

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
"PEDRO RUIZ GALLO"**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**"FACTORES DEL ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA  
MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES Y  
ADULTAS JÓVENES. HOSPITAL DOCENTE BELEN.  
LAMBAYEQUE, SEPTIEMBRE 2013-JUNIO 2014"**

## **INFORME DE TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORA:**

**Sevilla Meza, Cecilia Inés**

**ASESORA:**

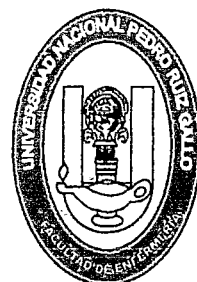
**Mg. Sánchez de García, Nora Elisa**

**LAMBAYEQUE, FEBRERO**

**2015**



# **UNIVERSIDAD NACIONAL "PEDRO RUIZ GALLO"**



**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**"FACTORES DEL ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA  
EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES Y ADULTAS JÓVENES.  
HOSPITAL DOCENTE BELEN. LAMBAYEQUE, SEPTIEMBRE 2013-  
JUNIO 2014"**

## **INFORME DE TESIS**

**Para optar el Título Profesional de  
Licenciada en Enfermería**

**AUTORA:**

**Sevilla Meza, Cecilia Inés**

**ASESORA:**

**Mg. Sánchez de García, Nora Elisa**

**LAMBAYEQUE, FEBRERO 2015**



# **UNIVERSIDAD NACIONAL "PEDRO RUIZ GALLO"**



**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

---

***"FACTORES DEL ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA  
EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES Y ADULTAS JÓVENES.  
HOSPITAL DOCENTE BELEN. LAMBAYEQUE, SEPTIEMBRE 2013-  
JUNIO 2014"***

**INFORME DE TESIS**

**Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería**

**AUTORA:**

Sevilla Meza, Cecilia Inés

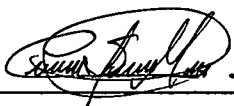
**ASESORA:**

Mg. Sánchez de García, Nora Elisa

**LAMBAYEQUE, FEBRERO 2015**

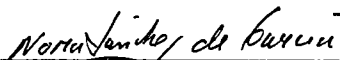
***Tesis: "FACTORES DEL ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA  
MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES Y ADULTAS  
JÓVENES. HOSPITAL DOCENTE BELEN. LAMBAYEQUE, SEPTIEMBRE  
2013-JUNIO 2014"***

**Presentada por:**



Bach. Enf. Cecilia Inés Sevilla Meza

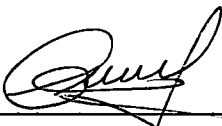
Autora



Mg. Nora Elisa Sánchez de García

Asesora

**Aprobada por:**



Mg. Gricelda Jesús Uceda Senmache

Presidenta



Dra. Clarivel de Fátima Díaz Olano

Secretaria



Mg. Rosa Candelaria Alcalde Montoya

Vocal

## **DEDICATORIA**

*A Dios por iluminarme, darme las fuerzas necesarias para seguir adelante a pesar de los obstáculos, la salud y además de su infinita bondad y amor para lograr mis metas y proyectos.*

*A mis padres, a mi hermano y familia, quienes siempre me motivaron con su comprensión y apoyo incondicional en el cumplimiento de mis metas.*

*A los lectores, quienes con su comentario y sugerencias harán posible que este trabajo se difunda en el ámbito de salud y educación.*

La Autora

## **AGRADECIMIENTO**

*A nuestro guía, Dios nuestro señor por cada día más de vida, el cual me permite seguir adelante cumpliendo cada meta trazada.*

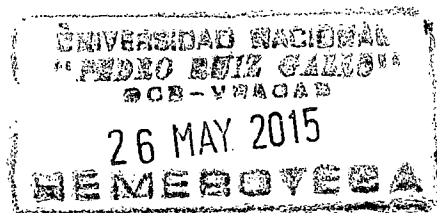
*A mis padres, hermanos y familia quienes con su amor, apoyo incondicional han estado a lo largo de toda mi vida universitaria, ellos quienes me alentaron a continuar y no dejar derrotarme por los miedos.*

*A mi asesora la Mg. Nora Sánchez de García, quien me brindo su tiempo y sus enseñanzas día a día me mostró el camino para afianzar el conocimiento adquirido y para mejorar profesionalmente.*

*A nuestras docentes quienes a lo largo de toda mi vida universitaria me brindaron más que conocimientos, me brindaron herramientas para afrontar la vida profesional con ética y moral.*

*A la enfermera jefe del servicio de Crecimiento y desarrollo del Hospital Docente Belén por su apoyo en la ejecución de la presente investigación y sobre todo a las madres de familia quienes me brindaron minutos valiosos de su tiempo para hacer posible la recolección de datos.*

La Autora



## INDICE

Resumen	7
Abstract	9
<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN</b>	12
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEORICO</b>	19
2.1. Antecedentes de la investigacion	19
2.2. Bases teóricas conceptuales	21
<b>CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO</b>	40
3.1. Tipo de investigación:	40
3.2. Diseño o abordaje	40
3.3. Población y muestra	41
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	43
3.5. Tecnicas para el tratamiento de datos	44
3.6. Aspectos éticos	44
3.7. Rigor científico	47
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	50
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	86
Referencias	91
Apéndice	103
ANEXO N° 01: Consentimiento informado	104
ANEXO N° 02: Cuestionario	106

## RESUMEN

La lactancia materna exclusiva en el lactante otorga múltiples beneficios jugando un rol fundamental como factor protector de trastornos a corto y largo plazo. No obstante esta práctica no ha alcanzado las metas propuestas de prolongarse al menos por seis meses, lo cual motivó a realizar la investigación: ¿Cuáles son los factores del abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes y adultas jóvenes. Hospital Docente Belén. Lambayeque, Septiembre 2013-Junio 2014? El objetivo general fue: identificar los factores del abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes y adultas jóvenes. Hospital Docente Belén.. Esta investigación cuantitativa, descriptiva y transversal trabajó con un muestra de 58 madres: 23 madres adolescentes y 35 madres adultas jóvenes; se utilizó como instrumento de recolección de datos un cuestionario, procesándose los datos con el software estadístico SPSS-22; se aplicaron criterios de cientificidad y principios éticos, según reporte Belmont. Las conclusiones fueron: Se encontró relación significativa con el abandono precoz de la LME en los siguientes factores: Factores Individuales: nivel educativo básico, primiparidad, duración del amamantamiento menor a 15 minutos, técnica incorrecta de amamantamiento, experiencia frente al amamantamiento, percepción de producción insuficiente de leche; en los Factores culturales y sociales: desconocimiento sobre la producción láctea, conocimiento de una técnica correcta de amamantamiento, conocimiento sobre la frecuencia ideal del amamantamiento, introducción de líquidos y/o otros alimentos antes de los seis

meses, desconocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna, embarazo no programado, apoyo de la pareja en tareas del hogar; en los Factores Económicos: ingreso salarial mensual superior a S/.751 y en los Factores Institucionales: persona que brinda información sobre LM

**Palabras claves:** Lactancia Materna Exclusiva, Lactancia Materna, factores del abandono precoz de la Lactancia Materna Exclusiva.

## **ABSTRACT**

Exclusive breastfeeding of newborns give them multiple benefits and plays a fundamental role protecting infants in the short and long term. Nevertheless, this practice has not reached the proposed goals of six months of feeding of infants, which has motivated this research: What are the factors basing the decision of early abandonment of this practice in teenage and young-adult mothers at the Belen Teaching Hospital. Lambayeque, September 2013-June 2014? The main goal of this research was to identify the factors that affect early abandonment of exclusive breastfeeding in teenage and young adult mothers at the Belen Teaching Hospital. Lambayeque, September 2013-June 2014. This quantitative, cross-section research used a sample of 58 mothers, 23 of which were teenagers and 35 were young adults; a questionnaire was used as the principal tool for data collection, and the data obtained was processed using the statistical software SPSS 22 and the research followed the ethical guidelines proposed in the Belmont Report. The main conclusions of the study were: Significant relationship with the early abandonment of the exclusive breastfeeding was found on the following factors: individual factors: level of basic education, primiparity, duration of breastfeeding less than 15 minutes, incorrect breastfeeding technique, prior experience in breastfeeding, perception regarding insufficient production of milk; social and cultural factors: lack of knowledge about milk production, knowledge of a correct technique, ideal frequency of breastfeeding, type of food of the infant during its first 6 months, lack of knowledge about the benefits of breast milk, , programmed pregnancy, support

of the partner in house chores; Economic factors: monthly wage income above S/.751 and institutional factors: personnel in charge of providing information regarding exclusive breastfeeding.

Keywords: exclusive breastfeeding, breastfeeding, factors of early abandonment of exclusive breastfeeding.

# **CAPÍTULO I**

## INTRODUCCIÓN

La leche materna es considerada el alimento óptimo para los infantes. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomienda la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses y su mantenimiento, con otros alimentos, hasta los 2 años de edad.

La lactancia materna exclusiva (LME) juega un rol fundamental como factor protector de trastornos a corto y largo plazo protegiendo al lactante de infecciones, del síndrome metabólico y de enfermedades crónicas del adulto entre otras cosas. Pese a esto y a las campañas y objetivos propuestos por el Ministerio de Salud (MINSA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) no se han obtenido los resultados esperados, es decir, la lactancia materna exclusiva no se ha mantenido en el tiempo como una práctica constante. Es más, La lactancia materna disminuyó en todo el país, por el ingreso de la mujer al mercado laboral.<sup>1</sup>

Hacia fines del siglo XIX e inicios del siglo XX, se empezó a promover el uso de la alimentación artificial; la lactancia materna empezó a ser ampliamente sustituida por sus sucedáneos debido a diferentes factores, entre ellos la intensa y agresiva publicidad que presentaban a los sucedáneos de la lactancia materna como una opción moderna y progresista, convirtiéndose rápidamente en una opción que a los ojos de la sociedad era bastante innovadora y efectiva.<sup>2, 3, 4</sup>

En nuestro país, los resultados a nivel nacional de la encuesta ENDES 2013<sup>5</sup> señalaron que el 72.3% de niñas(os) menores de 06 meses de edad tuvieron

lactancia exclusiva. Donde la duración media de LME a nivel nacional fue de 4,4 meses, con un 4,9 meses para mujeres y 4,0 meses para varones. Indicando que las acciones que se han venido realizando han dado resultados positivos, al ser uno de los porcentajes más altos del decenio, sin embargo aún revelan que hay un cierto porcentaje de niños que no reciben lactancia materna exclusiva y que los hace propensos a padecer de trastornos a corto y largo plazo.

En el departamento de Lambayeque fue de 0,7 meses, mientras que en el distrito de Lambayeque no se conocen cifras exactas del abandono prematuro de la lactancia materna exclusiva; sin embargo la investigadora durante sus prácticas pre-profesionales al interrelacionarse con madres de niños menores de seis meses y puerperas constantemente encontró diversos problemas en relación con la diada madre-hijo, como: escuchar decir que no tienen mucha leche, que su bebé no se llena, que tienen poco tiempo, madres jóvenes primerizas, con bajo nivel de ingresos económicos que manifiestan “ *tengo que dejar a mi hijo en casa para salir a trabajar*”, “ *Mi abuelita me dijo que debería darle agua de anís para los gases*” También pudo observar técnicas incorrectas de amamantamiento, lo que origina insatisfacción en el bebé debido a que no puede satisfacer su necesidad de alimentación, como en la madre ya que se ve obligada a recurrir a sucedáneos de la leche materna.

Por otro lado, según datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INEI)<sup>6</sup>, el embarazo en menores de 19 años ha aumentado en las últimas dos décadas, teniendo en nuestro país una incidencia de alrededor del 18,3 %. ENDES 2013<sup>5</sup> señala que la edad de la madre al tener el primer hijo fue: antes de los 18 años

del 15,1% al 17,9% y antes de los 20 años del 32,6% al 35,4%. Además señala que 13,9% de adolescentes ya estuvieron alguna vez embarazada a nivel nacional. Mientras que el 11,4% de adolescentes ya estuvieron alguna vez embarazada en el departamento de Lambayeque. También señala que la iniciación del proceso de procreación va de un 2,0% entre las adolescentes de 15 años hasta un 30,2% en las adolescentes de 19 años.

Siendo la adolescencia un periodo crítico debido a que se experimenta una serie de rápidos y profundos cambios donde experimentan una madurez reproductiva, transformación de los procesos psicológicos, mayor capacidad intelectual, y la transición del estado de dependencia socioeconómica total a una dependencia relativa<sup>7, 8</sup>, hace de enfrentar una maternidad precoz, un periodo aún mucho más crítico, sin embargo, no solo las adolescentes enfrentan factores que las hace abandonar la lactancia materna exclusiva, sino también este problema es experimentado por madres adultas jóvenes primerizas, al entrar a otra etapa de la vida al ser madres ENDES 2013 señala que 64,6%.de las madres antes de los 25 años ya habían tenido a su primer hijo.

Ante lo descrito la investigadora se planteó la siguiente pregunta ¿Cuáles son los factores del abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes y adultas jóvenes. Hospital Docente Belén. Lambayeque, Septiembre 2013-Junio 2014?

Siendo el objetivo general que guió la investigación: Identificar los factores del abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes y adultas

jóvenes. Hospital Docente Belén. Lambayeque, Septiembre 2013-Junio 2014 y los objetivos específicos fueron: identificar factores individuales: fisiológicos y psicosociales, que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses en las madres adolescentes y adultas jóvenes, Identificar factores de tipo cultural y social que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses en las madres adolescentes y adultas jóvenes, identificar factores económicos que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses en las madres adolescentes y adultas jóvenes e identificar factores institucionales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses en las madres adolescentes y adultas jóvenes.

La presente investigación se justifica porque la ciencia de enfermería, es una profesión social que concibe a la persona como un ser holístico, conformado por subsistemas que están interrelacionados en todas sus etapas de vida, es así que se convierte en aquel profesional que tiene la oportunidad de brindar cuidado directo al recién nacido inmediato, mediato y lactante y al fortalecer el vínculo madre-hijo. Debido a que este conjunto es considerado como un sistema interactivo, influido por las características individuales de cada miembro, puede modificarse de manera que satisfagan sus necesidades como sistema. Por esto la lactancia materna exclusiva juega un rol importante en el crecimiento y desarrollo del niño ya que no solo se brinda un alimento óptimo para el lactante sino que también juega como un lenguaje entre madre-hijo<sup>9</sup>.

La leche materna es un fluido vivo, su composición es óptima para la nutrición del niño en los primeros meses de vida, capaz de adaptarse a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del niño. Su composición varía de una madre a otra y en cada mujer, en el transcurso del día e incluso en una misma mamada<sup>10, 11</sup>. Por estas características constituye el elemento nutritivo más importante<sup>12</sup>. Sin embargo, si el lactante es no amamantado con leche materna, deja de obtener numerosos beneficios, y se exponen a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, además de generar un importante coste económico y social.

En este contexto que por influencia de diversos factores, la madre que abandona la lactancia materna exclusiva, pone en riesgo el bienestar del niño. Por ello, la educación, el asesoramiento, la actitud y la modificación de la conducta de los padres respecto a la lactancia materna exclusiva podría ser por parte de la enfermera el factor clave para determinar que este tipo de alimentación se promueva, de allí que conocer estos factores permitirá abordar en programas educativos aspectos más específicos que puedan motivar a las madres para optar por este tipo de alimentación.

La importancia de la investigación radica en que permite conocer los factores que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en las madres adolescentes y adultas jóvenes y dar a conocer los resultados a las autoridades de la institución donde laboran, a fin de que los tomen en cuenta para intervenir mediante programas y estrategias que permitan la promoción y protección de la lactancia materna exclusiva que fortalezcan la lactancia materna exclusiva.

Además la investigación podrá ser utilizada como material bibliográfico para las estudiantes o profesionales que realicen investigaciones relacionadas con el objeto de estudio del presente trabajo.

El presente informe está estructurado de la siguiente manera.

**Capítulo I:** Introducción, el cual contiene la realidad problemática, el problema, los objetivos, y la justificación e importancia.

**Capítulo II:** Marco teórico, aquí se encuentra los antecedentes y bases teóricas conceptuales.

**Capítulo III:** Marco metodológico, aquí se ubica el tipo de investigación, enfoque, población y muestra, métodos y técnicas de recolección de datos, análisis de los datos, rigor científico y principios éticos.

**Capítulo IV:** Resultados y Discusión, aquí serán presentadas las tablas y gráficos con su respectiva interpretación y análisis.

**Capítulo V:** Conclusiones y recomendaciones.

**Apéndice:** Consentimiento informado y Cuestionario estructurado.

# **CAPÍTULO II**

## **MARCO TEORICO**

### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION**

#### **ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

- Monsalve M., Rojas C., Unda M<sup>13</sup>. (2011) realizaron una investigación denominada “factores y motivos del abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes” en Valdivia-Chile, que tuvo como objetivo evaluar cuali-cuantitativamente los factores que influyen en el abandono precoz de la LME en madres adolescentes beneficiarias del sistema público de salud de esta ciudad. Se concluyó que existía una prevalencia mensual de 89,6%, 68,8%, 50% y 43,8% al primer, segundo, tercer y cuarto mes respectivamente. Al estimar la probabilidad de sobrevivencia de LME mediante Curva Kaplan- Meier, se observa al tercer mes posparto poco más del 50% de probabilidad de continuar LME. No se observó asociación significativa de la duración de LME con las características del recién nacido ni de la madre. Se observó una tendencia a mayor duración de LME cuando las madres recibieron información sobre el tema en el embarazo o puerperio, cuando recibieron apoyo de la pareja o apoyo familiar durante la gestación. Sí se detectó asociación estadísticamente significativa con el tipo de parto, donde el abandono de la LME al cuarto mes en madres que presentaron parto normal fue menor respecto de las cesareadas o con fórceps (48% vs.100%;  $p=0,014$ ). Respecto del análisis cualitativo emergieron dos temas principales: “Factores y motivos del

abandono de la LME” y “Percepción sobre la información y atención recibida”, evidenciando experiencias sobre la educación recibida, calidad de la información, creencias y opinión sobre la atención relacionándolo con la situación de abandono de la LME.

- Roig O., (2012)<sup>14</sup> en Alicante-España realizó una investigación denominada “el abandono prematuro de la lactancia materna: incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna”, que tuvo como objetivo describir y explicar el fenómeno del abandono prematuro de la lactancia materna, concluyendo que el alta hospitalaria y el final de la prestación por maternidad fueron los momentos de mayor abandono para la muestra estudiada. El abandono de la lactancia materna completa y el de la lactancia materna están relacionados. Además ambos se relacionaron con no haber amamantado anteriormente, una lactancia anterior  $\leq 4$  meses y una peor valoración de la experiencia anterior. El menor nivel de estudios se asoció con un mayor abandono de la lactancia y el uso de chupetes o suplementos de leche artificial ocasionales en el hospital con el abandono de la lactancia materna completa. La educación prenatal es un factor protector para la lactancia materna y la lactancia materna completa.

#### **ANTECEDENTES NACIONALES**

- Cairo J. (2000)<sup>15</sup> realizó una investigación denominada: “Lactancia Materna Exclusiva Hasta los Seis Meses y Factores Asociados en Niños Nacidos Sanos” que tuvo como objetivo determinar si existió relación entre

características maternas, prácticas hospitalarias y pérdida de peso neonatal con el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva (LME) hasta 6 meses en los niños nacidos sanos en el Centro Médico Naval en 1998. Concluyendo que se brindó lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses al 36,7% de la población estudiada (40 de 109). Los factores asociados fueron la jerarquía militar y el consumo de fórmula durante el periodo neonatal. En donde la jerarquía militar inferior del familiar de la institución y el no consumir fórmula durante el periodo neonatal estuvieron asociados al mantenimiento de la LME hasta 6 meses en los niños nacidos sanos en esta institución

## **ANTECEDENTES LOCALES**

- A nivel local no se encontraron antecedentes relacionados con el objeto de estudio.

## **2.2. BASES TEÓRICAS CONCEPTUALES**

El primer año de vida es el período más rápido de crecimiento y desarrollo en la vida del niño en el cual las demandas nutricionales son mayores. Debido a que multiplica por tres su peso e incrementa el 50% de su talla, paralelamente a ello, los órganos van madurando a gran velocidad, haciendo que el cerebro triplique su tamaño durante la infancia y alcance el 90% del tamaño adulto a los dos años<sup>9</sup>.

En la última década se han acumulado pruebas que apoyan que la nutrición de los niños durante los primeros meses de la vida tiene consecuencias metabólicas en el

desarrollo de la infancia tardía y la adolescencia que se relaciona con la aparición de enfermedades en la vida adulta. Además, a corto plazo la lactancia materna también previene de enfermedades como las infecciones gastrointestinales y la reduce de la mortalidad neonatal<sup>10</sup>.

Sin embargo, la práctica materna del destete precoz o la decisión de no amamantar a su hijo es un problema ancestral, no siempre influido por razones médicas<sup>11</sup>. El código de Hammurabi (1800 A.C.) menciona la búsqueda y empleo de nodrizas. En Europa desde hace 4000 años existen antecedentes sobre técnicas de alimentación en bebés no amamantados. En épocas de Esparta se obligaba a que la esposa espartana debía amamantar al mayor de sus hijos. Mientas que por el siglo XVIII empezó a predominar el uso de alimentación sustituta, práctica que muestra que las mujeres de aquella época amamantaban poco a sus hijos debido a que "porque no era la costumbre" y/o deseaban mantener su "belleza y frescura". Esta práctica continuó durante el siglo XIX y parte del siglo XX, sin embargo, con el pasar del tiempo ha habido cambios en cuanto a normas que incentivan y promueven la lactancia materna exclusiva y en la actualidad, la mayoría de los países desarrollados y en vías de desarrollo han creado políticas que favorecen en forma abierta la lactancia materna exclusiva.

En 1981, la 34ª Asamblea Mundial de la Salud, promulga el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna<sup>16, 17</sup>, con el objetivo de contribuir en la protección de los lactantes de una nutrición segura y suficiente, promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de

la leche materna, cuando éstos fueran necesarios, sobre la base de una información adecuada y a través de métodos apropiados de comercialización y distribución.

El Código incluye recomendaciones referidas a sucedáneos de la leche materna y preparaciones para lactantes. Así mismo incluye recomendaciones sobre el uso de biberones y mamaderas. Además se precisan aspectos sobre la calidad y la disponibilidad de los productos anteriormente referidos y sobre la información relacionada con su utilización.

El Perú fue el primer país en Latinoamérica que implementó “el Código” a través de la aprobación del “Reglamento de Alimentación Infantil” en 1982 (D.S. N° 020-82- SA). Reglamento que fue revisado y actualizado en el 2006 mediante el D.S. N° 009-2006-SA<sup>17, 18</sup>, acorde con las definiciones y directivas actualizadas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y con los lineamientos de política del sector salud.

El Reglamento de Alimentación Infantil<sup>18</sup> precisa que se debe brindar una eficiente atención y cuidado de la alimentación de los niños hasta los 24 meses de edad, mediante la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria. Asimismo, da orientaciones para asegurar el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, en los casos estrictamente necesarios. Esta norma nacional orienta el cumplimiento de las recomendaciones del Código tanto por el personal de salud como por los comercializadores de sucedáneos de leche materna.

Además en el Perú, se han promulgado las siguientes leyes y normas referidas a la lactancia materna y el trabajo<sup>17</sup>:

- Ley N° 26644 (27/6/96) Da derecho a 45 días de descanso pre natal y 45 días de descanso post natal. El pre natal puede ser diferido, parcial o totalmente, y acumulado en el post-natal. Da derecho a que el período vacacional, se inicie al día siguiente de vencido el descanso post-natal.
- Ley N° 27240 (22/12/99) Al término del período post natal, da derecho a una hora diaria de permiso por lactancia materna, hasta que el hijo tenga como mínimo 6 meses de edad.
- Ley N° 27403 (20/1/01) La hora diaria de permiso por lactancia materna se considera como efectivamente laborada para todo efecto legal, incluyendo la remuneración correspondiente.
- Ley N° 27591 (13/12/01) Modifica la Ley N° 27240. Da derecho a una hora diaria de permiso por lactancia materna hasta que su hijo tenga un año de edad.
- Ley N° 27606 (23/12/01) Extiende el descanso postnatal 30 días adicionales en los casos de nacimiento múltiple.
- Ley N° 28731 (13/5/06) Incrementa el permiso por lactancia una hora más al día, en caso de parto múltiple.
- D.S. N° 009-2006-MIMDES (23/8/06) Dispone la implementación de lactarios para dar privacidad y facilidades a las madres lactantes para la extracción y

conservación de la leche materna en las instituciones del sector público donde laboren 20 ó más mujeres en edad fértil.

Por ellos es necesario resaltar que la leche materna es un fluido vivo, ya que su composición es óptima para la nutrición del niño en los primeros meses de vida, además de ser un fluido capaz de adaptarse a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del niño a medida que este crece y se desarrolla<sup>12</sup>.

Su composición varía de una madre a otra, en el transcurso del día e incluso en una misma mamada. La fracción más estable es la proteica y la de mayor variabilidad, la grasa<sup>19, 20</sup>, esto debido a que es dinámica puesto que obedece a mecanismos de regulación neuroendocrina<sup>18</sup> en donde las células, los nutrientes y las sustancias químicas tienen un rol fundamental. Por estas características la leche materna es considerada el elemento nutritivo más importante, tanto así, que no requiere de otro suplemento o alimento para cubrir las necesidades alimenticias del bebé durante los primeros seis meses de vida.

La composición de la leche materna<sup>20</sup> determina sus ventajas, ya que esta contiene proteínas, lípidos, carbohidratos, vitaminas y minerales. Algunas de las proteínas contenidas en la leche humana son la caseína y la albúmina. La primera estimula el sistema inmunológico del lactante y la segunda aporta aminoácidos. Dentro de las proteínas también se consideran las enzimas, que intervienen en la absorción de las grasas y tienen actividad bactericida. La leche materna también contiene inmunoglobulinas las cuales son consideradas proteínas y forman anticuerpos que protegen la mucosa intestinal del bebé. La fracción lipídica representa la mayor

parte energética de la leche, además de esto interviene en el crecimiento y maduración del sistema nervioso central del lactante. Dentro de los carbohidratos el más importante es la lactosa que en conjunto con los lípidos aporta la energía necesaria para el normal crecimiento y desarrollo del niño. Otros carbohidratos, presentes en concentraciones inferiores son la glucosa, galactosa, y las glicoproteínas. De los minerales entregados por la leche materna son particularmente importantes el calcio que otorga dureza y estructura a los huesos, el hierro que es esencial en la producción de glóbulos rojos y en el transporte de oxígeno, el zinc que se relaciona con el desarrollo normal del sistema inmunológico y el cobre que es necesario para la utilización del hierro y es un cofactor de enzimas involucradas en el metabolismo de la glucosa. En la leche materna también están presentes las vitaminas en distintas cantidades, podemos encontrar la vitamina K, que se relaciona con el proceso de coagulación sanguínea, también está presente la vitamina D que tiene una función hematopoyética y propiedades inmunoreguladoras, la vitamina E que tiene una función antioxidante y la vitamina A que interviene en el proceso de la visión y la respuesta inmunológica.

En síntesis la leche materna genera múltiples beneficios para el lactante, y a su vez la práctica de la lactancia materna exclusiva genera otros beneficios tanto para el niño como para la madre, familia y entorno.

En la actualidad existen numerosos estudios que describen los beneficios que otorga la lactancia materna exclusiva, no sólo para el bebé, sino también para la madre, familia y entorno. Estas ventajas hacen de la leche materna, un alimento de calidad que se entrega al lactante, ya que asegura un óptimo desarrollo, crecimiento y

supervivencia para el bebé. Desde hace varios años se demuestra en estudios de cohortes que los niños alimentados con LM presentan menos EDA, IRA e infecciones otitis medias, meningitis, inclusive reduce el riesgo de Diabetes Mellitus (DM) tipo II, menor tensión arterial y menores concentraciones de colesterol, así como menores tasas de sobrepeso<sup>21</sup>. Sin embargo ninguno de estos estudios cumple criterios de ensayo clínico; ya que no es ético aleatorizar a los niños para recibir LM o fórmula adaptada. Por ello cuando se analizan los resultados de estos estudios siempre refieren que no se puede asegurar que las diferencias encontradas se deben a la leche de la madre; ya que el hecho de que una mujer decida amamantar o no a su hijo es un marcador de actitudes diferentes hacia el niño y por tanto los grupos de niños que reciben LM y los que no la reciben no son comparables.

Otros beneficios son un mejor desarrollo dentomaxilar y facial, crecimiento y desarrollo óptimo debido a que recibe todos los nutrientes necesarios a través de lo cual posee un desarrollo intelectual más elevado y disminuye el desarrollo de algunas enfermedades como DM tipo I en niños con antecedentes de familiares de primer grado, trastornos de la conducta alimentaria de la infancia, meningitis, entre otros<sup>22, 23</sup>.

La lactancia materna exclusiva también genera beneficios a corto y largo plazo para la madre. A corto plazo se disminuye el riesgo de hemorragia post-parto, ya que favorece la retracción temprana del útero<sup>23, 24</sup> y disminuye el riesgo de depresión post-parto al mantener un contacto piel a piel con su bebé y producir satisfacción emocional en la madre. Eleva la autoestima al ayudar a recuperar el peso previo y

a perder la grasa obtenida producto del embarazo. Además dentro de los beneficios a largo plazo, la lactancia materna exclusiva protege a la madre frente algunas enfermedades tales como el cáncer de mamas y ovarios<sup>23</sup> y mejora la mineralización ósea, previniendo el estado osteoporótico de la menopausia <sup>24</sup>.

Al brindar lactancia materna se mantiene contacto directo entre el lactante y la madre; esto generará beneficios familiares debido a que refuerza los lazos afectivos, mejora la comunicación e interpretación de señales entre padres e hijo y esto a su vez va a actuar como un factor protector contra el maltrato infantil. Además ofrece una protección anticonceptiva a las mujeres que brindan lactancia materna exclusiva a sus hijos, en los primeros seis meses post-parto<sup>25</sup>. Por otro lado al considerarse un alimento que se encuentra listo, con la temperatura adecuada y los nutrientes perfectos para el desarrollo y crecimiento del lactante, otorga beneficios y comodidad para la familia.

La lactancia materna también genera beneficios para la sociedad ya que es considerado un factor protector contra diversas enfermedades, incluidas las crónicas, por lo cual, representa un ahorro de recursos para el estado, además disminuye la morbilidad infantil, al reducir el número de consultas médicas, exámenes, entre otros. Además, en un momento en el que el cuidado medioambiental debe ser una prioridad para todos por las consecuencias que puede tener a corto y largo plazo el deterioro del medio ambiente, promocionar la LM es una forma de disminuir la cantidad de residuos generados en las familias (botes de fórmula adaptada, biberones, tetinas, etc.)<sup>26</sup>. La leche de la madre es una de las pocas actividades del hombre en las que el impacto medioambiental es nulo, no

genera residuos y además proporciona todos los beneficios descritos anteriormente en relación con la salud del niño y de la madre.

Considerando los beneficios de la lactancia materna exclusiva anteriormente descritos, se puede decir que dicha práctica tiene particular importancia para el desarrollo humano, naciendo de aquí el interés de la investigadora por estudiar y determinar las causas de su abandono precoz.

Nola Pender<sup>27</sup> en su Modelo de Promoción de la Salud expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Esta teoría inspirada en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, así mismo reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas y afirma que la conducta es racional, considerando que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad.

Distintos estudios han identificado factores biopsicosociales que influyen en la duración de la lactancia materna exclusiva, entre los que se encuentran factores individuales: biológicos y sociales, factores culturales y sociales, factores económicos y factores institucionales.

El nivel biológico y social agrupa los factores relacionados con la díada madre-niño, directamente vinculados con las decisiones maternas sobre el inicio o duración de la lactancia y los comportamientos de la madre y el lactante.<sup>28</sup>

Las causas más cercanas al fenómeno del abandono prematuro de la lactancia materna son los factores biofísicos vinculados al inicio de la producción láctea tras el parto y a su mantenimiento posterior. Tanto el retraso en el inicio de la producción láctea, como la percepción de una producción insuficiente de leche que satisfaga las necesidades del lactante, están asociados a una menor duración y exclusividad de la lactancia materna<sup>14,25, 29</sup>.

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<sup>30, 31</sup>. 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, debido a que influye en el volumen y la calidad de la leche, así como en la saciedad del niño<sup>32</sup>, limitando así, la frecuencia y duración de las tomas. Además, una técnica de amamantamiento incorrecta interfiere en la transferencia de leche<sup>33</sup>, debido a que ocasiona dolor e insatisfacción del niño tras la toma<sup>34</sup>.

En cuanto a las intenciones, actitudes, experiencia anterior y seguridad materna. La primera es entendida como el compromiso personal con la acción, el cual constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas<sup>27</sup>. La literatura resalta la especial importancia de aspectos psicológicos de la madre. En general, las mujeres con más riesgo de abandono prematuro de la lactancia desean amamantar menos tiempo, toman la decisión más tempranamente y tienen actitudes negativas hacia la lactancia materna<sup>35</sup>.

Como se mencionó anteriormente unas de las característica maternas asociados al retraso de la lactancia materna fue la primiparidad, esto debido a que las 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<sup>33</sup>. Esto puede ser debido a que las mujeres sin experiencia anterior tienen menos habilidades para afrontar la lactancia y sus dificultades<sup>36, 37</sup>.

Esta variable se asocia además a uno de los principales motivos para iniciar la lactancia materna mixta o abandonar completamente la lactancia materna, ya que las madres que perciben que su leche es insuficiente tienen menores puntuaciones de autoeficacia para la lactancia materna exclusiva<sup>29, 35</sup>. La autoeficacia percibida, constituye uno de los conceptos más importantes en el Modelo de Promoción de la Salud porque representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta. 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 también influye sobre las decisiones de las mujeres<sup>38</sup>.

También es sabido que una mayor edad, estar casada y un mayor nivel educativo y de ingresos son variables asociadas a mayores tasas de inicio, exclusividad y duración de la lactancia materna<sup>25, 39</sup>.

Unido a ello, las características del lugar donde tiene lugar el parto y el tipo de cuidados que recibe la madre durante su estancia posparto están relacionados con el inicio y duración de la lactancia materna, debido a que el sistema sanitario es uno de los factores que ha influido en la reducción de las tasas de lactancia materna exclusiva<sup>40</sup>. Ya sea por la falta de formación clínica y habilidades de los profesionales para manejar los problemas de lactancia <sup>34, 41</sup>, la ausencia de recursos orientados al apoyo a las madres que lactan o las prácticas que dificultan la lactancia o reducen la producción de leche de las mujeres <sup>40, 42, 43</sup>.

Entre los factores relacionados con la falta de habilidades o conocimientos de los profesionales o con la inadecuación de los recursos de apoyo a las mujeres se encuentran: el alta precoz hospitalaria en algunos contextos, la falta de un adecuado seguimiento posparto con visitas domiciliarias, la información contradictoria y la falta de apoyo de los profesionales <sup>34, 35, 39, 44</sup>

Unido a esto encontramos que, el trabajo fuera de casa es mencionado frecuentemente como una razón para el abandono prematuro de la lactancia materna<sup>35, 45, 46</sup>. Las dificultades que las mujeres encuentran en el entorno laboral incluyen una actitud negativa hacia la madre lactante y la dificultad para poder continuar con la lactancia al separarse de su hijo, que algunas consideran insalvable<sup>41, 46</sup>.

Por otro lado, la lactancia no es sólo un comportamiento instintivo, sino que depende del aprendizaje. Está influenciado por factores culturales y sociales. A pesar de su base fisiológica, el significado de la lactancia y la forma en la que se integra en los contextos culturales varía globalmente<sup>47</sup>. El nivel social y cultural se refiere a factores vinculados al contexto más general, relativos a la estructura de la sociedad, que influyen en la aceptabilidad y expectativas sobre la lactancia.

Las diferencias en la exclusividad y duración de la lactancia dependen en gran medida del conocimiento de la mujer sobre la producción de leche y en creencias culturales<sup>48</sup>. Ya que estas afectan al modo en que se alimenta a los niños y a los valores, actitudes y expectativas asociados a este comportamiento. Estas creencias pueden ser más potentes que las recomendaciones de los profesionales de la salud e incluyen, entre otros aspectos, el tipo de interacción entre madres y pequeños, la forma en que se adapta la lactancia a las rutinas familiares, cómo se lleva a cabo el amamantamiento, las nociones sobre lo que es ser “buena madre” y la relación de la lactancia con tendencias y modas<sup>47, 49</sup>.

En los países en desarrollo, como el nuestro, donde la lactancia materna se practica de forma casi universal, la introducción de líquidos, agua con azúcar o agua, desde las primeras semanas, se basa en diversas creencias<sup>49</sup>. Sin embargo, existen aspectos como la dificultad para compatibilizar la lactancia con los estilos de vida de la mujer, el desagrado de la lactancia en público, o de dar el pecho a niños pequeños, podrían influir en las decisiones de las mujeres para abandonar la lactancia de forma prematura<sup>50, 51</sup>.

Las actitudes y prácticas de lactancia de las mujeres también están influenciadas por las personas de su entorno cercano, especialmente sus parejas, aunque también por las abuelas y otras personas del entorno de la madre.

Los factores que influyen en la energía, tiempo y capacidad de resolver problemas de la madre, como la falta de apoyo del círculo de personas más cercano, incluyendo la falta de conocimientos o experiencia en lactancia, las actitudes negativas hacia la lactancia, el estrés en la relación de pareja, y la poca colaboración en las tareas del hogar de las personas que conviven con la madre, están relacionados con el abandono prematuro de la lactancia<sup>35, 39</sup>.

Considerando lo anteriormente planteado y el hecho de que la ocupación de la madre, desde el punto de vista de la madre estudiante y trabajadora, es un factor influyente en la duración de la lactancia materna exclusiva es que se considera fundamental caracterizar la etapa de la adolescencia y adultez joven y la lactancia materna en dicha etapa.

Se define como adolescencia al "período de la vida en el cual cada persona, en la que se experimenta una serie de rápidos y profundos cambios en el crecimiento y desarrollo, a través de la cual se va a adquiriendo la madurez reproductiva, transformación de los procesos psicológicos, mayor capacidad intelectual, y la transición del estado de dependencia socioeconómica total a una dependencia relativa" fijando sus límites<sup>7, 8</sup>.

Los cambios corporales que anuncian la llegada de la pubertad, como inusitada estación del cuerpo, y que marcan el inicio de la adolescencia, provocan cierto

desconcierto en los púberes y adultos cercanos. Comienza una nueva etapa de aprendizaje y cambios<sup>52</sup>.

Esta transición de cuerpo y mente, proviene no solamente de sí mismo, sino que se conjuga con su entorno, el cual es trascendental para que los grandes cambios psicológicos que se producen en el individuo lo hagan llegar a la edad adulta<sup>53</sup>.

En los adolescentes ocurren cambios aún más importantes que se aprecian en el área intelectual del entendimiento, memoria, razonamiento, asociación de ideas, facultad de evocación y de la creación en procesos sentimentales y emocionales. En esta época la inteligencia se desenvuelve, a veces en tiempo y forma inesperados, con exaltación de las facultades del juicio y de la comprensión, en busca de caminos ignorados e inexplorados. Surgen vocaciones que aseguran con firmeza el futuro del individuo, se desarrollan múltiples facetas de una nueva convivencia con el mundo que los rodea. No obstante, lo más notorio y difícil en el adolescente es el despertar de las emociones<sup>54</sup>.

Los complejos sentimientos asociados al desarrollo de la personalidad del adolescente deben ser moldeados de acuerdo a los cánones de la sociedad en la que se encuentra inmerso. Existe un gran número de adolescentes que evolucionan de forma errónea, porque se han desarrollado físicamente, pero no han crecido emocionalmente, y suelen actuar como niños, llevándolos a comportarse de formas inapropiadas, que los llevan a resultados inesperados como por ejemplo el embarazo adolescente.

El embarazo adolescente, generalmente no planificado y no deseado, supone un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la adolescente, además de condicionar, definitivamente, su estilo de vida, al constituir un problema más social que médico. Diferentes estudios han puesto de manifiesto que el embarazo adolescente es un embarazo no deseado, observándose variaciones según el entorno sociocultural<sup>55</sup>.

Además desde la perspectiva sociocultural, la adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema escolar, quedando con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas. Esta situación se ve agravada por su condición de madre soltera<sup>56</sup>.

Por otra parte las inequidades en las relaciones de género, acrecientan la vulnerabilidad de las mujeres, puesto que confluyen diversas formas de subordinación social. Además, la figura del padre adolescente no está plenamente constituida en la sociedad, siendo muchas veces un actor invisibilizado que elude su co-responsabilidad en el embarazo. De este modo, la mujer debe asumir estos costos sobre sí misma y sobre su propio/a hijo/a<sup>57</sup>.

En relación a los factores de riesgo que condicionan el embarazo adolescente, se pueden encontrar distintas variables que los determinan, pudiendo establecer tres categorías: factores de riesgo individual, familiar y social<sup>58</sup>.

Se ha visto que el mayor riesgo del embarazo adolescente no parece estar influenciado por las condiciones fisiológicas especiales, sino que es más importante la influencia de las variables socioculturales y las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione.

El embarazo en la adolescencia representa un esfuerzo fisiológico extra, y la lactancia provoca que dicho esfuerzo se aún mayor, ya que la energía y los requerimientos nutricionales para la misma son mayores que los del embarazo<sup>59</sup>.

Caso contrario pasa en la juventud, debido a que entre los veinte y los treinta años, la mayoría de las personas disfrutan plenamente la vitalidad, la fuerza y la resistencia en comparación con las personas de otras edades. Se trata de una expectativa normada por la edad. Además en casi todas las culturas los jóvenes aprovechan los mejores años a desarrollar sus aspiraciones profesionales.

En el aspecto cognitivo, aunque Piaget describió la etapa de las operaciones formales como la cúspide del logro cognoscitivo, el adulto joven se caracteriza por la capacidad para manejar la incertidumbre, la inconsistencia, la contradicción, la imperfección y el compromiso, denominándose esta etapa superior de la cognición adulta como pensamiento posformal. El pensamiento posformal maneja información en un contexto social y es relativista. A menudo se desarrolla en respuesta a interacciones y acontecimientos que abran formas inusuales de ver las cosas y desafían la visión simple y polarizada del mundo.

En la fase de entrada de la edad adulta temprana (de los 17 a los 33 años), un hombre construye su primera estructura de vida provisional. Deja el hogar de sus padres, quizá para ir a la universidad y adquiere independencia financiera y emocional.

Elige una ocupación, tal vez una esposa y forma un sueño acerca de lo que espera lograr en el futuro.

Con la intención de otorgar una visión realista, local, y actualizada respecto a los factores y motivos por los cuales cesa la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes y adultas jóvenes, se espera dar a conocer los motivos por los cuales las madres abandonan esta práctica, como una forma de vislumbrar estrategias para aumentar la lactancia materna exclusiva en las madres adolescentes y adultas jóvenes y de cierta forma potenciar los beneficios que otorga la lactancia materna para el binomio madre-hijo, sociedad y economía, ya que no existen datos representativos y validados de la Ciudad de Lambayeque.

# **CAPÍTULO III**

## MARCO METODOLÓGICO

### 3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

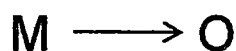
Según el paradigma, la presente investigación es cuantitativa: puesto que estudió un fenómeno de la realidad, el cual estuvo altamente estructurado, especificando las características principales del diseño antes de obtener un sólo dato; asimismo recogió y analizó datos sobre las variables y estudió las propiedades y fenómenos cuantitativos<sup>60</sup>.

Según el período de recolección de datos, fue transversal debido a que implicó la recolección de datos en un momento establecido de tiempo.

Según el diseño esta investigación fue de tipo no experimental: debido a que observó los fenómenos tal y como ocurren naturalmente, sin intervenir en su desarrollo.

### 3.2. DISEÑO O ABORDAJE

El tipo de diseño que se empleó en la presente investigación fue descriptivo simple, el cual se representó a través del siguiente esquema:



En donde:

**M:** Muestra: Madres adolescentes y adultas jóvenes con bebés menores de seis meses que estén inscritos en el consultorio de crecimiento y desarrollo del Hospital Docente Belén, que abandonaron precozmente la LME

**O:** Variable de Estudio: Factores que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva.

### **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población del estudio de Investigación estuvo integrada por Mujeres a partir de 15 a 30 años de edad que hayan tenido de 1 a más partos. Los hijos deben tener más de 6 meses de Vida. Las Mujeres que formaron parte de la población debieron acudir a los controles de niño sano de su hijo, del Hospital Docente Belén de la Provincia y Departamento de Lambayeque, ubicado en la Zona Urbana, durante el Periodo del 01 de Septiembre hasta el 30 de Junio del 2014. El total de madres que acudieron a dicho Hospital son 249 entre Adolescentes y Adultas Jóvenes (86 madres adolescentes de 15-19 años y 162 madres adultas jóvenes de 20-30 años) incluyéndose en el estudio las madres que abandonaron la lactancia materna exclusiva.

Para determinar la muestra se aplicó una muestra piloto clasificando en Madres adolescentes que han abandonado precozmente la Lactancia Materna Exclusiva y en Madres adultas jóvenes que han abandonado precozmente la Lactancia Materna Exclusiva. La presente Investigación hizo uso del Muestreo Probabilístico Aleatorio Estratificado con asignación proporcional, luego se aplicó Muestreo Aleatorio Simple en cada estrato, para que cada madre tuviera la misma probabilidad de ser elegida para incluir su información en el trabajo de Investigación. Las características de las madres que se consideraron según factores del abandono de la Lactancia Materna Exclusiva fueron: factores Individuales el

índice de masa corporal (peso), edad, decisión de amantar a su niño, forma de coger el pecho al darle de mamar al niño; de los factores Sociales las alternativas para hacer ante los cólicos y embarazo planificado; de los factores económicos la ocupación de la madre; y de los factores Institucionales el lugar donde tiene lugar el parto. De esta manera se cumplió los requisitos fundamentales de una muestra: tener tamaño adecuado y ser representativa de la Población. En el tamaño de muestra se consideró una confianza del 95%, con un error de 10%, utilizándose la siguiente fórmula.

$$n = \frac{NZ^2pq}{(N - 1)h^2 + Z^2pq}$$

N: Total de madres adolescentes y adultas jóvenes que acudieron ha dicho Hospital Docente Belén de la Provincia y Departamento de Lambayeque, ubicado en la Zona Urbana, durante el Periodo del 01 de Septiembre hasta el 30 de Junio del 2014.

Z: valor obtenido en función del nivel de confiabilidad

p: proporción de madres que abandonaron la LME, esta proporción se estimó en función del reporte de la ENDES 2012-INEI.

h=nivel de precisión de la estimación, se está asumiendo una precisión relativa del 10%

Población N=249				
Adolescentes 14-19 años	86	Abandonaron LME	69	23
		No abandonaron LME	17	
Adultos 20-30 años	163	Abandonaron LME	106	35
		No abandonaron LME	57	
Tamaño de muestra para el estudio				58

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Madres entre 15 y 30 años.
- Madres de RN de término sanos.
- Residencia en los límites urbanos de la ciudad.
- Estar inscrita en el consultorio de crecimiento y desarrollo del Hospital Docente Belén.
- Madres que abandonaron la lactancia materna exclusiva.
- Madres adolescentes y adultas jóvenes que aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Adolescentes y adultas jóvenes con domicilio desconocido o incorrecto.

### **3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

En la investigación se utilizó como técnica la encuesta debido a que recoge información de manera impersonal; asimismo se utilizó como instrumento un cuestionario estructurado, con el fin de obtener respuestas concretas a los objetivos de la investigación.

### 3.5. TECNICAS PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS

Para el tratamiento de datos se utilizó el Software estadístico SPSS-22, la información obtenida se analizó mediante estadística descriptiva con porcentajes, y los resultados se presentaron en cuadros, luego se procedió a realizar las pruebas de asociación de variables mediante la prueba Chi-cuadrado, la cual es una prueba estadística que se utiliza en muchos casos en la investigación como por ejemplo: En bondad de ajuste, en asociación de variables, en homogeneidad de poblaciones y en muchas otras aplicaciones. En esta investigación la Prueba Chi-Cuadrado lo estamos aplicando para ver si dos variables cualitativas están asociadas o no. Y la también mediante Prueba exacta de Fisher, la cual se aplicó a variables dicotómicas.

### 3.6. ASPECTOS ÉTICOS

En la presente investigación se tuvo en cuenta los principios éticos establecidos por Belmont<sup>61</sup>.

**Principio de Beneficencia:** Este principio abarca el bien total de la persona humana en su integridad y en su concreta situación familiar y social. Es decir no producir daño intencionadamente.

Este principio se aplicó en la presente investigación teniendo en cuenta que los riesgos fueran razonables en relación con los beneficios esperados, que la investigadora fuera competente para conducir la investigación y así asegurar el bienestar del sujeto estudiado, minimizando los riesgos: usando el anonimato e informando que los datos obtenidos sólo fueran utilizados con el propósito de investigación.

**Principio de Respeto a la Dignidad Humana:** Se encarga de la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad que se constituyen como un fin supremo de la sociedad y del estado y fundamento para el ejercicio de los derechos que le son propios.

La dignidad intrínseca de la persona humana prohíbe la instrumentación de ésta. La persona es considerada siempre como sujeto y no como objeto, su valor no depende de factores ajenos a su dignidad. El ser humano es respetado no sólo como persona, sino también conforme a su pertenencia a la familia humana.

Este principio se aplicó en la investigación en las madres adolescentes y adultas jóvenes al permitir su participación de manera voluntaria haciendo que ellos sean actores de sus propios actos y no simples instrumentos para obtener información, con previo conocimiento de los objetivos y procedimientos que se realizaron para la obtención de la información. De igual forma se les brindó un trato amable y de respeto en todo momento.

**Principio de Primacía del Ser Humano y de Defensa de la Vida Física:** Este principio menciona que el interés humano debe prevalecer sobre el interés de la ciencia. Pues es la ciencia la que se encuentra al servicio de la persona humana y no la persona humana al servicio de la ciencia

La investigación y aplicación científica y tecnológica deben procurar el bien integral y evitar el mal de la persona humana protegiendo siempre la vida, la salud, la privacidad y dignidad de la persona.

En la presente investigación, en las madres adolescentes y adultas jóvenes se consideró la aplicación de este principio de lo más favorable, buscando hacer siempre el bien y evitar el mal respetando la vida corporal y espiritual en todo momento de las madres ya que representa un valor fundamental reconocido por el estado desde la concepción hasta su muerte natural.

**Principio de autonomía y responsabilidad personal:** La autonomía debe siempre estar orientada al bien de la persona humana y nunca puede ir en contra de su dignidad. En este entendido viene integrada a la responsabilidad personal.

Toda investigación y aplicación científica y tecnológica se desarrollará respetando el consentimiento previo, libre, expreso e informado de la persona interesada, basado en información adecuada. El consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, sin que esto entrañe desventaja o perjuicio alguno para la persona.

En la investigación se realizó un consentimiento informado dirigido en las madres adolescentes y adultas jóvenes para que participen voluntariamente en el proceso de recolección de datos, para esto se informó sobre el tema, finalidad, riesgo y beneficios, y esto justifique la necesidad del respeto a las personas y a sus decisiones autónomas.

**Principio de Igualdad, Justicia y Equidad:** Este principio se aplica a toda investigación en torno a la vida humana, considera la igualdad de todos los seres humanos, indistintamente de la etapa de vida por la que éstos atraviesen.

Las madres adolescentes y adultas jóvenes tuvieron un trato justo, equitativo, tanto antes, durante y después de su participación en el estudio, cumpliendo con todos los acuerdos establecidos entre ellos y la investigadora.

### **3.7. RIGOR CIENTÍFICO**

**Coherencia:** En este apartado se visualizó el vínculo de contraste entre los propósitos generales planteados en la investigación y las situaciones/ acciones que permitieron determinar el acercamiento o alejamiento de estos en su logro.

**Confidencialidad:** La cual se garantizó al momento de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, el cual fue anónimo y privado. También se reservó la información, la cual no fue accesible a otras personas que no estuvieron involucradas en la investigación.

**Credibilidad o valor de verdad:** Implicó la valoración de las situaciones en las cuales la investigación pueda ser reconocida como creíble, para ello, fue esencial la revisión de argumentos fiables que puedan ser demostrados en los resultados del estudio realizado, en concordancia con el proceso seguido en la investigación. La credibilidad en la presente investigación, se apoyó en los siguientes aspectos:

- a) Respeto por los hechos y situaciones generados en el contexto temporal y espacial de la investigación, desde el cual se ha observado, valorado y dilucidado a las madres.
- b) Valoración por jueces de expertos del/ os instrumento/ s de investigación.

- c) Estimación valorativa de los datos y/ o información derivada de los instrumentos aplicados. Se garantizará al tomar en cuenta las respuestas emitidas en el cuestionario de las personas investigadas.

**Transferibilidad o aplicabilidad:** se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. Guba y Lincoln<sup>62</sup>, indican que se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto.

Los resultados de este estudio, buscaron ser transferibles y aplicables a otros contextos y/ o ámbitos de acción, criterios del cual se tiene razón plena, en tanto la naturaleza social y compleja del fenómeno estudiado, pudiendo ser referente para producir transferencias de los instrumentos y fases de la investigación en otra situación o contexto, dependiendo de la condición o grado de intensidad al acercamiento en cuanto a similitud del proceso desarrollado, de quien investiga y desea producir esa transferencia.

**Audibilidad:** Llamada por otros autores confirmabilidad. Guba y Lincoln<sup>62</sup> se refieren a este criterio como la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello la investigadora deja su informe de la investigación en la biblioteca de la Facultad para ser utilizado en un futuro por otros investigadores.

# **CAPÍTULO IV**

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Mercer R.<sup>63</sup> refiere que el rol maternal es un proceso interactivo y evolutivo que se produce a lo largo de un cierto tiempo y en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, adquiriendo competencias en la realización con los cuidados relacionados con el rol y expresa el placer y la gratificación con el mismo.

Por otro lado pone énfasis en que el cuidado de enfermería debe contribuir a identificar junto con la madre situaciones que dificultan este proceso, como lo son la edad materna, el apoyo social, rasgos de la personalidad, el auto concepto, el entorno familiar, cultural y social, promoviendo la adopción del rol materno desde el control prenatal, además de involucrar al padre, brindando así un cuidado “Holístico” de la mujer durante la etapa perinatal.

Es así que siendo la lactancia materna el alimento óptimo para el lactante, ya que juega un rol importante en el crecimiento y desarrollo del niño y que además fortalece el vínculo afectivo entre padres-hijo al interactuar<sup>9</sup>; la investigadora luego de haber efectuado la recolección de datos, presenta y discute los resultados del estudio “Factores del abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes y adultas jóvenes. Hospital Docente Belén. Lambayeque, Septiembre 2013-Junio 2014”, en función de los objetivos planteados.

El primer objetivo específico de la investigación fue identificar factores individuales: fisiológicos y psicosociales, que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses en las madres adolescentes y adultas jóvenes, del cual se deducen las siguientes tablas: tabla N° 1, tabla N° 2, tabla N° 3 y tabla N° 4.

**Tabla N° 1.-Características biofísicas en madres adolescentes y adultas jóvenes.**

Hospital Docente Belén. Lambayeque, Septiembre 2013-Junio 2014.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
<b>Edad</b>		
15-19 años	23	39,7
20-29 años	35	60,3
<b>Número de partos</b>		
Primípara	38	65,5
1-2 partos	19	32,8
Más de 3 partos	1	1,7
<b>Tipo de parto</b>		
Vaginal	50	86,2
Cesárea	8	13,8

**Fuente:** Cuestionario estructurado para madres adolescentes y adultas jóvenes

Los resultados que se observan en la tabla N° 1 relacionado con las características biofísicas de las madres muestran que del 100% de madres adolescentes y adultas jóvenes encuestadas, el 60,3% representa al grupo comprendido de madres con edades de 20-29 años, esto puede ser debido a que desde la perspectiva sociocultural, la adulta joven<sup>60</sup> construye su primera estructura de vida provisional. Deja el hogar de sus padres, quizá para ir a la universidad o elige alguna ocupación. Para la mayoría de los jóvenes adultos, el hecho de elegir una pareja y crear una familia es uno de sus objetivos. Es frecuente que en algún momento decidan casarse y tener hijos; sin embargo, la maternidad es uno de los desafíos más importantes puesto que el nacimiento de un niño representa adquirir el nuevo rol de padres y disminuir así su rol de hijos.

La etapa del cuidado de los hijos pequeños puede generar conflictos en las madres que deciden relegar su profesión para dedicarse a su crianza. El anhelo de una mayor participación en el mundo adulto puede hacerlas sentir insatisfechas y frustradas debido a que están en pleno desarrollo profesional siendo esta una época de crecimiento personal y profesional donde el trabajo permite desarrollar habilidades, cumplir con responsabilidades individuales y sociales, pero al mismo tiempo contribuye a situar a las persona en relación con los demás, definiéndolo socialmente<sup>60</sup>.

Caso contrario pasa con el grupo de adolescentes de 15 a 19 años, el cual representó el 39,7%, quienes desde la perspectiva sociocultural al ver limitadas sus oportunidades de estudio y trabajo, quedan con un nivel de escolaridad muy bajo

que no le permite acceder a un trabajo digno que le pueda satisfacer, al menos, sus necesidades básicas, situación que se ve agravada por su condición de madre soltera o conviviente, debido a la inestabilidad emocional y falta de apoyo instrumental necesario durante este periodo <sup>56</sup>. Unido a esto el esfuerzo fisiológico extra que la lactancia provoca hace que la energía y los requerimientos nutricionales para la misma sean mayores que los del embarazo<sup>59</sup>, esto ocasiona que la madre adolescente abandone la LME ya sea por los horarios de trabajo o al introducir otro tipo de alimentos como tectitos, agüitas, leche de tarro o en polvo.

La condición de ser adolescente ha sido descrita como uno de los factores relacionados con el abandono precoz de la LME, y al igual que en el la tesis desarrollada por Monsalve M., Rojas C. y Unda M.<sup>14</sup> no observó una asociación significativa de la variable duración de LME con las edad de la madre.

Por otro lado, el 65,5% de madres son madres primíparas, resultados similares encontrados por Monsalve M., Rojas C., Unda M.en Valdivia- Chile donde la primiparidad tuvo un 93,7%. Esta situación se explicaría debido a que se ha asociado retraso en el inicio de la producción láctea tras el parto a características maternas como la primiparidad debido a la poca experiencia y desconocimiento de técnicas correctas de amamantamiento, favoreciendo la aparición de grietas en el pezón y otras molestias para la madre y el niño. <sup>14, 25, 29</sup>. Además de ello se puede relacionar el abandono precoz de la LME con la desinformación de la gestante durante los controles prenatales debido a que el papel de los profesionales de la salud resulta decisivo ya que la educación materna aumenta la tasa de LME, al informar desde el primer contacto.

Es fundamental que el equipo de salud que tiene contacto con las embarazadas, promueva la LME como el alimento ideal para sus lactantes, informándoles sobre los múltiples beneficios y las alternativas para aquellas mujeres que trabajan, de esta manera tratarán de continuarla a pesar de las dificultades que pudieran presentar. Sin embargo, si bien ENDES 2013<sup>5</sup> menciona que un 98,4% de las mujeres tuvieron algún control prenatal por personal de salud (médico, obstetriz, enfermera, técnico en enfermería, sanitario o promotor de salud), el Contenido de la atención prenatal durante los controles de rutina más frecuentes, no refleja que en la educación brindada a la gestante se aborde el tema sobre LME como se lo hace con la explicación de las complicaciones que pueden presentarse durante el embarazo. Resulta también importante que el apoyo a la LM debe continuarse posterior al nacimiento del bebé, pues es frecuente que en esta etapa la madre tenga dudas y se sienta incapacitada para lactar, porque en los primeros días suelen aparecer problemas relacionados con las mamas o alteraciones en el niño.

Con respecto al tipo de parto se pudo encontrar que este dato no fue significativo durante el estudio debido a que el 86,2% de madres que abandonaron la lactancia materna exclusiva tuvieron a sus hijos a través de parto vaginal. Mientras que el parto por cesárea tuvo sólo un 13,8%, cifras similares se encontraron en la ENDES 2013<sup>5</sup> donde se estima que el nacimiento por cesárea, se encuentra entre el 5,0% y 15,0% de todos los nacimientos como solución final a complicaciones del embarazo y parto; sin embargo, esta cifra podría continuar en aumento en el Perú debido a que las mujeres con educación superior y que son madres por primera vez optan por esta alternativa para su parto, lo cual resulta preocupante debido a que las madre

que dan a luz por cesárea presentan niveles más bajos de oxitocina y prolactina, las hormonas de la lactancia, en las primeras 48 horas del posparto, además de que el contacto temprano y prolongado madre-hijo así como la succión por parte del lactante resultan más difíciles o no existen<sup>5, 64</sup>. En un estudio realizado en España se detectó como factor condicionante en el cese de la LME, el origen de la madre y el tipo de parto (Bazán, et al., 2007; García-López, Ros-Bas, 2010).

**Tabla N° 2.-** Características psicosociales en madres adolescentes y adultas jóvenes. Hospital Docente Belén. Lambayeque, Septiembre 2013-Junio 2014

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
<b>Estado Civil</b>		
Casado	13	22,4
Conviviente	27	46,6
Soltera	18	31,0
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	17	29,3
Secundaria	23	39,7
Superior	15	25,9
Ninguno	3	5,2

**Fuente:** Cuestionario estructurado para madres adolescentes y adultas jóvenes

En la tabla N°2 se observa que el 69,0% ,madres que abandonaron la LME estaban en una situación de convivencia o eran madres solteras, estas cifras no estuvieron tan lejanas de las encontradas por Monsalve M., Rojas C. y Unda M.<sup>13</sup> donde el 100% de madres eran solteras, representando el estado conyugal como un factor, quizás no directamente relacionado con el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva, pero que refleja que en las madres con una unión estable el abandono de la lactancia fue menor que en las madres solteras; lo que significa que una mayor edad, estar casada se ha asociado a mayores tasas de inicio, exclusividad y duración de la lactancia materna<sup>28, 41</sup>. Debido a que el abandono precoz de la lactancia

materna exclusiva que ocurre con mayor frecuencia entre las madres solteras y convivientes se le atribuye a la inestabilidad emocional y falta de apoyo instrumental necesarios durante este período<sup>25</sup>. Por otra parte muchas de estas madres solteras suelen ser adolescente en las que se suma además la falta de preparación psicosocial y fisiológica para asumir en todos los planos el hecho de ser madre<sup>56, 59</sup>.

Por otro lado, se encontró que las madres que tuvieron estudios básicos abandonaron la LME en un 69,0,% en relación al total de madres encuestadas, siendo estos, 39,7% tuvieron estudios secundarios, y un 29,3% con estudios primarios, esta cifras se encuentran por encima de las encontradas por Monsalve M., Rojas C. y Unda M.<sup>13</sup> donde el 43,7% de madres tuvieron una escolaridad media, mientras que el 25,9% de madres que mantuvieron la LME estudios superiores lo que refleja que en la medida en que la madre tiene un mayor nivel educacional, también tiene mayores posibilidades de interpretar adecuadamente las orientaciones de salud e interiorizar las virtudes de la lactancia materna<sup>65</sup>. Que haya prevalecido el nivel de secundaria básica y no el de primaria como en otros estudios se debe al contexto y al momento en que éstos han sido hechos y a las posibilidades crecientes de nuestra población en cuanto al estudio y a alcanzar mayores niveles educacionales.

Por lo tanto, se concluye que factores como el estado civil y el nivel de escolaridad de la madre aunque no están directamente relacionados, mantienen una importante influencia en el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva.

**Tabla N° 3.- Prácticas maternas en madres adolescentes y adultas jóvenes.**  
Hospital Docente Belén. Lambayeque, Septiembre 2013-Junio 2014

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
<b>Decisión de amamantar</b>		
propia	56	96,6
Influenciada por otra persona	2	3,4
<b>Frecuencia de amamantamiento</b>		
Libre demanda	22	37,9
Cada 3 horas	18	31,0
Cada 4 horas	15	25,9
Cada 6 horas	4	6,9
<b>Duración del amamantamiento</b>		
De 5 a 10 minutos en cada pecho	25	43,1
15 minutos en cada pecho	16	27,6
20 minutos en cada pecho	9	15,5
30 minutos en cada pecho	8	13,8

---

**Posición de la mano al**
**amamantar**

Forma de tijera	41	70,7
Forma de c	17	29,3

**Dejó de amamantar al sentir****dolor**

Si	14	24.1
No	44	75.9

**Amamantó a su anterior****bebé**

Si	18	31,0
No	2	3,4

---

**Fuente:** Cuestionario estructurado para madres adolescentes y adultas jóvenes

En la tabla N° 3 Se observa que del total de madres que abandonaron la LME, el 96,6% tomaron por si solas la decisión de amamantar a sus niños, representando esto un factor protector de la lactancia materna. Sin embargo, 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. La influencia de esta variable puede variar con el tiempo e influir de forma distinta. Sin embargo, es imprescindible ya que se considera como un

marcador de “riesgo en una población”, como lo considera Oliver<sup>14</sup> en su tesis sobre el abandono prematuro de la lactancia materna.

Además con un porcentaje de 37,9% en madres, manifestaron dar de lactar a su niño cada vez que él lo requiera. La libre demanda<sup>66</sup> supone que el bebé debe ser alimentado cada vez que quiera, desde el mismo momento del nacimiento y hasta que suelte el pecho; hay que olvidarse de los horarios y la duración de la toma.

Sin embargo, si el niño pide mamar con demasiada frecuencia, a veces es debido a que no recibe suficiente cantidad de leche por no tener una postura adecuada; también puede deberse a que se alimente muy poco tiempo de cada pecho, y no extraiga la leche del final o “leche escondida”<sup>66</sup>, que lleva el mayor aporte calórico y riqueza en grasa, que es la que provoca saciedad.

El 70,7% de madres que abandonaron la LME en relación al total de madres, daban de lactar un tiempo inferior a los 15 min en cada pecho, siendo un 43,1% en madres que daban de 5-10 min y un 27,6% en madres con tiempo de amamantamiento de 15 min en cada pecho. Como es sabido cada bebé tiene su propio ritmo y es normal que mame también por la noche; la cantidad de leche será mayor cuantas más veces se dé el pecho. Se debe dar un pecho hasta que no quiera más<sup>66</sup> (en promedio de 20-30 min), ofreciéndole el otro, aunque no siempre lo querrá; en general, el inicio suele ser de manera muy irregular, siendo habitual que el niño mame muy frecuentemente en los primeros días y luego tienda a espaciarlas tomas. Al contrario, acortar la duración de la mamada en un tiempo fijo puede privar al niño

de tomar “la leche del final de la mamada” la cual es más rica en grasas y calorías y que lo ayudará a sentirse satisfecho y a aumentar de peso.<sup>67</sup>

Por otro lado el 70,7% de madres tienen como practica coger la mama en forma de tijera, relacionándose este resultado con las prácticas que realiza la madre y que dificultan la lactancia, debido a que afectan a la duración y el intervalo entra cada toma, así como en la satisfacción del niño, debido a que una técnica incorrecta de amamantamiento interfiere en la transferencia de leche, debido a que dificultan la extracción de leche de los senos lactíferos, e incluso impiden que el niño introduzca el pecho en su boca.<sup>14</sup>

También, se encontró que el 75,9% de madres refirieron no haber tenido dolor durante la lactancia. No siendo significativo en la investigación, debido a que no representó un factor para el abandono de esta.

El 31% de madres refirieron haber dado de lactar a su anterior bebé. La percepción de autoeficacia de las madres sobre su habilidad para dar el pecho se relaciona con la duración y exclusividad de la lactancia. Esta variable se asocia además a uno de los principales motivos para iniciar la lactancia materna parcial o abandonar completamente la lactancia materna, ya que las madres que perciben que su leche es insuficiente<sup>14</sup>. Pender<sup>27</sup> habla también que la autoeficacia percibida, representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, ya que conforme es mayor aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta.

**Tabla N° 4.-** Percepciones sobre la lactancia materna en madres adolescentes y adultas jóvenes. Hospital Docente Belén. Lambayeque, Septiembre 2013-Junio

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
<b>Percepción de insatisfacción del lactante</b>		
Llora constantemente y no parece satisfecho	22	37,9
Le da biberón y duerme por más tiempo	12	20,7
No duerme entre las mamadas	9	15,5
Quiere vivir mamando y se chupa los dedos	15	25,9
<b>Percepción de la producción de leche</b>		
La leche no gotea del pecho y están más flojos	20	34,5
Llora constantemente y no parece satisfecho	28	48,3
Tengo bastante leche	10	17,2

**Fuente:** Cuestionario estructurado para madres adolescentes y adultas jóvenes

Los resultados que se muestran en la tabla N° 4 relacionados con el abandono de la lactancia materna exclusiva y con la percepción de insatisfacción del lactante, encontramos que el 37,9% de madres relacionan la insatisfacción de su niño con el llorar constantemente y no parecer satisfecho. Similares resultados encontraron Monsalve M., Rojas C. y Unda M.<sup>13</sup> donde el 33% percibieron que la insatisfacción del lactante era porque llorar constantemente y no parecer satisfecho.

Un niño que parece no quedarse satisfecho tras las tomas, o que quiere comer muy a menudo o durante mucho rato en cada toma, puede que esté succionando ineficazmente y no esté obteniendo leche fácilmente<sup>68</sup>. A veces un niño puede rechazar el pecho por frustración porque la leche no sale bien. Si un niño llora mucho, su madre puede pensar que no tiene leche suficiente. Sin embargo, hay otras razones por las que un niño puede llorar. A veces, por ejemplo, los niños parecen más hambrientos de lo normal durante unos pocos días, probablemente porque están creciendo más rápido que antes. Esto se llama aceleración de crecimiento (“estirón”) <sup>68</sup>. A veces un niño está molesto debido a algunos alimentos que toma su madre. Algunos niños lloran mucho porque necesitan que los sostengan y los lleven en brazos más que otros. Otro motivo común de llanto es el “cólico”. Un niño que tiene “cólicos” habitualmente llora continuamente a determinadas horas del día, a menudo por la tarde. El niño puede estirar y encoger sus piernas como si tuviese dolor abdominal. Los niños con cólicos crecen bien y el llanto disminuye habitualmente después de los tres meses.

Por otro lado, en cuanto a la percepción de la madre sobre una producción insuficiente de leche encontramos también que el 48,3% de madres refieren que su hijo “llora constantemente y no parece satisfecho”. Similar a lo encontrado por Coronado M.<sup>26</sup>, y colaboradores donde la percepción de una producción insuficiente de leche fue de 40%. Algunos autores han reportado que la producción baja de leche (hipogalactia) como causa real de necesidad de leche artificial, sólo se presenta entre 4 y 10% de los casos. Siendo otras las causas que las madres mencionan para suspender la lactancia materna, las más comunes es que

la decisión de interrumpir la lactancia materna tomada en la mayoría de las veces es de la propia mujer, y las causas están relacionadas con dificultades en la lactancia (poca leche, hambre del bebé) y problemas personales. De tal manera que constituye el motivo o pretexto de la madre para justificar el abandono de la lactancia materna.<sup>68</sup>

Esta variable se asocia además a uno de los principales motivos para iniciar la lactancia materna mixta o abandonar completamente la lactancia materna, ya que las madres que perciben que su leche es insuficiente tienen menores puntuaciones de autoeficacia para la lactancia materna exclusiva<sup>29,35</sup>. 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 también influye sobre las decisiones de las mujeres<sup>38</sup>.

Por lo que se concluye, que las madres relacionan la insatisfacción de su niño con el llorar constantemente y no parecer satisfecho. Debido a que este puede que esté succionando ineficazmente y no esté obteniendo leche fácilmente. A veces un niño puede rechazar el pecho por frustración porque la leche no sale bien o porque tiene cólicos.

Mientras que la percepción de la madre sobre una producción insuficiente de leche, tiene como causa principal, en la mayoría de las veces, la decisión propia de la mujer de interrumpir la lactancia materna debido a factores personales y en menor proporción a la baja producción de leche (hipogalactia) como causa real de necesidad de leche artificial, que sólo se presenta entre 4 y 10% de los casos.

El segundo objetivo específico de la investigación fue identificar factores de tipo cultural y social que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses en las madres adolescentes y adultas jóvenes, del cual se desprenden las siguientes tablas: tabla N° 5, tabla N° 6 y tabla N° 7.

**Tabla N° 5.-** Conocimientos sobre la producción de leche materna y prácticas correctas de amamantamiento de las madres adolescentes y adultas jóvenes. Hospital Docente Belén. Lambayeque, Septiembre 2013-Junio 2014.

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
<b>Producción de leche</b>		
Conoce	10	17,2
Desconoce	48	82,7
<b>Posición de la mano al amamantar</b>		
En forma de c	48	82,8
En forma de tijera	6	10,3
Desconoce	4	6,9
<b>Frecuencia de amamantamiento</b>		
Libre demanda	26	44,8
Cada 3 horas	13	22,4
Cada 4 horas	15	25,9
Cada 6 horas	4	6,9

<b>Beneficios de la lactancia</b>		
Conoce	24	41,4
Desconoce	34	58,6

**Fuente:** Cuestionario estructurado para madres adolescentes y adultas jóvenes

En los resultados obtenidos en la tabla N° 5 sobre conocimientos sobre producción de lecha materna, beneficios de la lactancia materna y prácticas correctas de amamantamiento, se encontró que del total de madres encuestadas, hubo un 82,7% de madres que pertenecían al grupo que abandono la lactancia materna exclusiva que desconocían el mecanismo de producción láctea. Haciendo que las diferencias en la exclusividad y duración de la lactancia dependan en gran medida del conocimiento de la mujer sobre la producción de leche.<sup>14</sup>

En cuanto a las prácticas correctas de amamantamiento, se encontró un 82,8% de madres que habían abandonado la LME en relación con el total de madres encuestadas, refirieron que la posición correcta de la mano para amamantar es “en forma de C”, resultados similares encontraron Monsalve M., Rojas C. y Unda M.<sup>13</sup> con un 88%, además con respecto a la frecuencia de amamantamiento el 44,8% refirieron que la frecuencia correcta para amamantar al niño es a “libre demanda”, similar a lo encontrado por Monsalve M., Rojas C. y Unda M.<sup>13</sup> con un 33%. Lo que hace pensar que las causas que refieren las madres para el abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses, más que el desconocimiento sobre técnicas de amamantamiento es la poca motivación con respecto a la lactancia materna, puesto que, a pesar de que la gran mayoría recibieron asesoramiento y

orientación sobre lactancia materna durante el puerperio y conocen que es beneficiosa para el desarrollo y la salud de su hijo, no cumplen con ello. Esto responde a que durante mucho tiempo con los progresos de la civilización y la integración social de la mujer, se subvaloró el papel de la lactancia materna aceptándose la lactancia artificial como método más práctico y que permitiría la rápida integración de la madre a las actividades sociales, sin tener en cuenta los riesgos.<sup>69</sup>

Por otro lado, se encontró en cuanto al conocimiento en relación a los beneficios que otorga la LME que el 58,6% de madres no conoce o no recuerda al menos un beneficio de la lactancia materna. Estas cifras estuvieron por encima de las encontradas por Monsalve M., Rojas C. y Unda M.<sup>13</sup>, donde el 27,1% no recordaban los beneficios de la lactancia materna. Esto puede ser debido a la poca e insuficiente información brindada en los servicios de salud o a una información incorrecta.

**Tabla N° 6.-** Costumbres y creencias sobre la lactancia materna de las madres adolescentes y adultas jóvenes. Hospital Docente Belén. Lambayeque, Septiembre 2013-Junio 2014.

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
<b>Tipo de alimentación hasta los 6 meses</b>		
Pecho nada más	15	25,9
Pecho más té o agüitas	20	34,5
Leche de vaca o evaporada	1	1,7
Pecho más leche en polvo	22	37,9
<b>Que hacer en caso de cólicos</b>		
Dar agüitas o tecitos	32	55,2
Masajes en la espalda para eliminar gases	5	8,6
Agüitas y masajes	6	10,3
Dar gaseovet	15	25,9

**Fuente:** Cuestionario estructurado para madres adolescentes y adultas jóvenes

Los resultados obtenidos en la tabla N°6 referente a las costumbres y creencias sobre la lactancia materna de las madres adolescentes y adultas jóvenes. Encontramos que el 74,1% de madres refieren haber dado a su niño(a) otro tipo de alimento diferente a la leche materna, 34,5% refiere haber dado pecho más te o agüitas, 1,7% leche de vaca o leche evaporada y un 37,9% pecho más leche en

polvo. Las creencias culturales afectan al modo en que se alimentan a los niños y los valores, actitudes y expectativas asociados a este comportamiento. Estas creencias pueden ser más potentes que las recomendaciones de los profesionales de salud e incluyen, entre otros aspectos, el tipo de interacción entre madres y pequeños, la forma en que se adapta la lactancia a las rutinas familiares, cómo se lleva a cabo el amamantamiento<sup>14</sup>, además del estado socioeconómico de la madre. Existiendo la posibilidad de que la educación que brinda el profesional de salud, no se esté dando de una manera adecuada.

Por otro lado el 65,5% de madres manifiestan darles a sus niños en caso de cólicos agüitas o tecitos y masajes, un 55,2% agüitas o tecitos y el 10,3% refieren dar masaje y agüitas. Estas cifras estuvieron por encima de las encontradas por Monsalve M., Rojas C. y Unda M.<sup>13</sup> donde el 46% refirieron brindar agüitas y tecitos a sus niños para el tratamiento de los cólicos. En los países en desarrollo como el nuestro, donde la lactancia materna se practica de forma casi universal, la introducción de líquidos rituales, agua con azúcar o agüitas desde las primeras semanas, se basa en diversas creencias y rituales <sup>14</sup>. El anís de estrella comúnmente usado por las madres para el tratamiento de los cólicos de los niños y recomendado por las madres y abuelas es, sin embargo, perjudicial para el niño, debido a que puede producir convulsiones<sup>70</sup>.

**Tabla N° 7.- Condiciones prenatales y post natales de las madres adolescentes y adultas jóvenes. Hospital Docente Belén. Lambayeque, Septiembre 2013-Junio 2014**

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
<b>Programación del embarazo</b>		
Programado	10	17,2
No programado	48	82,8
<b>Apoyo de la pareja</b>		
Con apoyo	38	65,5
Sin apoyo	20	34,5
<b>Apoyo de la familia</b>		
Con apoyo	56	96,6
Sin apoyo	2	3,4

**Fuente:** Cuestionario estructurado para madres adolescentes y adultas jóvenes

Los resultados que se muestran en la tabla N° 7 muestran que el 82,8% en madres que abandonaron la LME, tuvieron embarazos no programados. Cifras similares encontraron Monsalve M., Rojas C. y Unda M.<sup>13</sup>, donde el 95,8% de embarazos fueron no programados. Mientras que el 65,5% de madres recibieron apoyo de parte de su pareja, similar a lo encontrado por Monsalve M., Rojas C. y Unda M.<sup>13</sup>

donde el 75% de madres recibieron apoyo por parte de la pareja. Un esposo consciente de lo que es mejor para su familia será un gran apoyo, puesto que él protegerá a la madre y al niño, y proporcionará el mejor ambiente para el bien de todos. Por lo tanto el apoyo del esposo y de la familia en general, se hace indispensable para el éxito de la lactancia y la crianza de los hijos<sup>71</sup>.

Por otro lado, el 96,6% de madres recibieron apoyo de parte de su familia, al igual que 91,7% encontrado por Monsalve M., Rojas C. y Unda M.<sup>13</sup>, significando que para una lactancia exitosa que los miembros de la familia, deben desde el principio dar protección y confianza a la madre, porque así la madre se sentirá competente. Pender<sup>27</sup> habla también de las influencias interpersonales, debido a que las considera importantes ya que hace que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofreciéndoles su ayuda o apoyo para permitirla.

La LM es un factor de cohesión familiar, necesaria en una sociedad inserta en un mundo que tiende a disgregar la familia. La madre debiera ser acompañada por personas cercanas afectivamente en el momento de su parto, y al inicio de la lactancia. El proceso de LM bien realizado, con el apoyo necesario de la familia, disminuirá el maltrato infantil, y por ende la violencia intrafamiliar.<sup>71</sup>

El tercer objetivo específico de la investigación fue identificar factores de tipo económico que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses en las madres adolescentes y adultas jóvenes, del cual se desprende la siguiente tabla.

**Tabla N° 8.- Situación económica de las madres adolescentes y adultas jóvenes.**

Hospital Docente Belén. Lambayeque, Septiembre 2013-Junio 2014

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
<b>Situación laboral</b>		
Estudia	12	20,7
Trabaja	18	31,0
Ama de casa	28	48,3
<b>Ingreso mensual (nuevos soles)</b>		
De s/. 100 - 250	15	25,9
De s/. 251- 500	13	22,4
De s/. 501-750	11	19,0
Más de s/. 751	19	32,8

**Fuente:** Cuestionario estructurado para madres adolescentes y adultas jóvenes

Los resultados que se muestran en la Tabla N° 8 relacionado a la situación económica de la madre nos permite observar que existe una mayor proporción, el 51,7%, en las madres que laboran y/o estudian y habían abandonado la lactancia

materna exclusiva respecto al 48,3% de las madres que mantuvieron una lactancia materna exclusiva y son amas de casa. El trabajo<sup>56, 60</sup> fuera de casa es citado frecuentemente como una razón para el abandono prematuro de la lactancia materna, aunque la decisión de iniciarla no está asociada a la intención de retornar a un trabajo remunerado tras el parto<sup>60</sup>. Las dificultades que las mujeres encuentran en el entorno laboral incluyen una actitud negativa hacia la madre lactante y la dificultad para poder continuar la lactancia al separarse de su hijo<sup>24</sup>. Además las madres estudiantes tienden a abandonar precozmente la lactancia materna exclusiva muchas veces obligadas por la necesidad de su incorporación a los estudios.

Por otro lado el 32,8% de las madres adultas jóvenes tuvieron más de S/.751. Estudios<sup>72</sup> aseguran que los niños nacidos en familias de medio estatus económico tenían mayor riesgo de detener la lactancia materna exclusiva.

El cuarto objetivo específico de la investigación fue identificar factores de tipo institucional que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses en las madres adolescentes y adultas jóvenes, del cual se desprende la siguiente tabla.

**Tabla N° 9.-** factores institucionales relacionados al mantenimiento de la lactancia materna en las madres adolescentes y adultas jóvenes. Hospital Docente Belén. Lambayeque, Septiembre 2013-Junio 2014

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
<b>Lugar donde se dio el parto</b>		
Casa	3	5,2
Hospital	25	43,1
Centro o posta de salud	17	29,3
Clínica	13	22,4
<b>Recibió información sobre lactancia materna</b>		
Si	38	65,5
No	20	34,5
<b>Persona que brindo información</b>		
Enfermera	16	27,6
Medico	9	15,5

Estudiante	12	20,7
Otro	1	1,7
Nadie	20	34,5
<b>Visitas domiciliarias</b>		
Si	0	0,0
No	58	100,0

**Fuente:** Cuestionario estructurado para madres adolescentes y adultas jóvenes

Los resultados que se pueden observar en la Tabla N° 9 muestran que del 100% de madres el 94,8% tuvieron un parto institucional en una posta o centro de salud, hospital o clínica, cifras similares encontró ENDES 2013<sup>5</sup> donde el 88,6% de madres tuvieron parto institucional. Las características donde tiene lugar el parto y el tipo de cuidados que recibe las madres durante su estancia postparto están relacionadas con el inicio y duración de la lactancia materna.<sup>14</sup>

El sistema sanitario es uno de los factores que han influido más en la reducción de las tasas de abandono de la lactancia materna. Sin embargo, se han encontrado dificultades como la falta de formación clínica y habilidades de los profesionales para manejar problemas de lactancia y obstáculos como el retraso en el contacto precoz piel con piel entre los recién nacidos y sus madres.

El 65,5% de madres refirieron haber recibido información sobre lactancia materna. El papel de los profesionales de la salud y el trabajo en equipo resulta decisivo, ya que la educación materna aumenta la tasa de LME, al informar desde el primer

contacto a todas las embarazadas sobre este tema. Sin embargo, si bien ENDES 2013<sup>5</sup> menciona que un 98,4% de las mujeres tuvieron algún control prenatal por personal de salud (médico, obstetriz, enfermera, técnico en enfermería, sanitario o promotor de salud), el contenido de la atención prenatal durante los controles no refleja que en la educación brindada a la gestante se aborde el tema sobre LME. Resulta también importante que el apoyo a la LM debe continuarse posterior al nacimiento del bebé, pues es frecuente que en esta etapa la madre tenga dudas y se sienta incapacitada para lactar, porque en los primeros días suelen aparecer problemas relacionados con las mamas o alteraciones en el producto.

Es fundamental que el equipo de salud que tiene contacto con las embarazadas, promueva la LME como el alimento ideal para sus lactantes, informándoles sobre los múltiples beneficios y las alternativas para aquellas mujeres que trabajan, de esta manera tratarán de continuarla a pesar de las dificultades que pudieran presentar.

Respecto a la fuente de información el 27,6% de madres refirieron haber recibido información de la enfermera, seguido de un 20,7% de la estudiante de enfermería, y un 15,5% del médico. Sólo un pequeño grupo madres recibió información en varios momentos y de distintas fuentes, aunque lo ideal sería que eso ocurriera en todos los casos, lo que refuerza la necesidad de enfatizar el tema durante el embarazo, parto, puerperio y controles de crecimiento y desarrollo. Lo que respalda a la información encontrada en la ENDES 2013<sup>5</sup> y resalta la importancia de trabajar en equipo con todo el personal de salud (enfermeras, médicos y personal de

obstetricia), desde el momento en que la gestante es captada durante los controles prenatales.

Por otro lado el 100% de madres adolescentes y adultas jóvenes refieren no haber tenido ninguna visita domiciliaria. A los profesionales de la salud les corresponde fortalecer las capacidades de cada familia para criar y cuidar de sus hijos de la mejor manera, esto obliga a orientar y educar a la madre sobre todo lo concerniente a la lactancia materna así como a hacer seguimiento en casos de riesgo de abandono prematuro de esta, permitiendo que cada mujer haga una elección basada en conocimientos.<sup>73</sup>

**Tabla N° 10** Factores significativos del abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes y adultas jóvenes. Hospital Docente Belén.

Lambayeque, Septiembre 2013-Junio 2014

Indicador	Edad		Prueba estadística
	15-19 años	20-29 años	
	Frecuencia	Frecuencia	
	n=23	n=35	
FACTORES			
INDIVIDUALES			
Nivel educativo			
Secundaria	10	13	Chi-cuadrado =15,731 p=0,001
Superior	1	14	
Ninguno	0	3	
Nº de partos			
Ninguno	20	18	Chi-cuadrado = 7,853 p = 0,020
1-2 partos	3	16	
Más de 3 partos	0	1	
Duración del amamantamiento			
De 5 a 10 min. En cada pecho	16	9	Chi-cuadrado =17,475 p=0,001
15 minutos en cada pecho	7	9	
20 minutos en cada pecho	0	9	
30 minutos en cada pecho	0	8	

<b>Técnica de</b>			
<b>amamantamiento</b>			Fisher=0,039
Forma de tijera	20	21	
Forma de c	3	14	
<b>Le dio de amamantar a su anterior niño</b>			
no tuvo	20	18	Chi-cuadrado =0,001
Si	1	17	
No	2	0	
<b>Percepción de producción insuficiente de leche</b>			
Porque mi niño llora constantemente y no parece satisfecho	7	21	Chi-cuadrado =5,973 p=0.05
Porque la leche no le gotea del pecho y están más flojos	12	8	
Tengo bastante leche	4	6	
<b>FACTORES CULTURALES Y SOCIALES</b>			
<b>hormonas influyen en la producción y salida de la leche</b>			
Prolactina y oxitocina	0	4	Chi-cuadrado =7,253 p=0,027
Oxitocina y gonadotropina	3	12	
Desconozco	20	19	

---

**Estímulo para la salida de**
**la leche**

La succión del pezón y  
areola

2

8

Chi-cuadrado =5,945

p=0,051

La leche sale por si sola

8

18

Tomar bastantes líquidos

13

9

**Posición correcta de la  
mano para darle el pecho**
**al niño**

En forma de C

15

33

en forma de tijera

4

2

Desconozco

4

0

Chi-cuadrado =9,333

p=0.009

**Frecuencia de  
amamantamiento**

libre demanda

4

22

Cada 3 horas

8

5

Cada 4 horas

8

7

Cada 6 horas

3

1

Chi-cuadrado =12,263

p=0.007

**Tipo de alimentos durante  
los primeros seis meses**

Pecho nada más

0

15

Pecho más té o agüitas

5

15

Leche de vaca o evaporada

1

0

Pecho más leche en polvo

17

5

Chi-cuadrado =26,184

p=0.000

<b>Beneficios de la leche materna</b>			Fisher=0.000
Conoce	0	24	
Desconoce	23	11	
<b>Programación del embarazo</b>			Fisher=0.004
Programado	0	10	
No programado	23	25	
<b>Apoyo con las tareas del hogar por parte de la pareja</b>			Fisher=0.024
Con apoyo	19	19	
Sin apoyo	4	16	
<b>FACTORES ECONÓMICOS</b>			
<b>Nivel económico: ingreso mensual</b>			
De: s/.100-250	13	2	
De: s/.251-500	9	4	Chi-cuadrado =35,385
De: s/.501-750	1	10	p=0,000
De: s/.751 a más	0	19	

---

**FACTORES  
INSTITUCIONALES**

**Persona que brinda  
información sobre  
lactancia materna**

Nadie	10	10	Chi-cuadrado =10,552 p=0.032
Enfermera	5	11	
Médico	6	3	
Estudiante	1	11	
Otro	1	0	

---

**Fuente:** Cuestionario estructurado para madres adolescentes y adultas jóvenes

En la tabla podemos observar que el nivel educativo está asociado al abandono de la LME, con un nivel de significancia de 0,001 ( $p<0.05$ ), el número de partos con un nivel de significancia de 0,020 ( $p<0.05$ ), el tiempo que demora la madre en dar de lactar al niño con un nivel de significancia de 0,001( $p<0.05$ ), técnica incorrecta de amamantamiento 0,039 ( $p<0.05$ ), inexperiencia anterior de amamantamiento 0,001 ( $p<0.05$ ), percepción de producción insuficiente de leche 0,05 ( $p<0.05$ ), conocimientos sobre producción láctea: hormonas que influyen en la producción y salida de la leche 0,027 ( $p<0.05$ ), estímulo para la eyección de leche 0,051 ( $p<0.05$ ), conocimiento sobre la posición correcta de la mano a darle el pecho al niño 0,009 ( $p<0.05$ ), conocimiento sobre la frecuencia ideal del amamantamiento 0,007 ( $p<0.05$ ), tipo de alimentos que debe consumir el niño antes de los seis meses 0,000 ( $p<0.05$ ), beneficios de la leche materna en el niño 0,000 ( $p<0.05$ ), programación del embarazo 0,004 ( $p<0.05$ ), apoyo con las tareas del hogar por parte de la pareja

0,024 ( $p<0.05$ ), ingreso salarial mensual 0,000 ( $p<0.05$ ), persona que brinda información sobre lactancia materna 0,032 ( $p<0.05$ ),

Las madres objeto de estudio tienen una edad promedio de aproximadamente 21,5 años, el 39,7 % de las madres tienen una edad de 15 a 19 años , en este grupo la edad promedio es de 17 años; y el 60,3% tienen edades de 20 a 29 años , en este grupo el promedio de edad es de 24,5 años

# **CAPÍTULO V**

## CONCLUSIONES

- Los Factores Individuales en los cuales se encontró relación estadísticamente significativa con el abandono precoz de la LME fueron: el nivel educativo básico, primiparidad, duración del amamantamiento menor a 15 minutos, técnica incorrecta de amamantamiento, experiencia frente al amamantamiento, percepción de producción insuficiente de leche. Así mismo con respecto a los resultados porcentuales estos arrojaron que: madres con estudios básicos 69,0% (29,3% con primaria y 39,7% con secundaria), primiparidad con el 65,5%, el 70,7% de madres daban de lactar un tiempo < 15 min en cada pecho, el 70,7% de madres cogían su mama en forma de tijera, 82,8% percibía una producción insuficiente de leche.
- Los Factores Culturales y Sociales en los que se encontró relación estadísticamente significativa con el abandono precoz de la LME fueron: desconocimiento sobre la producción láctea, conocimiento de una técnica correcta de amamantamiento, conocimiento sobre la frecuencia ideal del amamantamiento, introducción de líquidos y/o otros alimentos antes de los seis meses, desconocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna, embarazo no programado, apoyo de la pareja en tareas del hogar. Así mismo con respecto a los resultados porcentuales estos arrojaron que el: 82,7% desconoce la forma de producción y eyección de la leche, 58,6% desconoce los beneficios de la lactancia materna, 82,8% no programaron su embarazo, el 74,1% considera dar al niño otro alimento diferente a la leche materna, 65,5% brinda al niño agüitas para calmarle los cólicos.

- Los Factores Económicos que tienen relación estadísticamente significativa con el abandono precoz de la LME fue: el ingreso salarial mensual superior a S/.751. Así mismo los datos porcentuales mostraron: 51,7% de madres se encontraban estudiando y/o trabajando, 32,8% de madres percibían un ingreso mensual superior a s/.751
- Los Factores Institucionales en los que encontró relación estadísticamente significativa con el abandono precoz de la LME fue: la persona que brinda información sobre LM. Así mismo con respecto a los resultados porcentuales estos arrojaron que: el 65,5% recibió información sobre lactancia materna, sin embargo, esta información fue brindada en el post parto (puerperio y controles de niño sano). Siendo alarmante que la educación sobre lactancia materna no se brinde durante los controles pre natales.

## RECOMENDACIONES

- Formar grupos de mujeres solidarias con lactancia materna exitosa, que transmitan su experiencia a las primigestas. Incluir en el programa educativo, a nivel de enseñanza media, conceptos que destaquen la importancia de la lactancia materna como instrumento en la preservación de la especie. Además fomentar en las madres prácticas adecuadas de amamantamiento (técnica correcta de amamantamiento, tiempo ideal de la lactancia) a través de la retroalimentación.
- Integrar a los miembros de la familia al proceso de LM, para lograr un amamantamiento efectivo y prolongado, además incluir talleres y/o dinámicas que fortalezcan el vínculo familiar y coordinar con el consultorio de planificación familiar con el fin de que las familias puedan decidir al momento adecuado para tener un hijo. Cambiar las estrategias de educación en Lactancia Materna, integrando al proceso de enseñanza a la pareja, y a los familiares más cercanos que conviven con la madre e incluir actividades diarias de educación sobre técnicas adecuadas de amamantamiento, producción de leche materna, alimentación adecuada para el niño menor de seis meses, así mismo buscar estrategias que busquen compatibilizar las costumbres y creencias de las madres en el tratamiento de los cólicos en el lactante. Y también Incluir en los controles de salud a los abuelos o personas significativas con influencias de poder sobre las madres, para disipar las

dudas sobre las pautas de alimentación, lo que ayudaría a disminuir la tensión familiar en relación al tema.

- Buscar alternativas para el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva para aquellas mujeres que trabajan y/o estudian, efectuar una profunda revisión de las leyes que protegen a la madre que amamanta, con la finalidad de favorecer el proceso natural de lactancia: Ley N° 27240, Ley N° 27403, Ley N° 27591, Ley N° 27606, Ley N° 28731, D.S. N° 009-2006-MIMDES, además realizar una fiscalización eficaz del cumplimiento de las leyes que protegen a las madres y sus recién nacidos
- Buscar estrategias que permitan una mayor capacitación y motivación del personal de enfermería y de salud, evaluaciones y retroalimentación especialmente a Nivel Primario, en la importancia de la lactancia materna. Fortalecer el trabajo en equipo del personal de salud (enfermeros, médicos, y obstetrices) con el fin de mejorar la atención integral, en cuanto a información sobre lactancia materna, de la madre y niño, desde el primer contacto con el establecimiento de salud durante la gestación y su continuación post parto. Y buscar estrategias que permitan aumentar los recursos de apoyo para el seguimiento de las madres en riesgo de abandono precoz de lactancia materna exclusiva. beneficio tanto para los investigados como para las investigadoras. Además Continuar el desarrollo del investigaciones similares para identificar aquellos aspectos que afectan el establecimiento de una

lactancia materna exitosa, desde la etapa prenatal y establecer un programa en relación con sus resultados.

## REFERENCIAS

1. Unicef. [Internet]. Algunos recuentos de la historia [citado 4 Sep 2013].  
Disponible en: <http://www.unicef.org.co/Lactancia/historia.htm>
2. Unicef. [Internet]. lactancia materna [citado 4 Sep 2013]. Disponible en:  
[http://www.unicef.org/peru/\\_files/notas\\_prensa/carpetasinformativas/lactancia\\_materna.pdf](http://www.unicef.org/peru/_files/notas_prensa/carpetasinformativas/lactancia_materna.pdf)
3. Paricio T. José aspectos históricos de la alimentación al seno. [citado 4 Sep 2013].  
Disponibile en: <http://llanos.rpg-bardo.com/Fedalma/MODULO%205.%20Aspectos%20culturales,%20laborales%20y%20antropologicos/Docs%20tema%205.1/HistoriaLM-JMParicio.pdf>
4. Ministerio de la mujer y Poblaciones vulnerables. Informe anual. [Internet].  
Lima. Comisión de Supervisión Multisectorial encargada de velar por el cumplimiento del D.S. N° 009-2006-MIMDES. 2012. [actualizado Dic 2012; citado 4 Sep 2013]. Disponible en:  
[http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diff/InformeAnual\\_2012\\_Lactarios.pdf](http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diff/InformeAnual_2012_Lactarios.pdf)
5. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Lima, Mayo 2014 [internet]. [citado 20 Jul 2014].  
Disponibile en: <file:///D:/BIBLIOTECA/Downloads/Dialnet-FundamentosTeoricosYPracticosDelCuidadoDeLaSaludMa-2533965.pdf>

6. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Lima, abril 2013 [actualizado Abr 2013; citado 11 Sep 2013]. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/>
7. Doblado. N, De la Rosa. I, Pérez. E, Jiménez. C, González. G, Estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre algunos aspectos de sexualidad en estudiantes. Rev. Cubana Obstet. Ginecol.2009;35(4):191-204
8. Hernández J, Pérez O. Temas sobre sexualidad que interesan a un grupo de adolescentes en el área de salud Iguará. Rev. Cubana Enferm. 2005; 21(2).
9. El modelo de Kathryn Barnard aplicandolo a la enfermería [Internet] panamá: Yadira Collado, Oct 2012 [citado 11 Sep 2013] Disponible en: <http://enferpedia2tria.blogspot.com/>
10. Pallás A. Lactancia materna. Rev Pediatr Aten Primaria. [Internet] 2003 [citado 11 Sep 2013]; 5:69-88. Disponible en: [http://www.pap.es/Empty/PAP/front/Articulos/Imprimir/\\_OrCjUxDG4cpBVKxSYt21OGOK1-dwdhh9](http://www.pap.es/Empty/PAP/front/Articulos/Imprimir/_OrCjUxDG4cpBVKxSYt21OGOK1-dwdhh9)
11. Organización mundial de la salud: Alimentación del lactante y niño pequeño [Internet] Jul 2010 [citado 11 Sep 2013]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>
12. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna OMS/UNICEF, 1981. [Internet] [citado 16 Feb 2015]; Disponible en:

[http://www.unicef.org/republicadominicana/Codigo\\_Intl\\_Comercializacio  
n\\_Sucedaneos\\_Leche\\_Materna.pdf](http://www.unicef.org/republicadominicana/Codigo_Intl_Comercializacio<br/>n_Sucedaneos_Leche_Materna.pdf)

13. Monsalve M., Rojas C. y Unda M. “Factores y motivos del abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes” [tesis] [internet] Valdivia – Chile 2011 [citado 22 Sep 2013] disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2011/fmm754f/doc/fmm754f.pdf>
14. Oliver R. Abandono prematuro de la lactancia materna: incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia [tesis] [internet] Alicante 2012 [citado 22 Sep 2013] disponible en: [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/23524/1/Tesis\\_Oliver.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/23524/1/Tesis_Oliver.pdf)
15. Cairo J. lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y factores asociados en niños sanos.[tesis] [internet] Lima-Perú 2000 [citado 23 Sep 2013] disponible en: <file:///C:/Users/Toshiba/Downloads/4346-14594-1-PB.pdf>
16. Sánchez-Griñan, M. Organización Panamericana de la Salud. La Lactancia Materna en el Perú y el Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de leche Materna – Reglamento de Alimentación Infantil en Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Lima y Loreto. Lima- Perú [Internet] Diciembre 2010 [citado 16 Feb 2015] Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/sct/049721/049721.pdf>
17. Reglamento de Alimentación Infantil. Decreto Supremo N° 009-2006-SA [Internet] Agosto 2010 [citado 16 Feb 2015] Disponible en:

<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/UNICEF-MINSA->

[RAILactarioscompaginadoWEB.pdf](#)

18. Hernández C. Principales causas y consecuencias del abandono de la lactancia materna [Internet] 2007 2003 [citado 10 Oct 2013] Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/31945/1/hernandezriveracitlali.pdf>
19. Ministerio de salud. Lactancia materna, contenidos técnicos para profesionales de la salud. 2010. 2da edición [Internet] Chile, Mar 2010 [citado 11 Sep 2013]; Disponible en: [http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2009/11/manual\\_lactancia\\_materna.pdf](http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2009/11/manual_lactancia_materna.pdf)
20. Díaz V., Argüelles C. Lactancia materna: evaluación nutricional en el recién nacido. Rev Cubana Pediatr [Internet] 2005 [citado 10 Oct 2013];77(2) Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/ped/vol77\\_2\\_05/ped05205.htm#cargo](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ped/vol77_2_05/ped05205.htm#cargo)
21. Composición y propiedades de la leche materna. Curso de medicina naturista [Internet] 2003 [citado 11 Oct 2013]. Disponible en: [http://www.unizar.es/med\\_naturista/lactancia%203/Composicion%20eche%20materna,.pdf](http://www.unizar.es/med_naturista/lactancia%203/Composicion%20eche%20materna,.pdf)
22. Ecured. Lactancia maternal [Internet] Ecuador [actualizado Ago 2012; citado 11 Sep 2013]. Disponible en: [http://www.ecured.cu/index.php/Lactancia\\_materna](http://www.ecured.cu/index.php/Lactancia_materna)
23. Monsalve D., Sanhueza C., Torres N. Valoración profesional y usuaria hacia las actividades promotoras de lactancia materna exclusiva en

- atención pública en salud. Valdivia - Chile 2012. [tesis] [internet] Valdivia 2012 [citado 22 Sep 2013] disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2012/fmm754v/doc/fmm754v.pdf>
24. Ministerio de Salud. Seremi de Salud de la Araucanía promueve lactancia materna. [internet] Chile 2013 [citado 25 Sep 2013] disponible en: <http://seremi9.redsalud.gob.cl/?p=3433>
25. Díaz, S. Anticoncepción para la mujer que amamanta. [internet] Chile 2006 [citado 25 Sep 2013] disponible en: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod04/AnticoncepcionLactancia%202006.pdf>
26. Coronado, M., Sánchez, O., Rodríguez, A., Gorrita, R. Causas de abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses en San José de las Lajas. [internet] Cuba 2007 [citado 25 Sep 2013] disponible en: <http://files.sld.cu/enfermeria-pediatria/files/2011/03/lactancia-materna.pdf>
27. Aristizábal, G., Blanco, D., Sánchez A., Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. [Internet] Agosto 2010 [citado 16 Feb 2015] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>
28. Aguilar, M. (2005). Lactancia materna, (1ª edición). Madrid. Elsevier España.
29. Meedya S, Fahy K, Kable A. Factors that positively influence breastfeedingduration to 6 months: a literature review. Women Birth. 2010 Dec;23(4):135-45.

30. Chapman DJ, Pérez-Escamilla R. Does delayed perception of the onset of lactation shorten breastfeeding duration? *J Hum Lact.* 1999; 5(2):107-11; quiz 137-9.
31. Cooke M, Sheehan A, Schmied V. A description of the relationship between breastfeeding experiences, breastfeeding satisfaction, and weaning in the first 3 months after birth. *J Hum Lact.* 2003; 19(2):145-56.
32. Wambach K, Campbell SH, Gill SL, Dodgson JE, Abiona TC, Heinig MJ. Clinical lactation practice: 20 years of evidence. *J Hum Lact.* 2005 Aug;21(3):245-58
33. Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics.* 2003; 112(3Pt 1):607-19.
34. Neifert MR. Prevention of breastfeeding tragedies. *Pediatr Clin North Am.* 2001; 48(2):273-97.
35. Auerbach KG. Evidence-based care and the breastfeeding couple: key concerns. *J Midwifery Womens Health.* 2000;45 (3):205-11.
36. Wambach K, Campbell SH, Gill SL, Dodgson JE, Abiona TC, Heinig MJ. Clinical lactation practice: 20 years of evidence. *J Hum Lact.* 2005 Aug; 21 (3):245-58.
37. Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2002 Jan-Feb;31 (1):12-32.
38. Colin WB, Scott JA: Breastfeeding: reasons for starting, reasons for stopping and problems along the way. *Breastfeed Rev*2002, 10(2):13-19.

39. Dennis CL. Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. *Res Nurs Health*. 2006 Aug;29 (4):256-68.
40. DiGirolamo A, Thompson N, Martorell R, Fein S, Grummer-Strawn L. Intention or experience? Predictors of continued breastfeeding. *Health Educ Behav*. 2005 Apr; 32(2):208-26.
41. Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2009 May-Jun;38 (3):259-68.
42. Division of Child Health and Development: Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. Geneva: World Health Organization, 1999.
43. Cattaneo A, Buxxetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ* 2001; 323: 1358-62.
44. WHO, UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. Geneva: WHO, 1989.
45. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005; 115:496-506.
46. Barona-Vilar C, Escribá-Agüir V, Ferrero-Gandía R. A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions. *Midwifery*. 2009 Apr;25(2):187-94.
47. Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics*. 2006 Apr;117(4):e646-55.

48. Tarrant M, Fong DY, Wu KM, Lee IL, Wong EM, Sham A et al. Breastfeeding and weaning practices among Hong Kong mothers: a prospective study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013 Oct 19; 10: 27.
49. Van Esterik P. The cultural context of breastfeeding and breastfeeding policy. *Food and Nutrition Bulletin* 1996; 17(4): :422-431
50. Yngve A, Sjöström M. Breastfeeding determinants and a suggested framework for action in Europe. *Public Health Nutr*. 2001 Apr;4(2B):729-39.
51. Bailey C, Pain RH, Aarvold JE. A 'give it a go' breast-feeding culture and early cessation among low-income mothers. *Midwifery*. 2004 Sep;20(3):240-50.
52. McBride-Henry K. The influence of the "they": an interpretation of breastfeeding culture in New Zealand. *Qual Health Res*. 2010 Jun;20(6):768-77.
53. Valdés Dacal Sigfrido, Essien John, Bardales Mitac Jessica, Saavedra Moredo Daymi, Bardales Mitac Edith. Embarazo en la adolescencia: Incidencia, riesgos y complicaciones. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2002 Ago [citado 01 Nov 2013 ]; 28(2):34 Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2002000200004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000200004&lng=es).
54. Casas, J. y González, C. (2005) Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*. 9, 20-24.

55. Lete, I., De Pablo, J.L., Martínez, C., Parrilla, J.J. (2007). *Embarazo en la adolescencia*. En: Sociedad Española de Contracepción. *Manual de Salud Reproductiva en la adolescencia*. (pp. 817-835).
56. Molina S Marta, Ferrada N Cristina, Pérez V Ruth, Cid S Luis, Casanueva E Víctor, García C Apolinaria. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2004 Ene [citado 01 Nov 2013] ; 132(1): 65-70. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872004000100010&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000100010&lng=es).
57. Palma, I. (2001). Consideración de la salud y derechos sexuales y reproductivos de los/as adolescentes y jóvenes en el contexto de la reforma a la salud en Chile.
58. Borgoña R., León P., Minassian M. y Bustamante F. Embarazo adolescente. *Revista Pediatría Electrónica*. [Internet]. 2008; [citado 01 Nov 2013] 5. 42-51. Disponible en: [http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5\\_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf](http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf)
59. Luna, R. Embarazo y lactancia durante la adolescencia. *Revista del Hospital General Dr. Manuel Gea González*. [Internet]. 2002 Jul-Sep [citado 01 Nov 2013] 5, 55-58. Disponible en: [http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gea/gg-2002/gg023\\_4b.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gea/gg-2002/gg023_4b.pdf)
60. Psicólogos argentinos. Ciclo vital. Internet]. [citado 01 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.psicoargentinos.com.ar/ciclo.html>

61. Informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación comisión nacional para la protección de sujetos humanos de investigación biomédica y comportamiento. [Documento en Línea]. 1979. [Consulta: 09 Nov 2013]. Disponible en: [www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/archivos/norm/InformeBelmont.pdf](http://www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/archivos/norm/InformeBelmont.pdf).
62. Rada D. El rigor en la investigación cualitativa: técnicas de análisis, credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad [internet]. [citado 09 nov 2013]. disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fm4j15iecoqj:www.capacidad.es/sica09/comunicaciones/c202%2520credibilidad.doc+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>
63. Hernández R, Fernández, Baptista P. Metodología de la investigación. 4ta ed. México: McGraw-Hill; 2006
64. Olza I. lactancia después de la cesárea. [internet].2009 [citado 24 Jul 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/lactanciaDepresionPsicosis.pdf>
65. Alonso L, Gorrita R. ¿Cómo influyen diferentes factores psicosociales en el abandono precoz de la lactancia materna?. Revista de Ciencias Médicas La Habana. [internet]. 2009; 15 (3). [citado 24 Jul 2014]. Disponible en: [http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol15\\_3\\_09/hab06309.html](http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol15_3_09/hab06309.html)

66. OMS. Lactancia materna. [internet]. 2009. [citado 24 Jul 2014]. Disponible en:[http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores\\_en\\_salud/lactancia/articulos/CNLM\\_lactancia\\_materna\\_OMS\\_12\\_2009.pdf](http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/articulos/CNLM_lactancia_materna_OMS_12_2009.pdf)
67. Unicef. Dar la teta es dar lo mejor de vos. [internet]. 2009. [citado 24 Jul 2014]. Disponible en: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/LACTANCIA\\_FELIZ.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/LACTANCIA_FELIZ.pdf)
68. Organización Mundial de la Salud, División de Salud y Desarrollo del Niño. Lecha insuficiente. N° 21. [internet]. 1996. [citado 24 Jul 2014]. Disponible en: [http://www.aeped.es/sites/default/files/4-leche\\_insuficiente.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/4-leche_insuficiente.pdf)
69. Prendes M. Vivanco M. Gutiérrez M y Guibert W. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(4):397-402 [internet]. 1999. [citado 26 Jul 2014]. Disponible: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15\\_4\\_99/mgi09499.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_4_99/mgi09499.htm)
70. CHAVES K. Intoxicación por anís de estrella. *Acta pediátr. costarric* [online]. 2009, vol.21, n.1 [citado 26 Ago 2014 ], pp. 60-61 . Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00902009000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00902009000100010&lng=en&nrm=iso). ISSN 1409-0090.
71. Alarcón X. González A. Salgado A. lactancia materna, un asunto de familia. [internet]. 1996. [citado 26 Jul 2014]. Disponible: [http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Puerto%20Montt%202004/Lactancia\\_materna.pdf](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Puerto%20Montt%202004/Lactancia_materna.pdf)

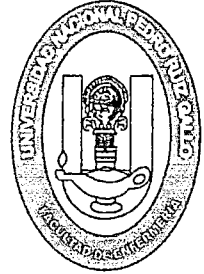
72. Espinoza C., Zamorano C., Graham S. y Orozco A. Factores que determinan la duración de la lactancia materna durante los tres primeros meses de vida 2014. [citado 26 Jul 2014]. Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2014/bc142i.pdf> [internet].
73. Aguilar M. Fernández M. lactancia materna. Rev Fac Med UNAM Vol.50 No.4 Julio-Agosto, 2007. [internet]. 1996. [citado 26 Jul 2014]. Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2007/un074g.pdf>

# **APENDICE**

**ANEXO N° 01: CONSENTIMIENTO INFORMADO**



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
"PEDRO RUIZ GALLO"**



**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

---

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**ESTUDIO:** *"FACTORES DEL ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES Y ADULTAS JÓVENES. HOSPITAL DOCENTE BELEN. LAMBAYEQUE, SEPTIEMBRE 2013-JUNIO 2014"*

**Investigadora Responsable:** Sevilla Meza. Cecilia Inés

Escuela de Enfermería, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo

**Teléfono:** 966190345- **e-mail:** Cecilia\_ines\_0288@hotmail.com

Se me ha informado que se está ejecutando un estudio en el Hospital Docente Belén - Lambayeque, cuyo objetivo es identificar los factores del abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes y adultas jóvenes. Lambayeque, Septiembre 2013-Junio 2014

En vista de que cumplo con los requisitos de incorporación para el estudio, se me ha solicitado aprobación y consentimiento para que mi hijo(a) y yo participemos en el estudio.

Se me ha explicado que la incorporación al estudio no implica riesgos ni costos y que mi participación, así como la de mi hijo(a), es absolutamente libre y voluntaria.

Por último, si decido participar se me ha asegurado que toda información y datos entregados personalmente o por revisión de historia de salud, será manejada con reserva y sólo para los fines de esta investigación por las personas involucradas en el estudio.

Yo, \_\_\_\_\_ he sido  
informada(o) (Nombre de la madre)

Por la Srta. Cecilia Inés Sevilla Meza respecto al estudio  
(Nombre de la persona que aplica el consentimiento)

He decidido, Aceptar ☐ mi participación y la de mi hijo en el estudio.

Lambayeque.....De..... Del 2014

\_\_\_\_\_  
Entrevistador

DNI: 46509891

\_\_\_\_\_  
Entrevistado

DNI:

## ANEXO N° 02: CUESTIONARIO



# UNIVERSIDAD NACIONAL

## "PEDRO RUIZ GALLO"



FACULTAD DE ENFERMERÍA

### CUESTIONARIO ESTRUCTURADO PARA MADRES

### ADOLESCENTES Y ADULTAS JOVENES

#### INSTRUCCIONES.

A continuación le presentamos una serie de preguntas relacionadas con la lactancia materna, les solicito su más sincera colaboración contestando las mismas con sus ideas y opiniones, tus respuestas serán confidenciales. Existen preguntas en las que solo pueden responder a una opción, otras son de varias opciones.

Muchas gracias por su colaboración.

1. Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

2. N° de partos anteriores :

Ninguno ☐ 1-2 partos ☐ más de 3 partos ☐

3. Tipo de parto: vaginal ☐ cesárea: ☐

4. Edad : \_\_\_\_\_

5. Estado civil:

Casada ☐ conviviente ☐ soltera ☐ divorciada ☐

6. Nivel de educativo:

- Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior ☐ Ninguno ☐

7. ¿Usted tomó la decisión de amamantar a su niño? Si ☐ No ☐

8. ¿Cada cuánto tiempo le da pecho a su niño?

- Cada 3 horas. ☐
- Cada vez que el niño lo pida. ☐
- Cada 4 horas. ☐

9. ¿Cuánto tiempo demora en darle de mamar a su niño?

- De 5 a 10 minutos en cada pecho ☐
- 15 minutos en cada pecho ☐
- 20 minutos en cada pecho ☐
- 30 minutos en cada pecho ☐

10. ¿Cómo coge usted su pecho para darle de mamar a su niño?

- Forma de tijera ☐
- Forma de C ☐

11. ¿Al darle de amamantar a su niño, ha tenido dolor? Si ☐ No ☐

En caso de ser afirmativa la respuesta: ¿dejó de dar de lactar? Si ☐ No ☐

12. ¿Le dio de amamantar a su anterior niño? Si ☐ No ☐

¿Cree usted que le fue bien? Si ☐ No ☐

13. ¿Cómo sabe si el niño no se llena?

- Porque llora constantemente y no parece satisfecho. ☐
- Le dan biberón y duerme por un tiempo más largo. ☐
- Porque el niño no está mamando bien y no duerme entre las mamadas. ☐

- Porque quiere vivir mamando y se chupa los dedos. ☐
14. ¿Cómo sabe que no tiene mucha leche?
- Porque mi niño llora constantemente y no parece satisfecho. ☐
  - Porque la leche no le gotea del pecho y están más flojos. ☐
  - Tengo bastante leche ☐
15. ¿Qué hormonas influyen en la producción y la salida de la leche?
- Prolactina y oxitocina ☐
  - Oxitocina y gonadotropina ☐
  - Desconozco ☐
16. ¿Cuál cree usted que es el estímulo para la salida de la leche?
- La succión del pezón y areola ☐
  - La leche sale por si sola ☐
  - Tomar bastantes líquidos ☐
17. ¿Cómo debe colocar la mano para darle el pecho al niño?
- En forma de C ☐
  - En forma de tijera. ☐
  - Desconozco. ☐
18. ¿Cada cuánto tiempo hay que darle el pecho?
- Cada 3 horas. ☐
  - Cada vez que el niño lo pida. ☐
  - Cada 4 horas. ☐
  - Cada 6 horas. ☐
  - Desconozco. ☐

19. ¿Qué debe darle al niño los primeros seis meses?

- Leche de vaca, evaporada ☐
- Pecho más leche en polvo. ☐
- Pecho más Te o agüitas ☐
- Pecho nada más. ☐

20. Si el niño tiene cólicos ¿Qué hace?

- Dar agüitas o tecitos de anís ☐
- Poner la barriga del niño contra el cuerpo y hacerle masajes en la  
espaldita para eliminar los gases. ☐
- Dar masajes y aguitas ☐
- Dar gaseovet ☐

21. ¿Cuál cree usted que son los beneficios de la leche materna en el niño?

- Otorga anticuerpos ☐
- Otorga más nutrientes ☐
- Crecen más sanos ☐
- Disminuye el riesgo de enfermedades ☐
- Fortalece el apego ☐
- Es bueno para mi bebé ☐

22. ¿El embarazo fue planificado? Sí ☐ No ☐

23. ¿Recibe apoyo con las tareas del hogar por parte de su pareja? Sí ☐ No ☐

24. ¿Durante el proceso de embarazo y parto ha sentido el apoyo de su familia?

Sí ☐ No ☐

25. Situación escolar y/o laboral actual:

Trabajaba ☐ estudia ☐ ama de casa ☐

26. Nivel económico: ingreso mensual

- De: s/.100-250 ☐
- De: s/.251-500 ☐
- De: s/.501-750 ☐
- De: s/.751 a más ☐

27. Donde dio a luz:

- Casa ☐
- Hospital ☐
- Centro de salud/posta de salud ☐
- Clínica ☐

28. ¿Ha recibido información sobre lactancia materna?

Si ☐ No ☐

29. ¿Quién le brindo información sobre lactancia materna?

Enfermera ☐ estudiante ☐ otro personal de salud ☐

30. ¿Ha recibido visitas domiciliarias? Sí ☐ No ☐ ¿En qué momento? \_\_\_\_\_