía física o el pensar en el niño pueden desencadenar la contracción de las células mioepiteliales. Esto puede ocurrir en las madres hasta años después que haya cesado la lactancia, aun cuando no haya producción de leche (7).

Los estímulos físicos o psicológicos repentinos, por efecto de la adrenalina, pueden inhibir temporalmente el reflejo de contracción de la oxitocina. Sin embargo, no se ha demostrado que el estrés leve o crónico afecte el reflejo de vaciamiento; sólo puede demorarlo ligeramente. Se ha observado que el período de latencia promedio entre el inicio de la succión y la eyección de la leche es de más o menos 58 segundos, con importantes variaciones individuales (7).

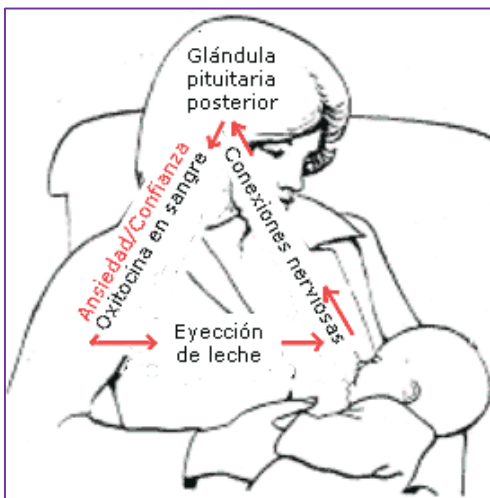


Figura 1

La inhibición temporal o la simple demora en el vaciamiento de la leche es relativamente común. Desafortunadamente los mensajes negativos que reciben las mujeres acerca de su capacidad de amamantar, hacen que esta situación sea frecuentemente mal interpretada como un signo de “insuficiencia de leche” (7).

La introducción de alimentos suplementarios no hace más que contribuir a hacerla real. El hecho de que algunas mujeres no liberen la leche aun cuando las mamas están visiblemente llenas, tendría una explicación física y no psicológica.

La extrema presión resultante al estar las mamas excedidas de leche, impide que la oxitocina contraiga las células mioepiteliales. El calor, el bombeo o la expresión manual disminuyen la presión, permitiendo que opere el reflejo de eyección (7).

Tanto la oxitocina como la prolactina afectan el ánimo y el estado físico de la madre. Se ha demostrado que la oxitocina es esencial para la conducta materna apropiada de varias especies.

Investigaciones sobre la oxitocina indican que es una hormona inductora del sentimiento de "vínculo", con importante efecto en la relación entre ambos padres y entre la madre y su hijo, de manera que si se amamanta al niño, se favorece este aspecto tan importante para el equilibrio afectivo-emocional del binomio madre-hijo y de la familia en general (7).

- **Reflejo de erección y protrusión del pezón y reflejo de ingurgitación areolar**

Permite la erección de los pezones cuando éstos se estimulan a la hora de amamantar, facilitando así su aprehensión por la boca del niño.

La capacidad de protracción o protrusión del pezón permite que éste pueda ser alargado para llegar al fondo de la boca y adaptar su forma para acomodarse a las presiones de la lengua contra el paladar cuando el niño succiona.

Los conductos debajo de la zona areolar, se ingurgitan y facilitan la iniciación de la mamada.

De acuerdo con las últimas investigaciones que describen la ausencia de seno lactífero o reservas de leche, se debe reconsiderar el mecanismo por el cual el niño remueve leche del pecho. Generalmente, se cree que la acción predominante involucrada en la remoción de leche del pecho es la perístalsis.

Se ha observado que la leche fluye dentro de la boca del lactante cuando su lengua baja y aplica vacío al pecho. Esto sugiere que el vacío aplicado por el lactante es el principal

componente de la remoción de leche. Es evidente que el correcto posicionamiento y acople del niño al pecho es importante para una lactancia exitosa (7).

Control interno de la secreción láctea en el alvéolo

La velocidad de producción de leche no depende solamente de los niveles de prolactina, sino que de mecanismos de control de la glándula mamaria que están asociados con el vaciamiento glandular. Si la producción de leche fuera constante, la presión intra-alveolar aumentaría más allá de lo conveniente y produciría daño en las células secretoras. La leche produce un inhibidor de la secreción láctea, que actúa a nivel local si la leche permanece en la glándula (en el lumen alveolar) por un período de tiempo prolongado. Es a través de este mecanismo que una de las mamas puede mantener su producción y la otra dejar de hacerlo. Una remoción adecuada de la leche es absolutamente necesaria para mantener la producción (7).

2.2.1.9. Adaptaciones fisiológicas y metabólicas de la lactancia

Son modificaciones transitorias del metabolismo de la madre para asegurar la calidad y la cantidad de la leche producida, tales como:

- Suspensión de la ovulación para inhibir la fertilidad, suspender la menstruación (pérdidas de sangre y hierro) y evitar un nuevo embarazo.
- Retención de agua por efecto de hormonas antidiuréticas (entre ellas la oxitocina) para mantener el equilibrio osmótico de la leche.
- Utilización de las reservas de grasa acumuladas en el embarazo para compensar el aumento del costo energético de la lactancia.
- Mejor aprovechamiento y conversión de los macronutrientes, minerales y vitaminas aportados en la dieta.
- Producción adecuada de calidad de leche en cualquier situación de la madre (edad, paridad, enfermedades, desnutrición) pero en la madre desnutrida y la con ingesta hipocalórica persistente puede disminuir el volumen de leche producido.
- Aumento de los niveles de prolactina a través de mamadas más frecuentes cuando la madre no está bien nutrida.
- Adecuación de los estados de sueño y vigilia de la madre a los horarios del niño (7).

2.2.1.10. Beneficios de la lactancia materna

La lactancia materna tiene innegables beneficios para el niño y niña, para la madre, para la sociedad y la humanidad.

- Por tener la concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa, además de las enzimas que facilitan su digestión, la leche materna es de muy fácil absorción, aprovechándose al máximo todos sus nutrientes, sin producir estreñimiento ni sobrecarga renal (7).
- Ningún alimento es mejor que la leche materna en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de sus nutrientes. Cambia su composición y se adapta a los requerimientos del niño. Adaptaciones metabólicas de la madre permiten un máximo aprovechamiento de sus reservas y de los alimentos ingeridos.
- La composición de la leche se va adecuando a las necesidades del niño, a medida que éste crece y se desarrolla. Permite una maduración progresiva del sistema digestivo, preparándolo para recibir oportunamente otros alimentos.

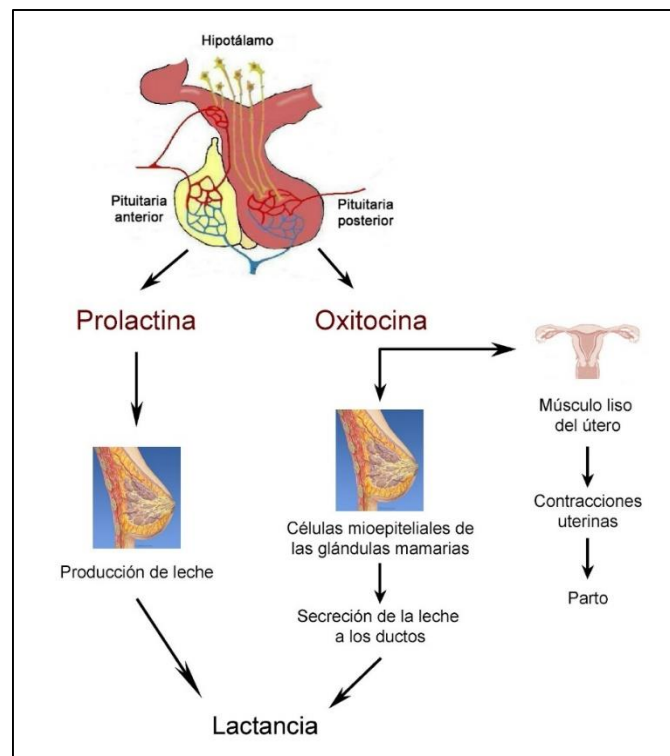


Fig. 2

- El prematuro mayor de 31 semanas y mayor de 1.500 a 1.700 gramos puede ser perfectamente bien nutrido por la lactancia exclusiva. Pero, el prematuro de menor edad gestacional y menor que estos pesos, requiere un suplemento de proteínas, calcio y fósforo, aun cuando la leche de estas madres contenga más proteínas.
- Los niños/as amamantados/as tienen menor riesgo de enfermar de diarrea, infecciones respiratorias, meningitis, septicemia, infección urinaria.
- En el recién nacido, el calostro elimina oportunamente el meconio y evita la hiperbilirrubinemia neonatal.
- La leche materna es indispensable para formar un eficiente sistema inmunitario en el niño y para sentar las bases de una buena salud general para el adulto.
- El niño amamantado rara vez presenta enfermedades digestivas, respiratorias, otitis y alergias.
- El calostro, la leche de transición y la leche madura contienen suficiente IgA que protege al niño mientras él va aumentando su capacidad de producirla.
 - Del equilibrio funcional de la succión-deglución respiración en los primeros meses de vida depende en gran medida el buen desarrollo dento-máximo-facial y la maduración de las futuras funciones bucales: masticación, mímica y fono articulación del lenguaje.
 - Los niños alimentados hasta los 6 meses sólo con leche materna, tienen un desarrollo y crecimiento normales. Después de esa edad continúan creciendo bien si se inicia la alimentación complementaria manteniéndose la leche materna como único aporte lácteo hasta los 12 meses.
 - La lactancia materna es la forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico, intelectual y psicosocial del niño/a proporcionándole nutrientes en calidad y cantidad adecuados para el crecimiento y desarrollo de sus órganos, especialmente el sistema nervioso.
 - Estudios, tanto nacionales como internacionales, muestran que los niños con lactancia exclusiva crecen adecuadamente durante el primer semestre de vida, luego de lo cual la lactancia debe ser complementada, pero mantenerse como aporte lácteo, hasta el segundo año de vida (19,21).
 - Los niños amamantados son más activos, presentan un mejor desarrollo psicomotor, una mejor capacidad de aprendizaje y menos trastornos de lenguaje que los niños alimentados con biberón (7).

- Se asocia la lactancia materna con un mayor coeficiente intelectual en el niño.
- El contacto físico del niño con la madre durante el amamantamiento, organiza armónicamente sus patrones sensoriales y gratifica profundamente sus sentidos. Se ha demostrado que los niños amamantados presentan mayor agudeza sensorial (gusto, olfato, tacto, visión, audición) que los alimentados con biberón y fórmula.
- Durante al menos 3 meses el niño necesita tener contacto físico regular y constante con su madre para organizar sus propios ritmos basales y su estado de alerta. Disminuye así el riesgo de apneas prolongadas, bradicardia, asfixia por aspiración y síndrome de muerte súbita.
- El niño que es amamantado adecuadamente, satisface sus necesidades básicas de calor, amor y nutrientes para su organismo. El bienestar y agrado que esto le produce, hacen que se sienta querido y protegido, respondiendo con una actitud alegre, segura y satisfecha, características de un patrón afectivo-emocional equilibrado y armónico.
- El amamantamiento, especialmente si éste se inicia inmediatamente después del parto, produce un reconocimiento mutuo entre madre e hijo, estableciéndose entre ellos un fuerte lazo afectivo o “apego”. El apego induce en la madre un profundo sentimiento de ternura, admiración y necesidad de protección para su pequeño hijo (7).
- El amamantamiento aumenta el vínculo afectivo entre madre e hijo/a, reduciendo el maltrato y la posibilidad de abandono en los niños/as, reduce la depresión postparto y mejora la autoestima de las mujeres.
- Entre los efectos a la salud, a largo plazo la lactancia confiere protección sobre enfermedades que se presentan en etapas posteriores de la vida, tales como: diabetes insulino-dependiente, enfermedades cardiovasculares, colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa, la enfermedad celíaca, el asma, leucemias, linfomas, la obesidad y enfermedades alérgicas

Además se han demostrado beneficios para la salud de la madre, tales como:

- La intensa unión e interdependencia de la madre con su hijo que amamanta, produce en ella un sentimiento de valoración de sí misma y un equilibrio emocional que promueven su desarrollo integral como mujer.
- Retracción del útero: por el estímulo de succión inmediatamente después del parto, la oxitocina producida, además de estar destinada a la eyección de la leche, actúa

simultáneamente sobre el útero contrayéndolo para evitar el sangramiento y reducirlo a su tamaño previo.

- La oxitocina sigue actuando sobre el útero mientras la madre amamanta, produciendo también una recuperación a largo plazo (7).
- Recuperación del peso: una lactancia adecuada permite que la mayoría de las madres pierdan progresiva y lentamente el excedente de peso que tienen de reserva precisamente para enfrentar la lactancia. Las hormonas de la lactancia (prolactina) hacen que la mujer que amamanta tenga un aspecto físico más bello, vital y armónico.
- Recuperación de los senos: la estimulación y el vaciamiento frecuente de los senos, evita la congestión de ellos y reduce los depósitos de grasa acumulados para la lactancia, ayudando con ello a mantener la elasticidad y firmeza de sus estructuras.
- La lactancia cumple un importante rol en la prevención del cáncer de mama y ovario, reduciendo el riesgo de estas enfermedades (7).

Beneficios de la lactancia materna para la familia

- El refuerzo de lazos afectivos familiares, prevención del maltrato infantil. No satisfacer oportunamente las necesidades básicas del niño pequeño: afecto, calor y nutrientes para su crecimiento y desarrollo, puede considerarse una forma de maltrato infantil.
- Una madre que amamanta a su hijo mantiene una interrelación emocionalmente sana y equilibrada y tiene menos riesgo de incurrir en alguna forma de maltrato.
- La lactancia materna exclusiva, y si la madre permanece con amenorrea, evita el embarazo en el 98% de los casos durante los primeros 6 meses después del parto. El MELA (método lactancia materna y amenorrea) es un método natural inicial de planificación familiar recomendable para espaciar los nacimientos (7).

Beneficios para la sociedad

La lactancia materna ahorra enormes cantidades de dinero a la familia, a las instituciones, al país y al mundo entero por concepto de costo de: leches de vaca o de fórmula, biberones, chupetes y accesorios, enfermedades y sus tratamientos, gastos hospitalarios de maternidad y atención de neonatos, ausentismo laboral de la madre que necesita

atender al niño enfermo, producción, almacenamiento, promoción, transporte y evacuación de envases y otros desechos.

Desarrolla una función biológica vital en el control de crecimiento de la población al espaciar los nacimientos; no desperdicia recursos naturales ni crea contaminación; no implica gastos de fabricación, envases, comercialización, transporte ni almacenamiento; no necesita preparación ni uso de fuentes de energía; no requiere de utensilios especiales para prepararla ni suministrarla (7).

2.2.2. Abandono precoz de la lactancia materna

2.2.2.1. Definición

El abandono de la lactancia materna está relacionado al hecho de renunciar al derecho de amamantar al recién nacido.

Según lo que establece la Organización Mundial de la Salud, se considera abandono de la lactancia materna exclusiva si se le brinda al niño alguna bebida o alimento antes de los seis meses de vida, exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes (2).

Las decisiones de las mujeres relacionadas con la lactancia forman parte de un fenómeno complejo en el que intervienen múltiples factores (15).

2.2.2.2. Causas del abandono precoz de la lactancia materna

- ***Factores biofísicos***

Las causas más próximas al fenómeno del abandono prematuro de la lactancia materna son los factores biofísicos vinculados al inicio de la producción láctea tras el parto (fase de lactogénesis II) y a su mantenimiento posterior. Tanto el retraso en el inicio de la producción láctea, como la producción de una cantidad insuficiente para las necesidades del lactante (especialmente la percepción materna de ésta), están asociados a una menor duración y exclusividad de la lactancia materna.

El retraso en el inicio de la producción láctea tras el parto se ha asociado a características maternas como la primiparidad y la obesidad, o bien a sucesos cercanos al parto como la retención placentaria, el parto por cesárea, el estrés durante el trabajo de parto y una mayor duración de este, así como a la administración de suplementos de leche artificial previos a la fase de lactogénesis II. En cambio, el aporte insuficiente de leche posterior al inicio de la producción láctea está raramente causado por factores primarios, como anomalías del pecho o problemas hormonales tales como el síndrome de Sheehan, el déficit congénito de prolactina o la cirugía de reducción mamaria. Sin embargo, es frecuente que muchas mujeres perciban que no tienen suficiente leche si realizan algunas prácticas que afectan a la duración e intervalo entre las tomas de pecho, que influyen en el volumen y la calidad de leche, así como en la saciedad del niño. Así, las mujeres que limitan la frecuencia o duración de las tomas debido a dolor en los pezones o al retorno a su trabajo fuera de casa, o bien las que ofrecen suplementos de leche artificial, pueden percibir este problema. Además, una técnica de amamantamiento incorrecta interfiere en la transferencia de leche, ocasiona dolor e insatisfacción del niño tras la toma y se relaciona también con el abandono prematuro (15).

- **Intención, actitudes, experiencia anterior y seguridad maternas**

La literatura existente muestra la especial importancia de aspectos psicológicos de la madre como la intención previa, sus actitudes, la experiencia anterior en lactancia y su seguridad. En general, las mujeres con más riesgo de abandono prematuro de la lactancia desean amamantar menos tiempo, toman la decisión más tardíamente y tienen actitudes negativas hacia la lactancia materna.

Las mujeres primíparas tienen un mayor riesgo de retraso en el inicio de la producción láctea, problemas en la técnica de la lactancia y pérdida excesiva de peso del recién nacido durante los primeros días. Por otro lado, haber amamantado con éxito a un hijo anterior se relaciona con una mayor duración de la lactancia materna. Esto puede ser debido a que las mujeres sin experiencia anterior tienen menos habilidades para afrontar la lactancia y sus dificultades y menores niveles de autoeficacia percibida.

La autoeficacia materna para la lactancia es la percepción de las madres sobre su habilidad para dar el pecho y se relaciona con la duración y exclusividad de la lactancia (9).

- **Experiencia de la lactancia**

La lactancia materna no puede explicarse simplemente mediante la decisión única sobre su inicio o no o sobre el tiempo previsto que se desea amamantar. Además de las expectativas maternas sobre el éxito en la lactancia o el valor de amamantar, la satisfacción con el resultado obtenido tras iniciar la lactancia influye sobre las decisiones de las mujeres.

La mayoría de las mujeres abandona 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 (9).

2.2.2.4. Consecuencias del abandono precoz de la lactancia materna

Existe un efecto dosis- respuesta entre la leche materna y la salud humana. No solo el inicio, sino también la exclusividad y la duración de la lactancia materna tienen un efecto sobre la salud. Tanto en los países en desarrollo como en los industrializados, una menor duración de la lactancia materna exclusiva o el abandono prematuro de la lactancia implican un aumento significativo del riesgo de enfermedades infecciosas y crónicas relacionadas con la lactancia artificial.

En los países en desarrollo, donde el 35% de las muertes ocurridas en la niñez están relacionadas con la desnutrición, o en situaciones de emergencia humanitaria, las consecuencias de la suplementación con leche artificial y especialmente el abandono prematuro de la lactancia son mucho peores que en los países desarrollados. Se trata de contextos con bajas tasas de vacunación, contaminación del agua de bebida y reducción de la inmunidad debido a la desnutrición.

En los niños amamantados durante periodos más cortos de tiempo se ha descrito un mayor riesgo de infecciones y hospitalización, síndrome de muerte súbita del lactante, cáncer linfático infantil, diabetes tipo 1, asma, enterocolitis necrotizante en lactantes prematuros, obesidad en la adolescencia y en la edad adulta e hipertensión arterial y diabetes tipo 2 en el adulto (15).

2.2.3. Factores sociales

El análisis de los factores sociales y su incidencia en diferentes problemáticas y fenómenos, es común en muchos estudios; sin embargo, en éstos se observa una tendencia a no definir conceptualmente lo que se entiende como tales y a tratarlos indistintamente como: elementos, aspectos, condiciones, situaciones, procesos, instituciones, actores participantes en la realidad donde se concretan.

Para lograr una definición pertinente de factor social se podría dar los siguientes pasos: En primer lugar, se debe precisar la realidad concreta en relación con la cual los factores sociales adquieren sentido, ya que éstos no existen fuera e independientemente de un objeto social concreto con sujetos que permanentemente lo construyen y realizan. El concepto de factor social adquiere sentido única y exclusivamente a través de una realidad concreta a la cual se refiere y con la cual se relaciona de múltiples maneras, o sea, no solo causalmente, sino también de manera existencial, sistémica, compleja, en forma de elemento de una red, cognoscitiva, etcétera.

Los factores sociales en cualquier realidad concreta están constituidos por las interacciones que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación de lo social, como son: las estructuras sociales, las instituciones sociales como la familia, la escuela, el Estado, la religión, la cultura, etcétera, las cuales al mismo tiempo que son constituidas gracias a su mediación por los actores sociales colectivos e individuales a través de la realidad concreta, inciden en la realidad concreta como un todo, en la misma medida que ella influye también en ellos (22).

Los factores sociales que podrían influir en el abandono precoz de la lactancia materna son:

Edad. Con origen en el latín *aetas*, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo (23)

El diccionario de la Lengua de la Real Academia Española (2011) define la edad como el “tiempo que una persona ha vivido a partir del momento en que nació”.

Escolaridad. Periodo de tiempo que dura la estancia de un niño o joven en una escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada: la escolaridad obligatoria dura hasta los 16 años.

El Sistema Educativo peruano se divide en: educación básica o inicial, educación primaria, educación secundaria y educación superior

La educación inicial se ofrece en cunas (menores de 3 años), jardines para niños (de 3 a 5 años) y a través de programas no escolarizados, destinados a niños pobres de las áreas rurales y urbano-marginales. Según la Constitución de 1993, es obligatorio un año de educación inicial, para la población de 5 años de edad.

El siguiente nivel es la educación primaria que tiene una duración de 6 años.

La educación secundaria se organiza se ofrece en dos modalidades: para adolescentes (grupo de edad 12-16 años) y adultos.

La educación superior se imparte en escuelas e institutos superiores, centros superiores de post-grado y universidades. Los institutos ofrecen una variedad de opciones de formación técnica en carreras que tienen una duración no menor de cuatro ni mayor de diez semestres académicos. Los institutos y escuelas superiores otorgan títulos de profesional, técnico y experto, y también los de segunda y ulterior especialización profesional. Las universidades otorgan títulos de bachiller, maestro y doctor, así como certificados y títulos profesionales, incluso los de segunda y ulterior especialización (24).

Estado civil. Situación en la que se encuentra una persona según sus circunstancias y la legislación y a la que el ordenamiento concede ciertos efectos jurídicos. Existen distintos criterios para clasificar los estados civiles: por el matrimonio, el estado de soltero, casado, viudo o divorciado (23).

Procedencia. Espacio ocupado por un individuo en un periodo de tiempo determinado. También puede definirse como el lugar en donde se encuentran las mujeres lactantes encuestados, específicamente en el momento en el cual se realiza la encuesta.

Ocupación. Es "aquella faceta del empeño humano que da respuesta a las necesidades vitales de un individuo, que le permiten cumplir con las demandas sociales de su comunidad de pertenencia, así como al quehacer a través del cual el ser humano se

distingue y expresa, revelando al agente del acto, y que se constituye en una forma de dar sentido a la existencia, construyendo y creando su identidad personal, cultural y social (25).

Decisión personal de la madre. Es una determinación o resolución que se toma sobre una determinada cosa. Por lo general la decisión supone un comienzo o poner fin a una situación es decir, impone un cambio de estado. Los expertos definen a la decisión como el resultado de un proceso mental-cognitivo de una persona (26). Ejemplo. Dejar de amamantar a su bebé.

La decisión es un proceso de elección entre varias posibilidades de acción, ya sea de compra, de trabajo, de pareja, de paternidad, de vocación, etcétera.

Reincorporación al trabajo. Es La reincorporación al puesto de trabajo tras la suspensión del contrato de trabajo por maternidad. En algunas ocasiones es un momento complicado para la madre (o padre) máxime si la reincorporación se realiza disfrutando de reducción de jornada por cuidado de su hijo (27).

Reincorporación a los estudios. Por analogía, puede definirse como la reincorporación a la institución Educativa después de la maternidad.

Estética. Es el modo particular de entender la belleza. En el caso de las mamas, estas además de tener una función alimenticia, también tienen funciones estéticas y sexuales, ya que son uno de los atributos más atractivos del organismo femenino y que la mujer trata de cuidar y por ello decide no amamantar (28)

Percepción de la madre de que el niño queda de hambre. Es el conocimiento que tiene la madre de que el niño no ha satisfecho su hambre, por medio de las impresiones que comunican los sentidos.

Uno de los problemas es la angustia que algunas madres tienen, al pensar si producen o no suficiente leche. Si el bebé da señales de hambre como ponerse las manos en la boquita, abrir y cerrar la boquita. De otro modo si se siente saciado, caerá dormido (29).

2.2.4. Factores obstétricos

Se intentará dar una definición de factor obstétrico partiendo de dos definiciones:

Obstetricia que es una rama de la medicina que se encarga del embarazo, parto y post parto normal y patológico; abarcando también los aspectos psicológicos y sociales de la maternidad (30).

Factor según la Real Academia de la Lengua Española, se define como elemento, circunstancia, influencia, que contribuye a producir un resultado (31).

Por lo tanto un factor obstétrico es un elemento, circunstancia o influencia, que contribuye a producir un resultado en la salud materna durante el embarazo, parto o puerperio, como la paridad, el periodo intergenésico, tipo de parto, complicaciones en el embarazo, etc.

En el caso del abandono precoz de la lactancia materna influyen múltiples factores obstétricos.

- **Vía del parto.** El parto según la vía puede ser:

Vía vaginal. Implica que el niño se desliza por el canal del parto sin cirugía (32).

Vía abdominal o cesárea. Es el parto de un bebé a través de una abertura quirúrgica en la zona baja del vientre de la madre. También se denomina parto por cesárea (32).

- **Experiencia de lactancias anteriores.** Conocimiento que se adquiere sobre lactancia materno, al haber amamantado anteriormente una o más veces.

- **Infección mamaria.** Las infecciones mamarias generalmente son causadas por bacterias comunes (*Staphylococcus aureus*) que se encuentran en la piel normal. Las bacterias se introducen a través de una fisura o ruptura en la piel, generalmente en los pezones.

La infección tiene lugar en el tejido graso de la mama y ocasiona hinchazón. Esta hinchazón comprime los conductos galactóforos. El resultado es dolor y protuberancias en la mama infectada. Las infecciones mamarias se presentan generalmente en mujeres que están lactando (33).

- **Agalactia.** Disminución o falta de la secreción de leche por la glándula mamaria después del parto. Es un signo que puede acompañar a estados de insuficiencia hipofisiaria (34).
- **Desconocimiento de las ventajas de la lactancia materna.** Falta de información acerca de las ventajas de la lactancia materna o de comprensión de estas.
- **Experiencia positiva.** La palabra experiencia proviene del vocablo latino “experiri” cuyo significado es comprobar. .Cuando una madre ha dado de lactar anteriormente con consecuencias favorables, se dice que fue una experiencia positiva.
- **Experiencia negativa.** Cuando una madre ha dado de lactar anteriormente con consecuencias desfavorables, se dice que fue una experiencia negativa.

2.3. HIPÓTESIS

La influencia, de algunos factores sociales y obstétricos, es significativa en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016.

2.4. VARIABLES

2.4.1. Variable independiente

Factores sociales y obstétricos

2.4.2. Variable dependiente

Abandono precoz de la lactancia materna exclusiva.

2.5. Definición operacional y conceptual de las variables

TIPO DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA
Variable independiente: Factores sociales y, obstétricos	Factores sociales. están constituidos por las interacciones que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación de lo social, como son: las estructuras sociales, las instituciones sociales como la familia, la escuela, el Estado, la religión, la cultura, etcétera, las cuales al mismo tiempo que son constituidas gracias a su mediación por los actores sociales colectivos e individuales a través de la realidad concreta, inciden en la realidad concreta como un todo, en la misma medida que ella influye también en ellos (Guzmán & Caballero, 2012)	Edad	15-19 años 20-24 años 25-29 años 30-34 años 35-39 años 40-44-años 45-49 años	De razón
		Escolaridad Materna	Sin instrucción Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior técnica Superior Universitaria	Ordinal
		Estado civil	Soltera Casada Conviviente	Nominal
		Procedencia	Urbana Rural	Nominal
		Ocupación	Ama de casa Estudiante Empleada del hogar Empleada estatal Empleada del sector privado Independiente	Nominal
		Decisión de la madre	Si No	Nominal
		Reincorporación al trabajo	Si No	Nominal
		Reincorporación a los estudios	Si No	Nominal
		Estética	Si No	Nominal
		Percepción de que el niño queda de hambre	Si No	Nominal
	Factores obstétricos es un elemento, circunstancia o influencia, que contribuye a producir un resultado en la salud materna durante el embarazo, parto o puerperio, como la paridad, el periodo intergenésico, tipo de parto, complicaciones en el embarazo, etc. (30,31)	Vía del parto	Vaginal Abdominal	Nominal
		Experiencia en lactancias anteriores	Positiva Negativa	Nominal
		Enfermedad de la madre relacionada con la mama o el pezón.	Si No	Nominal
		Agalactia	Si No	Nominal
		Desconocimiento de las ventajas de la lactancia materna	Si No	Nominal
Variable dependiente. Abandono precoz de la lactancia materna exclusiva	INDICADORES		ITEMS	ESCALA
	2 meses		Si No	Nominal
	3 meses		Si No	Nominal
	4 meses		Si No	Nominal
5 meses		Si No	Nominal	

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

El diseño del presente estudio corresponde a una investigación no experimental de corte transversal. El tipo de estudio es descriptivo, analítico y correlacional y de naturaleza prospectiva.

Es **no experimental** porque no se manipuló ninguna variable.

Descriptivo: porque permitió medir, describir y analizar los factores sociales y obstétricos que pudieron influir en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva.

Correlacional. Porque permitió conocer la influencia de los factores sociales y obstétricos en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva.

De corte transversal porque el estudio se realizó en un momento determinado sin hacer cortes en el tiempo.

3.2. ÁREA DE ESTUDIO Y POBLACIÓN

El estudio se llevó a cabo en el distrito de Cajamarca, que está ubicado en la zona norandina del Perú, entre los paralelos 4° 30' y 7° 30' de latitud sur, y los meridianos 77° 47' y 79° 20' de longitud oeste, a 856 Km de la capital del País, Lima, a una altitud de 2,720 m.s.n.m y cuenta con una T° media anual de 18.9°C.

La población estuvo constituida por todas las madres lactantes de niños de 6 meses a 1 año, atendidos en el consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, durante el año 2016 que fue de 558.

3.3. MUESTRA Y MUESTREO

La muestra se obtuvo teniendo en cuenta los criterios de inclusión, considerando el muestreo aleatorio simple.

3.3.1. Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se calculó para estimar la proporción de madres lactantes que abandonaron precozmente la lactancia materna precoz ($P = 0.50$) con una confianza del 95% y una precisión en la estimación del 5% y se calculó teniendo en cuenta la siguiente fórmula:

$$n \geq \frac{NZ^2PQ}{d^2N + Z^2PQ}$$
$$n \geq \frac{(470)(1.96)^2(0.6)(0.4)}{(0.091)^2(470) + (1.96)^2(0.6)(0.4)}$$
$$n = 90$$

Dónde:

N = Tamaño de la población

n = tamaño de la muestra

Z = 0,06 (nivel de confianza)

P = (0,6) (Proporción de madres lactantes que abandonaron precozmente la lactancia materna exclusiva)

Q = (0,4) Proporción de madres lactantes que continúan con la lactancia materna exclusiva.

d = (0.091) Margen de error máximo estimado

3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis del presente estudio estuvo constituida por cada una de las madres lactantes, de niños de 6 meses a 1 año, que acudieron al consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016.

3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Las madres participantes del estudio cumplieron con los siguientes criterios:

Que esté en pleno uso de sus facultades mentales

Que acepte voluntariamente ser parte del estudio

Que su hijo tenga entre 6 meses a 1 año de edad como máximo.

3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación se fundamentó en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, como los siguientes:

Autonomía. La madre lactante entrevistada tuvo libertad de emitir sus respuestas, sin ser influenciadas por parte de otras personas o de la investigadora.

No maleficiencia. La información se obtuvo luego que la madre lactante dio su consentimiento para la entrevista.

Consentimiento informado. Luego que la madre lactante fue informada en forma clara y precisa del propósito y modalidad de la investigación, emitió su autorización firmando el documento de consentimiento informado.

Privacidad: Se respetó el anonimato de la madre lactante entrevistada, desde el inicio de la investigación, hasta el final.

Confidencialidad: La información referida por la madre lactante, no ha sido revelada, su uso ha sido solamente para fines de investigación.

3.7. PROCEDIMIENTOS, TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del presente trabajo de investigación se siguió los pasos siguientes:

En una primera fase se solicitó el permiso al director del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar para la realización del presente trabajo, de igual forma al jefe del Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), luego de hacer de su conocimiento la naturaleza del estudio.

En una segunda fase, se pidió a cada una de las madres lactantes el permiso para participar voluntariamente del estudio, y firmar el consentimiento informado, para la recolección de datos, previa explicación de los objetivos de estudio.

La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento, una ficha de recolección de datos el mismo que ha contenido datos generales de la madre lactante, como edad, escolaridad, estado civil, procedencia, ocupación; factores sociales, obstétricos y neonatales que se constituyen en factores de riesgo para el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva.

3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

3.8.1. Procesamiento

Para el procesamiento de los datos se utilizó el software estadístico SPSS V-21 para Windows, para luego proceder a sistematizar los resultados en tablas simples y de contingencia, y ser analizados posteriormente.

3.8.2. Análisis

Se siguieron los siguientes pasos:

Fase descriptiva: se describieron los resultados de la influencia de los factores sociales y obstétricos en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva basados en los

datos estadísticos analizados con la distribución de frecuencias y contrastados con bases teóricas y antecedentes del estudio.

Fase inferencial: se utilizó las técnicas inferenciales o pruebas estadísticas de Test de hipótesis como comparación de proporciones y gamma, con un nivel de confiabilidad de 99%.

3.9. CONTROL DE CALIDAD DE DATOS

La validez del cuestionario se hizo a través de una prueba piloto, aplicando encuestas a diez madres lactantes con hijos entre 6 meses a 1 año atendidos en el Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar y luego se realizó un análisis de confiabilidad a través del coeficiente de Cronbach cuyo resultado fue de 0.86

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Identificación de algunos factores sociales de las madres lactantes.

Tabla 01. Factores sociales de las madres lactantes que acudieron al Consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016.

Grupo etéreo	n°	%
15-19 años	10	11,1
20-24 años	19	21,1
25-29 años	28	31,1
30-34 años	14	15,6
35-39 años	15	16,7
40-45 años	4	4,4
Total	90	100,0
Grado de instrucción	n°	%
Sin instrucción	1	1,1
Primaria incompleta	6	6,7
Primaria completa	13	14,4
Secundaria incompleta	7	7,8
Secundaria completa	44	48,9
Superior técnica	8	8,9
Superior universitaria	11	12,2
Total	90	100,0
Estado civil	n°	%
Soltera	12	13,3
Casada	10	11,1
Conviviente	68	75,6
Total	90	100,0
Procedencia	n°	%
Urbana	60	66,7
Rural	30	33,3
Total	90	100,0
Ocupación	n°	%
Ama de casa	83	92,2
Estudiante	7	7,8
Total	90	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se puede apreciar que el mayor porcentaje de madres lactantes que acudieron al Consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar perteneció al grupo etáreo de 20-29 años con 52,2%; un importante 11,1% perteneció al grupo de madres adolescentes (15-19 años), mientras que el 21,1% fueron mayores de 35 años.

Estos resultados son similares a los mostrados por Pino y cols. (2013) quienes encontraron que el 48,1% de madres, tenía una edad entre 26 y 35 años, 37% entre 19 a 25 años, y 6,1% menos de 19 años (17).

La edad cobra importancia porque es más probable que las madres muy jóvenes sobre todo si son primíparas, tengan menos conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna, también son estas las que por continuar sus estudios abandonan la lactancia materna exclusiva pues tienen que encargar a su bebé a terceros; sin embargo en madres de mayor edad también se encuentra el inconveniente del horario de trabajo de aquellas que trabajan fueran del hogar.

En cuanto al grado de instrucción, el 48,9% de madres tiene secundaria completa, el 14,4% tiene solamente primaria completa y el 21,1% educación superior ya sea técnica o universitaria. Datos similares fueron encontrados Ortiz y Lara (2013), quienes determinaron que el 42% tuvo secundaria completa (16).

El nivel educativo de una madre lactante puede tener influencia positiva o negativa para la lactancia materna exclusiva dependiendo de ciertas condiciones, de una parte quienes tienen un nivel educativo más alto, probablemente también tengan mejores recursos económicos y por ende mayor accesibilidad a los sucedáneos de la leche materna, y con ello mayor posibilidad de abandonar la lactancia materna, algo que no puede hacer aquella madre con un bajo nivel educativo. De otra parte un mayor nivel educativo brinda la oportunidad de tener mayor conocimiento sobre la importancia de dar de lactar en forma exclusiva, tanto para el niño como para la madre.

Respecto al estado civil, el 75,6% de las madres lactantes manifestaron ser convivientes, el 13,3% dijeron ser solteras y solamente el 11,1% casadas. El estado civil puede repercutir en el abandono de la lactancia materna en el caso de algunas madres solteras, que no programaron o no desearon su embarazo y continua el rechazo al recién nacido.

Datos similares fueron encontrados por Del Carpio (2015) quien encontró que el 84% de madres, tuvo un estado civil de convivencia (12) y Villanés (2016) quien reportó que el 90,2% eran casadas/convivientes (16,18). pero disímiles con los reportados por Ortiz y Lara (2013) quienes encontraron que el 60% de madres eran solteras y 34% convivientes; de igual forma con los de Pino y cols. (2013) quienes determinaron que el 39,1% eran casadas, el 20,9%, convivientes y el 27,2% solteras, pero similares a los encontrados por (16,17).

Referente a la zona de residencia, el 66,7% reside en la zona urbana y el 33,3% en la zona rural. Dato similar al encontrado por Ortiz y Lara (2013) quien reportó que el 67% fue procedente de la zona urbana. Pero difieren con los reportados por Ortiz y Lara (2013) quienes encontraron que el 67% de madres eran procedentes de la zona urbana (16). Las mujeres de la zona rural muchas veces dejan encargados sus bebés con una hermana mayor u otro familiar, para ir a la chacra a compartir las labores con su pareja, por su parte las mujeres de la zona urbana tienen otro estilo de vida, algunas estudian, otras trabajan, pero en ambos casos también existe la dificultad de la lactancia materna exclusiva.

En cuanto a la ocupación se logró determinar en el presente estudio que el 92,2% son amas de casa y el 7,8% estudiantes, dato disímil al mostrado por Nino (2012) quien refiere que, la mayor parte de las madres encuestadas trabajaba fuera del hogar (10), pero similar al encontrado por del Carpio (2015) quien encontró que el 84% de mujeres tuvo como ocupación ser ama de casa. (12), de igual forma son similares con los de Villanés (2015) quien muestra resultados del 90,2% entre mujeres casadas y convivientes (18).

Las amas de casa tienen mayores posibilidades de amamantar a sus bebés pues tienen todo el tiempo de permanencia con ellos, no así las estudiantes que tienen que salir fuera del hogar encargando a sus bebés y en muchas ocasiones no tienen el conocimiento suficiente como para extraer la leche y conservarla para que una tercera persona se la dé al bebé.

4.2. Identificación de algunos factores obstétricos de las madres lactantes.

Tabla 02. Factores obstétricos de las madres lactantes que acudieron al Consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016.

Vía del parto	n°	%
Vaginal	83	92,2
Abdominal	7	7,8
Total	90	100,0
Experiencia anterior de lactancia materna	n°	%
Positiva	85	94,4
Negativa	5	5,6
Total	90	100,0
Lesiones de mama o pezón	n°	%
Sí	1	1,1
No	89	98,9
Total	90	100,0
Percepción de agalactia	n°	%
Sí	10	11,1
No	80	88,9
Total	90	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

La presente tabla muestra que en el 92,2% de madres lactantes, el parto fue por vía vaginal, solamente el 7,8% fue vía abdominal (cesárea); dato similar a los reportados a nivel nacional; datos que difieren con los reportados a nivel nacional por el Ministerio de Salud quien reporta que durante el 2015, el 64% de las parturientas tuvieron un parto normal, es decir 267, 283 partos se desarrollaron de manera espontánea, por vía vaginal sin ninguna complicación (35). De igual forma son disímiles con los de Nino y cols. (2012) quien encontró que casi la mitad de los partos fue por cesárea y de Pino (2013) él determinó que el 61,7% tuvo un parto vaginal.

En cuanto a experiencias anteriores de lactancia materna, el 94,4% de madres manifestó haber tenido algún tipo de experiencia positiva anteriormente, solamente el 5,6% dijo

haber sido negativa, esto último ocurre probablemente cuando la madre ha sido cesareada o ha presentado alguna complicación que ha impedido un vínculo precoz con su bebé, también podría deberse al hecho de haber tenido un embarazo no deseado y peor aún, no aceptado, en estos casos la experiencia de dar de lactar suele ser dolorosa molesta, etc. quienes manifiestan haber tenido experiencias positivas, anteriormente, da a entender que la lactancia materna brinda un sentimiento agradable, ya que se establece un vínculo más estrecho entre ella y su bebé, y una sensación placentera, sobre todo cuando el bebé ha sido deseado.

En lo referente a lesiones de mama o pezón, el 98,9% de madres lactantes no las tuvieron, de tal forma, que no hubo mayormente una causa que pudiera impedir que dieran de lactar a su bebé; el pequeño porcentaje de madres que si tenían algún tipo de lesión puede tratarse de grietas del pezón, las que se presentan fundamentalmente en primíparas que nunca han dado de dar de lactar anteriormente y no han preparado sus pezones durante el embarazo, pero que pueden ser tratados incluso de forma casera.

Moraes y cols. (2011), encontraron en su estudio que, el dolor al amamantar y las grietas en el pezón se reportó en una incidencia de 34% a 96% y hasta un tercio de las mujeres que presentan estas complicaciones cambian la forma de alimentación de sus hijos en las primeras 6 semanas de vida (36).

Para Moraes y cols. (2011), las causas de lesiones en el pezón son multifactoriales, afirma que a menudo se sugiere que la posición incorrecta durante la alimentación a pecho es una causa frecuente en su aparición. Una estrategia efectiva para disminuir la incidencia de estas lesiones es la educación de las mujeres durante el embarazo o en el posparto inmediato (36).

En cuanto a la percepción de la madre de insuficiente producción de leche, el 88,9% de madres lactantes dijo percibir suficiente producción de leche materna para darle a su bebé, solamente el 11,1% dijo que no tenía suficiente cantidad de leche para dar de lactar y que por ello tuvieron que iniciar a darle otros alimentos al bebé. Resultados similares fueron encontrados por Oribe y cols. (2015), ellos determinaron que una de las razones dadas por las madres para el abandono de la lactancia materna exclusiva, con más frecuencia fue la hipogalactia en 19,4% (37); Ruiz y col. (2014) también encontraron que la hipogalactia es el principal motivo que la mujer argumenta para introducir el biberón en el 33,3% (38).

4.3. Abandono precoz de la lactancia materna exclusiva

Tabla 03. Edad de Abandono precoz de la lactancia materna. Consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016

Edad de abandono de la lactancia materna	n°	%
2 meses	1	1,1
3 meses	13	14,4
5 meses	22	24,4
6 meses	54	60,0
Total	90	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se logra evidenciar en los datos de la tabla 03 que, la mayor parte de las madres dieron de lactar hasta los seis meses; pero importantísimos porcentajes abandonaron la lactancia de manera precoz, el 24,4% lo hizo a los cinco meses, el 14,4% a los 3 meses y el 1,1% a los dos meses. Es decir que hubo un abandono de la lactancia materna exclusiva en el 39,9%.

Datos similares fueron encontrados por Avalos (2011) quien determinó que, el tiempo de lactancia materna fue menos de 6 meses en el 44,3%, el destete precoz ocurrió en el 44,3%; pero difieren con los de Nino y cols. (2012) quien determinó que un 25% de las madres suspendió la lactancia materna exclusiva antes de los tres meses.

Ortiz (2013) por su parte encontró que, el 45% alimentó a su bebé hasta los dos meses, el 23% lo hizo hasta los cuatro meses y el 32% hasta los seis meses (16).

Es importante que la madre brinde lactancia materna, al menos, por seis meses por todos los beneficios que propicia tanto para la madre como para el niño.

Según la OMS (2010), la leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación

más rápida de las enfermedades. Estos efectos son mensurables tanto en las sociedades con escasos recursos como en las sociedades ricas. Contribuye a la salud y al bienestar de las madres. Ayuda a espaciar los embarazos, reduce el riesgo de cáncer de ovario y mama, aumenta los recursos familiares y nacionales, es una forma de alimentación segura, y carece de riesgos para el medio ambiente.

Es importante que la madre conozca todos estos beneficios que tiene la lactancia materna exclusiva para que trate en lo posible de alargar el periodo de esta.

4.4. Factores sociales asociados al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva

Tabla 04. Edad de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, según grupo etáreo de las madres. Consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016

Grupo etáreo	Edad de lactancia exclusiva								Total	
	2 meses		3 meses		5 meses		6 meses			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
15-19 años	0	0,0	0	0,0	4	40,0	6	60,0	10	11,1
20-24 años	0	0,0	4	21,1	4	21,1	11	57,9	19	21,1
25-29 años	0	0,0	6	21,4	7	25,0	15	53,6	28	31,1
30-34 años	1	7,1	2	14,3	3	21,4	8	57,1	14	15,6
35-39 años	0	0,0	1	6,7	4	26,7	10	66,7	15	16,7
40-45 años	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0	4	4,4
Total	1	1,1	13	14,4	22	24,4	54	60,0	90	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Gamma = 0.107

p = 0.385

En la presente tabla se observa que del grupo de madres de 30-34 años, el 7,1% amantó a sus bebés de manera exclusiva solamente hasta los dos meses; a los tres meses de edad abandonaron la lactancia materna exclusiva madres de los grupos etáreos de 20-24 años en 21,1%; de 25-29 años en 21,4%; de 30-34 años en el 14,3% y de 35-39 años en 6,7%.

A pesar de que los entes rectores de la salud (OMS, OPS, UNICEF, entre otros) recomiendan que no se deben introducir alimentos líquidos o sólidos antes que el bebé cumpla seis meses, lamentablemente muchas madres abandonan la lactancia materna exclusiva tempranamente, es probable que la propaganda televisiva influya considerablemente en este grupo de mujeres, pues la mayoría son amas de casa y suelen hacer sus actividades como ver la televisión, en la se muestran productos sucedáneos de la leche materna de manera bastante convincente.

El único grupo que amamantó hasta los 6 meses es el de 40-45 años de edad, talvez de menos recursos económicos para acceder a productos sucedáneos de la leche materna,

por experiencia o por convicción propia. Es importante señalar que el 60% de adolescentes también dio de lactar a su bebé hasta los 6 meses pese a su inexperiencia.

Estadísticamente, no se encontró asociación entre las variables edad materna y edad de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, según $p = 0.385$.

Tabla 05. Edad de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, según grado de instrucción de las madres. Consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016

Grado de instrucción de la madres	Edad de lactancia materna exclusiva								Total	
	2 meses		3 meses		5 meses		6 meses		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%		
Sin instrucción	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	1,1
Primaria incompleta	1	16,7	2	33,3	0	0,0	3	50,0	6	6,7
Primaria completa	0	0,0	1	7,7	3	23,1	9	69,2	13	14,4
Secundaria incompleta	0	0,0	1	14,3	2	28,6	4	57,1	7	7,8
Secundaria completa	0	0,0	4	9,1	13	29,5	27	61,4	44	48,9
Superior técnica	0	0,0	4	50,0	1	12,5	3	37,5	8	8,9
Superior universitaria	0	0,0	1	9,1	2	18,2	8	72,7	11	12,2
Total	1	1,1	13	14,4	22	24,4	54	60,0	90	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Gamma = 49,319

p = 0.015

Los datos de la presente tabla permiten evidenciar que las madres con primaria incompleta abandonaron la lactancia materna exclusiva a los 2 meses de edad del bebé en 16,7%, de este mismo grupo el 33,3% también la abandonó a los 3 meses; en cambio, el 72,7% de madres con superior universitaria dieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, lo que significa que la educación interviene en el tipo la alimentación que ofrecen al bebé

Existe consenso en que las mujeres con mayores niveles educativos tienen mayor facilidad para asimilar los mensajes del personal sanitario acerca de los beneficios de la lactancia materna, por ello, prolongan la lactancia materna exclusiva por más tiempo a pesar de sus actividades como amas de casa o trabajando fuera del hogar; lo que no sucede con mujeres de menor nivel educativo quienes por desconocimiento pueden incluir tempranamente agua de anís u otros líquidos como parte de la alimentación

Campos y otros (2015) señala que, de acuerdo con la experiencia clínica de algunos autores, muchas madres creen que están dando lactancia Materna exclusiva cuando informan dar a sus bebés líquidos adicionales e incluso eventualmente también alimentos sólidos de forma concomitante. Este hecho sugiere que las mujeres lactantes no entienden correctamente el concepto de lactancia materna exclusiva (39).

Estos resultados son similares a los de Roig (2010) quien encontró en su estudio que el menor nivel de estudios se asoció con un mayor abandono de la lactancia materna (9); sin embargo difieren con los encontrados por Paredes (2016) quien determinó que el 6,67% de madres con primaria incompleta dieron de lactar antes de los seis meses (40).

El inicio temprano de la alimentación complementaria, limita lo valioso de la lactancia materna, más aún cuando se hace sin las medidas de higiene y esterilización adecuadas, pues se pone a las niñas y niños en contacto con sustancias contaminadas en el ambiente. Los hábitos de lactancia y alimentación complementaria están relacionados con los riesgos de enfermedad y muerte así como con el grado de nutrición

No obstante también se observa que el 69,2% de mujeres con primaria completa también dieron de lactar hasta los 6 meses, lo que muestra que también pueden influenciar otros factores en la lactancia materna exclusiva.

Estadísticamente se encontró asociación entre las variables grado de instrucción y edad de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, según lo establece $p = 0.015$.

Tabla 06. Edad de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva según estado civil de las madres lactantes que acudieron al Consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016

Estado civil	Edad de lactancia materna exclusiva								Total	
	2 meses		3 meses		5 meses		6 meses		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%		
Soltera	0	0,0	4	33,3	1	8,3	7	58,3	12	13,3
Casada	0	0,0	2	20,0	2	20,0	6	60,0	10	11,1
Conviviente	1	1,5	7	10,3	19	27,9	41	60,3	68	75,6
Total	1	1,1	13	14,4	22	24,4	54	60,0	90	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Gamma = 0,118

p = 0,591

Los presentes datos muestran que en porcentajes similares la mayoría de mujeres dieron de lactar de forma exclusiva independientemente del estado civil con 60,3 en el caso de las convivientes; 60,0% las casadas y 58,3% las solteras; sin embargo también se observa que las solteras abandonaron la lactancia materna exclusiva a los tres meses en el 33,3%, en tanto que las casadas lo hicieron en el mismo tiempo en el 20% y las convivientes en 10,3%, lo que indica que el estado civil si influye en el tiempo de lactancia materna exclusiva.

El hecho de que la mujer tenga una pareja estable le brinda seguridad emocional, y en muchos casos seguridad económica, facilita el uso de la lactancia materna exclusiva; lo que no sucede con las solteras que pueden sentir una serie de sentimientos negativos que pueden inclusive devenir en el rechazo del bebé, de otra parte estas mujeres deben obtener recursos económicos para solventar sus gastos, todos, factores que pueden limitar el tiempo de lactancia materna y conducir al destete precoz.

Estadísticamente, no se encontró asociación entre las variables estado civil y edad de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, según lo establece $p = 0,591$

Tabla 07. Edad de abandono de la lactancia materna exclusiva según procedencia de las madres. Consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016

Procedencia	Edad de lactancia materna exclusiva								Total	
	2 meses		3 meses		5 meses		6 meses		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%		
Urbana	0	0,0	7	11,7	14	23,3	39	65,0	60	66,7
Rural	1	3,3	6	20,0	8	26,7	15	50,0	30	33,3
Total	1	1,1	13	14,4	22	24,4	54	60,0	90	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Gamma = - 0,301

p = 0.127

En la presente tabla se observa que las mujeres de la zona urbana dieron de lactar hasta los seis meses en el 65% de los casos, en tanto que las mujeres de la zona rural tan solo lo hicieron en el 50%; incluso el 3,3% de estas mujeres abandonaron la lactancia materna a los dos meses de edad del bebé, ninguna mujer de la zona urbana inició el destete a esta edad; de igual forma el 20% de las mujeres de la zona rural abandonaron la lactancia materna exclusiva a los 3 meses, frente al 11,7% de mujeres de la zona urbana.

Los resultados posiblemente estén relacionados al bajo nivel de conocimientos que tienen las madres, sobre todo de la zona rural, acerca de los beneficios de la lactancia materna; de otra parte es en la zona rural donde mayor cantidad de mitos existen sobre la lactancia materna. Rodríguez y col (2009) señalan que la disminución de la lactancia materna se ha asociado con factores como la publicidad de un gran número de alimentos infantiles, a cambios en el estilo de vida y en los roles asumidos por la mujer, y la falta de apoyo para desarrollar exitosamente la práctica del amamantamiento (41).

Estos datos son similares a los de Marín y cols. (2017) quienes encontraron que solo el 42,7% de los niños o niñas llegan a los seis meses alimentados con leche de sus madres, siendo la zona urbana la que presenta una mayor proporción de niñas y niños alimentados de esta forma (43,1%) en comparación con la zona rural (42,2%) (42), contrario a lo que

manifiesta López (2017) que en la zona urbana la ideología progresista, feminista y tecnológica viene promoviendo el abandono precoz de la Lactancia materna exclusiva y sustituida por productos lácteos artificiales (43).

El INEI (2015) por su parte observó que la intensidad de la lactancia en menores de seis meses de edad, por área de residencia, fue de 96,8% en el área rural y 94,7% en el área urbana, datos que difieren sustancialmente de los encontrados en el presente estudio (44).

El Ministerio de Salud señala que el deficiente conocimiento sobre las propiedades, ventajas y técnicas de amamantamiento, sumado a una actitud desfavorable tanto de las madres como de cierto sector de profesionales de la salud viene afectando la práctica inmediata, libre y exclusiva de la LME durante los seis 8 primeros meses de vida de las niñas y niños, hecho que ocurre tanto en la zona urbana como en la zona rural

Estadísticamente, no se encontró asociación entre las variables procedencia y edad de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, según lo establece $p = 0,127$

Tabla 08. Edad de abandono de la lactancia materna exclusiva según ocupación de las madres. Consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016

Ocupación	Edad de lactancia materna exclusiva								Total	
	2 meses		3 meses		5 meses		6 meses		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%		
Ama de casa	1	1,2	11	13,3	21	25,3	50	60,2	83	92,2
Estudiante	0	0,0	2	28,6	1	14,3	4	57,1	7	7,8
Total	1	1,1	13	14,4	22	24,4	54	60,0	90	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Gamma = - 0,136

p = 0,719

En los datos que anteceden se puede observar que del 92,2% de mujeres amas de solamente el 1,2% abandonó la lactancia materna exclusiva a los 2 meses; sin embargo, el 13,3% lo hizo a los meses y el 25,3% a los 5 meses; las estudiantes también abandonaron la lactancia materna exclusiva a los 3 meses en 26,6% y a los 5 meses en 14,3%.

Las amas de casa aparentemente tendrían mayor disposición para amamantar de manera exclusiva por su mayor permanencia en el hogar; sin embargo, en ocasiones estas mujeres tienen más hijos y estas desvían su atención hacia ellos descuidando al más pequeño; de otra parte las actividades del hogar suelen agotarlas y terminan abandonando la lactancia.

Quienes son estudiantes tienen que dejar a sus bebés al cuidado de terceros que pueden ser una de las abuelas u otro familiar y aunque podrían extraer la leche y dejarla para que se la den al niño, es probable que carezcan de este conocimiento.

Estadísticamente, no se encontró asociación entre las variables ocupación y edad de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, según lo establece p = 0,719

4.5. Factores obstétricos y abandono precoz de la lactancia materna exclusiva

Tabla 09. Edad de abandono de la lactancia materna exclusiva según tipo de parto de las madres lactantes que acudieron al Consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016

Tipo de parto	Edad de lactancia materna exclusiva								Total	
	2 meses		3 meses		5 meses		6 meses		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%		
Vaginal	1	1,2	12	14,5	20	24,1	50	60,2	83	92,2
Cesárea	0	0,0	1	14,3	2	28,6	4	57,1	7	7,8
Total	1	1,1	13	14,4	22	24,4	54	60,0	90	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Gamma = - 0,033

p = 0,923

Se observa en la presente tabla que del 92,2% de mujeres que tuvo su parto por vía vaginal, el 1,2% abandonó la lactancia materna exclusiva a los dos meses; el 14,5% a los tres meses; el 24,1% a los cinco meses; mientras que el 60,2% dijo haber dado lactancia materna exclusiva hasta los seis meses; del 7,8% de mujeres que tuvieron su parto vía cesárea, el 14,3% abandonó la lactancia materna exclusiva a los 3 meses, el 28,6% a los 5 meses; solamente el 57,1% amamantó hasta los 6 meses.

Algunos autores señalan que las madres que dan a luz por cesárea presentan un riesgo tres veces mayor de abandonar la lactancia en el primer mes, lo que no ha ocurrido en el presente estudio, pues ninguna cesareada abandonó la lactancia materna exclusiva antes de los tres meses y es que para algunas madres la cesárea no supone ningún trauma aparente.

Independientemente del tipo de parto que tuvo la mujer, esta puede sentir cansancio, fatiga y estrés por diferentes razones, que pueden inhibir la producción de hormona

prolactina y disminuir la producción de leche que las va a obligar a dar al bebé algún tipo de leche artificial o inclusive leche de vaca.

El ministerio de Salud señala que implícitamente todas las mujeres son biológicamente capaces de amamantar excepto las muy pocas con trastornos médicos severos que son limitantes, sin embargo la práctica de la lactancia materna se ve afectada por una amplia gama de factores socioeconómicos, culturales e individuales que operan en múltiples niveles e influyen en las decisiones y comportamientos a lo largo del tiempo.

Estadísticamente, no se encontró asociación entre las variables tipo de parto y edad de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, según lo establece $p = 0,923$.

Tabla 10. Edad de abandono de la lactancia materna exclusiva según experiencia en lactancias anteriores de las madres lactantes que acudieron al Consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016

Experiencias en lactancia anteriores	Edad de lactancia materna exclusiva								Total	
	2 meses		3 meses		5 meses		6 meses			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Positiva	1	1,2	10	11,8	22	25,9	52	61,2	85	94,4
Negativa	0	0,0	3	60,0	0	0,0	2	40,0	5	5,6
Total	1	1,1	13	14,4	22	24,4	54	60,0	90	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Gamma = - 0,526

p = 0,250

En la tabla 10 se puede evidenciar que del 94,4% de mujeres que tuvieron una experiencia positiva anterior, abandonaron la lactancia materna exclusiva después de los seis meses en 61,2%, mientras que del 5,6% que tuvieron alguna experiencia negativa anterior, lo hicieron en esta misma etapa en 40,0%, lo que sugiere que es importante que las mujeres tengan experiencias positivas en la lactancia, pues ha sido reconocida como la intervención más efectiva a nivel poblacional para mejorar las condiciones de salud en la población infantil en países en vías de desarrollo.

Deza en su estudio sostiene que, la experiencia de la lactancia materna como un constructo social de una realidad es indispensable para comprender profundamente aquello que va a impactar positiva o negativamente la alimentación con leche humana. A pesar de que las mujeres son las que finalmente toman la decisión con respecto a dar alimentación con su leche, no se puede desconocer que existen factores externos a ellas que condicionan su actitud con respecto a esta práctica. Es por esta razón que el contexto social, la vivencia y el aprendizaje cotidiano de LM juegan un papel fundamental en el desarrollo de esta experiencia, además describe el poder que tiene la LM en generar y recibir amor, un tipo de amor que no se había experimentado previamente (45).

Tabla 11. Edad de abandono de la lactancia materna exclusiva según patología mamaria de las madres lactantes que acudieron al Consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016

Patología mamaria	Edad de abandono de lactancia materna exclusiva								Total	
	2 meses		3 meses		5 meses		6 meses		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%		
Sí	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	1,1
No	1	1,1	13	14,6	22	24,7	53	59,6	89	98,9
Total	1	1,1	13	14,4	22	24,4	54	60,0	90	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Gamma = - 1,000

p = 0,313

Los presentes datos permiten evidenciar que del 98,9% de mujeres que refirieron algún tipo de patología mamaria (mastitis, agrietamiento de pezones), el 1,1% abandonó la lactancia materna exclusiva a los dos meses de edad del bebé; el 14,6% lo hizo a los tres meses, el 24,7% a los 5 meses y solamente el 59,6% la abandonó a más de seis meses; sin embargo el 1,1% (1) de mujeres que manifestó alguna patología mamaria, no abandonó la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses.

Las patologías que suelen presentarse en las mamas o pezones generalmente se deben a una mala técnica de la lactancia, pero que, con un tratamiento ya sea casero o farmacológico hay un restablecimiento rápido de estos y la madre puede dar de lactar sin ningún inconveniente, ello es lo que ha podido suceder en el presente estudio.

Estadísticamente, no se encontró asociación entre las variables patología mamaria y edad de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, según lo establece $p = 0,313$

Tabla 12. Edad de abandono de la lactancia materna exclusiva según percepción de insuficiente producción de leche de las madres. Consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016

Percepción de Insuficiente producción de leche	Edad de abandono de la lactancia materna exclusiva								Total	
	2 meses		3 meses		5 meses		6 meses		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%		
Sí	0	0,0	1	10,0	3	30,0	6	60,0	10	11,1
No	1	1,3	12	15,0	19	23,8	48	60,0	80	88,9
Total	1	1,1	13	14,4	22	24,4	54	60,0	90	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Gamma = - 0,047

p = 0.870

Se evidencia en la presente tabla que del 88,9% de mujeres que manifestaron no tener insuficiente producción de leche, el 1,3% abandonó la lactancia materna exclusiva a los dos meses, el 15,0% a los tres meses, el 23,8% a los cinco meses; y el 60% llegó a amamantar hasta los 6 meses; en tanto que aquellas mujeres que dijeron tener insuficiente producción de leche, el 10% abandonó la lactancia materna extrema a los tres meses, el 23,8% a los 5 meses y también el 60% continuó con la lactancia hasta los seis meses.

La OMS (2013) afirma que casi todas las madres pueden producir leche suficiente para uno o incluso dos niños, con tal que el niño succione eficazmente y tome el pecho tan a menudo como él quiera. Incluso cuando una madre percibe que su leche es insuficiente, habitualmente su hijo obtiene toda la leche que necesita. La cantidad de leche que producen los pechos está determinada por la cantidad que toma el niño; aumenta cuando el niño toma más. Incluso en sociedades en donde la dieta de las mujeres es escasa, la mayoría son capaces de producir leche en cantidades adecuadas para el buen crecimiento del niño.

Muchas veces, cuando los senos están secretando calostro, los primeros días pos parto, la madre empieza a pensar que no hay suficiente producción de leche y empieza a darle

agüitas u otros tipos de leche para que el bebé se alimente, principalmente si esta es primigesta y /o tiene bajo nivel de conocimientos sobre lo importante que es el calostro que es la primera leche y la cual tiene mayor contenido proteico y de vitaminas

Algunas madres se preocupan por la cantidad de leche que producen incluso ya en los primeros días tras el parto. A veces, son los parientes, amigos o agentes de salud quienes sugieren a la madre que puede no tener leche suficiente. Parece que en todas las sociedades, la confianza de las madres en su capacidad para satisfacer las necesidades de sus hijos se minan fácilmente.

Sin embargo, si un niño mama infrecuentemente, o no mama por la noche, la madre puede producir menos leche. La mayoría de los niños hacen 10-15 tomas o más, especialmente durante las primeras semanas. Si un niño mama menos de ocho veces en 24 horas, puede que no obtenga leche suficiente. Un motivo común por el cual un niño no obtiene leche suficiente es que su madre le ofrezca tomas muy cortas.

La mayoría de los niños maman durante 5-15 minutos o más en cada toma. Cuando han tomado toda la leche que quieren, ellos mismos sueltan el pecho. Si la madre detiene la toma a los pocos minutos, puede que su hijo no obtenga suficiente leche y puede no obtener leche suficiente.

Un niño que está mal agarrado al pecho no extrae leche fácilmente -succiona ineficazmente. Puede que el niño no obtenga suficiente leche, y puede dejar de ganar peso; o puede querer mamar con mucha frecuencia y durante mucho tiempo en cada toma para obtener leche suficiente. Para comprobar que un niño está bien agarrado al pecho, busque los siguientes signos

A veces, sin embargo, un niño no obtiene suficiente leche. Habitualmente esto se debe a que el niño no succiona bastante, o no succiona eficazmente. En los pocos casos en que las madres son incapaces de producir leche suficiente, esto se debe a un escaso desarrollo de la glándula mamaria o a un trastorno hormonal

Estadísticamente, no se encontró asociación entre las variables percepción de insuficiente producción de leche y edad de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, según lo establece $p = 0,870$.

CONCLUSIONES

Al culminar la presente investigación se ha llegado a las siguientes conclusiones

1. Las madres en su mayoría pertenecieron al grupo etáreo de 25-29 años; el mayor porcentaje de ellas tuvo secundaria completa; mayoritariamente convivientes; de procedencia urbana y amas de casa.
2. La mayoría de las madres tuvieron su parto por vía vaginal; manifestaron haber tenido una experiencia positiva anterior de lactancia materna, en su mayoría no presentaron lesiones en mamas o pezones; no tuvieron percepción de insuficiencia de producción de leche.
3. El abandono precoz de la lactancia materna tuvo lugar, mayormente a los cinco meses.
4. Solamente el factor social grado de instrucción influyó en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, corroborando parcialmente la hipótesis.

SUGERENCIAS

1. Se sugiere al personal de salud realizar campañas de promoción de la lactancia materna a fin de disminuir el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva y educar a las madres que tienen hipogalactia para que sigan dando de lactar, ya que el uso de biberón incrementa el problema.
2. A las docentes y estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia celebrar, la semana de la lactancia materna, con participación de gestantes y madres lactantes.
3. A los amantes de la investigación realizar estudios similares y algún cualitativo para conocer la vivencia de las madres lactantes.

REFERENCIAS OBSTÉTRICAS

1. Méndez N, García L, Reyes D, Trujano L. Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna en un programa de apoyo para la misma en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. *Nutrición Hospitalaria*. 2015; 32(6): p. 2618-2621.
2. Organización Mundial de la Salud. Lactancia Materna Exclusiva. Artículo científico. Ginebra - Suiza: Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales; 2016.
3. Álvarez M, Orozco N, Moreno A, Marín T, Tur I. Factores que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna en lactantes de un grupo básico de trabajo. *Revista Médica Electrónica*. 2017 Abril 7: p. 884-893.
4. Camargo F, La Torre J, Porras J. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Hacia la promoción de la Salud*. 2011 enero-junio; 16(1): p. 56-72.
5. 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 de la Facultad Nacional de Salud Pública*. 2013 Febrero-abril; 31(1).
6. Pacheco J. *Ginecología, Obstetricia y Reproducción*. Segunda ed. Lima: REP SAC; 2007.
7. Ministerio de Salud de Chile. *Manual de lactancia materna* Santiago de Chile; 2010.
8. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva N° 342. [Online]; 2014 [cited 2015 Octubre 13]. Available from: <http://www.who>.
9. Roig A, Martínez M, García J, Pérez S, Laguna G, Álvarez J, et al. Factores asociados al abandono de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida. *Revista Latinoamericana Enfermagem*. 2010 mayo-junio; 18(03).
10. Nino R, Silva G, Atalah E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Revista Chilena de Pediatría*. 2012 Abril; 83(2): p. 161-169.
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. Lima; 2014.
12. Del Carpio J. Factores socioculturales que prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes en el Centro de Salud Nueva Esperanza 2014. Tesis. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
13. Puente M, Alvear N, De los Reyes A, Ricardo T. ¿Por qué las madres adolescentes abandonan la lactancia materna exclusiva? *Revista cubana de alimentación y nutrición*. 2010; 20(2): p. 280-286.

14. Avalos M. Comportamiento de algunos factores biosociales en la lactancia materna en los menores de un año. *Revista cubana de Medicina General Integral*. 2011 julio-setiembre; 27(3).
15. Roig A. El abandono prematuro de la lactancia materna: incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia. Tesis. España: Universidad de Alicante; 2012.
16. Ortiz L, Lara , V.. Factores relacionados con la interrupción temprana de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al Centro de Salud N° 1 de la ciudad de Tulcán en el periodo enero-junio de 2012. Tesis. Ecuador: Universidad Técnica del Norte; 2012.
17. Pino J, López M, Medel A, Ortega A. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. *Revista chilena de nutrición*. 2013 Marzo; 40(1).
18. Villanés K. Abandono de la lactancia materna exclusiva en madres añosas. Tesis. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2015.
19. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int>. [Online]; 2015 [cited 2015 Octubre 12]. http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/.
20. Tortora G, Derrickson B. Principios de anatomía y fisiología. Décimo tercera ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2013.
21. UNICEF, OMS, OPS. Lactancia, promoción y apoyo en un hospital amigo de la madre y del niño. Módulo 3 Argentina; 2014.
22. Guzmán O, Caballero T. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Santiago de Cuba: Universidad de Oriente, Santiago de Cuba; 2012.
23. Puga C, Peschard J, Castro T. *Hacia la Sociología*. Cuarta ed. México. D.F. Pearson; 2007.
24. Ministerio de Educación. *Indicadores de educación*. Lima; 2010.
25. Molinas. *Ocupación y significado: aportes a terapia ocupacional desde un modelo constructivista*. Argentina; 2007.
26. Ferrater J. *Diccionario de filosofía*. Primera ed. Barcelona: Ariel S.A; 2004.
27. Navarro C. *Reincorporación al trabajo tras la maternidad*. Lima; 2014.
28. Muñoz M. Los senos. *Dermofarmacia*. 2008; 26(11).

29. Maris S. Percepción materna del hambre. Reflexiones a partir de un estudio sobre desnutrición infantil en Argentina. *Revista de Psicología GEPU*. 2013; 4(1): p. 109-125.
30. Cunnigham G. et. al. *Obstetricia de Williams*. Vigésima tercera ed. Washington: Mc Graw Hill; 2011.
31. García T. et al. *Larousse Diccionario enciclopédico México*, D.F. Ediciones Larousse; 2010.
32. Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU. Cesárea. *Medline Plus*. 2014 Julio 28.
33. Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU. Infección mamaria. *Medline Plus*. 2014 Noviembre 16.
34. De Elorza G. *Diccionario Médico G. DE*, editor. Bogotá: Zamora Editores; 2012.
35. Ministerio de Salud. Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea. *Boletín Estadístico de nacimientos Perú*: 2015. 2016.
36. Moraes M, Da Silva L, Faliú B, Sosa C. Técnica de alimentación a pecho y aparición de trauma del pezón previo al alta hospitalaria. *Archivos de Pediatría Uruguaya*. 2011; 82(1): p. 10-17.
37. Oribe M. et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gaceta Sanitaria*. 2015 Septiembre 23; 29(1): p. 4-9.
38. Ruiz P, Martínez J. Causas del abandono de la lactancia materna exclusiva en una zona básica urbana. Artículo original. España; 2014.
39. Campos A, Oliveira C, Carmona E, Higa R, Nogueira I. Prácticas de lactancia materna exclusiva reportadas por las madres y la introducción de líquidos adicionales. *Revista Latino Am - Enfermagem*. 2015; 23(2): p. 283-290.
40. Paredes M. Nivel de conocimientos que tienen las madres menores de dos años sobre lactancia materna y su relación con el destete precoz en el distrito San Francisco de Sangayaico. Trabajo de investigación para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Chíncha: Universidad Autónoma de Ica; 2016.
41. Rodríguez J, Acosta N. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva en población pobre de áreas urbanas de Colombia. *Revista de Salud Pública*. 2008; 10(1).
42. Lilliam M, Ureña M, Fernández X. Duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad urbana y otra rural de Costa Rica. *Población y Salud en Mesoamérica*. 2017 Febrero 12; 15(2).

- 43.** López N. Lactancia materna: conocimientos, actitudes y prácticas en madres de zona urbana, Chimbote. In *crescendo Ciencias de la Salud*. 2017 Noviembre 15; 4(2): p. 551-560.
- 44.** Instituto nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de Salud Familiar. Lima; 2015.
- 45.** Deza M. Experiencias sobre lactancia materna en una población de madres de Bogotá. Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de Especialista en Pediatría. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2014.

ANEXO 01

CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

MOTIVOS DEL ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA

I. FACTORES SOCIALES:

Edad materna:

15-19 años () 20-24 años () 25-29 años ()
30-34 años () 35-39 años () 40-45 años ()

Escolaridad materna:

Sin instrucción () Primaria incompleta ()
Primaria completa () Secundaria incompleta ()
Secundaria completa () Superior técnica ()
Superior universitaria ()

Estado civil:

Soltera () Casada ()
Conviviente ()

Procedencia

Urbana () Rural ()

Ocupación

Ama de casa () Estudiante ()

II. FACTORES OBSTÉTRICOS

Vía de nacimiento:

Vía vaginal () Cesárea ()

Experiencia en lactancias anteriores

Positiva () Negativa ()

Enfermedad de la madre relacionada con la mama o el pezón:

Si () No ()

Percepción de insuficiente producción de leche: Si () No ()

ANEXO 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ una vez informada sobre los objetivos de la investigación y que, mi participación en esta es completamente libre y voluntaria. Sin embargo, se espera que toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico y puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea declaro que puedo participar de la presente investigación:

Cajamarca de De 201

Firma

DNI:

INFLUENCIA DE FACTORES SOCIALES Y OBSTÉTRICOS EN EL ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. CENTRO MATERNO PERINATAL SIMÓN BOLÍVAR. 2016

¹ *Rosmery Guevara Sánchez*; ² *Elena Soledad Ugaz Burga*

¹Bachiller en Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca (UNC). Cajamarca- Perú.

¹Asesora: Docente de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia.

RESUMEN. El presente estudio tuvo como objetivo determinar y analizar la influencia de algunos factores sociales y obstétricos en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, en madres que acuden al consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar; se realizó en una muestra de 90 madres lactantes. El estudio fue de tipo descriptivo, correlacional, de diseño no experimental y de corte transversal. Como resultados se encontró que el 31.1% de madres perteneció al grupo etáreo de 25-29 años; el 48.9% tuvo secundaria completa; el 75.6% fueron convivientes; el 66.7% procedentes de la zona urbana y el 92.2% fueron amas de casa. El 92.2% tuvo su parto por vía vaginal, el 94.4% tuvo alguna experiencia de lactancia materna positiva anterior; el 98.9% no presentó lesiones de mama o pezón y el 88.9% percibió que si tenía buena producción de leche. El 40% de las madres abandonaron la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses. Finalmente se determinó que solamente el grado de instrucción, como factor social, influyó en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva.

Palabras clave: Abandono precoz, lactancia materna exclusiva, factores sociales y obstétricos.

ABSTRACT. The objective of this study was to determine and analyze the influence of some social and obstetric factors in the early abandonment of exclusive breastfeeding, in mothers who visit the office of Growth and Development Control of the Simón Bolívar Maternal Perinatal Center; It was performed in a sample of 90 nursing mothers. The study was descriptive, correlational, non-experimental and cross-sectional design. As results, it was found that 31.1% of mothers belonged to the age group of 25-29 years; 48.9% had full secondary education; 75.6% were cohabitants; 66.7% came from the urban area and 92.2% were housewives. 92.2% had vaginal delivery, 94.4% had some previous positive breastfeeding experience; 98.9% did not present breast or nipple lesions and 88.9% perceived that they had good milk production. 40% of mothers abandoned exclusive breastfeeding before 6 months. Finally, it was determined that only the degree of instruction, as a social factor, influenced the early abandonment of exclusive breastfeeding.

Key words: Early abandonment, exclusive breastfeeding, social and obstetric factors.

Material y métodos. El mencionado estudio corresponde a un estudio de tipo descriptivo, de diseño no experimental, y de corte transversal, realizado en 90 gestantes, en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016, cuyo diseño estuvo orientado a identificar la influencia de factores sociales y obstétricos en el abandono precoz de la lactancia materna. Se utilizó la técnica de la encuesta y la observación, y como instrumento se utilizó el cuestionario de recolección de datos, en donde se consignaron los datos personales de cada una de las gestantes, así como también los datos obstétricos y los resultados de las complicaciones obstétricas.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 01. Factores sociales de las madres lactantes que acudieron al Consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016.

Grupo etáreo	n°	%
15-19 años	10	11,1
20-24 años	19	21,1
25-29 años	28	31,1
30-34 años	14	15,6
35-39 años	15	16,7
40-45 años	4	4,4
Total	90	100,0
Grado de instrucción	n°	%

Sin instrucción	1	1,1
Primaria incompleta	6	6,7
Primaria completa	13	14,4
Secundaria incompleta	7	7,8
Secundaria completa	44	48,9
Superior técnica	8	8,9
Superior universitaria	11	12,2
Total	90	100,0
Estado civil	nº	%
Soltera	12	13,3
Casada	10	11,1
Conviviente	68	75,6
Total	90	100,0
Procedencia	nº	%
Urbana	60	66,7
Rural	30	33,3
Total	90	100,0
Ocupación	nº	%
Ama de casa	83	92,2
Estudiante	7	7,8
Total	90	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se puede apreciar que el mayor porcentaje de madres lactantes que acudieron al Consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar perteneció al grupo etáreo de 20-29 años con 52,2%; un importante 11,1% perteneció al grupo de madres adolescentes (15-19 años), mientras que el 21,1% fueron mayores de 35 años.

Estos resultados son similares a los mostrados por Pino y cols. (2013) quienes encontraron que el 48,1% de madres, tenía una edad entre 26 y 35 años, 37% entre 19 a 25 años, y 6,1% menos de 19 años (17).

La edad cobra importancia porque es más probable que las madres muy jóvenes sobre todo si son primíparas, tengan menos conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna, también son estas las que por continuar sus estudios abandonan la lactancia materna exclusiva pues tienen que encargarse a su bebé a terceros; sin embargo en madres de mayor edad también se encuentra el inconveniente del horario de trabajo de aquellas que trabajan fuera del hogar.

En cuanto al grado de instrucción, el 48,9% de madres tiene secundaria completa, el 14,4% tiene solamente primaria completa y el 21,1% educación superior ya sea técnica o universitaria. Datos similares fueron encontrados Ortiz y Lara (2013), quienes determinaron que el 42% tuvo secundaria completa (16).

El nivel educativo de una madre lactante puede tener influencia positiva o negativa para la lactancia materna exclusiva dependiendo de ciertas condiciones, de una parte quienes tienen un nivel educativo más alto, probablemente también tengan mejores recursos económicos y por ende mayor accesibilidad a los sucedáneos de la leche materna, y con ello mayor posibilidad de abandonar la lactancia materna, algo que no puede hacer aquella madre con un bajo nivel educativo. De otra parte un mayor nivel educativo brinda la oportunidad de tener mayor conocimiento sobre la importancia de dar de lactar en forma exclusiva, tanto para el niño como para la madre.

Respecto al estado civil, el 75,6% de las madres lactantes manifestaron ser convivientes, el 13,3% dijeron ser solteras y solamente el 11,1% casadas. El estado civil puede repercutir en el abandono de la lactancia materna en el caso de algunas madres solteras, que no programaron o no desearon su embarazo y continua el rechazo al recién nacido.

Datos similares fueron encontrados por Del Carpio (2015) quien encontró que el 84% de madres, tuvo un estado civil de convivencia (12) y Villanés (2016) quien reportó que el 90,2% eran casadas/convivientes (16,18), pero disímiles con los reportados por Ortiz y Lara (2013) quienes encontraron que el 60% de madres eran solteras y 34% convivientes; de igual forma con los de Pino y cols. (2013) quienes determinaron que el 39,1% eran casadas, el 20,9%, convivientes y el 27,2% solteras, pero similares a los encontrados por (16,17).

Referente a la zona de residencia, el 66,7% reside en la zona urbana y el 33,3% en la zona rural. Dato similar al encontrado por Ortiz y Lara (2013) quien reportó que el 67% fue procedente de la zona urbana. Pero difieren con los reportados por Ortiz y Lara (2013) quienes encontraron que el 67% de madres eran procedentes de la zona urbana (16). Las mujeres de la zona rural muchas veces dejan encargados sus bebés con una hermana mayor u otro familiar, para ir a la chacra a compartir las labores con su pareja, por su parte las mujeres de la zona urbana tienen otro estilo de vida, algunas estudian, otras trabajan, pero en ambos casos también existe la dificultad de la lactancia materna exclusiva.

En cuanto a la ocupación se logró determinar en el presente estudio que el 92,2% son amas de casa y el 7,8% estudiantes, dato disímil al mostrado por Nino (2012) quien refiere que, la mayor parte de las madres encuestadas trabajaba fuera del hogar (10), pero similar al encontrado por del Carpio (2015) quien encontró que el 84% de mujeres tuvo como ocupación ser ama de casa. (12), de igual forma son similares con los de Villanés (2015) quien muestra resultados del 90,2% entre mujeres casadas y convivientes (18).

Las amas de casa tienen mayores posibilidades de amamantar a sus bebés pues tienen todo el tiempo de permanencia con ellos, no así las estudiantes que tienen que salir fuera del hogar encargando a sus bebés y en muchas ocasiones no tienen el conocimiento suficiente como para extraer la leche y conservarla para que una tercera persona se la dé al bebé.

Tabla 02. Factores obstétricos de las madres lactantes que acudieron al Consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016.

Vía del parto	nº	%
Vaginal	83	92,2
Abdominal	7	7,8
Total	90	100,0
Experiencia anterior de lactancia materna	nº	%
Positiva	85	94,4
Negativa	5	5,6
Total	90	100,0
Lesiones de mama o pezón	nº	%
Sí	1	1,1
No	89	98,9
Total	90	100,0
Percepción de agalactia	nº	%
Sí	10	11,1
No	80	88,9
Total	90	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

La presente tabla muestra que en el 92,2% de madres lactantes, el parto fue por vía vaginal, solamente el 7,8% fue vía abdominal (cesárea); dato similar a los reportados a nivel nacional; datos que difieren con los reportados a nivel nacional por el Ministerio de Salud quien reporta que durante el 2015, el 64% de las parturientas tuvieron un parto normal, es decir 267,

283 partos se desarrollaron de manera espontánea, por vía vaginal sin ninguna complicación (35). De igual forma son disímiles con los de Nino y cols. (2012) quien encontró que casi la mitad de los partos fue por cesárea y de Pino (2013) el determinó que el 61,7% tuvo un parto vaginal.

En cuanto a experiencias anteriores de lactancia materna, el 94,4% de madres manifestó haber tenido algún tipo de experiencia positiva anteriormente, solamente el 5,6% dijo haber sido negativa, esto último ocurre probablemente cuando la madre ha sido cesareada o ha presentado alguna complicación que ha impedido un vínculo precoz con su bebé, también podría deberse al hecho de haber tenido un embarazo no deseado y peor aún, no aceptado, en estos casos la experiencia de dar de lactar suele ser dolorosa molesta, etc. quienes manifiestan haber tenido experiencias positivas, anteriormente, da a entender que la lactancia materna brinda un sentimiento agradable, ya que se establece un vínculo más estrecho entre ella y su bebé, y una sensación placentera, sobre todo cuando el bebé ha sido deseado.

En lo referente a lesiones de mama o pezón, el 98,9% de madres lactantes no las tuvieron, de tal forma, que no hubo mayormente una causa que pudiera impedir que dieran de lactar a su bebé; el pequeño porcentaje de madres que si tenían algún tipo de lesión puede tratarse de grietas del pezón, las que se presentan fundamentalmente en primíparas que nunca han dado de dar de lactar anteriormente y no han preparado sus pezones durante el embarazo, pero que pueden ser tratados incluso de forma casera.

Moraes y cols. (2011), encontraron en su estudio que, el dolor al amamantar y las grietas en el pezón se reportó en una incidencia de 34% a 96% y hasta un tercio de las mujeres que presentan estas complicaciones cambian la forma de alimentación de sus hijos en las primeras 6 semanas de vida (36).

Para Moraes y cols. (2011), las causas de lesiones en el pezón son multifactoriales, afirma que a menudo se sugiere que la posición incorrecta durante la alimentación a pecho es una causa frecuente en su aparición. Una estrategia efectiva para disminuir la incidencia de estas lesiones es la educación de las mujeres durante el embarazo o en el posparto inmediato (36). En cuanto a la percepción de la madre de insuficiente producción de leche, el 88,9% de madres lactantes dijo percibir suficiente producción de leche materna para darle a su bebé, solamente el 11,1% dijo que no tenía suficiente cantidad de leche para dar de lactar y que por ello tuvieron que iniciar a darle otros alimentos al bebé. Resultados similares fueron encontrados por Oribé y cols. (2015), ellos determinaron que una de las razones dadas por las madres para el abandono de la lactancia materna exclusiva, con más frecuencia fue la hipogalactia en 19,4% (37); Ruiz y col. (2014) también encontraron que la hipogalactia es el principal motivo que la mujer argumenta para introducir el biberón en el 33,3% (38).

Tabla 03. Edad de Abandono precoz de la lactancia materna. Consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016

Edad de abandono de la lactancia materna	nº	%
2 meses	1	1,1
3 meses	13	14,4
5 meses	22	24,4
6 meses	54	60,0
Total	90	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se logra evidenciar en los datos de la tabla 03 que, la mayor parte de las madres dieron de lactar hasta los seis meses; pero importantes porcentajes abandonaron la lactancia de manera precoz, el 24,4% lo hizo a los cinco meses, el 14,4% a los 3 meses y el 1,1% a los dos meses. Es decir que hubo un abandono de la lactancia materna exclusiva en el 39,9%.

Datos similares fueron encontrados por Avalos (2011) quien determinó que, el tiempo de lactancia materna fue menos de 6 meses en el 44,3%, el destete precoz ocurrió en el 44,3 %; pero difieren con los de Nino y cols. (2012) quien determinó que un 25% de las madres suspendió la lactancia materna exclusiva antes de los tres meses.

Ortiz (2013) por su parte encontró que, el 45% alimentó a su bebé hasta los dos meses, el 23% lo hizo hasta los cuatro meses y el 32% hasta los seis meses (16). Es importante que la madre brinde lactancia materna, al menos, por seis meses por todos los beneficios que propicia tanto para la madre como para el niño.

Según la OMS (2010), la leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades

frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades. Estos efectos son mensurables tanto en las sociedades con escasos recursos como en las sociedades ricas. Contribuye a la salud y al bienestar de las madres. Ayuda a espaciar los embarazos, reduce el riesgo de cáncer de ovario y mama, aumenta los recursos familiares y nacionales, es una forma de alimentación segura, y carece de riesgos para el medio ambiente. Es importante que la madre conozca todos estos beneficios que tiene la lactancia materna exclusiva para que trate en lo posible de alargar el periodo de esta.

Tabla 04. Edad de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, según grupo etéreo de las madres. Consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016

Grupo etéreo	Edad de lactancia exclusiva								Total	
	2 meses		3 meses		5 meses		6 meses			
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
15-19 años	0	0,0	0	0,0	4	40,0	6	60,0	10	11,1
20-24 años	0	0,0	4	21,1	4	21,1	11	57,9	19	21,1
25-29 años	0	0,0	6	21,4	7	25,0	15	53,6	28	31,1
30-34 años	1	7,1	2	14,3	3	21,4	8	57,1	14	15,6
35-39 años	0	0,0	1	6,7	4	26,7	10	66,7	15	16,7
40-45 años	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0	4	4,4
Total	1	1,1	13	14,4	22	24,4	54	60,0	90	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Gamma = 0.107

p = 0.385

En la presente tabla se observa que del grupo de madres de 30-34 años, el 7,1% amantó a sus bebés de manera exclusiva solamente hasta los dos meses; a los tres meses de edad abandonaron la lactancia materna exclusiva madres de los grupos etéreos de 20-24 años en 21,1%; de 25-29 años en 21,4%; de 30-34 años en el 14,3% y de 35-39 años en 6,7%.

A pesar de que los entes rectores de la salud (OMS, OPS, UNICEF, entre otros) recomiendan que no se deben introducir alimentos líquidos o sólidos antes que el bebé cumpla seis meses, lamentablemente muchas madres abandonan la lactancia materna exclusiva tempranamente, es probable que la propaganda televisiva influya considerablemente en este grupo de mujeres, pues la mayoría son amas de casa y suelen hacer sus actividades como ver la televisión, en la se muestran productos sucedáneos de la leche materna de manera bastante convincente.

El único grupo que amamantó hasta los 6 meses es el de 40-45 años de edad, talvez de menos recursos económicos para acceder a productos sucedáneos de la leche materna, por experiencia o por convicción propia. Es importante señalar que el 60% de adolescentes también dio de lactar a su bebé hasta los 6 meses pese a su inexperiencia.

Estadísticamente, no se encontró asociación entre las variables edad materna y edad de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, según $p = 0,385$.

Tabla 05. Edad de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, según grado de instrucción de las madres. Consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016

Grado de instrucción de la madres	Edad de lactancia materna exclusiva								Total	
	2 meses		3 meses		5 meses		6 meses			
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Sin instrucción	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	1,1
Primaria incompleta	1	16,7	2	33,3	0	0,0	3	50,0	6	6,7
Primaria completa	0	0,0	1	7,7	3	23,1	9	69,2	13	14,4
Secundaria incompleta	0	0,0	1	14,3	2	28,6	4	57,1	7	7,8
Secundaria completa	0	0,0	4	9,1	13	29,5	27	61,4	44	48,9

Superior técnica	0	0,0	4	50,0	1	12,5	3	37,5	8	8,9
Superior universitaria	0	0,0	1	9,1	2	18,2	8	72,7	11	12,2
Total	1	1,1	13	14,4	22	24,4	54	60,0	90	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Gamma = 49,319

p = 0.015

Los datos de la presente tabla permiten evidenciar que las madres con primaria incompleta abandonaron la lactancia materna exclusiva a los 2 meses de edad del bebé en 16,7%, de este mismo grupo el 33,3% también la abandonó a los 3 meses; en cambio, el 72,7% de madres con superior universitaria dieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, lo que significa que la educación interviene en el tipo de alimentación que ofrecen al bebé

Existe consenso en que las mujeres con mayores niveles educativos tienen mayor facilidad para asimilar los mensajes del personal sanitario acerca de los beneficios de la lactancia materna, por ello, prolongan la lactancia materna exclusiva por más tiempo a pesar de sus actividades como amas de casa o trabajando fuera del hogar; lo que no sucede con mujeres de menor nivel educativo quienes por desconocimiento pueden incluir tempranamente agua de anís u otros líquidos como parte de la alimentación

Campos y otros (2015) señala que, de acuerdo con la experiencia clínica de algunos autores, muchas madres creen que están dando lactancia Materna exclusiva cuando informan dar a sus bebés líquidos adicionales e incluso eventualmente también alimentos sólidos de forma concomitante. Este hecho sugiere que las mujeres lactantes no entienden correctamente el concepto de lactancia materna exclusiva (39).

Estos resultados son similares a los de Roig (2010) quien encontró en su estudio que el menor nivel de estudios se asoció con un mayor abandono de la lactancia materna (9); sin embargo difieren con los encontrados por Paredes (2016) quien determinó que el 6,67% de madres con primaria incompleta dieron de lactar antes de los seis meses (40).

El inicio temprano de la alimentación complementaria, limita lo valioso de la lactancia materna, más aún cuando se hace sin las medidas de higiene y esterilización adecuadas, pues se pone a las niñas y niños en contacto con sustancias contaminadas en el ambiente. Los hábitos de lactancia y alimentación complementaria están relacionados con los riesgos de enfermedad y muerte así como con el grado de nutrición

No obstante también se observa que el 69,2% de mujeres con primaria completa también dieron de lactar hasta los 6 meses, lo que muestra que también pueden influenciar otros factores en la lactancia materna exclusiva.

Estadísticamente se encontró asociación entre las variables grado de instrucción y edad de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, según lo establece p = 0.015.

Tabla 06. Edad de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva según estado civil de las madres lactantes que acudieron al Consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016

Estado civil	Edad de lactancia materna exclusiva								Total	
	2 meses		3 meses		5 meses		6 meses		nº	%
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%		
Soltera	0	0,0	4	33,3	1	8,3	7	58,3	12	13,3
Casada	0	0,0	2	20,0	2	20,0	6	60,0	10	11,1
Conviviente	1	1,5	7	10,3	19	27,9	41	60,3	68	75,6
Total	1	1,1	13	14,4	22	24,4	54	60,0	90	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Gamma = 0,118

p = 0,591

Los presentes datos muestran que en porcentajes similares la mayoría de mujeres dieron de lactar de forma exclusiva independientemente del estado civil con 60,3 en el caso de las convivientes; 60,0% las casadas y 58,3% las solteras; sin embargo también se observa que las solteras abandonaron la lactancia materna exclusiva a los tres meses en el 33,3%, en

tanto que las casadas lo hicieron en el mismo tiempo en el 20% y las convivientes en 10,3%, lo que indica que el estado civil si influye en el tiempo de lactancia materna exclusiva.

El hecho de que la mujer tenga una pareja estable le brinda seguridad emocional, y en muchos casos seguridad económica, facilita el uso de la lactancia materna exclusiva; lo que no sucede con las solteras que pueden sentir una serie de sentimientos negativos que pueden inclusive devenir en el rechazo del bebé, de otra parte estas mujeres deben obtener recursos económicos para solventar sus gastos, todos, factores que pueden limitar el tiempo de lactancia materna y conducir al destete precoz.

Estadísticamente, no se encontró asociación entre las variables estado civil y edad de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, según lo establece $p = 0,591$

Tabla 07. Edad de abandono de la lactancia materna exclusiva según procedencia de las madres. Consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016

Procedencia	Edad de lactancia materna exclusiva								Total	
	2 meses		3 meses		5 meses		6 meses		nº	%
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%		
Urbana	0	0,0	7	11,7	14	23,3	39	65,0	60	66,7
Rural	1	3,3	6	20,0	8	26,7	15	50,0	30	33,3
Total	1	1,1	13	14,4	22	24,4	54	60,0	90	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Gamma = - 0,301

$p = 0.127$

En la presente tabla se observa que las mujeres de la zona urbana dieron de lactar hasta los seis meses en el 65% de los casos, en tanto que las mujeres de la zona rural tan solo lo hicieron en el 50%; incluso el 3,3% de estas mujeres abandonaron la lactancia materna a los dos meses de edad del bebé, ninguna mujer de la zona urbana inició el destete a esta edad; de igual forma el 20% de las mujeres de la zona rural abandonaron la lactancia materna exclusiva a los 3 meses, frente al 11,7% de mujeres de la zona urbana.

Los resultados posiblemente estén relacionados al bajo nivel de conocimientos que tienen las madres, sobre todo de la zona rural, acerca de los beneficios de la lactancia materna; de otra parte es en la zona rural donde mayor cantidad de mitos existen sobre la lactancia materna. Rodríguez y col (2009) señalan que la disminución de la lactancia materna se ha asociado con factores como la publicidad de un gran número de alimentos infantiles, a cambios en el estilo de vida y en los roles asumidos por la mujer, y la falta de apoyo para desarrollar exitosamente la práctica del amamantamiento (41).

Estos datos son similares a los de Marín y cols. (2017) quienes encontraron que solo el 42,7% de los niños o niñas llegan a los seis meses alimentados con leche de sus madres, siendo la zona urbana la que presenta una mayor proporción de niñas y niños alimentados de esta forma (43,1%) en comparación con la zona rural (42,2%) (42), contrario a lo que manifiesta López (2017) que en la zona urbana la ideología progresista, feminista y tecnológica viene promoviendo el abandono precoz de la Lactancia materna exclusiva y sustituida por productos lácteos artificiales (43).

El INEI (2015) por su parte observó que la intensidad de la lactancia en menores de seis meses de edad, por área de residencia, fue de 96,8% en el área rural y 94,7% en el área urbana, datos que difieren sustancialmente de los encontrados en el presente estudio (44).

El Ministerio de Salud señala que el deficiente conocimiento sobre las propiedades, ventajas y técnicas de amamantamiento, sumado a una actitud desfavorable tanto de las madres como de cierto sector de profesionales de la salud viene afectando la práctica inmediata, libre y exclusiva de la LME durante los seis 8 primeros meses de vida de las niñas y niños, hecho que ocurre tanto en la zona urbana como en la zona rural

Estadísticamente, no se encontró asociación entre las variables procedencia y edad de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, según lo establece $p = 0,127$

Tabla 08. Edad de abandono de la lactancia materna exclusiva según ocupación de las madres. Consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016

Ocupación	Edad de lactancia materna exclusiva								Total	
	2 meses		3 meses		5 meses		6 meses		nº	%
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%		
Ama de casa	1	1,2	11	13,3	21	25,3	50	60,2	83	92,2
Estudiante	0	0,0	2	28,6	1	14,3	4	57,1	7	7,8
Total	1	1,1	13	14,4	22	24,4	54	60,0	90	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Gamma = - 0,136

p = 0,719

En los datos que anteceden se puede observar que del 92,2% de mujeres amas de solamente el 1,2% abandonó la lactancia materna exclusiva a los 2 meses; sin embargo, el 13,3% lo hizo a los meses y el 25,3% a los 5 meses; las estudiantes también abandonaron la lactancia materna exclusiva a los 3 meses en 28,6% y a los 5 meses en 14,3%.

Las amas de casa aparentemente tendrían mayor disposición para amamantar de manera exclusiva por su mayor permanencia en el hogar; sin embargo, en ocasiones estas mujeres tienen más hijos y estas desvían su atención hacia ellos descuidando al más pequeño; de otra parte las actividades del hogar suelen agotarlas y terminan abandonando la lactancia. Quienes son estudiantes tienen que dejar a sus bebés al cuidado de terceros que pueden ser una de las abuelas u otro familiar y aunque podrían extraer la leche y dejarla para que se la den al niño, es probable que carezcan de este conocimiento. Estadísticamente, no se encontró asociación entre las variables ocupación y edad de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, según lo establece $p = 0,719$

Tabla 09. Edad de abandono de la lactancia materna exclusiva según tipo de parto de las madres lactantes que acudieron al Consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016

Tipo de parto	Edad de lactancia materna exclusiva								Total	
	2 meses		3 meses		5 meses		6 meses		nº	%
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%		
Vaginal	1	1,2	12	14,5	20	24,1	50	60,2	83	92,2
Cesárea	0	0,0	1	14,3	2	28,6	4	57,1	7	7,8
Total	1	1,1	13	14,4	22	24,4	54	60,0	90	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Gamma = - 0,033

p = 0,923

Se observa en la presente tabla que del 92,2% de mujeres que tuvo su parto por vía vaginal, el 1,2% abandonó la lactancia materna exclusiva a los dos meses; el 14,5% a los tres meses; el 24,1% a los cinco meses; mientras que el 60,2% dijo haber dado lactancia materna exclusiva hasta los seis meses; del 7,8% de mujeres que tuvieron su parto vía cesárea, el 14,3% abandonó la lactancia materna exclusiva a los 3 meses, el 28,6% a los 5 meses; solamente el 57,1% amamantó hasta los 6 meses.

Algunos autores señalan que las madres que dan a luz por cesárea presentan un riesgo tres veces mayor de abandonar la lactancia en el primer mes, lo que no ha ocurrido en el presente estudio, pues ninguna cesareada abandonó la lactancia materna exclusiva antes de los tres meses y es que para algunas madres la cesárea no supone ningún trauma aparente.

Independientemente del tipo de parto que tuvo la mujer, esta puede sentir cansancio, fatiga y estrés por diferentes razones, que pueden inhibir la producción de hormona prolactina y disminuir la producción de leche que las va a obligar a dar al bebé algún tipo de leche artificial o inclusive leche de vaca.

El ministerio de Salud señala que implícitamente todas las mujeres son biológicamente capaces de amamantar excepto las muy pocas con trastornos médicos severos que son limitantes, sin embargo la práctica de la lactancia materna se ve afectada por una amplia gama de factores socioeconómicos, culturales e individuales que operan en múltiples niveles e influyen en las decisiones y comportamientos a lo largo del tiempo.

Estadísticamente, no se encontró asociación entre las variables tipo de parto y edad de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, según lo establece $p = 0,923$.

Tabla 10. Edad de abandono de la lactancia materna exclusiva según experiencia en lactancias anteriores de las madres lactantes que acudieron al Consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016

Experiencias en lactancia anteriores	Edad de lactancia materna exclusiva								Total	
	2 meses		3 meses		5 meses		6 meses		nº	%
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%		
Positiva	1	1,2	10	11,8	22	25,9	52	61,2	85	94,4
Negativa	0	0,0	3	60,0	0	0,0	2	40,0	5	5,6
Total	1	1,1	13	14,4	22	24,4	54	60,0	90	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Gamma = - 0,526

$p = 0,250$

En la tabla 10 se puede evidenciar que del 94,4% de mujeres que tuvieron una experiencia positiva anterior, abandonaron la lactancia materna exclusiva después de los seis meses en 61,2%, mientras que del 5,6% que tuvieron alguna experiencia negativa anterior, lo hicieron en esta misma etapa en 40,0%, lo que sugiere que es importante que las mujeres tengan experiencias positivas en la lactancia, pues ha sido reconocida como la intervención más efectiva a nivel poblacional para mejorar las condiciones de salud en la población infantil en países en vías de desarrollo.

Deza en su estudio sostiene que, la experiencia de la lactancia materna como un constructo social de una realidad es indispensable para comprender profundamente aquello que va a impactar positiva o negativamente la alimentación con leche humana. A pesar de que las mujeres son las que finalmente toman la decisión con respecto a dar alimentación con su leche, no se puede desconocer que existen factores externos a ellas que condicionan su actitud con respecto a esta práctica. Es por esta razón que el contexto social, la vivencia y el aprendizaje cotidiano de LM juegan un papel fundamental en el desarrollo de esta experiencia, además describe el poder que tiene la LM en generar y recibir amor, un tipo de amor que no se había experimentado previamente (45).

Tabla 11. Edad de abandono de la lactancia materna exclusiva según patología mamaria de las madres lactantes que acudieron al Consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016

Patología mamaria	Edad de abandono de lactancia materna exclusiva								Total	
	2 meses		3 meses		5 meses		6 meses		nº	%
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%		
Sí	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	1,1
No	1	1,1	13	14,6	22	24,7	53	59,6	89	98,9
Total	1	1,1	13	14,4	22	24,4	54	60,0	90	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Gamma = - 1,000

$p = 0,313$

Los presentes datos permiten evidenciar que del 98,9% de mujeres que refirieron algún tipo de patología mamaria (mastitis, agrietamiento de pezones), el 1,1% abandonó la lactancia materna exclusiva a los dos meses de edad del bebé; el 14,6% lo hizo a los tres meses, el 24,7% a los 5 meses y solamente el 59,6% la abandonó a más de seis meses; sin embargo el 1,1% (1) de mujeres que manifestó alguna patología mamaria, no abandonó la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses.

Las patologías que suelen presentarse en las mamas o pezones generalmente se deben a una mala técnica de la lactancia, pero que, con un tratamiento ya sea casero o farmacológico hay un restablecimiento rápido de estos y la madre puede dar de lactar sin ningún inconveniente, ello es lo que ha podido suceder en el presente estudio.

Estadísticamente, no se encontró asociación entre las variables patología mamaria y edad de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, según lo establece $p = 0,313$

Tabla 12. Edad de abandono de la lactancia materna exclusiva según percepción de insuficiente producción de leche de las madres. Consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016

Percepción de Insuficiente producción de leche	Edad de abandono de la lactancia materna exclusiva								Total	
	2 meses		3 meses		5 meses		6 meses		nº	%
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%		
Sí	0	0,0	1	10,0	3	30,0	6	60,0	10	11,1
No	1	1,3	12	15,0	19	23,8	48	60,0	80	88,9
Total	1	1,1	13	14,4	22	24,4	54	60,0	90	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Gamma = - 0,047

$p = 0.870$

Se evidencia en la presente tabla que del 88,9% de mujeres que manifestaron no tener insuficiente producción de leche, el 1,3% abandonó la lactancia materna exclusiva a los dos meses, el 15,0% a los tres meses, el 23,8% a los cinco meses; y el 60% llegó a amamantar hasta los 6 meses; en tanto que aquellas mujeres que dijeron tener insuficiente producción de leche, el 10% abandonó la lactancia materna extrema a los tres meses, el 23,8% a los 5 meses y también el 60% continuó con la lactancia hasta los seis meses.

La OMS (2013) afirma que casi todas las madres pueden producir leche suficiente para uno o incluso dos niños, con tal que el niño succione eficazmente y tome el pecho tan a menudo como él quiera. Incluso cuando una madre percibe que su leche es insuficiente, habitualmente su hijo obtiene toda la leche que necesita. La cantidad de leche que producen los pechos está determinada por la cantidad que toma el niño; aumenta cuando el niño toma más. Incluso en sociedades en donde la dieta de las mujeres es escasa, la mayoría son capaces de producir leche en cantidades adecuadas para el buen crecimiento del niño. Muchas veces, cuando los senos están secretando calostro, los primeros días pos parto, la madre empieza a pensar que no hay suficiente producción de leche y empieza a darle agüitas u otros tipos de leche para que el bebé se alimente, principalmente si esta es primigesta y /o tiene bajo nivel de conocimientos sobre lo importante que es el calostro que es la primera leche y la cual tiene mayor contenido proteico y de vitaminas

Algunas madres se preocupan por la cantidad de leche que producen incluso ya en los primeros días tras el parto. A veces, son los parientes, amigos o agentes de salud quienes sugieren a la madre que puede no tener leche suficiente. Parece que en todas las sociedades, la confianza de las madres en su capacidad para satisfacer las necesidades de sus hijos se minan fácilmente.

Sin embargo, si un niño mama infrecuentemente, o no mama por la noche, la madre puede producir menos leche. La mayoría de los niños hacen 10-15 tomas o más, especialmente durante las primeras semanas. Si un niño mama menos de ocho veces en 24 horas, puede que no obtenga leche suficiente. Un motivo común por el cual un niño no obtiene leche suficiente es que su madre le ofrezca tomas muy cortas.

La mayoría de los niños maman durante 5-15 minutos o más en cada toma. Cuando han tomado toda la leche que quieren, ellos mismos sueltan el pecho. Si la madre detiene la toma a los pocos minutos, puede que su hijo no obtenga suficiente leche y puede no obtener leche suficiente.

Un niño que está mal agarrado al pecho no extrae leche fácilmente -succiona ineficazmente. Puede que el niño no obtenga suficiente leche, y puede dejar de ganar peso; o puede querer mamar con mucha frecuencia y durante mucho tiempo en cada toma para obtener leche suficiente. Para comprobar que un niño está bien agarrado al pecho, busque los siguientes signos. A veces, sin embargo, un niño no obtiene suficiente leche. Habitualmente esto se debe a que el niño no succiona bastante, o no succiona eficazmente. En los pocos casos en que las madres son incapaces de producir leche suficiente, esto se debe a un escaso desarrollo de la glándula mamaria o a un trastorno hormonal.

Estadísticamente, no se encontró asociación entre las variables percepción de insuficiente producción de leche y edad de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, según lo establece $p = 0,870$.

REFERENCIAS OBSTÉTRICAS

46. Méndez N, García L, Reyes D, Trujano L. Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna en un programa de apoyo para la misma en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. *Nutrición Hospitalaria*. 2015; 32(6): p. 2618-2621.
47. Organización Mundial de la Salud. Lactancia Materna Exclusiva. Artículo científico. Ginebra - Suiza: Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales; 2016.
48. Álvarez M, Orozco N, Moreno A, Marín T, Tur I. Factores que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna en lactantes de un grupo básico de trabajo. *Revista Médica Electrón*. 2017 Abril 7: p. 884-893.
49. Camargo F, La Torre J, Porras J. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Hacia la promoción de la Salud*. 2011 enero-junio; 16(1): p. 56-72.
50. 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 de la Facultad Nacional de Salud Pública*. 2013 Febrero-abril; 31(1).
51. Pacheco J. *Ginecología, Obstetricia y Reproducción*. Segunda ed. Lima: REP SAC; 2007.
52. Ministerio de Salud de Chile. *Manual de lactancia materna* Santiago de Chile; 2010.
53. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva N° 342. [Online]; 2014 [cited 2015 Octubre 13]. Available from: <http://www.who>.
54. Roig A, Martínez M, García J, Pérez S, Laguna G, Álvarez J, et al. Factores asociados al abandono de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida. *Revista Latinoamericana Enfermagem*. 2010 mayo-junio; 18(03).
55. Nino R, Silva G, Atalah E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Revista Chilena de Pediatría*. 2012 Abril; 83(2): p. 161-169.
56. Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. Lima; 2014.
57. Del Carpio J. Factores socioculturales que prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes en el Centro de Salud Nueva Esperanza 2014. Tesis. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
58. Puente M, Alvear N, De los Reyes A, Ricardo T. ¿Por qué las madres adolescentes abandonan la lactancia materna exclusiva? *Revista cubana de alimentación y nutrición*. 2010; 20(2): p. 280-286.
59. Avalos M. Comportamiento de algunos factores biosociales en la lactancia materna en los menores de un año. *Revista cubana de Medicina General Integral*. 2011 julio-setiembre; 27(3).
60. Roig A. El abandono prematuro de la lactancia materna: incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia. Tesis. España: Universidad de Alicante; 2012.
61. Ortiz L, Lara V. Factores relacionados con la interrupción temprana de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al Centro de Salud N° 1 de la ciudad de Tulcán en el periodo enero-junio de 2012. Tesis. Ecuador: Universidad Técnica del Norte; 2012.
62. Pino J, López M, Medel A, Ortega A. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. *Revista chilena de nutrición*. 2013 Marzo; 40(1).
63. Villanés K. Abandono de la lactancia materna exclusiva en madres arias. Tesis. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2015.
64. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int>. [Online]; 2015 [cited 2015 Octubre 12]. http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/.
65. Tortora G, Derrickson B. *Principios de anatomía y fisiología*. Décimo tercera ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2013.
66. UNICEF, OMS, OPS. *Lactancia, promoción y apoyo en un hospital amigo de la madre y del niño*. Módulo 3 Argentina; 2014.

67. Guzmán D, Caballero T. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Santiago de Cuba: Universidad de Oriente, Santiago de Cuba; 2012.
68. Puga C, Peschard J, Castro T. Hacia la Sociología. Cuarta ed. México. D.F. Pearson; 2007.
69. Ministerio de Educación. Indicadores de educación. Lima; 2010.
70. Molinas. Ocupación y significado: aportes a terapia ocupacional desde un modelo constructivista. Argentina; 2007.
71. Ferrater J. Diccionario de filosofía. Primera ed. Barcelona: Ariel S.A; 2004.
72. Navarro C. Reincorporación al trabajo tras la maternidad. Lima; 2014.
73. Muñoz M. Los senos. Dermofarmacia. 2008; 26(11).
74. Maris S. Percepción materna del hambre. Reflexiones a partir de un estudio sobre desnutrición infantil en Argentina. Revista de Psicología GEPU. 2013; 4(1): p. 109-125.
75. Cunnigham G. et. al. Obstetricia de Williams. Vigésima tercera ed. Washington: Mc Graw Hill; 2011.
76. García T. et al. Larousse Diccionario enciclopédico México, D.F. Ediciones Larousse; 2010.
77. Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU. Cesárea. Medline Plus. 2014 Julio 28.
78. Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU. Infección mamaria. Medline Plus. 2014 Noviembre 16.
79. De Elorza G. Diccionario Médico G. DE, editor. Bogotá: Zamora Editores; 2012.
80. Ministerio de Salud. Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea. Boletín Estadístico de nacimientos Perú: 2015, 2016.
81. Moraes M, Da Silva L, Faliú B, Sosa C. Técnica de alimentación a pecho y aparición de trauma del pezón previo al alta hospitalaria. Archivos de Pediatría Uruguaya. 2011; 82(1): p. 10-17.
82. Oribe M. et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. Gaceta Sanitaria. 2015 Septiembre 23; 29(1): p. 4-9.
83. Ruiz P, Martínez J. Causas del abandono de la lactancia materna exclusiva en una zona básica urbana. Artículo original. España; 2014.
84. Campos A, Oliveira C, Carmona E, Higa R, Nogueira I. Prácticas de lactancia materna exclusiva reportadas por las madres y la introducción de líquidos adicionales. Revista Latino Am - Enfermagem. 2015; 23(2): p. 283-290.
85. Paredes M. Nivel de conocimientos que tienen las madres menores de dos años sobre lactancia materna y su relación con el destete precoz en el distrito San Francisco de Sangayaico. Trabajo de investigación para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Chíncha: Universidad Autónoma de Ica; 2016.
86. Rodríguez J, Acosta N. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva en población pobre de áreas urbanas de Colombia. Revista de Salud Pública. 2008; 10(1).
87. Lilliam M, Ureña M, Fernández X. Duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad urbana y otra rural de Costa Rica. Población y Salud en Mesoamérica. 2017 Febrero 12; 15(2).
88. López N. Lactancia materna: conocimientos, actitudes y prácticas en madres de zona urbana, Chimbote. In crescendo Ciencias de la Salud. 2017 Noviembre 15; 4(2): p. 551-560.
89. Instituto nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de Salud Familiar. Lima; 2015.
90. Deza M. Experiencias sobre lactancia materna en una población de madres de Bogotá. Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de Especialista en Pediatría. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2014.