



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA
LACTANCIA MATERNA Y LOS FACTORES QUE INFLUYEN
EN SU ABANDONO PRECOZ EN MADRES DE LAS
CLÍNICAS DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNAM.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

CATALINA GUERRERO GARCÍA

TUTORA: Esp. CECILIA ISABEL SUÁREZ NEGROE

ASESORA: Dra. MARÍA DEL CARMEN VILLANUEVA VILCHIS



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mis papás, por haberme brindado la oportunidad de contar con una excelente educación desde siempre, por enseñarme no sólo a salir adelante profesionalmente, sino a enfrentar la vida. Gracias por todo su amor y dedicación en mi persona.

Papi, gracias por esforzarte para que no me faltara nada sin importar las circunstancias, hoy siento que todo ha valido la pena. Mami, gracias por ser mi compañera, mi cómplice. Gracias por confiar en mi siempre. Gracias por soportar mi estrés durante los peores días, por motivarme a más, por siempre estar ahí. Sé que tu apoyo es incondicional y sin él, todo hubiera sido mucho más difícil. Me salvaste en mis momentos de locura y de descuido. Valoro enormemente cada momento de tu vida que has dedicado a hacerme crecer, aprender, disfrutar y vivir. Gracias por siempre hacerme entrar en razón y no cometer tonterías...o las menos posibles. Gracias por esforzarte en ser el mejor ejemplo que pude haber tenido. Me siento muy afortunada de ser tu hija. Este logro no es sólo mío, gracias de corazón.

Rafita, gracias por ser el hermano que eres, por siempre estar ahí, por tu nobleza y paciencia. Gracias por enseñarme lo poco que sabes...de odontología claro. No podría haber pedido mejor hermano. Eres un hombre admirable, un poco grinch pero con un corazón enorme. Ah sí! y gracias por tener una futura esposa dentista!!! Martita, gracias por volver a cursar la carrera conmigo. Gracias por todos tus apuntes, tus libros, tus exámenes, tus consejos, tu tiempo, tus conocimientos, tu instrumental...todo!! Gracias por estar ahí siempre, por la paciencia de enseñarme el mejor camino cuando tú ya lo habías recorrido, por prestarme tu casa y consultorio sin importar la hora para salvarme. Gracias por cada uno de los momentos que compartiste conmigo. Siempre has sido y serás un gran ejemplo a seguir.

René, gracias por compartir gran parte de este camino a mi lado. Eres una gran inspiración en mi vida. Me motivas a querer alcanzar muchas más metas después de ésta. Gracias por soportar mi mal carácter en exámenes, por respetar mis horas de ñoñez, por estudiar conmigo, por tranquilizarme en mis momentos de estrés, por confiar en mi cuando yo ya no quería confiar en mi misma. Gracias por siempre tener las palabras correctas, por sacarme una sonrisa en los peores momentos. Gracias por cada instante a tu lado. Me siento muy afortunada de compartir mi vida contigo y deseo que éste sea el primero de muchos logros que vivamos juntos.

Doctora Ceci, gracias por aceptar guiarme para completar este trabajo. Gracias por sus conocimientos, su paciencia y su tiempo dedicado a realizar un gran trabajo en equipo. Gracias por abrirme las puertas de su casa, por tomarse el tiempo de leer, revisar y corregir cada párrafo de esta tesis. Gracias por orientarme y convertir esa idea que le platicué hace mucho, en una realidad.

Doctora Carmen, gracias por tanto y todo. Gracias por tanta enseñanza, tantos minutos de su tiempo dedicados a mi, por orientarme en un área sobre la cual no tenía la menor idea. Gracias por siempre motivarme a querer más, por tener la paciencia y la capacidad de hacerme entender todo a la perfección. Es una mujer admirable y me siento afortunada de haber tenido la oportunidad de trabajar a su lado. Le agradezco la impecabilidad con que revisó cada palabra de mi trabajo, y siempre tener la mejor actitud y disposición de lograr un mejor resultado.

Fer, amiga gracias por ser incondicional, por estar conmigo desde que soñaba con estudiar esta carrera. Gracias por ser la persona que eres, por comprender mi estrés y motivarme siempre. Eres una niña realmente hermosa, por dentro y por fuera, gracias por siempre estar para mí.

A toda mi familia y amigos, gracias! Gracias por formar parte de esto, aunque haya sido un pequeño instante o muchos días juntos, me han hecho aprender siempre.

Gracias a todos los doctores que a lo largo de la carrera se tomaron el tiempo de compartir sus conocimientos y su tiempo conmigo, de orientarme y motivarme a ser un poco mejor cada día.

Gracias a todos aquellos que aceptaron ser mis pacientes confiando en que Dios me iluminara sabiendo que yo no era la persona con más práctica. Gracias por confiar en mí, por ponerse en mis manos y hacerme sentir más responsable de aprender y de ser digna de atenderlos. Gracias por ser mis mejores maestros.

No fue un camino fácil, pero hoy, sé que cada día valió el esfuerzo. Gracias a todos y cada uno de ustedes por recorrer este camino conmigo. No sé qué hubiera hecho sola. Son parte fundamental no sólo de mi vida, sino de la persona que soy hoy. De corazón y con todo mi amor, Gracias!!!!!!

ÍNDICE

I. RESUMEN	5
II. INTRODUCCIÓN	7
III. MARCO TEÓRICO	9
DESARROLLO DE LAS FUNCIONES BUCALES DEL BEBÉ	9
FUNCIONES BUCALES NEONATALES	9
DESARROLLO POST-NATAL DE LAS FUNCIONES BUCALES	14
AMAMANTAMIENTO NATURAL	18
LACTANCIA	21
LACTANCIA ARTIFICIAL	32
VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA PARA EL LACTANTE	34
FACTORES QUE AFECTAN LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	36
IV. ANTECEDENTES	38
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	47
VI. JUSTIFICACIÓN	50
VII. OBJETIVO GENERAL	51
VIII. HIPÓTESIS	52
IX. MATERIALES Y MÉTODOS	53
X. CONSIDERACIONES ÉTICAS	63
XI. RESULTADOS	64
XII. DISCUSIÓN	118
XIII. CONCLUSIONES	125
XIV. REFERENCIAS	126
ANEXO 1. CUESTIONARIO	132
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO	139

I. RESUMEN

La lactancia materna exclusiva es el alimento perfecto e ideal que todo niño debe recibir durante los primeros seis meses de vida. Este tipo de lactancia tiene múltiples beneficios en la salud infantil, disminuyendo la morbilidad y mortalidad^{1,2,6,7} y en el desarrollo físico, intelectual y motor del niño. A pesar de las numerosas ventajas de la lactancia materna, muchas madres siguen prefiriendo la alimentación artificial y su abandono precoz,

Objetivo. Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la lactancia materna y los factores asociados al abandono precoz de la misma en madres de pacientes que asisten a las Clínicas de Odontopediatría de la Universidad Nacional Autónoma de México durante 2013. **Materiales y métodos.** Estudio transversal realizado mediante entrevistas estructuradas, aplicadas por la alumna previamente estandarizada, a 200 madres de niños de entre 0 y 6 años, que asisten a las Clínicas de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México. **Resultados.** El promedio de la edad actual de las madres es de 31 años de edad. El promedio de la edad a la cual tuvieron a su hijo es de 27 años, y el promedio de la edad de los hijos de las madres entrevistadas es de 4 años de edad. El estado civil actual predominante en las madres fue el matrimonio con un 45.5% y posteriormente la unión libre con un 32.5%. En cuanto al estado civil al momento del parto, el 45% correspondió a mujeres casadas y 38% a unión libre. Para la escolaridad, el 33% de las madres contaba con estudios hasta secundaria y un 24.5% con preparatoria terminada. Con respecto a la ocupación, se observa una mayoría en las amas de casa con 67.5%, seguido del 11.5% de las madres obreras. La madre fue quien se hizo responsable del bebé en la gran mayoría de los casos (87%). En las razones por las cuales consideran que se ha dejado de amamantar en la actualidad, un 35.5% tuvo como respuesta: por su físico o por vanidad, seguido por un 31.5% de madres, que argumentó por falta de tiempo y comodidad. Se observó relación

significativa entre el conocimiento que tienen las madres acerca de la lactancia, con su edad y escolaridad. **Conclusiones.** Los conocimientos que poseen las madres entrevistadas sobre la lactancia materna, son aceptables en cuanto a los parámetros establecidos por la OMS; sin embargo, llevados a la práctica, existen muchas deficiencias en las conductas óptimas de lactancia materna. El actual declive en la lactancia materna, sugieren las madres, es debido a su preocupación por el físico o por vanidad. El nivel de conocimientos de las madres, está estrechamente relacionado con su edad y escolaridad. Finalmente, a pesar de contar con una relación estable, (matrimonio o unión libre), fue el grupo que mostró mayor porcentaje en abandono precoz, así como las madres que habían recibido apoyo familiar.

II. INTRODUCCIÓN

La lactancia materna exclusiva es el alimento perfecto e ideal que todo niño debe recibir durante los primeros seis meses de vida¹, incluidos prematuros, gemelos y niños enfermos salvo raras excepciones.^{2,3} Es por ello que la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Academia Americana de Pediatría (AAP) y el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría, entre otras instituciones, recomiendan la alimentación exclusiva con leche materna durante los primeros seis meses de vida del niño y la continuación del amamantamiento junto con las comidas complementarias adecuadas, hasta los dos años de edad.^{3,4,5}

Este tipo de lactancia tiene múltiples beneficios en la salud infantil, disminuyendo la morbilidad y mortalidad^{1,2,6,7} y en el desarrollo físico, intelectual y motor del niño. También beneficia la salud materna⁶ ya que pierde el peso ganado durante el embarazo más rápidamente, y se induce la involución uterina rápida y completa. Adicionalmente, beneficia psicológicamente el vínculo afectivo madre-hijo, favorece el espaciamiento de los nacimientos y reduce la tasa de fecundidad^{2,3,8}. Dos factores son cruciales para que la lactancia materna tenga éxito: la motivación de la madre de amamantar a su hijo y la provisión de leche.

Según la OMS y la UNICEF (*United Nations Children's Fund*), la lactancia materna debe ser precoz, exclusiva y a libre demanda. Según la *Wellstart International* (organización sin fines de lucro, dedicada a la promoción de la salud familiar por medio de la lactancia materna, lanzada originalmente como el Programa de Lactancia en San Diego (SDLP) en 1979-1980) menciona cinco conductas óptimas de lactancia: inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora después del nacimiento; lactancia a libre demanda frecuente, incluyendo la alimentación nocturna; lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad; complementación de la lactancia materna con alimentos apropiados a los seis

meses de edad y continuación de la lactancia materna hasta el segundo año de vida.⁶

Sin embargo, a pesar de las numerosas ventajas de la lactancia materna, muchas madres siguen prefiriendo la alimentación artificial y su abandono precoz, probablemente por la ignorancia respecto a las ventajas que conlleva el amamantamiento, o bien por influencias culturales o simplemente por moda; por lo tanto, este estudio pretende determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres respecto a la lactancia materna y los factores asociados al abandono precoz de la misma, en madres que acuden con sus hijos a las Clínicas de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

III. MARCO TEÓRICO

DESARROLLO DE LAS FUNCIONES BUCALES DEL BEBÉ

FUNCIONES BUCALES NEONATALES

Las funciones bucales neonatales son aquéllas presentes desde el nacimiento y vitales para la sobrevivencia del bebé: la respiración, la succión y la deglución infantil. Para comprender mejor el establecimiento y la manutención de estas funciones, hay que conocer algunos conceptos fisiológicos involucrados en las actividades neuromusculares.

Según Enlow¹⁹, la actividad neuromuscular se clasifica en:

- a) Reflejos no condicionados: presentes al nacimiento y que deben operar en la región orofaríngea del recién nacido para que sobreviva.

- b) Reflejos condicionados: surgen durante el crecimiento y desarrollo normales, como la deglución madura y la masticación, o los reflejos aprendidos, que pueden ser deseables o indeseables, como es el caso de la succión no nutritiva.

Durante la vida intrauterina, el sistema neuromuscular todavía no alcanza completamente la madurez. Su desarrollo en la región bucofacial inicia al momento del nacimiento con las funciones vitales de respiración, amamantamiento y manutención del pasaje de aire orofaríngeo. Es así que, al nacimiento, la sensibilidad táctil es mucho más desarrollada en la región de los labios y de la boca que en los dedos.

La relación primaria del recién nacido con su ambiente ocurre a través de la boca, faringe y laringe. En estos lugares hay gran concentración de receptores, pertenecientes al sistema somato-sensorial como los receptores de tacto y presión y los receptores vestibulares, que

se estimulan regulando la respiración y el amamantamiento, determinando la posición de la cabeza y el cuello durante la ejecución de estas funciones.

Manutención del pasaje de aire

Es un mecanismo necesario para que ocurra la transición de la vida intrauterina hacia la vida extrauterina y se establezca, de esta manera, la respiración. Durante la transición post-natal, la región faríngea es altamente activa. El recién nacido deglute repetidas veces, principalmente aire, de manera que el esófago y el estómago se inflan rápidamente. La progresión para la respiración más relajada hace que la faringe sea estable, funcionando en la manutención del pasaje de aire, expandiéndose y contrayéndose mas suavemente durante la inspiración y espiración. La estabilidad del pasaje de aire es reflejada en la disminución de la variación del diámetro faríngeo durante el habla en el adulto, en comparación con el niño. La progresiva estabilidad de la faringe en el espacio está íntimamente relacionada con el desarrollo de la postura de la cabeza y del cuello.

La postura inicial en el recién nacido es dada por la estabilidad del pasaje de aire faríngeo; a partir de la misma, la cabeza y el cuello van a lograr su postura. El mecanismo de manutención del pasaje de aire faríngeo es uno de los factores determinantes de la relación anteroposterior entre la punta de la lengua y los incisivos. La posición mandibular, a su vez, es relevante tanto para la postura de la cabeza y cuello como para la manutención del pasaje de aire.

La boca del bebé en reposo está esencialmente ocupada por la lengua, que está en íntima aposición con el paladar duro, paladar blando y el labio inferior. La maduración ocurre por un proceso de expansión de la cavidad bucal, reflejando el crecimiento del esqueleto facial y, en desproporción, al aumento de volumen de la lengua. Con el alargamiento diferencial del cuello hay un coincidente descenso del hueso hioides, contribuyendo a la expansión de la cavidad bucal.

Establecimiento de la respiración nasal y respiración bucal

Cuando la respiración se inicia al nacimiento, hay una vía aérea adecuada para el pasaje de aire hacia los pulmones. El pasaje es mantenido a través de la actividad muscular de la lengua, de las paredes de la faringe y de la postura anterior de la mandíbula.

El pasaje de aire por las fosas nasales excita a las terminaciones nerviosas, generando determinadas respuestas. Entre las más importantes están la amplitud del movimiento torácico, el desarrollo tridimensional de las fosas nasales, cuya base es el paladar, la ventilación y el tamaño de los maxilares, además de innumerables estímulos vitales para todo el organismo.²⁰

Si el bebé respira por la boca, deja de excitar las terminaciones neuronales de las fosas nasales. El aire llega a los pulmones por una vía mecánicamente más corta y fácil, dando inicio a una atrofia funcional relativa a la capacidad respiratoria y al desarrollo de las fosas nasales y sus anexos. Esto repercute en el desarrollo del maxilar superior. Además de eso, las fosas nasales son importantes en la fisiología respiratoria, teniendo las funciones de filtrado, calentamiento y humidificación del aire inspirado y el olfato, que dejan de ser ejercidas en la respiración bucal.³⁰

La respiración bucal ocurre siempre que hay obstrucción nasal, que podrá tener varias causas, tales como sinusitis, asma, rinitis, o tabique desviado por la compresión del septo. Cuando la respiración bucal no es tratada, ésta va a influenciar las direcciones del crecimiento facial, además de alterar el patrón de funcionamiento de la musculatura bucofacial. Es así que en el respirador bucal los labios se mantienen entreabiertos, hay retracción e hipotonía del labio superior. La presión resultante del pasaje de aire por la boca hace que el paladar se vuelva más profundo (paladar ojival) y haya una atresia o falta de crecimiento transversal del maxilar; como consecuencia de ésta se puede desarrollar una maloclusión caracterizada por mordida cruzada posterior y alteración de la postura lingual, que

por falta de espacio en el paladar se posiciona en el piso bucal. En el bebé el refuerzo de la manutención de la respiración nasal puede ser estimulado a través del amamantamiento natural, en vez del uso del biberón. Según Planas,²⁰ la lactancia materna, a través de la succión, además de estimular el crecimiento anteroposterior de la mandíbula, refuerza el circuito neuronal fisiológico de la respiración nasal. Esto se da porque durante el amamantamiento natural el bebé no suelta el seno y, por lo tanto, mantiene la respiración nasal, en sincronía con el acto de succión. Cuando se hace uso exclusivo del biberón, deja de haber estímulo para el crecimiento anteroposterior de la mandíbula ya que para succionar la leche del biberón, el niño no necesita realizar el ejercicio muscular de protrusión y retrusión de la mandíbula. El bebé aprende a engullir sin sincronía con la respiración, que conlleva a una tendencia a la respiración bucal.

Reflejo de succión y amamantamiento.

La succión y deglución están presentes desde la vida intrauterina. Los movimientos de succión y deglución ya pueden ser observados entre la 13^a y la 16^a semana de vida intrauterina.

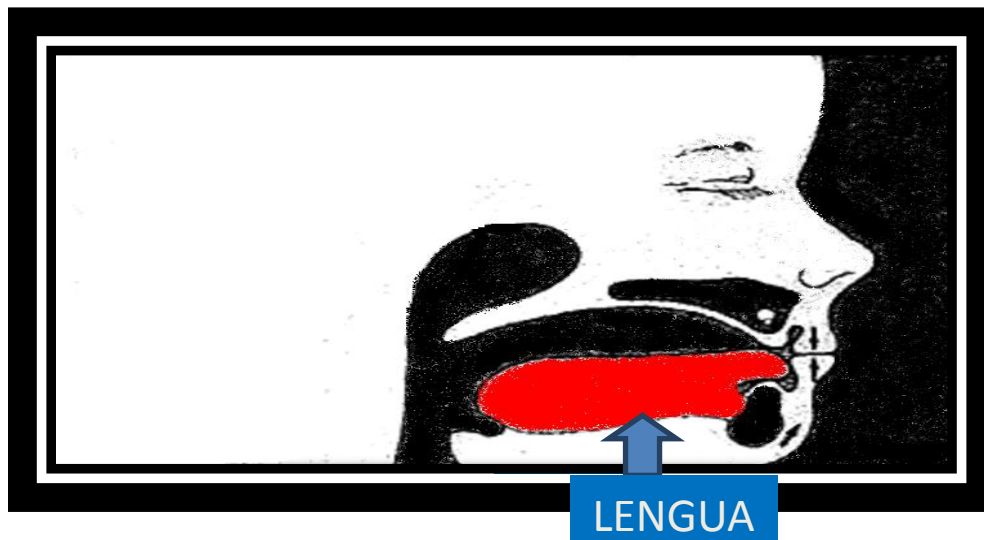
El reflejo de succión es fundamental para obtener la nutrición a través del amamantamiento, al inicio de vida extrauterina, además de ser importante en el desarrollo psicológico del bebé. Incluso después de haberse alimentado lo suficiente, el bebé continua succionando el seno materno para satisfacer la necesidad psicológica. Así, la succión sin fines nutritivos es considerada parte normal del desarrollo fetal y neonatal, y el reflejo de succión permanece intacto hasta aproximadamente los 12 meses de vida. En esta fase de desarrollo, el bebé ya aprendió a alimentarse y no necesita más el reflejo de succión para obtener nutrición; sin embargo, la necesidad psicológica permanece todavía por algún tiempo, manifestándose cuando el niño está infeliz, cansado, listo para dormir o aún cuando pasa por un periodo de regresión a un nivel anterior de desarrollo emocional.²¹

Los hábitos resultan de la repetición de un acto que en su esencia tiene una determinada finalidad. La succión, inicialmente realizada para obtener alimento, cuando es realizada sin fines nutritivos por la práctica de la repetición, puede condicionar la instalación del hábito indeseable. La succión persiste como hábito indeseable en aproximadamente 30% de los niños.²²

Además, es también importante que en la fase de lactancia el bebé sea amamantado, en cada toma, por un tiempo suficiente para satisfacer no sólo sus necesidades nutricionales, sino también los aspectos psicológicos y afectivos.²¹

Deglución Infantil

El proceso de deglución ocurre de manera diferente antes y después de la erupción de los dientes. Antes de la erupción de los dientes, la lengua se interpone entre los arcos dentarios, en estrecha relación con la superficie lingual de los labios, para crear un sellado necesario durante la deglución. Esto caracteriza la llamada deglución infantil.



Deglución infantil donde se observa a la lengua posicionada entre los rebordes alveolares
Salette N. María. Odontopediatría en la Primera Infancia. Brasil: Grupo editorial nacional. Santos editora; 2009.

Enlow¹⁹ define el patrón de deglución infantil con las siguientes características:

1. Los maxilares permanecen separados y con la lengua entre los rebordes gingivales.
2. La mandíbula es estable por la contracción de los músculos inervados por el séptimo par de los nervios craneales y por la interposición lingual.
3. La deglución es guiada por las alteraciones sensoriales de la lengua y de los labios.

DESARROLLO POST-NATAL DE LAS FUNCIONES BUCALES

La maduración de la musculatura y la delineación de la articulación temporomandibular proporcionan mayor estabilidad a la mandíbula, que sufre un movimiento de crecimiento hacia abajo y adelante. Ocurre una alteración en la relación funcional entre la lengua y los labios, ayudada por el crecimiento vertical del proceso alveolar. Los labios se alargan, adquieren una función de sellado de la cavidad bucal y su movilidad se vuelve más selectiva. La lengua desarrolla movimientos discretos, separados de los labios y de los movimientos mandibulares. Esta movilidad más independiente de las partes va a posibilitar el desarrollo de la masticación, habla y expresión facial.

Deglución madura

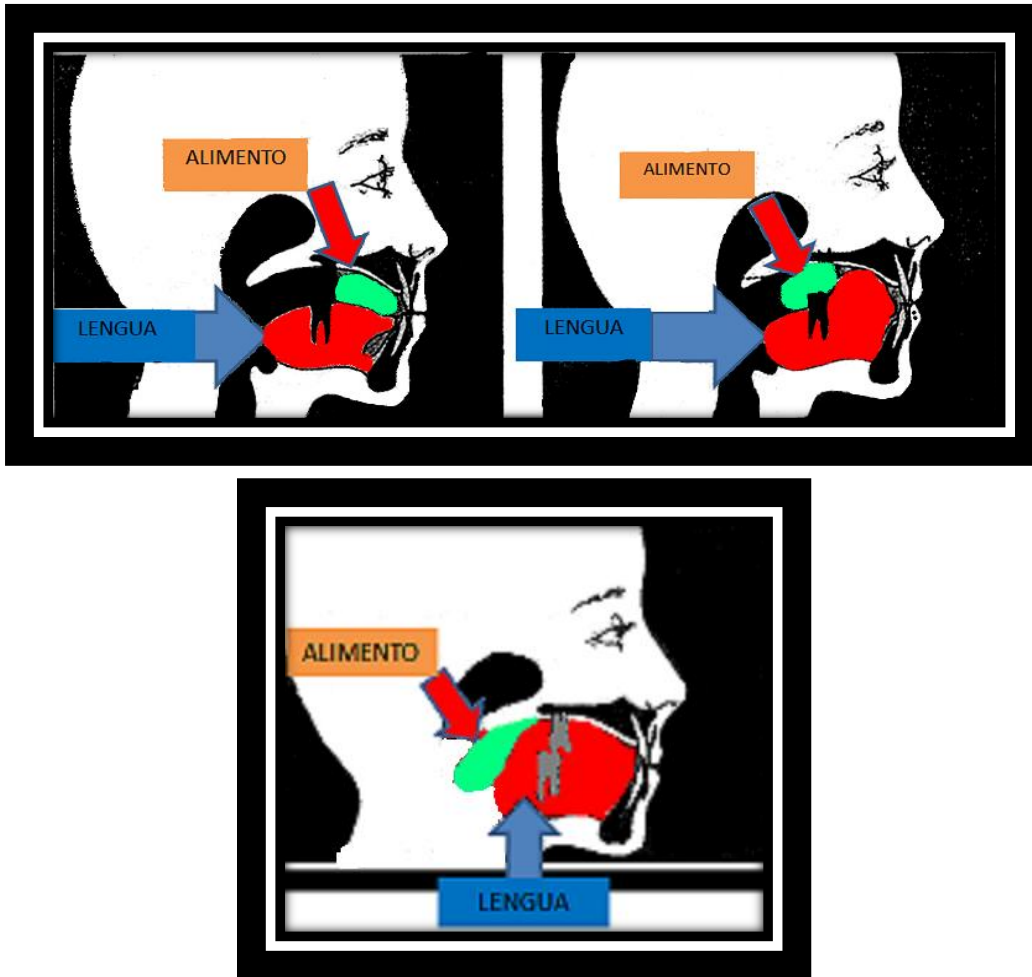
La erupción de los incisivos conlleva a movimientos mandibulares de abertura y cierre mas precisos. Con eso, afirma Moyers,²³ la postura de la lengua se retrae. A partir del establecimiento de la oclusión posterior bilateral (con la erupción de los primeros molares deciduos), se inician los movimientos masticatorios y la deglución madura.

Los músculos inervados por el quinto par craneal, asumen gradualmente el papel de estabilización mandibular durante la deglución, mientras que los músculos de la expresión facial abandonan la función desempeñada en la deglución infantil para aprender las funciones más complejas y delicadas del habla y de la expresión facial.

De acuerdo con Moyers,²⁴ las principales características de la deglución madura son:

1. Los arcos dentarios están cercanos.
2. La mandíbula es estabilizada por la contracción de los músculos inervados por el nervio trigémino.
3. La punta de la lengua se posiciona en la papila palatina.
4. Se observa una mínima contracción de los labios durante la deglución.

La deglución posee una fase bucal voluntaria, donde actúa la musculatura intrínseca de la lengua y la extrínseca constituida por los músculos temporal, masetero y digástrico, una fase faríngea que es totalmente involuntaria se caracteriza por el cierre de las vías aéreas (naso y orofaringe) y de la glotis y la fase esofaríngea, caracterizada por la fuerte onda peristáltica que lleva el alimento al estómago.

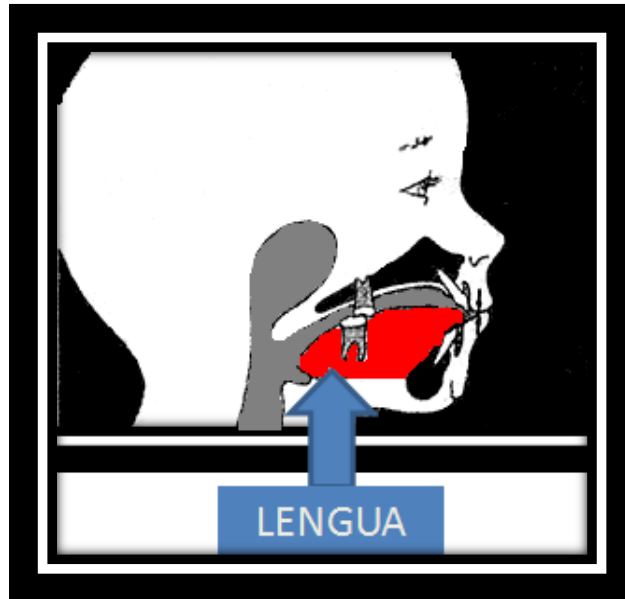


Deglución madura fisiológica: fase oral, faríngea y esofaríngea.

Salete N. María. Odontopediatría en la Primera Infancia. Brasil: Grupo editorial nacional. Santos editora; 2009.

Deglución atípica

Puede ser considerada como la manutención del patrón de deglución infantil, incluso después de la erupción de los dientes. La lengua, en vez de posicionarse en la papila palatina, detrás de los incisivos superiores, se coloca entre los arcos dentarios durante el proceso de deglución.



Deglución atípica donde la lengua se interpone entre los dientes superiores e inferiores.
Salette N. María. Odontopediatría en la Primera Infancia. Brasil: Grupo editorial nacional. Santos editora; 2009.

Esta posición puede ser sólo en dirección anterior o también lateral. La constante presión ejercida por la lengua podrá provocar una maloclusión, la mordida abierta anterior, o la mordida abierta posterior cuando haya la interposición lateral. En algunos casos la mordida abierta anterior tiene un patrón hereditario y la deglución atípica será la consecuencia y no la causa de la maloclusión, a pesar de poder agravarla.

La etiología de la deglución atípica está ligada a diversos factores:

- Uso prolongado del biberón con mamilas largas y grandes orificios.
- Presencia asociada de otros hábitos, como la succión del dedo o del chupón.
- Hipertrofia de las amígdalas, obligando a la lengua a tener una postura protruida en la cavidad bucal.
- Macroglosia.
- Respiración bucal, que hace que la lengua se mantenga posicionada en el arco inferior, y no en el paladar.
- Arco dentario superior estrecho para contener la lengua.

Masticación

La masticación no se desarrolla a partir del amamantamiento. Esas funciones son, en gran parte, desencadenadas por la erupción de los dientes.²⁵ Los músculos que controlan la posición mandibular reciben las primeras señales a partir del contacto oclusal entre los incisivos antagonistas, el patrón de cierre se vuelve más preciso en el sentido antero-posterior. Los primeros movimientos masticatorios son irregulares y poco coordinados. El movimiento de propulsión y retrusión necesario en la amamantación deja de ser un movimiento exclusivo.

AMAMANTAMIENTO NATURAL

La alimentación durante el primer año de vida es fundamental para el crecimiento y desarrollo saludable del bebé. El amamantamiento materno es considerado el método más natural y deseable de alimentación infantil en los aspectos fisiológicos, físicos y psicológicos.

La leche materna consiste en un alimento específicamente adaptado a atender las necesidades nutricionales del bebé, que además de proveer energía para su desarrollo y crecimiento, proporciona protección contra infecciones y acondiciona el tracto intestinal del recién nacido. Es imprescindible para el desarrollo psicológico del bebé, dada la dependencia físico-afectiva con su madre.

Cuando la madre elige la forma mediante la cual va a alimentar a su bebé, está expresando, también, influencias de la sociedad, de su estilo de vida, de su historia personal y de su personalidad. Actualmente la mujer tiene un papel más activo en la sociedad, lo que asociado a la influencia del proceso tecnológico principalmente de la industria de alimentos, ha hecho que muchas madres, sin ningún cuestionamiento, recurran a la lactancia artificial. Además de eso, muchas mujeres tienen recelo de alterar la estética de sus senos debido al

amamantamiento. Tales hechos realzaron la importancia del biberón como objeto que cubre las necesidades de la madre, pero mantiene cierto alejamiento y no involucramiento con el bebé.

El amamantamiento representa el factor inicial del buen desarrollo dentofacial, favoreciendo la obtención de una oclusión dentaria normal y, por consecuencia, una masticación futura correcta.²³ Existe influencia del amamantamiento también en el desarrollo de una unidad funcional normal, esto es, un perfecto equilibrio neuromuscular de los tejidos que involucran el aparato masticatorio. El acto de amamantar, también es la prevención del síndrome de respirador bucal, pues establece una relación correcta entre las estructuras duras y blandas del aparato estomatognático, permitiendo una respiración adecuada, tonicidad y posturas correctas de la lengua y labios en perfecto cierre: respiración con patrón nasal.²⁶

Con relación a la madre, la leche materna, además de ser económica, fácil y práctica, favorece la relación con el bebé. Mantiene el equilibrio psicológico y proporciona la sensación de placer; fortaleciendo así el lazo con el bebé. También acelera la involución uterina, previene la hemorragia post-parto, y a largo plazo contribuye a disminuir el riesgo de osteoporosis y cáncer de mama y ovario⁶⁷.

La leche materna forma una barrera de inmunoglobulinas en toda la mucosa bucal, que protege esa vía de entrada de una serie de enfermedades. Desde el nacimiento hasta casi el 8º mes de vida, el interés del bebé se centra casi exclusivamente en la madre. Durante los nueve meses que vivió dentro del útero, se habituó al ritmo de su corazón, y desde el nacimiento puede reconocer éste, entre muchos otros ritmos. Oirá esa pulsación cada vez que esté siendo amamantado por su madre, lo que le proporcionará una gran sensación de seguridad. Lo mismo ocurre al contacto corporal, pues la piel es el órgano sensorial primario del bebé y la experiencia táctil es esencial para su desarrollo. El

privarlo de este contacto puede resultar en alteraciones físicas y emocionales graves.

Es a través del contacto corporal durante el amamantamiento que el niño alivia el trauma de la separación brusca ocurrida al nacimiento, desarrolla sus sentimientos de bienestar, seguridad, afecto, que le proporcionan la capacidad y la confianza para buscar nuevas experiencias en el mundo.

El amamantamiento es un acto que debe satisfacer las dos “hambres”²⁷ del niño: la biológica, de la leche que suple sus necesidades corporales y la afectiva, de sentirse aceptado y querido. Así como en el período en que vivía en el útero, el bebé recibía directamente las sensaciones de su madre, también tiene percepción de las condiciones emocionales de ésta cuando está amamantando. La satisfacción que siente en ese momento es la primera gratificación que recibe del mundo exterior, y estos sentimientos iniciales permanecen activos e influyentes en toda su vida emocional e intelectual futura.

La época prenatal es muy importante para favorecer la lactancia y amamantamiento. El acompañamiento médico a través de las orientaciones y examen de los senos para verificar las condiciones del pezón son imprescindibles para que sean preparados y estén listos a la hora de amamantar, ya que pequeñas alteraciones en los pezones podrían crear situaciones que interferirán en el amamantamiento.

Otro periodo fundamental para la lactancia materna es el que sigue al nacimiento. Desde las primeras horas de vida, el proceso dinámico de la interacción madre-bebé está íntimamente ligado al éxito del amamantamiento.²⁸ El padre también puede contribuir durante la fase inicial de establecimiento del vínculo madre-bebé debido al impacto de su comportamiento con la madre. En esta fase son indicadas las siguientes prácticas:

- Lo más temprano posible, el recién nacido debe tener un contacto físico con su madre e iniciar la succión del pecho.
- No establecer horarios para amamantar.
- No utilizar biberones para complementar la alimentación. El niño que se acostumbra a la mamila del biberón rechazará el pecho, ya que este acto es más difícil.
- Bebés exclusivamente amamantados no necesitan líquido adicional.

Es necesario que la madre y el bebé estén en una posición confortable. Debido a la importancia del contacto materno infantil inmediato para el éxito del amamantamiento, es importante comprender que los medicamentos administrados durante el parto pueden interferir en este proceso.²⁹

LACTANCIA

Inicio

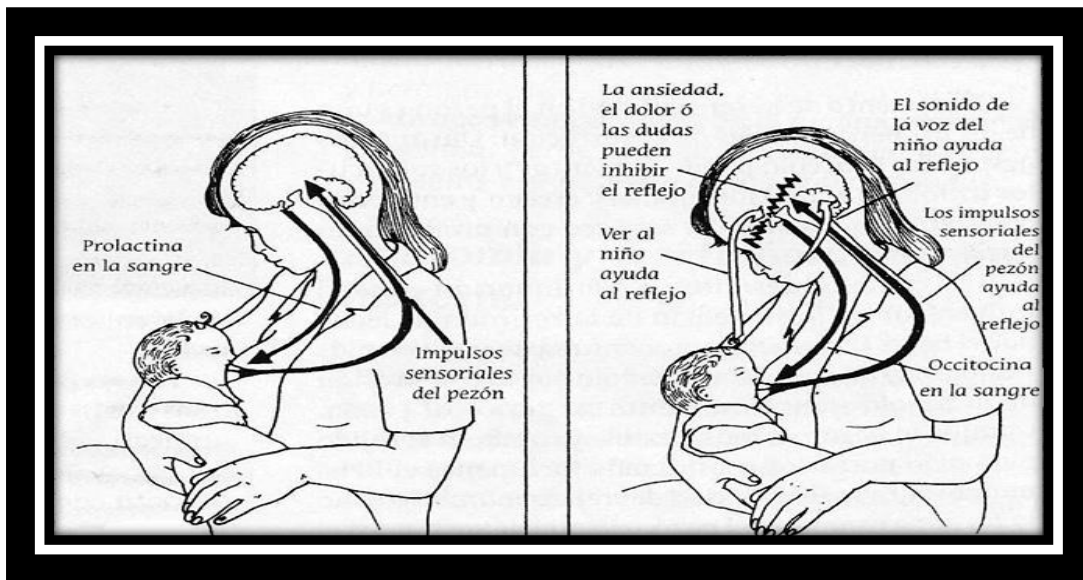
Después del nacimiento, la inhibición placentaria de la síntesis de leche desaparece y el nivel de progesterona en la sangre de la madre cae con rapidez. Los senos se llenan de calostro en 30 horas como máximo después del nacimiento. Entre 30 y 40 horas después del parto hay un cambio rápido en la composición de la leche, con aumento de la concentración de lactosa y del volumen de leche.

Las madres que permiten que sus bebés mamen a su gusto, frecuentemente observan que tienen un gran volumen de leche 24 a 48 horas después del parto. Actualmente se acepta que el fenómeno descrito como la “bajada de leche” marca el cambio del control endócrino por el autocrino de la lactancia, situación en la que el acto de succión de leche, en medio hormonal favorable, es quien gobierna la producción. Por lo tanto no es el nivel de hormonas maternas, sino la eficiencia de la succión por el bebé y/o de la remoción de la leche quien gobierna el volumen producido por cada seno.³⁰

Manutención

Reflejos maternos: los reflejos maternos envueltos en la lactancia son el de producción y el de eyección de leche. Ambos envuelven la acción de hormonas, prolactina y oxitocina, respectivamente; y son sensibles a la fuerza motora de la lactancia; la succión.

El estímulo de las terminaciones nerviosas del complejo pezón-areola, realizado por el bebé, envía impulsos por la vía neuronal refleja aferente al hipotálamo materno, que resulta en la secreción de prolactina por la hipófisis anterior y oxitocina por la hipófisis posterior.



Reflejo de prolactina o de producción y reflejo de la oxitocina o de "descenso"

Salete N. María. Odontopediatría en la Primera Infancia. Brasil: Grupo editorial nacional. Santos editora; 2009.

Tanto la oxitocina como la prolactina afectan el estado psicológico y físico de la madre, siendo la última considerada crucial para el comportamiento materno adecuado. Ésta también es una hormona de "vínculo" con importantes consecuencias para la relación tanto entre parejas como materno-infantil.

El bebé saludable está preparado para mamar con éxito al nacer. La clave de la manutención de la lactancia es el comportamiento alimentario adecuado del bebé, que significa vaciar el seno eficiente y frecuentemente por periodos prolongados lo suficiente para mantener los niveles de hormonas lactogénicas e impedir el aumento de la concentración de sustancias que suprimen la lactancia.

Los reflejos infantiles son accionados cuando el bebé se alimenta. El reflejo de búsqueda o rotación hace que busque el pezón mientras abre la boca para tomar la mayor porción posible de tejido mamario. El reflejo de succión es provocado cuando algo toca el paladar. El acto de succión comprende dos acciones: tracción del tejido mamario para formar un pico y presión de la areola traccionada contra el paladar con la lengua, que resulta en movimientos rítmicos de la mandíbula, creando presión negativa, y con la acción peristáltica de la lengua, ordeña la leche del pecho y la lleva para la región posterior de la cavidad bucal, estimulando los reflejos de deglución y respiración.³⁰

Los reflejos de succión son notorios y pronunciados en los recién nacidos saludables, aunque pueden ser débiles o ausentes en prematuros, con peso muy bajo o en bebés enfermos. Las alteraciones cerebrales, anomalías congénitas, infecciones generalizadas (septicemia) y la ictericia grave, también pueden causar dificultades de alimentación.

Composición de la leche materna

La leche materna y su precursor, el calostro, permiten la adaptación del recién nacido y su transición exitosa a la vida post-natal independiente. El calostro es un líquido amarillento, viscoso, que llena las células alveolares de la mama en el último trimestre de la gestación, siendo secretado durante algunos días después del nacimiento. El volumen secretado varía ampliamente de 10 a 100ml/día, con un promedio en torno a 30ml. La secreción aumenta gradualmente y alcanza la composición de leche madura 24 a 48 horas después del nacimiento.

Con relación a la leche madura, contiene menos lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles (B6, B12, tiamina, C) y más proteínas, vitaminas liposolubles (incluyendo E, A y K), además de sales minerales tales como sodio y zinc. El calostro está bien adaptado a las necesidades específicas del recién nacido, pues sus riñones inmaduros no consiguen procesar gran volumen de líquido sin estrés metabólico. La producción de lactasa y otras enzimas intestinales está apenas comenzando. Los antioxidantes y las quinonas son necesarios para la protección contra el daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica; las inmunoglobulinas revisten la mucosa intestinal inmadura del bebé, impidiendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos.

El calostro evoluciona a leche madura entre 3 y 14 días después del parto. La leche madura posee decenas de componentes conocidos (agua, proteínas, grasa, lactosa, calcio, hierro, fósforo, sodio, zinc, vitaminas B6, B12, C, D, y E). Su composición varía de un seno hacia otro, en tomas diferentes y hasta en el transcurso de la misma mamada. Cuando la lactancia va terminando y los senos involucionan, la leche terminal se parece al calostro, con alta proporción de inmunoglobulinas, que protegen tanto al bebé como al seno.

La protección contra infecciones y alergias conferida al bebé, imposible de ser alcanzada por otro tipo de alimento, es la cualidad más prominente de la leche materna.³⁰

IFERENCIAS ENTRE LA LECHE BOVINA Y LA LECHE MATERNA³¹

Elementos/propiedades	Leche bovina	Leche materna
Proteína	3.1g/100ml	0.9g/100ml
Relación caseína/proteínas del suero	88 y 20%	40 y 60%
Caseína	Digestión lenta (4 horas)	Digestión rápida (1hora y media)
Osmolaridad	Mayor, provoca sobrecarga renal.	Adecuada a la madurez renal del bebé
Nitrógeno (N) no proteico	Necesita de líquido adicional a 5%	25%
Glicina	Impide la transformación de N no protéico en proteínas	Pequeña cantidad
Alfa-lactoalbúmina	Trazas	Proteína sérica más importante
Beta-lactoglobulina	Proteína sérica específica. Potente elemento alérgico humano	Niveles mínimos
Lactoferrina	Cantidad mínima	26% de proteínas séricas
Lisozima	Trazas	8% proteínas séricas
Taurina (aminoácido esencial para el prematuro)	No	Sí
Fenilalanina y tirosina (los recién nacidos no tienen enzimas suficientes para el metabolismo; su acumulación es tóxica)	Cantidad mayor	Cantidad mínima
Cistina-metionina (el prematuro necesita de enzimas que transformen metionina en cistina)	Alta concentración de metionina	Relación 2:1 semejante a las proteínas vegetales
Lactosa y otros oligosacáridos	Pequeña cantidad	Gran cantidad
Ácidos grasos	Más cantidad de ácidos grasos de cadena corta y mediana	Más cantidad de ácidos
Lipasa estimulada por las sales biliares	No contiene	Específico para el lactante
Ácido linoléico y linolonénico	Pequeña cantidad	Esenciales
Colesterol	No se concentra	16mg/100ml
Lactosa	Menor cantidad y se inactiva con el calentamiento	En cantidad suficiente
Minerales	Mayor osmolaridad. Riesgo de sobrecarga renal	Osmolaridad adecuada, similar al la del plasma

Sodio	<i>En exceso (riesgo de convulsiones y diarrea)</i>	<i>Adecuado</i>
Relación calcio-fósforo	<i>1:3 de riesgo de hipocalcemia neonatal</i>	<i>2:4</i>
Hierro	<i>El hierro agregado a las fórmulas interfiere con el mecanismo de lactoferrina (anemia)</i>	<i>Bajo contenido, alta biodisponibilidad</i>
Vitamina A	<i>No existe</i>	<i>Adecuada</i>
Vitamina E	<i>Escasa</i>	<i>Adecuada</i>
Ig A	<i>3mg/100ml y se inactiva con el calor (mayor cantidad de IgM)</i>	<i>IgA, 100 a 140 mg/100ml</i>
Componentes bioactivos	<i>Especie-específicos</i>	<i>Especie-específicos</i>
Poder alérgico para el bebé	<i>Alto (20% alergias)</i>	<i>Nulo</i>
Crecimiento	<i>Maximiza</i>	<i>Optimiza</i>

La leche materna no es apenas una fuente de nutrientes específicamente adaptada a la capacidad metabólica del bebé. Una investigación reciente indica que ésta puede hasta ejercer un cierto grado de control sobre el metabolismo, desde la sutileza de las divisiones celulares, hasta el comportamiento del bebé, así como el desarrollo y la manutención de la función mamaria.

Cualidades inmunológicas de la leche materna

La leche materna es mucho más que una simple colección de nutrientes, es una sustancia viva de gran complejidad biológica, activamente protectora e inmunoglobuladora. No sólo proporciona protección exclusiva contra infecciones y alergias, sino que estimula el adecuado desarrollo del sistema inmunológico del bebé.

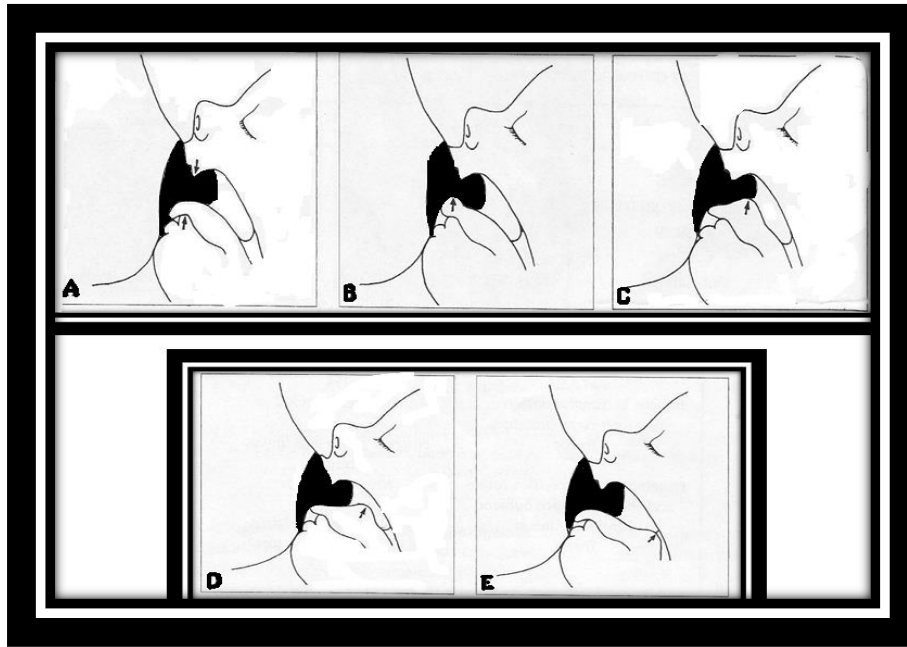
Al nacer, el bebé lucha contra varios problemas: colonización por microorganismos, toxinas producidas por patógenos, ingestión de antígenos macromoleculares que pueden causar reacciones patológicas si les fuera permitido cruzar la barrera intestinal. Los mecanismos de defensa del bebé son inmaduros, pero la perfusión de sustancias inmunológicas y factores de crecimiento en el calostro y la leche materna protegen la mucosa intestinal contra

la invasión, modifican el medio ambiente intestinal, suprimen el crecimiento de algunos microorganismos patogénicos, estimulan la maduración epitelial y aumentan la producción de enzimas digestivas.³¹

Las propiedades antiinfecciosas del calostro y de la leche materna se manifiestan a través de los componentes solubles (IgA, IgM, IgG, lisozimas, lactoferrina y otras sustancias inmunorreguladoras) y componentes celulares (macrófagos, linfocitos, granulocitos, neutrófilos y células epiteliales). La concentración de estos componentes es muy alta en el calostro y disminuye en la leche madura. La menor concentración de factores inmunoprotectores son compensados por volúmenes de leche creciente.

Mecánica fisiológica del amamantamiento

En el acto de amamantamiento el recién nacido ordeña el seno materno y con los labios detecta el pezón, contrayéndolo firmemente (sellado hermético). Como se mencionó anteriormente, el reflejo de succión es provocado cuando algo toca el paladar. El reborde correspondiente a los incisivos superiores se apoya contra la superficie superior del pezón y parte del seno. La lengua por abajo, funciona como válvula controladora mientras que la mandíbula realiza movimientos protrusivos y retrusivos, además de dislocamientos en el plano horizontal, sincronizados con la deglución y la respiración.

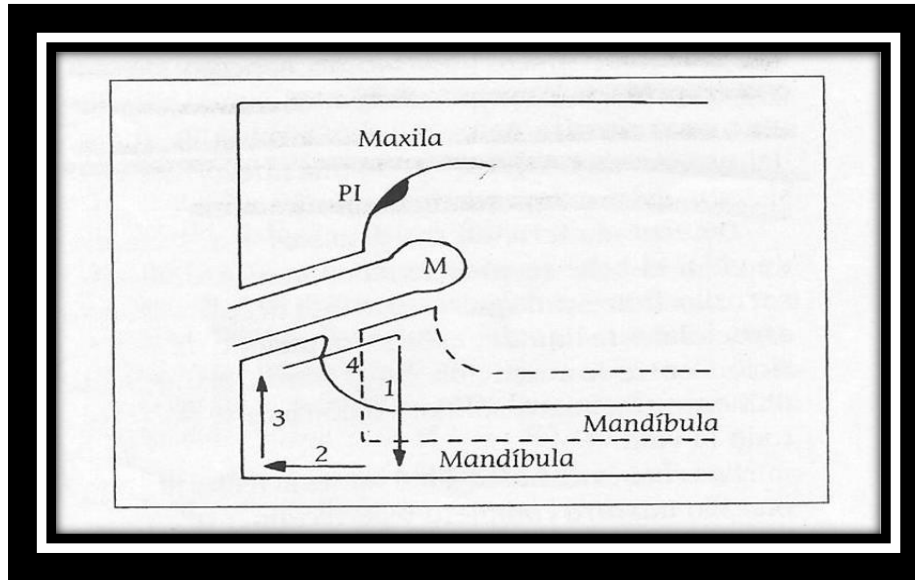


Secuencia de movimientos de la lengua en el amamantamiento. “perfecto sellado”

Saete N. María. Odontopediatría en la Primera Infancia. Brasil: Grupo Editorial Nacional. Santos Editora; 2009.

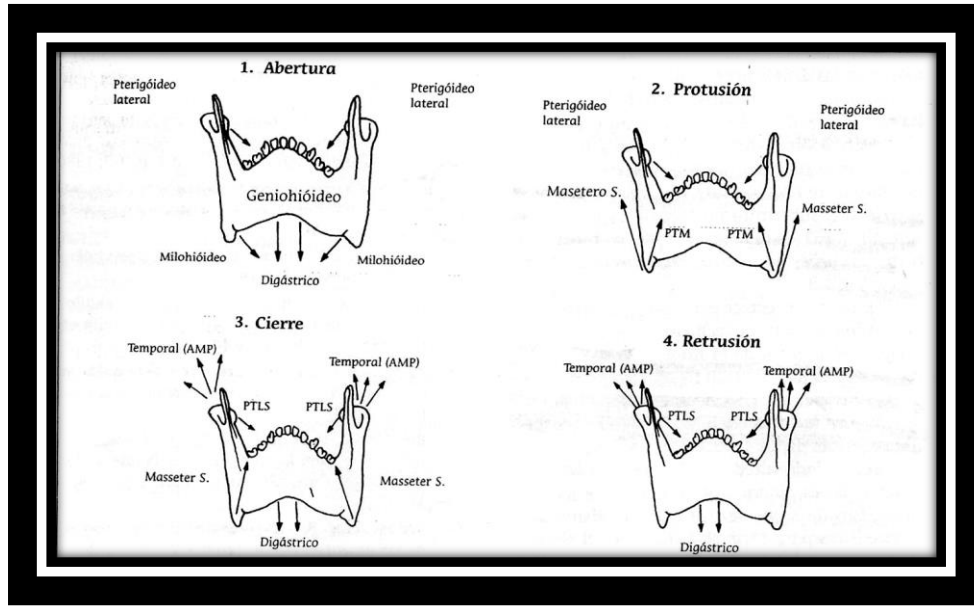
- A.** *Abertura de la boca para un buen “agarre”. Cierre labial con compresión de los senos lactíferos*
- B.** *Óptimo “agarre” –observar la posición anterior de la lengua*
- C. y D.-** *onda de compresión recorriendo la lengua para presionar la leche de los senos lactíferos*
- E-** *Deglución de la leche.*

Esos movimientos extraen el líquido lácteo del seno hacia la boca al generar presión negativa intrabucal, realizando tres succiones para cada deglución (3:1) y presentando un ritmo determinado por los centros reticulares que pueden persistir hasta la edad adulta.^{32,33}



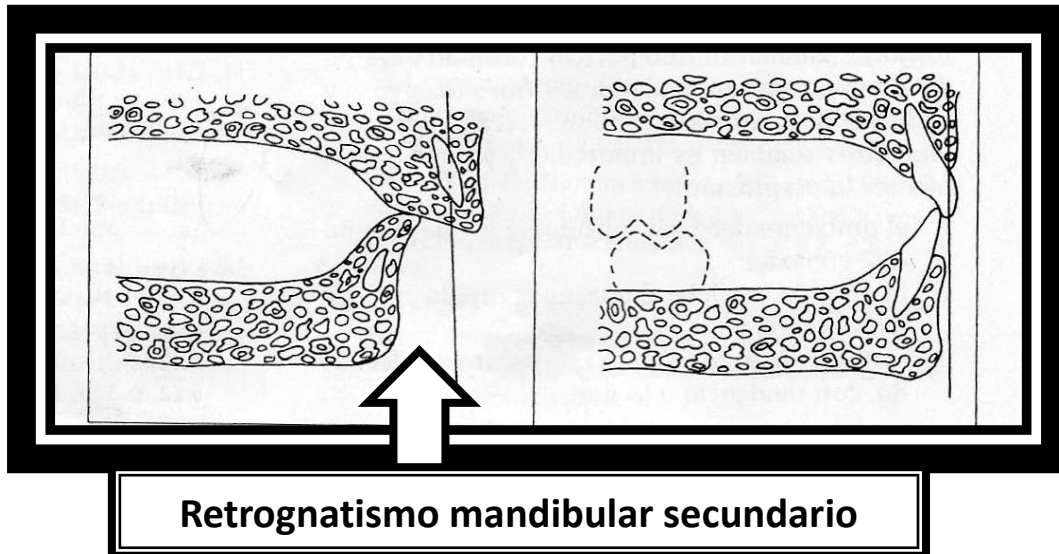
*Movimientos de ordeña del seno materno y su dinámica muscular (Prof. Kurt Faltin Jr. 1983-
Revista de la Asoc. Paulista de Cirujanos Dentistas)*

El seno permite un ejercicio fisioterapéutico necesario para el desarrollo del sistema estomatognático a través del amamantamiento. La mandíbula se posiciona más anteriormente; algunos músculos masticatorios como el temporal (retrusión), el pterigoideo lateral (propulsión) y el milohioideo (deglución) inician su maduración y reposicionamiento; la lengua estimula al paladar, evitando que la acción de los buccinadores sea perturbadora, y el orbicular de los labios se muestra eficiente en la orientación del crecimiento y desarrollo de la región anterior del sistema estomatognático.²⁶



Vista posterior de los movimientos mandibulares durante la ordeña (Carvalho, G.D- Revista de Pesquisa)

Al nacer, los bebés presentan retrognatismo de la mandíbula en relación con la maxila, llamado retrognatismo mandibular secundario, que mide de 8 a 12 mm.³³



Este retrognatismo debe ser anulado al momento de la erupción de los dientes deciduos. (Carvalho, G.D- Revista de Pesquisa)

Hasta la época de erupción de los primeros dientes deciduos (6 a 12 meses de vida), es necesario que este retrognatismo haya sido anulado a través del desarrollo más acentuado de la mandíbula para que se establezca una oclusión correcta de los dientes deciduos.

El amamantamiento además de estimular el crecimiento de la mandíbula en el sentido anteroposterior; refuerza el circuito neurofisiológico de la respiración, excitando las terminaciones neuronales de las fosas nasales, con su consecuente desarrollo y de sus anexos.

Cuando el uso del biberón substituye al seno materno, gran cantidad de excitaciones externas que parten de la boca quedan anuladas.²⁵ Los pezones artificiales no se moldean a la cavidad bucal y no conducen al ejercicio necesario para el desarrollo del sistema estomatognático en el lactante.³⁴

Dreyfus⁴⁵ y Hoffer⁴⁶ citan que como consecuencias de la lactancia artificial, se presentan la falta de estímulo anteroposterior de la mandíbula, la desarmonía entre respiración/succión/deglución y un menor esfuerzo muscular para extraer el alimento. La falta de este esfuerzo genera anulación de la excitación de la articulación temporomandibular y musculatura masticatoria, ocurriendo la inducción de estímulos en los músculos buccinadores y linguales, siendo más propensos a la respiración bucal.

Segovia (1997, Carvalho)²⁶ dice que: “existen tres diferencias básicas entre el pezón y la mamila del biberón: flujo de leche, área de aprehensión y tamaño”. Straub (1952, Carvalho)²⁶ concluye en su investigación que, de 237 personas con deglución atípica, ninguna había sido amamantado del seno de la madre.

Proceso de destete y alimentación suplementaria

Las acciones de succionar y engullir son vitales para el recién nacido y el bebé en los primeros meses de vida, y son realizadas gracias a la configuración morfológica especial de la boca, y por la presencia de reflejos de succión y deglución, que guían una serie de movimientos coordinados de los labios, los carrillos, de la lengua y de la faringe. A los seis meses de edad se inicia la capacidad de engullir líquidos ofrecidos en tazas.

El alimento sólido o semisólido colocado en la boca del bebé es normalmente rechazado con vigor por la acción de otro reflejo, el de extrusión. Sólo entre los cuatro y seis meses de vida, cuando este reflejo desaparece, es que el niño consigue transportar alimentos semisólidos al fondo de la boca y engullirlos, estando listo para recibir alimentos suplementarios. Posteriormente entre los 7 y 9 meses de edad, se inician movimientos rítmicos para morder, concomitantes a la erupción de los primeros dientes, estableciendo un nuevo circuito neuronal y marcando el inicio del proceso de maduración de una nueva fase del sistema estomatognático; la masticación.³⁴

Desde el punto de vista de la maduración fisiológica y de la necesidad nutricional, no es necesario por lo general dar otros alimentos además de la leche materna al bebé antes de los 4-6 meses.

LACTANCIA ARTIFICIAL

Sólo en la imposibilidad de realizar el amamantamiento natural, los métodos artificiales son la forma elegida para alimentar al recién nacido, y no de forma aleatoria.³⁵

La principal función de la lactancia artificial es proporcionar un método seguro de alimentar a bebés de bajo peso al nacer y prematuros hasta que estén fuertes, lo suficiente para mamar exclusivamente del seno.^{36,37}

Se indica la lactancia artificial en los siguientes casos:

1. Madre portadora de enfermedades transmisibles o de alguna enfermedad que la imposibilite para amamantar.^{38,39}
2. Uso continuo por la madre de algún medicamento que, a través de la leche, pueda perjudicar al niño.
3. Bebé prematuro o con algún problema que lo obligue a permanecer en el hospital, perdiendo contacto directo con la madre o con la imposibilidad de ser amamantado.
4. Deformaciones en la cavidad bucal que den lugar a alguna dificultad para succionar el seno, como por ejemplo, hendidura palatina o labial.
5. Necesidad de intercalar el amamantamiento y la leche bovina o fórmulas por ausencia de la madre.
6. Estrés, depresión y desestimulación debido al cansancio, nerviosismo y/o ansiedad de la madre.⁴⁰

El biberón, entre todos los medios artificiales, es el más práctico de ser utilizado. El uso continuo del biberón, sin embargo, tiene sus desventajas, tales como alteraciones en el desarrollo de la cavidad bucal (dentición, paladar y porción muscular), mayor posibilidad de desarrollar caries dentaria, principalmente si el biberón fuera dado por las noches.

Con relación a la posición que debe mantener el niño al ser amamantado, se recomienda que quede semi-sentado, teniendo la cabeza en plano superior al resto del cuerpo evitando así, reflujo del líquido hacia el conducto auditivo. Esta posición hace también que el niño mame más y tenga menos frecuencia de hambre.

Por encima de los seis meses de edad, si no hay restricción por parte del niño, se aconseja la introducción gradual de leche bovina tipo A o, inclusive, de leche en polvo integral. Se debe evitar el uso de edulcorantes y de harinas que sirven como espesantes, ya que pueden proporcionar mayor riesgo de desarrollar

actividad cariogénica.⁴¹ Entre las tomas, cuando se recomienda la administración de jugos de frutas naturales, té o agua, no se debe adicionar azúcar.

Según los pediatras, el uso del biberón debería ser eliminado, como máximo, a los 18 meses de edad, ya que su uso prolongado sólo propiciará la adquisición de hábitos nocivos. Cuanto más temprano fuera hecha la sustitución del biberón, más fácil será la remoción de este hábito, ya que la resistencia ejercida por el niño será menor.

Es importante citar la necesidad de realizar el amamantamiento, ya sea natural o artificial, con el bebé despierto, para que el alimento ofrecido sea totalmente deglutido. Cuando el bebé se adormila, se debe retirar el seno o biberón y realizar la higiene de la boca.

VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA PARA EL LACTANTE

Las ventajas inmunológicas son bien conocidas hasta los primeros seis meses de vida, pero la protección frente a muchos patógenos se alarga hasta los dos años y medio. La protección contra las enfermedades se clasifica de la siguiente manera.^{7,42}

- a) Enfermedades gastrointestinales. Se han identificado componentes de la leche materna que confieren protección contra patógenos específicos del intestino como Rotavirus, *C. jejuni*, *C. difficile*, *G. lamblia*, *S. tiphymurium*, especies de *Escherichia*, *Shigella* y *V. cholerae*.
- b) Enfermedades respiratorias y otitis media. La lactancia materna exclusiva protege contra las infecciones de las vías respiratorias altas, principalmente la otitis media. En varios estudios se ha demostrado también que la frecuencia y gravedad de las infecciones de las vías respiratorias bajas

como la neumonía, bronquitis y bronquiolitis disminuye en los lactantes alimentados con leche humana.

- c) Otras infecciones. La leche humana protege contra la enterocolitis necrosante en lactantes de pretérmino y contra la bacteremia y meningitis causada por *H. influenza* tipo B.
- d) Disminución de la inflamación. La leche materna protege al lactante y a la glándula mamaria contra ciertos agentes patógenos, sin producir efectos inflamatorios.
- e) Estimulación de la inmunidad. Hay evidencias epidemiológicas y experimentales de que la leche materna afecta la inmunomodulación a largo plazo y los lactantes corren menor riesgo de padecer enfermedades alérgicas, trastornos digestivos crónicos, Diabetes Mellitus tipo 1, enfermedad de Crohn y linfoma. Además, las concentraciones de anticuerpos neutralizantes para el polisacárido Hib, la vacuna del polivirus oral y el toxoide de la difteria, en respuesta a las vacunas aplicadas en la infancia, son más altas en los bebés alimentados con leche materna.⁴²

Por otra parte, la aparición de diversas anomalías dentomaxilares es influenciada por factores que actúan desde edades muy tempranas y producen alteraciones manifiestas en los primeros años de vida. El micrognatismo transversal es una de éstas y es considerado una de las causas morfológicas fundamentales de las maloclusiones dentarias; es una entidad caracterizada por un insuficiente desarrollo en sentido transversal de los maxilares⁶⁹. La evidencia científica actual demuestra los beneficios de la lactancia materna sobre cualquier otra forma de alimentación al recién nacido. La salida de la leche es diferente de acuerdo si el bebé es amamantado o toma biberón, y por tanto los movimientos musculares también lo serán, y ello conducirá a repercusiones fisiológicas en el desarrollo del tercio inferior del rostro.⁶⁸

El enérgico trabajo muscular necesario para realizar la extracción de la leche va a tener un impacto directo, sobre el crecimiento de los huesos, donde

estos músculos son insertados. Habrá una maduración neurofuncional adecuada de la cual dependerá el crecimiento anteroposterior y transversal de los maxilares y, por ende, el buen desarrollo de todo el macizo facial.^{68,70,71}

Desde el punto de vista psicológico, la lactancia favorece el vínculo afectivo madre-hijo, proporcionándole al bebé satisfacciones emocionales, pudiendo ser esto valioso para disminuir hábitos bucales incorrectos.⁷²

FACTORES QUE AFECTAN LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Las características personales de las mujeres que afectan la lactancia materna exclusiva, son múltiples: una mayor escolaridad, una edad menor a 20 años, la falta de conocimientos sobre este tema, el haber presentado complicaciones relacionadas con las mamas como la hipogalactia, mastitis, grietas o pezones invertidos, miedo a que se afecte su figura y la forma de su seno, estrés, falta de deseo de dar el pecho, enfermedad materna y fracaso para lactar con hijos previos por factores en el lactante como: llanto excesivo, falta de crecimiento, cólicos, problemas del sueño o problemas de salud.⁵¹

Actualmente, no es una práctica que se enseñe de madre a hija como lo era antes. Los patrones familiares son cada vez más nucleares, perdiendo en gran medida las redes de apoyo.

En los últimos años las mujeres se han ido incorporando al mercado laboral, considerándose actualmente el factor en contra más importante para la lactancia materna, al mantenerse alejadas de sus pequeños por tiempos prolongados y carecer de facilidades laborales que les permitan compaginar la lactancia con el empleo.⁵¹

La falta de consejería en el periodo prenatal y postnatal por los profesionales de la salud reduce la lactancia materna, pues han perdido el interés por la lactancia y la manera de ayudar a las mujeres a llevarla a cabo.^{16,17}

IV. ANTECEDENTES

El primer año de vida es el periodo de crecimiento y desarrollo más rápido en la vida del niño y por tanto las demandas nutricionales son mayores. Durante el primer año, el niño multiplica por tres su peso e incrementa un 50% su talla. Paralelamente a ello los órganos van madurando a gran velocidad. De acuerdo a Enlow, se ha registrado que el cerebro multiplica por tres su tamaño durante la infancia y alcanza el 90% del tamaño adulto a los dos años.²⁵

Estudios realizados en Inglaterra, por Sultan y Barker, en animales, han demostrado que las modificaciones en la dieta durante el periodo sensible de crecimiento en etapas tempranas de la vida pueden tener consecuencias metabólicas importantes a largo plazo⁹. En la última década Lucas A. y Martin R. documentaron pruebas de que los beneficios del amamantamiento se hacen patentes incluso muchos años después de haberse producido el destete.^{10,11}

Varias organizaciones mundiales han hecho campañas, estrategias e iniciativas para promover la correcta alimentación del lactante y del niño, sin embargo en muchos países no se siguen las directrices establecidas y no se cumplen con los objetivos esperados. En Estados Unidos de América la situación es similar, de tal manera que en octubre del año 2000, el “*Surgeon General*” del *United States Public Health Service Commissioned Corps –PHSCC-* (responsable máximo de la política sanitaria del país), presentó un plan cuyo objetivo principal era incrementar la tasa y la duración de la lactancia materna.^{12,13}

Estevez González M., en su obra *Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna*, estableció que en los países desarrollados, salvo escasas excepciones, han concurrido una serie de factores de muy diversa índole (sanitaria, social, cultural, entre otros) que han hecho que el fracaso de la lactancia materna se pueda considerar “una nueva enfermedad propia de los siglos XX y XXI”.¹⁴

En México, durante la década de los setenta, el porcentaje de madres que inició la lactancia materna fue de 78%, con una duración media de 8.7 meses, en el que se observó que los lactantes de 3 meses eran alimentados en forma exclusiva en un 15.3% y que 22% nunca fueron alimentados al seno materno.^{47,48} De acuerdo al artículo *Epidemiología de la lactancia materna en zonas rurales y urbanas de México*, de Pérez-Escamilla, durante la década de los ochenta, el 83% de las madres inició la lactancia materna, con una duración media de 8.6 meses, 14% de los lactantes menores de cuatro meses nunca recibió leche materna y sólo 11.5%⁴⁹ fueron alimentados de manera exclusiva durante los primeros seis meses de vida.⁴⁸

En 1997, el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría coordinó un estudio en el que se recopiló información de varias comunidades autónomas; en ese momento la prevalencia de lactancia materna a los cuatro meses de edad estuvo en torno al 20%.¹⁵ Otros estudios en Asturias y Cataluña, han encontrado que sólo entre un 7 a un 30% de las madres continúa lactando a sus hijos a los seis meses de edad.^{16,17} En ese mismo año, el Consejo Nacional de Población, en México, reportó una tasa de lactancia exclusiva, en menores de cuatro meses, de 33.6%.⁵⁵

Estudios en Cuba, realizados por Gutiérrez Gutiérrez Antonia, han determinado que los conocimientos de la madre respecto a la importancia de la lactancia, están directamente relacionados con el grado de escolaridad y ocupación. Éstos establecieron que el 59.1% de los neonatos, lactó hasta los cuatro primeros meses de vida y que el grupo con mayor abandono precoz en la lactancia fue el de madres menores de 20 años de edad¹⁸. Un estudio en Colombia, llamado *Conocimientos sobre conductas óptimas de lactancia y su relación con factores personales, educativos y socioeconómicos en puérperas del Hospital Belén de Trujillo*, realizado por Bocanegra García S., ha determinado que el 88.57% de las madres tuvo un nivel global aceptable de conocimientos,

asimismo se obtuvo una relación significativa entre el nivel de conocimiento de las conductas óptimas y el grado de instrucción de las madres.⁵⁴

De acuerdo a la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición 1999, en la década de los noventa, 92.3% de los lactantes fueron alimentados al seno materno, probablemente por la promoción de los Hospitales Amigos del Niño y la Madre. En cuanto a la duración de lactancia materna, estudios realizados en México reportaron una media de nueve meses. Encontraron que los lactantes menores de cuatro meses reciben lactancia materna exclusiva en un 25.7% de los casos y aquellos menores de seis meses en 20.3%. Mostraron también que es alta en la región sur de México, en comunidades rurales, en la población indígena, en madres con bajo nivel socioeconómico y con menor escolaridad, sin empleo y que no cuentan con servicios de salud, así como las que tienen un índice de masa corporal y peso por debajo del promedio.⁴⁷

En 1999, Durán Méndez Raisa y Déborah Villegas, realizaron un estudio prospectivo sobre el abandono de la lactancia materna en un hospital de la Ciudad de La Habana, Cuba. Encontraron que de 144 madres, el 59.1% llevó a cabo al lactancia materna sólo por 4 meses. El 40.9% abandonó la lactancia materna, observándose un mayor abandono en madres menores de 20 años y mayores de 35. También observaron un menor abandono de lactancia en madres con mayor nivel de escolaridad. En cuanto al estado civil, reportaron que las mujeres casadas o acompañadas establemente, abandonaron en menor medida que las solteras. Finalmente citaron que las mujeres estudiantes, abandonaron en mayor porcentaje que las amas de casa; 66.7% y 41.5% respectivamente, y que el 68.8% que contó con apoyo familiar, no abandonó la lactancia de manera precoz.⁶¹

La lactancia materna en nuestro país ha presentado un incremento del 0.75% por año a partir de 1985 a 2000, en comparación con otros países de América Latina como Honduras y Nicaragua que reportaron un incremento de 7.75% por año o Brasil, con un 3.8% por año.^{48,50}

En el estudio realizado por Navarro-Estrella, en 256 madres trabajadoras derechohabientes del IMSS, se encontró que el 42% de ellas, abandonó la lactancia materna antes de los 3 meses y 11.6% no lactó. Como principal motivo, reportaron la necesidad de trabajar con un 25.9%.⁵¹

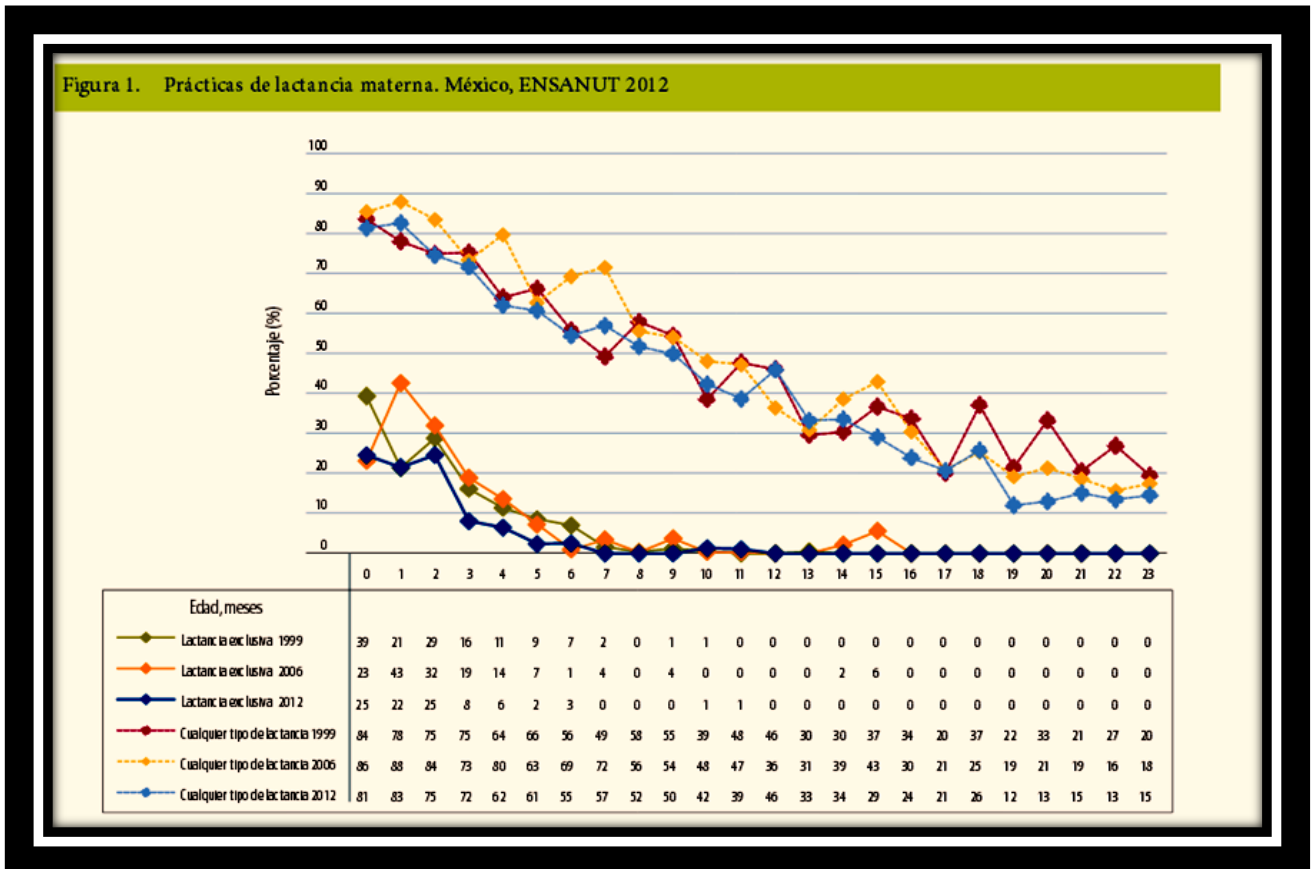
En el año 2000, Calzado Mustelier y Rodríguez Rivero, reportaron que el conocimiento acerca de las ventajas de la lactancia materna, estaba directamente relacionado con la escolaridad de la madre, siendo un 70% las madres universitarias.⁶²

En la Encuesta Nacional emitida por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el año 2003, se reporta una prevalencia de lactancia materna exclusiva al cuarto mes de 30.5%.⁵⁶

En 2005 el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, de la Ciudad de México, el cual pertenece al programa Hospital-Amigo desde el 2000, reportó una meta de lactancia de 88%, lo cual es bastante aceptable para el programa, siendo la meta intrahospitalaria el 90%. A pesar de contar con esta meta (88%), desconocen la tendencia a lactar de las madres egresadas de la Institución, por lo que se realizó un estudio en el cual obtuvieron que la lactancia materna exclusiva a los seis meses resultó alta (67.6%). Esto está por encima del 50% considerado como meta por la OMS y UNICEF con los programas de apoyo a la lactancia materna. Asimismo, se encontró que como factor principal de abandono de la lactancia materna, se encontraba la hipogalactia con 36.7%.⁵⁷

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012,⁵² la duración de la lactancia materna es de cerca de 10 meses; cifra estable en las tres encuestas de nutrición y salud de 1999, 2006⁵³ y 2012 (9.7, 10.4 y 10.2 meses respectivamente). El resto de indicadores de lactancia materna demuestran un importante deterioro. El porcentaje de lactancia materna exclusiva en menores de

seis meses (LME<6m) disminuyó entre el 2006 y 2012, de 22.3% a 14.5%, y fue dramático en el medio rural, donde descendió a la mitad (36.9% a 18.5%).⁵²

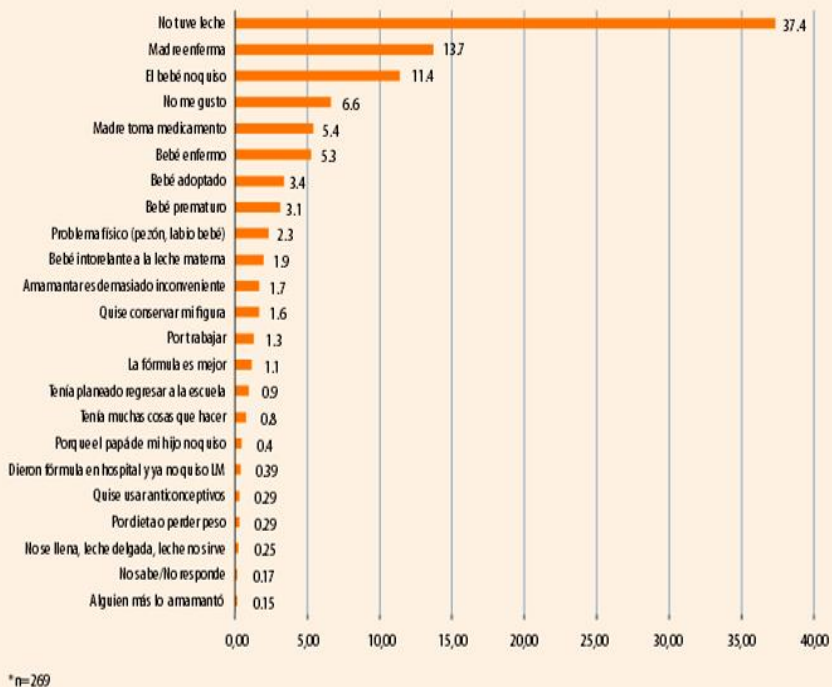


ENSANUT 2012 Resultados Nacionales.

<http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DeterioroPracLactancia.pdf>

De igual manera, la lactancia continua al año y a los dos años disminuyó. El 5% más de niños menores de seis meses consumen fórmula, y aumentó el porcentaje de niños que además de leche materna consumen agua innecesariamente. Las madres que nunca amamantaron a sus hijos mencionan como causas desconocimiento o poco apoyo, antes y alrededor del parto, para iniciar y establecer la lactancia.⁵²

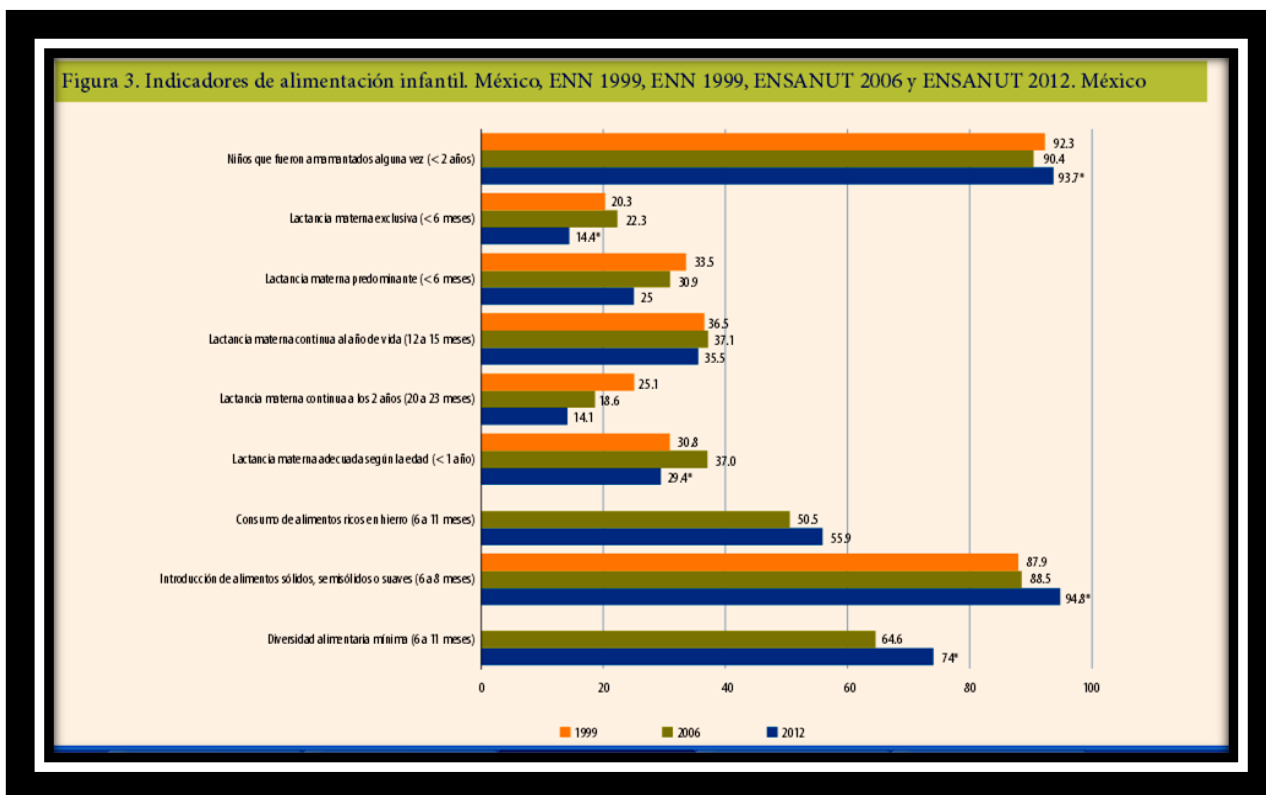
Figura 2. Motivos para nunca amamantar. Mujeres de 12 a 49 años madres de niños menores de 24 meses. México, ENSANUT 2012



ENSANUT 2012 Resultados Nacionales.

<http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DeterioroPracLactancia.pdf>

En contraste, la alimentación complementaria (AC) en México ha mejorado en calidad y frecuencia. El porcentaje de niños que consumen alimentos ricos en hierro a edades oportunas, la introducción de otros alimentos y la diversidad de la dieta de los niños en su segundo semestre de la vida, registra cambios positivos entre encuestas.⁵²



ENSANUT 2012 Resultados Nacionales.

<http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DeterioroPracLactancia.pdf>

En años recientes (2010), se han realizado otros estudios en Venezuela, por Cárdenas y Montes, quienes han encontrado que el abandono de la lactancia materna es mayor en madres de 20 años o más, con un 83.3%, frente a un 16.7% de las madres adolescentes. También se encontró diferencia significativa en la relación del abandono de la lactancia materna con la procedencia de la madre, siendo mayor en las madres de procedencia urbana (70%), en comparación con las de procedencia rural (30%).⁵⁹

En el mismo año, un estudio en España, realizado por Sacristán Martín y Lozano Alonso, evaluó la situación actual y los factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León, encontrando que sólo un 27.7% de las madres realizó la lactancia materna exclusiva por seis meses. Entre los factores

de abandono, el 29.7% se refirió a la hipogalactia y un 20.5% mencionó que observaban un bajo peso en el bebé. Se observó una diferencia significativa en el tipo de parto, en donde las madres que habían tenido un parto natural, realizaron más lactancia materna exclusiva ⁶⁰. En Cuba también se realizó un estudio por parte de Ávalos González María, acerca del comportamiento de algunos factores biosociales en la lactancia materna en los menores de un año, en un policlínico de esta ciudad, el cual pertenece a la iniciativa Hospital Amigo del Niño. Se reportó que el 55.7% de las madres realizó lactancia materna exclusiva por 6 meses. El grupo de edad de madres que mostró una mayor lactancia fue el de entre 20 y 29 años de edad, así como las que contaban con estudios preuniversitarios y técnico medios. Como principal factor de abandono se reportó la hipogalactia con un 57.2%.⁶³

Por otra parte, en el estudio realizado por Rodríguez y Martínez acerca de la influencia de la lactancia materna en el micrognatismo transversal y los hábitos bucales deformantes, se registró que de 88 niños que lactaron por menos de 6 meses, el 77.23% presentaba micrognatismo transversal. En aquellos que lactaron por más de 6 meses se observó menor tendencia de hábitos bucales, excepto en el uso de chupón, lo cual puede deberse a la tendencia de las madres de usarlo sin informarse antes acerca de sus indicaciones⁵⁸. En otro estudio realizado acerca de la relación entre el amamantamiento, el uso de la mamila y los hábitos de succión no nutritiva, por Viggiano y Fasano, se obtuvo que de aquéllos que presentaban oclusión alterada, el 42% se debía a hábitos de succión no nutritiva por más de un año y el 41% al uso de mamila. En los que presentaban mordida abierta, un 17% se debía a hábitos de succión no nutritiva por más de un año, y el otro 17% se debía al uso de mamila. Finalmente, de los 52 niños que presentaron mordida cruzada posterior, se observó que sólo un 11% de ellos, utilizaba mamila.⁶⁵

Otro estudio en Caracas, realizado por Blanco-Cedres y Guerra, evaluó que aquellos niños preescolares que recibieron lactancia materna por 6 meses o más,

presentaban un perfil normal, paladar normal y normoclusión, mientras que los que recibieron lactancia materna por menos de 6 meses, tenían mayor riesgo de distoclusión, 4 veces más riesgo de presentar paladar profundo, 3 veces más riesgo de presentar mordida anterior abierta, así como 3 veces más riesgo de presentar perfil convexo.⁶⁶

Finalmente, de acuerdo al artículo de González de Cosío, *Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México*, en 2013, se reporta que la lactancia materna inicia por debajo de lo recomendado por la OMS y que esta práctica desciende con la edad del niño.⁶⁴

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La nutrición es un componente fundamental y universalmente reconocido del derecho de los niños al disfrute del más alto nivel posible de salud, tal como se declara en la Convención sobre los Derechos del Niño. Los niños tienen derecho a recibir una nutrición adecuada y a acceder a alimentos inocuos y nutritivos, y ambos son esenciales para satisfacer dicho derecho.

Los rápidos cambios sociales y económicos agravan las dificultades a las que se enfrentan las familias para alimentar y cuidar de forma adecuada a sus hijos. La expansión de la urbanización aumenta el número de familias que dependen de empleos no estructurados o inconstantes, con ingresos variables y prestaciones de maternidad escasas o nulas.

En las zonas rurales, las mujeres independientes que tienen un empleo soportan cargas pesadas, por lo general sin protección de la maternidad. Paralelamente, las estructuras de la familia tradicional se están perdiendo, los recursos destinados al apoyo de los servicios de salud y especialmente, a los relacionados con la nutrición, son cada vez más escasos, no se dispone de información precisa sobre las prácticas óptimas de alimentación durante los primeros meses de vida y el número de familias rurales y urbanas que padecen inseguridad alimentaria está aumentando.⁴⁹

Un 35% de la carga de morbilidad de los menores de cinco años se asocia a la desnutrición. La alimentación del lactante y del niño pequeño es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables. Los primeros dos años de la vida del niño son especialmente importantes, puesto que la nutrición óptima durante este periodo reduce la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, y mejora el desarrollo general. Las prácticas óptimas de lactancia materna y alimentación

complementaria pueden salvar cada año la vida de 1.5 millones de menores de cinco años.

De acuerdo a estudios realizados en nuestro país, se ha determinado que aproximadamente un 35% de los lactantes de cero a seis meses reciben lactancia materna exclusiva.^{48,50} El abandono progresivo de la lactancia materna de manera precoz, como forma de alimentar a los niños tiene y va a tener en el futuro, consecuencias muy importantes para la salud de los niños actuales, quizás más importantes para las generaciones futuras.

Por otro lado, los factores genéticos conjuntamente con los ambientales, (hábitos alimentarios y de succión) condicionarán la forma de disponerse las arcadas, a través de la musculatura, tejidos blandos, fuerzas periodontales y la relación postural del sistema estomatognático. La lactancia materna constituye un factor de relevante importancia para su posterior desarrollo.⁶⁸

En respuesta al reconocimiento de que la lactancia materna es una práctica en declive, tanto en países ricos como pobres, organizaciones mundiales han hecho un llamado a realizar la “Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño” y a su implementación, junto con la iniciativa del Hospital Amigo del Niño. Esta estrategia fue revisada, actualizada, implementada y publicada en el año 2009.

La prevalencia y duración de la lactancia materna en países europeos como España, está muy por debajo de lo recomendado por la OMS.⁴³ En México no se cuenta con datos precisos que mencionen la edad promedio de destete y los factores involucrados. Por este motivo y por todo lo anteriormente expuesto, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres respecto a la lactancia materna y los factores asociados al abandono precoz de la misma, en

madres que asisten a las Clínicas de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México durante 2013?

VI. JUSTIFICACIÓN

El primer año de vida es el periodo de crecimiento y desarrollo más rápido en la vida del niño y por tanto, las demandas nutricionales son mayores. Es de gran importancia obtener una adecuada nutrición en estas etapas tempranas de la vida, ya que es fundamental para el aumento de tamaño de masa cerebral, talla y peso. Se ha demostrado que los cambios en la dieta a edades tempranas, tienen consecuencias en el metabolismo observables incluso en la vida adulta del ser humano.

La leche humana es sin duda la más adecuada para un recién nacido y es especie específica; alimentar a los niños con otra leche diferente a la leche de madre es alimentarlos con sucedáneos que, a pesar de los diseños sofisticados, están muy lejos de poder ofrecer todas las ventajas de la leche materna. Ésta tiene un impacto beneficioso en la salud del niño, en el crecimiento y desarrollo tanto corporal como craneofacial, en la inmunidad, en aspectos psicológicos, sociales, económicos y medioambientales. Todo esto señala la importancia de conocer y promover los aspectos relativos a la alimentación adecuada al lactante y al niño pequeño, para disminuir los efectos negativos provocados por la falta de amamantamiento en el estado de nutrición, crecimiento y desarrollo de los niños.

La aportación de datos relevantes respecto a los patrones de amamantamiento en madres mexicanas, permitirá posteriormente, la elaboración de material educativo que sensibilice a las mujeres acerca de los principales problemas que afectan a la alimentación del lactante y del niño pequeño, así como identificar enfoques para su solución y proporcionar un marco de intervenciones esenciales como por ejemplo la estructuración de un programa educativo respecto a la importancia de practicar la lactancia materna, dirigido a mejorar los conocimientos y enseñar buenas prácticas y promover las prácticas óptimas de la lactancia a través de material audiovisual.

VII. OBJETIVO GENERAL

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la lactancia materna y los factores asociados al abandono precoz de la misma en madres de pacientes que asisten a las Clínicas de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAM durante 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la lactancia materna por edad y grado escolar en madres de pacientes que asisten a las Clínicas de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAM durante 2013.

Determinar la relación entre el estado civil y ocupación con el abandono temprano de la lactancia materna en madres de pacientes que asisten a las Clínicas de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAM durante 2013.

Evaluar la relación entre el apoyo familiar recibido por la madre y el nivel de abandono precoz de la lactancia materna en madres de pacientes que asisten a las Clínicas de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAM durante 2013.

VIII. HIPÓTESIS

Ha1: Existe relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la lactancia materna con la edad, escolaridad y estado civil.

H01: No existe relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la lactancia materna con la edad, escolaridad y estado civil.

IX. MATERIALES Y MÉTODOS

Metodología: Se acudió a las Clínicas de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAM para realizar la encuesta en la sala de espera a las madres que llevaron a sus hijos a consulta. Se informó previamente a coordinadores y jefes de enseñanza acerca del tipo de investigación y se mostró un ejemplo de los cuestionarios que se aplicarían a cada una de las madres. La encuesta se aplicó de manera directa a cada una de las madres por medio de una entrevistadora previamente estandarizada. El formato de encuesta se encuentra descrito en el **Anexo 1**. Al obtener todos los cuestionarios respondidos, se llevó a cabo la recolección y el análisis de los resultados.

Tipo de estudio: Transversal.

Población de estudio: Madres de niños que asisten a las Clínicas de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAM durante 2013.

Tipo y tamaño de muestra: 200 madres elegidas por conveniencia.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Madres de niños que no presenten alteraciones del desarrollo como labio y/o paladar hendido o bien con Síndrome de Down.
- Madres biológicas de niños que asisten a consulta.
- Madres de niños de 0 a 6 años que asisten a consulta.

Criterios de exclusión:

- Madres que no deseen participar en la investigación.

- Madres con alguna discapacidad física o mental que impida el responder a la entrevista.

Variables:

EDAD DEL HIJO/A: Se refiere al tiempo de vida del niño de la madre entrevistada, desde su nacimiento hasta el día de la entrevista. Esta información será obtenida de manera directa por medio de la aplicación del cuestionario a través de la pregunta ¿Cuál es la edad, con meses de su hijo/a? Se registrará en años y meses.

EDAD ACTUAL DE LA MADRE: se refiere al tiempo de vida de la madre, desde su nacimiento hasta el día de la entrevista. Esta información será obtenida de manera directa por medio de la aplicación del cuestionario a través de la pregunta ¿Cuál es la edad actual de la madre? Se registrará en años y meses.

EDAD A LA QUE DIO A LUZ A SU HIJO/A: Se refiere a los años cumplidos en el momento en el que tuvo a su hijo/a. Esta información será obtenida de manera directa por medio de la aplicación del cuestionario a través de la pregunta ¿A qué edad tuvo a su hijo? Se registrará en años y meses.

ESTADO CIVIL ACTUAL: Se refiere a la situación personal en que se encuentra la persona física con relación a otra al momento de la entrevista. Esta información será obtenida de manera directa por medio de la aplicación del cuestionario a través de la pregunta ¿En la actualidad cuál es su estado civil? Se registrará como: soltera / casada / divorciada / otro.

ESTADO CIVIL DE LA MADRE AL MOMENTO DE DAR A LUZ A SU HIJO: Se refiere a la situación personal en que se encuentra la persona física con relación a otra al momento de tener a su hijo. Esta información será obtenida de manera directa por medio de la aplicación del cuestionario a través de la pregunta ¿Cuál

era el estado civil que tenía al momento de tener a su hijo/a? Se registrará como: soltera / casada / divorciada / otro.

ESCOLARIDAD DE LA MADRE: Se refiere al último grado de estudios que cursó la madre. Esta información será obtenida de manera directa por medio de la aplicación del cuestionario a través de la pregunta ¿Hasta qué grado escolar estudió? Se registrará como: Analfabeta / primaria / secundaria / preparatoria / superior no universitaria / universidad / posgrado / otro.

OCUPACIÓN DE LA MADRE: Se refiere a la actividad actual remunerada o no que ejerce la madre diariamente. Esta información será obtenida de manera directa por medio de la aplicación del cuestionario a través de la pregunta ¿Cuál es su ocupación actual? Se registrará como: obrera / técnica / profesional / estudiante / ama de casa.

APOYO FAMILIAR RECIBIDO: Se refiere a la ayuda que recibió para tener a su hijo y proporcionarle los cuidados que requería. Esta información será obtenida de manera directa por medio de la aplicación del cuestionario a través de la pregunta ¿Le brindaron apoyo familiar al tener a su hijo/a? Se registrará como sí / no.

TIPO DE APOYO FAMILIAR RECIBIDO: se refiere al tipo de ayuda que recibió para tener a su hijo y proporcionarle los cuidados que requería. Esta información será obtenida de manera directa por medio de la aplicación del cuestionario a través de la pregunta ¿Qué tipo de apoyo le brindaron? Se registrará como económico / emocional / cuidando al niño / otra / no aplica.

PERSONA QUE BRINDÓ EL APOYO RECIBIDO: Se refiere a la relación que guarda quién brindó el apoyo para los cuidados del bebé, con la madre. Esta información será obtenida de manera directa por medio de la aplicación del cuestionario a través de la pregunta ¿Qué persona le brindó el apoyo? Se registrará como: padre / madre / hermano/a / amigo/a / otro familiar / no aplica.

NÚMERO DE PARTO: Se refiere al número de hijo respecto al que se está respondiendo la entrevista. Esta información será obtenida de manera directa por medio de la aplicación del cuestionario a través de la pregunta ¿Qué número de parto es? Se registrará el número de parto.

TIPO DE PARTO: Se refiere a la diferencia que existe entre haber dado a luz por parto natural o por cesárea. Esta información será obtenida de manera directa por medio de la aplicación del cuestionario a través de la pregunta ¿Qué tipo de parto tuvo? Se registrará como: natural / cesárea.

DURACIÓN DEL EMBARAZO: Se refiere a la diferencia que existe entre haber dado a luz a un bebé a término o de manera prematura. Esta información será obtenida de manera directa por medio de la aplicación del cuestionario a través de la pregunta: ¿Cuál fue la duración de su embarazo? Se registrará en semanas.

PERSONA RESPONSABLE DE LOS CUIDADOS DEL NIÑO: Se refiere a la persona encargada de los cuidados perinatales del niño. Esta información será obtenida de manera directa por medio de la aplicación del cuestionario a través de la pregunta ¿Quién se hace o hizo cargo de su hijo/a durante sus primeros meses de vida? Se registrará como: usted / padre / abuela/o / cuidador/a / otro.

ORIENTACIÓN PERINATAL: Se refiere a la información que recibió la madre acerca del embarazo y los cuidados que requeriría el bebé y por quién fue proporcionada esa información. Esta información será obtenida de manera directa por medio de la aplicación del cuestionario a través de la pregunta ¿Le dieron orientación acerca de su embarazo y lactancia? Se registrará como sí / no.

PERSONA QUE BRINDÓ LA INFORMACIÓN PERINATAL: Es la persona que brindó la información respecto a los cuidados perinatales que requiere un bebé. La información será obtenida de manera directa a través de la pregunta: ¿Quién proporcionó la información acerca de su embarazo y lactancia? Se registrará como: amigo o familiar / médico / enfermera / otra / no aplica.

TIPO DE INFORMACIÓN PERINATAL: Es la forma en la que se difundió la información respecto a los cuidados perinatales que requiere un bebé. La información se obtendrá a través de la pregunta: ¿Qué tipo de información recibió? Será registrada como oral / escrita / digital / no aplica.

MOMENTO EN EL QUE RECIBIÓ LA INFORMACIÓN: Es la etapa del embarazo durante la cual recibió la información respecto a los cuidados perinatales del bebé. Los datos se obtendrán a través de la pregunta: ¿En qué momento recibió la información? Se registrará como: antes del parto / después del parto / no aplica.

DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA: Se refiere al tiempo en el que estuvo amamantando a su hijo/a. Esta variable representa la práctica de duración de lactancia ejercida por la madre y la información será obtenida de manera directa por medio de la aplicación del cuestionario a través de las preguntas: ¿Sigue amamantando a la fecha a su hijo/a? Registrándose como: Sí / No ¿Hasta qué edad amamantó a su hijo/a? Se registrará la edad en meses y años.

FACTOR DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA: Se refiere a la razón o motivo por el cual la madre dejó de amamantar a su hijo. La información será obtenida de manera directa por medio de la aplicación del cuestionario a través de la pregunta ¿Por qué razón dejó de amamantarlo? Se registrará como: Presentó baja cantidad de leche (Hipogalactia) / El bebé era intolerante a algún componente de la leche/ El amamantar era doloroso / Los pechos se vuelven flácidos / Otra.

CONOCIMIENTO SOBRE LAS VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA: conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori) de la madre entrevistada acerca de las ventajas que proporciona la lactancia materna tanto a ella como a su hijo/a. Esta información será obtenida de manera directa por medio de la aplicación del cuestionario a través de la pregunta: ¿Conoce las ventajas de la lactancia materna? Se registrará como: sí / no.

VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA MADRE: Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori) de la madre entrevistada acerca de las ventajas que proporciona la lactancia materna para la madre. Esta información será obtenida de manera directa por medio de la aplicación del cuestionario a través de la pregunta: Mencione tres ventajas que proporciona la lactancia materna para la madre. Se registrará la respuesta.

VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA EL NIÑO: Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori) de la madre entrevistada acerca de las ventajas que proporciona la lactancia materna para el bebé. Esta información será obtenida de manera directa por medio de la aplicación del cuestionario a través de la pregunta: Mencione tres ventajas que proporciona la lactancia materna para el bebé. Se registrará la respuesta.

CONOCIMIENTO ACERCA DE LA EDAD ÓPTIMA PARA EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA: Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori), de la madre, acerca de la edad óptima para iniciar la lactancia materna. Esta información será obtenida de manera directa por medio de la aplicación del cuestionario a través de la pregunta: ¿Podría decirme a qué edad se debe iniciar la lactancia materna? Se registrará en días / meses.

EDAD DELHIJO/A A LA QUE LA MADRE INICIÓ LA LACTANCIA MATERNA: Se refiere a la acción y práctica de iniciar la lactancia materna que desarrolla la madre entrevistada con la aplicación de ciertos conocimientos. Esta información será obtenida de manera directa por medio de la aplicación del cuestionario a través de la pregunta: ¿A qué edad de su bebé inició usted el amamantamiento? Se registrará en días o meses.

CONOCIMIENTO ACERCA DE LA FRECUENCIA CON QUE SE DEBE REALIZAR LA LACTANCIA MATERNA. Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori), de la madre acerca de la frecuencia con que se debe realizar el amamantamiento. Esta información será obtenida de manera directa por medio de la aplicación del cuestionario a través de la pregunta: ¿Cuál es la frecuencia con la que debe amamantar al bebé? Se registrará como: 0 a 3 horas / 3 veces al día / a libre demanda / No sé.

FRECUENCIA CON LA QUE LA MADRE REALIZÓ O REALIZA LA LACTANCIA MATERNA. Se refiere a la frecuencia u horario con que la madre entrevistada lleva o llevó a cabo la acción y práctica del amamantamiento. Esta información será obtenida de manera directa por medio de la aplicación del cuestionario a través de la pregunta: ¿Con qué frecuencia amamantó o amamanta usted a su hijo/a? Registrándose como: A libre demanda / Con Horario. Se registrará la respuesta

CONOCIMIENTO DE LA MADRE ACERCA DE LA ALIMENTACIÓN EXCLUSIVA CON LECHE MATERNA: Se refiere al conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori), de la madre acerca de la conducta óptima de alimentación para el recién nacido con leche materna exclusivamente durante los primeros seis meses de vida. Esta información será obtenida de manera directa por medio de la aplicación del cuestionario a través de la pregunta: ¿Cree usted que se debe alimentar únicamente con leche materna los primeros seis meses de vida? Se registrará como: sí / no.

PRÁCTICA DE ALIMENTACIÓN DURANTE LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIDA DEL HIJO/A: Se refiere a las características de la acción de alimentar a su hijo/a durante los primeros seis meses de vida que desarrolla la madre entrevistada con la aplicación de ciertos conocimientos. Esta información será

obtenida de manera directa por medio de la aplicación del cuestionario a través de la pregunta: ¿Alimentó usted a su hijo/a únicamente con leche materna durante sus primeros 6 meses de vida? Se registrará como: sí / no.

CONOCIMIENTO DE LA MADRE ACERCA DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN DEL HIJO/A HASTA LOS DOS AÑOS DE VIDA. Se refiere al conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori), de la madre acerca de la conducta óptima de alimentación para su hijo/a hasta los dos años de vida. Esta información será obtenida de manera directa por medio de la aplicación del cuestionario a través de la pregunta: ¿A qué edad cree usted que se deba complementar la lactancia materna con alimentos? Se registrará de manera directa en meses.

PRÁCTICA DE ALIMENTACIÓN DEL HIJO/A DE LA MADRE ENTREVISTADA DURANTE LOS PRIMEROS DOS AÑOS DE VIDA: Se refiere a las características de la acción de alimentar a su hijo/a durante los primeros dos años de vida. Esta información será obtenida de manera directa por medio de la aplicación del cuestionario a través de la pregunta: ¿A qué edad comenzó usted a darle otros alimentos que no fueran leche materna a su hijo/a? Se registrará de manera directa en meses / años.

CONOCIMIENTO ACERCA DE LA EDAD HASTA LA QUE SE DEBE RELIZAR LA LACTANCIA MATERNA: Se refiere al conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori), de la madre acerca de la edad hasta la cual se debe realizar la lactancia materna. Esta información será obtenida de manera directa por medio de la aplicación del cuestionario a través de la pregunta: ¿Hasta qué edad que se debe retirar la lactancia materna? Se registrará la respuesta en meses / años.

ACTITUD FRENTE A LA EXPERIENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA: Se refiere a la actitud, gusto o disgusto que presenta o presentó la madre ante la experiencia de la lactancia materna y sus razones. Esta información será obtenida de manera directa por medio de la aplicación del cuestionario a través de la pregunta ¿Le gustó la experiencia de amamantar a su hijo/a? Se registrará como: Sí ¿Por qué? / No ¿Por qué?

OPINIÓN DE LA MADRE RESPECTO A LOS FACTORES DE ABANDONO DE LA LACTANCIA: Pretende recabar la información acerca del sentir de la madre entrevistada acerca de la experiencia de haber amamantado a su hijo. Esta información será obtenida de manera directa por medio de la aplicación del cuestionario a través de la pregunta: ¿Por qué motivo considera que en la actualidad las madres han dejado de amamantar a sus bebés? Se registrará la respuesta.

Método de recolección de la información

Se acudió a las Clínicas de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAM para realizar la encuesta en la sala de espera a las madres que llevaron a sus hijos a consulta. Se informó previamente a coordinadores y jefes de enseñanza acerca del tipo de investigación y se mostró un ejemplo de los cuestionarios que se aplicarían a cada una de las madres.

La encuesta se aplicó de manera directa a cada una de las madres por medio de una entrevistadora previamente estandarizada. El formato de encuesta se encuentra descrito en el **Anexo 1**. Al obtener todos los cuestionarios respondidos, se llevó a cabo la recolección y el análisis de los resultados.

Método de análisis y registro de la información

La información se recabó en formularios especialmente diseñados para este proyecto. Posteriormente fueron vaciados a una hoja de cálculo en Excel y por último se analizaron en el paquete estadístico SPSS vs. 17.0.

Análisis estadístico:

Se obtuvieron medidas descriptivas para las variables sociodemográficas. Posteriormente se llevó a cabo una prueba de X^2 para verificar diferencias en la distribución de los conocimientos, actitudes y prácticas, y para verificar asociación entre los factores de abandono por estado civil, edad, escolaridad y ocupación.

X. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio no representó un riesgo para la salud de los participantes. Sin embargo, de acuerdo a la última reforma de la Ley General de Salud, cualquier investigación con seres humanos debe llevarse a cabo bajo el consentimiento informado firmado por cada uno de los participantes. El formato de consentimiento se encuentra descrito en el **Anexo 2**. Se respetó la decisión de los participantes de no participar o de suspender la entrevista en el momento en el que lo desearan. Se garantizó confidencialidad de la información obtenida de las mujeres entrevistadas. Se respetó la decisión de aquellas mujeres que, a pesar de cubrir los requisitos para ser parte de la encuesta, no desearon participar en ella.

XI. RESULTADOS

Los resultados de la tabla 1 muestran el promedio global de la edad actual de las 200 madres entrevistadas, así como la edad a la que dieron a luz a su hijo, y la edad del mismo. El promedio de la edad actual de las madres es de 31 años de edad. El promedio de la edad a la cual tuvieron a su hijo es de 27 años, y el promedio de la edad de los hijos de las madres entrevistadas es de 4 años de edad. Tabla 1.

Tabla 1. Edad actual de la madre, del niño y la edad que tenía al momento de dar a luz.

Edad	Media	DS
Madre	31.36	6.985
Niño	3.72	1.686
Madre al momento de dar a luz	27.49	6.942

Fuente directa

La tabla 2 muestra los datos sociodemográficos de las madres entrevistadas, siendo el estado civil actual predominante el matrimonio con un 45.5% y posteriormente la unión libre con un 32.5%. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución por estado civil actual ($X^2=151.100$ $p<.001$). Tabla 2.

En cuanto al estado civil al momento del parto, el 45% correspondió a mujeres casadas y 38% a unión libre. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto al estado civil al momento del parto ($X^2 = 25.480$ $p<.001$) Tabla 2.

En cuanto a la escolaridad, el 33% de las madres contaba con estudios hasta secundaria y un 24.5% contaba con preparatoria terminada. Se observó

diferencia estadística significativa en cuanto a la escolaridad de las madres ($X^2 = 154.400$ $p < .001$) Tabla 2.

En cuanto a la ocupación, se observa una mayoría en las amas de casa con 67.5%, seguido del 11.5% de las madres obreras. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la ocupación de las madres ($X^2 = 472.700$ $p < .001$) Tabla 2.

Tabla 2. Datos sociodemográficos de la madre

Estado civil actual	n	%
Soltera	39	19.5
Casada	91	45.5
Viuda	1	.5
Divorciada	4	2.0
Unión libre	65	32.5
Total	200	100.0
$X^2=151.100$ $p<.001$		
Estado civil al momento del parto		
Soltera	34	17.0
Casada	90	45.0
Unión libre	76	38.0
Total	200	100.0
$X^2 = 25.480$ $p<.001$		
Escolaridad		
Analfabeta	1	.5
Primaria incompleta	3	1.5
Primaria completa	24	12.0
Secundaria	66	33.0
Estudios técnicos	16	8.0
Preparatoria o bachillerato	49	24.5
Universidad	35	17.5
Posgrado	6	3.0
Total	200	100.0
$X^2 = 154.400$ $p<.001$		
Ocupación		
Obrera	23	11.5
Técnica	10	5.0
Profesional	14	7.0
Estudiante	5	2.5
Ama de casa	135	67.5
Comerciante	12	6.0
Otra	1	.5
Total	200	100.0
$X^2 = 472.700$ $p<.001$		

Fuente directa

Se evaluó el apoyo recibido durante el embarazo para analizar posteriormente el abandono precoz de acuerdo a esta variable. La tabla 3 muestra que el 88.5% sí recibió algún tipo de apoyo durante su embarazo o al momento del parto. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto al apoyo recibido durante el embarazo y parto ($X^2 = 118.580$ $p < .001$). Tabla 3.

El 55.5% de las mujeres recibió apoyo de tipo económico, mientras que el 20.5% reportó recibir apoyo principalmente de tipo emocional. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto al tipo de apoyo recibido durante el embarazo y parto ($X^2 = 103.120$ $p < .001$). Tabla 3.

La pareja resultó ser la persona que en su mayoría brindó el apoyo a las madres con un 45.5%. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la persona que brindó el apoyo durante el embarazo y parto ($X^2 = 82.200$ $p < .001$) Tabla 3.

Tabla 3. Apoyo Durante el Embarazo

Apoyo	n	%
Si	177	88.5
No	23	11.5
Total	200	100.0
$X^2 = 118.580$ $p < .001$		
Tipo de apoyo		
Económico	111	55.5
Emocional	41	20.5
Cuidado del niño	25	12.5
No aplica	23	11.5
Total	200	100.0
$X^2 = 103.120$ $p < .001$		
Persona que brindó el apoyo		
Padre	53	26.5
Madre	31	15.5
Hermano/a	10	5.0
Pareja	83	41.5
No aplica	23	11.5
Total	200	100.0
$X^2 = 82.200$ $p < .001$		

Fuente directa

De acuerdo a los datos del parto y embarazo de las mujeres entrevistadas, la mayoría de los resultados fue el hijo primogénito en el 40% de las madres. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto al número de parto ($X^2 = 133.850$ $p < .001$) Tabla 4.

En cuanto al tipo de parto, no se observa una diferencia significativa ($X^2 = .720$ $p = .396$) entre si el parto fue natural (47%) o por cesárea (53%) Tabla 4. La duración de la mayoría de los embarazos (81%) fue a término, es decir, entre 37 y 40 semanas. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la duración del embarazo ($X^2 = 205.960$ $p < .001$) Tabla 4.

Tabla 4. Datos del parto y embarazo

Número de parto	n	%
1	80	40.0
2	77	38.5
3	30	15.0
4	11	5.5
5	2	1.0
Total	200	100.0
$X^2 = 133.850$ $p < .001$		
Tipo de parto	n	%
Parto natural	94	47.0
Cesárea	106	53.0
Total	200	100.0
$X^2 = .720$ $p = .396$		
Duración embarazo en semanas	n	%
30 a 36 semanas	26	13.0
37 a 40 semanas	162	81.0
41 a 43 semanas	12	6.0
Total	200	100.0
$X^2 = 205.960$ $p < .001$		

Fuente directa

Se cuestionó acerca de la persona responsable del recién nacido (Tabla 5) siendo la madre la que se hizo responsable del bebé en la gran mayoría de los casos (87%). Sólo un 1% fue llevado a cabo por un cuidador. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la persona responsable del recién nacido ($X^2= 563.200$ $p<.001$) Tabla 5.

Tabla 5. Persona responsable del recién nacido

Persona responsable del recién nacido	n	%
Usted (mamá)	174	87.0
Padre	12	6.0
Abuelo/a	10	5.0
Cuidador/a	2	1.0
Otro	2	1.0
Total	200	100.0
$X^2 = 563.200$ $p<.001$		

Fuente directa

La tabla 6 muestra si recibieron orientación acerca del embarazo y la lactancia, el momento en el que la recibieron, el tipo de información que se recibió, la persona que proporcionó la información y en qué momento la recibió, para posteriormente relacionar estos datos con la incidencia de abandono precoz de la lactancia materna. Se obtuvo que un 82% de las madres sí recibieran información. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la diferencia entre saber recibido información o no, acerca del embarazo y lactancia ($X^2= 81.920$ $p<.001$) Tabla 6.

En el 49.5% de los casos, la información la brindó el médico, seguido de un 25% por parte de las enfermeras. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la persona que brindó la orientación ($X^2= 143.050$ $p<.001$) Tabla 6.

En cuanto al tipo de información recibida fue de tipo oral en un 65.5%, y el 71.5% de las madres la recibieron antes del parto. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto al tipo de información recibida ($X^2= 180.120$ $p<.001$) y el momento en que recibió la orientación ($X^2= 132.790$ $p<.001$). Tabla 6.

Tabla 6. Orientación acerca del embarazo y la lactancia

Orientación acerca del embarazo y lactancia	n	%
Si	164	82.0
No	36	18.0
Total	200	100.0
$X^2 = 81.920$ $p<.001$		
Persona que proporcionó orientación acerca del embarazo y lactancia		
Amigo o familiar	5	2.5
Médico	99	49.5
Enfermera	50	25.0
Otra	10	5.0
No aplica	36	18.0
Total	200	100.0
$X^2 = 143.050$ $p<.001$		
Tipo de información acerca del embarazo y lactancia		
Oral	131	65.5
Escrita	15	7.5
Digital	18	9.0
No aplica	36	18.0
Total	200	100.0
$X^2 = 180.120$ $p<.001$		
Momento en que recibió la orientación		
Antes del parto	143	71.5
Después del parto	21	10.5
No aplica	36	18.0
Total	200	100.0
$X^2 = 132.790$ $p<.001$		

Fuente directa

La tabla 7 muestra la tendencia en las prácticas actuales de lactancia materna. De las 200 madres entrevistadas, el 95% de ellas no seguía amamantando a su hijo al momento de la entrevista. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto al amamantamiento a la fecha de la entrevista ($X^2= 162.000$ $p<.001$) Tabla 7. Lo anterior cual corresponde a la edad promedio de los hijos.

En la edad hasta la cual amamantaron a su hijo se obtuvo un 63% para los bebés de entre 0 y 9 meses. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la edad hasta la cual amamantaron a su hijo ($X^2= 91.210$ $p<.001$) Tabla 7.

El 44.5% inició la lactancia materna dentro de las primeras 0 a 4 horas de nacido del bebé, lo cual está dentro de los parámetros establecidos por la OMS, los cuales indican que debe ser dentro de la primera hora de nacido. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la edad hasta la cual amamantaron a su hijo ($X^2= 180.820$ $p<.001$) Tabla 7.

En cuanto a la frecuencia con la que se amamantó, se obtuvo que un 69.5% lo hiciera como está indicado, a libre demanda. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la frecuencia con la que amamantaron a su hijo ($X^2= 30.420$ $p<.001$) Tabla 7.

Para la lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida se obtuvieron resultados desfavorables, con 65% para la respuesta negativa. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la práctica de lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida ($X^2= 120.970$ $p<.001$) Tabla 7.

El resultado anterior concuerda con el 83% que complementó la lactancia con otros alimentos que no fueran únicamente leche materna, dentro de los primeros 0 a 6 meses de edad. Se observó diferencia estadística significativa en

cuanto a la edad a la cual complementaron la lactancia materna con otros alimentos ($X^2= 503.450$ $p<.001$) Tabla 7.

El 52.5% de las mujeres retiró la lactancia materna entre los 10 y 18 meses del hijo, y solo un 5% lo hizo hasta los dos años como lo indica la OMS. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la edad a la cual retiraron la lactancia materna ($X^2= 503.450$ $p<.001$) Tabla 7.

Tabla 7. Prácticas de Lactancia materna

Sigue amamantando a la fecha a su hijo	n	%
Si	10	5.0
No	190	95.0
Total	200	100.0
$X^2 = 162.000$ $p<.001$		
Edad hasta la cual amamantó a su hijo		
0 a 9 meses	126	63.0
10 a 20 meses	57	28.5
21 a 36 meses	17	8.5
Total	200	100.0
$X^2 = 91.210$ $p<.001$		
Momento/ edad del bebé a la que inició la lactancia		
0 a 4 horas	89	44.5
5 a 10 horas	15	7.5
12 a 72 horas	65	32.5
De 4 a 8 días	11	5.5
Más de 8 días	11	5.5
No amamantó	9	4.5
Total	200	100.0
$X^2 = 180.820$ $p<.001$		
Frecuencia con la que amamantó a su bebé		
A libre demanda	139	69.5
Con horario	61	30.5

Total	200	100.0
X² = 30.420 p<.001		
Práctica de lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida		
Si	67	33.5
No	130	65.0
Sigue amamantando	3	1.5
Total	200	100.0
X² = 120.970 p<.001		
Edad a la cual complementó la lactancia con alimentos		
0 a 6 meses	166	83.0
7 a 11 meses	23	11.5
1 a 2 años	6	3.0
No lo ha hecho	4	2.0
No amamantó	1	.5
Total	200	100.0
X² = 503.450 p<.001		
Edad a la cual retiró la lactancia materna		
4 a 6 meses	81	40.5
10 a 18 meses	105	52.5
2 años	10	5.0
Más de dos años	4	2.0
Total	200	100.0
X² = 154.040 p<.001		

Fuente directa

En cuanto a los factores que ellas consideraban determinantes para el abandono de la lactancia, se obtuvo una mayoría en la respuesta: por indicación del médico con un 71% donde ellas mencionaban que les decían que: “ya no le nutría”. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a los factores por los cuales retiraron la lactancia materna ($X^2 = 335.550$ $p < .001$) Tabla 8.

Tabla 8. Factores para abandonar la lactancia materna

Razones para dejar de amamantar	n	%
Presentó baja cantidad de leche (hipogalactia)	32	16.0
El bebé era intolerante a algún componente de la leche	8	4.0
El amamantar era doloroso	7	3.5
Indicación del médico	142	71.0
Sigue amamantando	11	5.5
Total	200	100.0
$X^2 = 335.550$ $p < .001$		

Fuente directa

En la tabla 9 se muestra el nivel de conocimientos que poseen las madres acerca de la lactancia materna. La mayoría de ellas (84%), dieron una respuesta afirmativa ante la pregunta ¿Conoce las ventajas de la lactancia materna? Se observó diferencia estadística significativa en cuanto al conocimiento que creían tener respecto a las ventajas de la lactancia materna ($X^2 = 92.480$ $p < .001$) Tabla 9.

El 66% de las mujeres hizo referencia a los nutrientes y defensas que provee la leche materna, sólo un 9.5% estableció como ventaja el desarrollo y crecimiento, sin hacer referencia al crecimiento craneofacial. El 20% no pudo dar ejemplos de ventajas. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a los ejemplos de ventajas para el bebé ($X^2 = 190.600$ $p < .001$) Tabla 9.

En cuanto al tipo de conocimiento acerca de las ventajas para la madre, el 45.5% de las madres no pudo citar ejemplos de ventajas para ellas y un 23.5% refirió que ayudaba a prevenir o evitar cáncer de seno. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a los ejemplos de ventajas para la mamá ($X^2 = 315.160$ $p < .001$) Tabla 9.

Para el conocimiento acerca del momento en el cual se debe iniciar la lactancia materna se obtuvo un favorable 80.5% para la respuesta correspondiente a inmediatamente después del nacimiento. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto al momento en que se debe iniciar la lactancia materna ($X^2 = 200.230$ $p < .001$) Tabla 9.

El 59.5% de las madres entrevistadas dijo que se debe amamantar a libre demanda. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la frecuencia con la que se debe realizar la lactancia materna ($X^2 = 172.600$ $p < .001$) Tabla 9.

Además, 73.5% respondió que sí se debe alimentar únicamente con leche materna los primeros 6 meses de vida. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto respuesta de lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida ($X^2 = 44.180$ $p < .001$) Tabla 9.

Sin embargo, el 82.5% respondió que se debe complementar la lactancia con otros alimentos dentro de los primeros 0 a 6 meses de edad. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la edad a la cual se debe complementar la lactancia materna ($X^2 = 356.720$ $p < .001$) Tabla 9.

Tabla 9. Conocimientos acerca de la lactancia materna

Conocimiento sobre ventajas de la lactancia	n	%
Si	168	84.0
No	32	16.0
Total	200	100.0
$X^2 = 92.480$ $p < .001$		
Conocimiento de ventajas de la lactancia para el bebé		
Proporciona anticuerpos, defensas y nutrientes	132	66.0
Mejora su crecimiento y desarrollo	19	9.5
Genera un vínculo emocional madre-hijo	8	4.0
No sabe	41	20.5
Total	200	100.0
$X^2 = 190.600$ $p < .001$		
Conocimiento de ventajas de la lactancia para la madre	n	%
Previene o evita cáncer de seno	47	23.5
Ayuda a bajar de peso	26	13.0
No se forman “bolitas” o abscesos	5	2.5
Crea vínculo con el hijo	8	4.0
Funciona como anticonceptivo	2	1.0
Se recupera más rápido el útero	12	6.0
Es más cómodo y económico	6	3.0
No sabe	91	45.5
Otra	3	1.5
Total	200	100.0
$X^2 = 315.160$ $p < .001$		
Conocimiento acerca del momento/edad para dar inicio a la lactancia		
Inmediatamente después del nacimiento	161	80.5
Otra	20	10.0
No sabe	19	9.5
Total	200	100.0
$X^2 = 200.230$ $p < .001$		
Conocimiento acerca de la frecuencia con la que se debe amamantar		
0 a 3 horas	66	33.0
Tres veces al día	7	3.5

A libre demanda	119	59.5
No se	8	4.0
Total	200	100.0
X² = 172.600 p<.001		
Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida		
Si	147	73.5
No	53	26.5
Total	200	100.0
X² = 44.180 p<.001		
Conocimiento acerca de la edad a la cual complementar la lactancia con alimentos		
0 a 6 meses	165	82.5
7 a 11 meses	21	10.5
1 a 2 años	13	6.5
no sabe	1	.5
Total	200	100.0
X² = 356.720 p<.001		

Fuente directa

La tabla 10 muestra las respuestas de las madres ante el agrado o desagrado por la lactancia materna. El 85.5% respondió que sí le había gustado la experiencia de haber amamantado. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto al agrado por la lactancia materna ($X^2= 100.820$ $p<.001$) Tabla 10. En cuanto a los motivos del agrado por la lactancia se obtuvo una mayoría de 51.2%: por el contacto y lazo con el bebé. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a motivo de agrado por la lactancia materna ($X^2= 218.750$ $p <.001$) Tabla 10.

El principal motivo de las madres que tuvieron desagrado por la lactancia, con un 48.3%, fue porque no habían logrado amamantar al bebé por diferentes razones. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto al motivo de desagrado por la lactancia materna ($X^2= 3.379$ $p = .185$) Tabla 10.

Tabla 10. Actitudes de las madres frente a la lactancia materna

Gusto por la experiencia de haber amamantado	n	%
Si	171	85.5
No	29	14.5
Total	200	100.0
$X^2 = 100.820$ p<.001		
Respuesta afirmativa ¿Por qué?		
Contacto y lazo con el bebé	86	51.2
Mas seguridad para el bebé	4	2.4
Lo sentía más cerca y dependiente de mi	7	4.2
Les hace bien	20	11.9
Por el amor al bebé	5	3.0
Por comodidad y economía	10	6.0
Otra	36	21.4
Total	168	100.0
$X^2 = 218.750$ p <.001		
Respuesta negativa ¿Por qué?		
Porque no pude darle	14	48.3
Es incomodo	6	20.7
Es doloroso	9	31.0
Total	29	100.0
$X^2 = 3.379$ p = .185		

Fuente directa

La tabla 11 muestra una opinión acerca de las razones por las que consideran que las madres han dejado de amamantar en la actualidad, teniendo en un 35.5% como respuesta: por su físico o por vanidad y seguido por un 31.5% que argumentó falta de tiempo y comodidad. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la opinión de las razones por las que se ha dejado de amamantar en la actualidad ($X^2 = 149.440$ p <.001) Tabla 11.

Tabla 11. Creencia de las madres de las razones por las que se ha dejado de amamantar en la actualidad

Creencia de las razones de las madres actuales para no amamantar	n	%
Por su físico, por vanidad	71	35.5
Por trabajo, por falta de tiempo y comodidad	63	31.5
Porque no quieren, no les gusta o por flojera	20	10.0
Por dolor	16	8.0
Por la variedad de formulas que hay	13	6.5
No se	7	3.5
Por falta de información	10	5.0
Total	200	100.0
$X^2 = 149.440 p <.001$		

Fuente directa

La tabla 12 muestra la relación que existe entre el conocimiento que tienen las madres acerca de las ventajas que proporciona la lactancia materna de acuerdo a la edad y escolaridad de ella.

Para la relación de los conocimientos de ventajas para el bebé con la edad de la madre se obtuvo un 63.2% para las madres de entre 29 y 39 años de edad que citaron como ventaja el crecimiento y desarrollo del bebé. El 56.1% de madres entre 18 y 28 años no saben las ventajas que proporciona y el 37.5% de madres de más de 40 años citó como ventaja el vínculo emocional madre-hijo. Se observó asociación entre el conocimiento que tienen las madres acerca de las ventajas que proporciona la lactancia al bebé, con la edad ($X^2= 13.222 p=.040$) Tabla 12.

En relación a las ventajas para la madre de acuerdo a la edad de ella, el 45.1% de madres entre 18 y 28 años de edad no sabe qué ventajas tiene para la madre, mientras que el 83.3% de madres entre 29 y 39 años citó como ventaja que es más cómodo y económico. Se observó diferencia estadística significativa

en cuanto a la relación entre la edad de las madres y el nivel de conocimientos de ventajas de la lactancia materna para las mamás ($X^2= 26.006$ $p= .054$) Tabla 12.

En cuanto a la escolaridad de la madre y el conocimiento de las ventajas de la lactancia para la madre, la única mujer analfabeta, no sabe qué ventajas tiene para la mamá, de las 27 mujeres con estudios hasta primaria, 18 no saben qué ventajas tiene para la mamá. De las 82 mujeres con estudios de secundaria o técnicos, 42 madres (46.2%) no saben qué ventajas tiene para la madre y 19 de ellas (40.4%) citó como ventaja que previene o evita cáncer de seno. De las 35 madres con estudios de licenciatura, 9 de ellas (34.6%) mencionó como ventaja que ayudaba a bajar de peso. De las 6 madres entrevistadas con estudios de posgrado, 3 de ellas (50%) dijeron que era más cómodo y económico. Existe asociación estadística entre la escolaridad y el conocimiento de las ventajas de la lactancia para la madre ($X^2= 90.110$ $p< .001$) Tabla 12.

En cuanto a la relación de escolaridad con el conocimiento de las ventajas para el bebé, de las 27 madres con estudios de primaria, 15 (36.6%), no saben qué ventajas tiene la lactancia para el bebé. De las 82 madres con estudios de secundaria, 53 (40.2%), mencionó como ventaja que proporcionaba anticuerpos y nutrientes al bebé, asimismo, mencionaron esta ventaja 4 de las 6 mujeres con estudios de posgrado. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la relación entre la escolaridad de las madres y el nivel de conocimientos de ventajas que provee la lactancia materna al bebé ($X^2= 37.937$ $p= .001$) Tabla 12.

Tabla 12. Distribución del conocimiento que tiene la mamá acerca de las ventajas que proporciona la lactancia materna para el bebé y para la madre, por la edad y grado escolar de la misma.

Ventajas para el bebé	Edad en años							
	18 A 28		29 A 39		MÁS DE 40		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Proporciona anticuerpos defensas y nutrientes	50	37.9	57	43.2	25	18.9	132	100
Mejora su crecimiento y desarrollo	6	31.6	12	63.2	1	5.3	19	100
Genera un vínculo emocional madre-hijo	2	25	3	37.5	3	37.5	8	100
No saben	23	56.1	16	39	2	4.9	41	100
Total	81	40.5	88	44	31	15.5	200	100
X²= 13.222 p= .040								
Ventajas para la mamá	Edad en años							
	18 A 28		29 A 39		MÁS DE 40		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Previene o evita cáncer de seno	20	42.6	18	38.3	9	19.1	47	100
Ayuda a bajar de peso	7	26.9	16	61.5	3	11.5	26	100
No se forman "bolitas" o abscesos	2	40	2	40	1	20	5	100
Crea un vínculo con el hijo	2	25	4	50	2	25	8	100
Funciona como anticonceptivo	2	100	0	0	0	0	2	100
Se recupera más rápido el útero	6	50	1	8.3	5	41.7	12	100
Es más cómodo y económico	1	16.7	5	83.3	0	0	6	100
No sabe	41	45.1	39	42.9	11	12.1	91	100
otra	0	0	3	100	0	0	3	100
Total	81	40.5	88	44	31	15.5	200	100
X²= 26.006 p= .054								

Ventajas	Escolaridad de la madre
----------	-------------------------

para la mamá														
	Analfabeta		Primaria		Secundaria y estudios técnicos		Preparatoria o bachillerato		Universidad		Posgrado		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Previene o evita cáncer de seno	0	0	4	8.5	19	40.4	15	31.9	8	17	2	2.1	47	100
Ayuda a bajar de peso	0	0	4	15.4	7	26.9	5	19.2	9	34.6	1	3.8	26	100
No se forman "bolitas" o abscesos	0	0	1	20	1	20	3	60	0	0	0	0	5	100
Crea un vínculo con el hijo	0	0	0	0	3	37.5	0	0	4	50	1	12.5	8	100
Funciona como anticonceptivo	0	0	0	0	1	50	1	50	0	0	0	0	2	100
Se recupera más rápido el útero	0	0	0	0	6	50	3	25	3	25	0	0	12	100
Es más cómodo y económico	0	0	0	0	0	0	3	50	0	0	3	50	6	100
No sabe	1	1.1	18	19.8	42	46.2	19	20.9	11	12.1	0	0	91	100
otra	0	0	0	0	3	100	0	0	0	0	0	0	3	100
Total	1	0.5	2	13.	82	41	49	24.5	35	17.5	6	3	20	10

			7	5									0	0
$X^2 = 90.110$ $p < .001$														
Ventajas para el bebé	Escolaridad de la madre													
	Analfabeta		Primaria		Secundaria y estudios técnicos		Preparatoria o bachillerato		Universidad		Posgrado		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Proporciona anticuerpos defensas y nutrientes	1	0.8	10	7.6	53	40.2	38	28.8	26	19.7	4	3.0	132	100
Mejora su crecimiento y desarrollo	0	0	2	10.5	9	47.4	2	10.5	4	21.1	2	10.5	19	100
Genera un vínculo emocional madre-hijo	0	0	0	0	2	25	3	37.5	3	37.5	0	0	8	100
No saben	0	0	15	36.6	18	43.9	6	14.6	2	4.9	0	0	41	100
Total	1	0.5	27	13.5	82	41	49	24.5	35	17.5	6	3	200	100
$X^2 = 37.937$ $p = .001$														

Fuente directa

En cuanto a la relación entre el conocimiento acerca de la edad o momento al cual iniciar la lactancia materna y la edad de las madres, de las 81 mujeres de entre 18 y 28 años, 69 indicó que, inmediatamente después del nacimiento, así como 64 de las 88 mujeres de entre 29 a 39 años, y 28 de las 31 madres de más

de 40 quienes dieron la misma respuesta. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto ($X^2= 7.015$ $p= .135$) Tabla 13.

Por otro lado, se observó diferencia estadística significativa en la relación entre el conocimiento acerca de la edad o momento al cual se debe iniciar la lactancia materna y la escolaridad de las madres ($X^2= 23.539$ $p=.009$) Tabla 13. La única madre analfabeta de las 200 entrevistadas, no supo a qué edad se debe iniciar, mientras que de las 49 con estudios de preparatoria o bachillerato, 43 indicaron que debe ser inmediatamente después del nacimiento, así como 5 madres, de las 6 que presentaban estudios de posgrado, dieron la misma respuesta.

Tabla 13. Distribución del conocimiento que tiene la mamá acerca de la edad o momento al cual se debe iniciar la lactancia materna, por la edad y grado escolar de ella.

Conocimiento acerca de la edad o momento al cual se debe iniciar la lactancia materna	Edad en años							
	18 A 28		29 A 39		MÁS DE 40		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Inmediatamente después del nacimiento	69	42.9	64	39.8	28	17.4	161	100
Otra	5	25	13	65	2	10	20	100
No sabe	7	36.8	11	57.9	1	5.3	19	100
Total	81	40.5	88	44	31	15.5	200	100
$X^2 = 7.015$ $p = .135$								

Conocimiento acerca de la edad o momento al cual se debe iniciar la lactancia materna	Escolaridad de la madre													
	Analfabeta		Primaria		Secundaria y estudios técnicos		Preparatoria o bachillerato		Universidad		Posgrado		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Inmediatamente después del nacimiento	0	0	18	11.2	68	42.2	43	26.7	27	16.8	5	3.1	161	100
Otra	0	0	2	10	7	35	4	20	6	30	1	5	20	100
No sabe	1	5.3	7	36.8	7	36.8	2	10.5	2	10.5	0	0	19	100
Total	1	0.5	27	13.5	82	41	49	24.5	35	17.5	6	3	200	100
$X^2 = 23.539$ $p = .009$														

Fuente directa

Con respecto a la relación que existe entre el conocimiento que tiene la mamá acerca de la frecuencia con la que se debe realizar la lactancia materna por su edad, se observó que de 81 mujeres de entre 18 y 28 años, 29 contestó que

debía ser con un horario de 0 a 3 horas, de las 88 mujeres de entre 29 y 39 años, 51 indicó que debe realizarse a libre demanda, y del total de madres mayores de 40 años (31), 23 indicaron también que debía ser a libre demanda. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la relación entre el conocimiento acerca de la frecuencia con la que se debe amamantar y la edad de las madres ($X^2= 6.877$ $p= .332$) Tabla 14. De acuerdo al nivel de conocimiento acerca de la frecuencia con la que se debe amamantar, en relación con la escolaridad de la madre, se obtuvo como respuesta mayoritaria que debía realizarse a libre demanda, respondiendo de esta manera 49 de las 81 madres con estudios de secundaria y técnicos, 26 de las 35 madres con estudios de licenciatura, y 4 de las 6 madres con estudios de posgrado. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la relación entre el conocimiento acerca de la frecuencia con la que se debe amamantar y la escolaridad de las madres ($X^2= 30.342$ $p= .011$) Tabla 14.

Tabla 14. Distribución del conocimiento que tiene la mamá acerca de la frecuencia con la que se debe amamantar un bebé, por la edad y escolaridad de ella.

Frecuencia con la que se debe amamantar un bebé	Edad en años							
	18 A 28		29 A 39		MÁS DE 40		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0 a 3 horas	29	43.9	30	45.5	7	10.6	66	100
Tres veces al día	5	71.4	2	28.6	0	0	7	100
A libre demanda	45	37.8	51	42.9	23	19.3	119	100
No sabe	2	25	5	62.5	1	12.5	8	100
Total	81	40.5	88	44	31	15.5	200	100
$X^2 = 6.877$ p= .332								

Frecuencia con la que se debe amamantar un bebé	Escolaridad de la madre													
	Analfabeta		Primaria		Secundaria y estudios técnicos		Preparatoria o bachillerato		Universidad		Posgrado		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0 a 3 horas	0	0	11	16.7	27	40.9	17	25.8	9	13.6	2	3	66	100
Tres veces al día	0	0	4	57.1	3	42.9	0	0	0	0	0	0	7	100
A libre demanda	1	0.8	8	6.7	49	41.2	31	26.1	26	21.8	4	3.4	119	100
No sabe	0	0	4	50	3	37.5	1	12.5	0	0	0	0	8	100
Total	1	0.5	27	13.5	82	41.0	49	24.5	35	17.5	6	3	200	100
$X^2 = 30.342$ p= .011														

Fuente directa

Con respecto a la relación que guarda el nivel de conocimiento acerca de la importancia de la lactancia materna como alimento exclusivo los primeros 6 meses de vida y la edad de la madre, se observó diferencia estadística significativa ($X^2= 6.417$ $p= .040$) Tabla 15. De 81 mujeres de edades entre los 18 y 28 años, 64 respondieron que sí debía ser exclusiva la lactancia durante los primeros seis meses de vida. Se obtuvo la misma respuesta por parte de 57, de las 88 madres de entre 29 a 39 años de edad, así como por parte de 26 mujeres de las 31 que tienen más de 40 años de edad.

De acuerdo a la relación de este conocimiento con la escolaridad de la madre no se observó una diferencia estadística significativa ($X^2= 5.523$ $p= .355$) Tabla 15. La única madre analfabeta contestó afirmativamente a la pregunta, así como 57 de las 82 madres de entre 19 y 29 años de edad. Más de la mitad de las madres de entre 29 y 39 años de edad (24 de las 35) contestó afirmativamente a esta pregunta así como la totalidad de las madres con estudios de posgrado (6). Se observó diferencia estadística significativa en la relación de la edad de abandono con respecto a la escolaridad de la madre ($X^2= 6.417$ $p= .040$) Tabla 15.

Tabla 15. Distribución del conocimiento que tiene la mamá acerca de la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida, por la edad y grado escolar de ella.

Conocimiento acerca de alimentar exclusivamente con lactancia materna, los primeros 6 meses de vida	Edad en años							
	18 A 28		29 A 39		MÁS DE 40		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	64	43.5	57	38.8	26	17.7	147	100
No	17	32.1	31	58.5	5	9.4	53	100
Total	81	40.5	88	44	31	15.5	200	100
$X^2 = 6.417$ p= .040								

Conocimiento acerca de alimentar exclusivamente con lactancia materna, los primeros 6 meses de vida	Escolaridad de la madre													
	Analfabeta		Primaria		Secundaria y estudios técnicos		Preparatoria o bachillerato		Universidad		Posgrado		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Si	1	0.7	23	15.6	57	38.8	36	24.5	24	16.3	6	4.1	147	100
No	0	0	4	7.5	25	47.2	13	24.5	11	20.8	0	0	53	100
Total	1	0.5	27	13.5	82	41.0	49	24.5	35	17.5	6	3.0	200	100
$X^2 = 5.523$ p= .355														

Fuente directa

En la tabla 16 se observó diferencia estadística relativa en la relación entre el conocimiento acerca de la edad a la que se debe complementar la lactancia materna con otros alimentos y la edad de las madres ($X^2= 12.307$ $p= .055$) Tabla 16. Los tres grupos de edad tuvieron como respuesta mayoritaria que debe complementarse entre los 0 y 6 meses de edad.

Con respecto a la relación entre este nivel de conocimiento y la escolaridad de la madre, de igual manera se obtuvo una respuesta mayoritaria para la edad de entre 0 a 6 meses del bebé, a excepción de la única madre analfabeta de las 200 entrevistadas, la cual respondió correctamente que debía realizarse el complemento con otros alimentos entre los 7 y 11 meses de edad. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a esta relación ($X^2= 22.338$ $p=.099$) Tabla 16.

Tabla 16. Distribución del conocimiento que tiene la mamá acerca de la edad a la cual se debe complementar la lactancia materna con otros alimentos, por la edad y grado escolar de ella.

Conocimiento acerca de la edad del bebé a la que se debe complementar la lactancia materna con otros alimentos	Edad en años							
	18 A 28		29 A 39		MÁS DE 40		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0 a 6 meses	63	38.2	79	47.9	23	13.9	165	100
7 a 11 meses	10	47.6	4	19	7	33.3	21	100
1 a 2 años	8	61.5	4	30.8	1	7.7	13	100
No sabe	0	0	1	100	0	0	1	100
Total	81	40.5	88	44	31	15.5	200	100
X²= 12.307 p= .055								

Conocimiento acerca de la edad del bebé a la que se debe complementar la lactancia materna con otros alimentos	Escolaridad de la madre													
	Analfabeta		Primaria		Secundaria y estudios técnicos		Preparatoria o bachillerato		Universidad		Posgrado		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0 a 6 meses	0	0	18	10.9	69	41.8	41	24.8	31	18.8	6	3.6	165	100
7 a 11 meses	1	4.8	4	19	7	33.3	6	26.6	3	14.3	0	0	21	100
1 a 2 años	0	0	4	30.8	6	46.2	2	15.4	1	7.7	0	0	13	100
No sabe	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100
Total	1	0.5	27	13.5	82	41	49	24.5	35	17.5	6	3	200	100
X²= 22.338 p= .099														

Fuente directa

De acuerdo a la relación que guarda el nivel de conocimiento de la madre acerca de la edad a la cual se debe retirar la lactancia materna con la edad de la misma, se obtuvo una mayoría en la respuesta de 10 a 18 meses por parte de las madres de los grupos de edad entre 18 y 28, y de entre 29 a 39 años de edad. En el grupo de madres de más de 40 años, se obtuvo una mayoría con 14 de las 31 madres correspondientes a este grupo, que afirmaron que se debe retirar entre los 4 a 6 meses de edad del niño. No se observó diferencia estadística significativa en esta relación ($X^2= 9.176 p=.164$) Tabla 17.

Tabla 17. Distribución del conocimiento que tiene la mamá acerca de la edad a la cual se debe retirar la lactancia materna, por edad y grado escolar de ella.

Conocimiento acerca de la edad a la cual se debe retirar la lactancia materna	Edad en años							
	18 A 28		29 A 39		MÁS DE 40		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
4 a 6 meses	35	43.2	32	39.5	14	17.3	81	100
10 a 18 meses	41	39	52	49.5	12	11.4	105	100
2 años	3	30	4	40	3	30	10	100
Más de dos años	2	50	0	0	2	50	4	100
Total	81	40.5	88	44	31	15.5	200	100
$X^2= 9.176 p=.164$								

Conocimiento acerca de la edad a la cual se debe retirar la lactancia materna	Escolaridad de la madre													
	Analfabeta		Primaria		Secundaria y estudios técnicos		Preparatoria o bachillerato		Universidad		Posgrado		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
4 a 6 meses	0	0	9	11.1	30	37	20	24.7	20	24.7	2	2.5	81	100
10 a 18 meses	0	0	16	15.2	45	42.9	26	24.8	14	13.3	4	3.8	105	100
2 años	0	0	2	20	5	50	2	20	1	10	0	0	10	100
Más de dos años	1	20	0	0	2	50	1	25	0	0	0	0	4	100
Total	1	0.5	27	13.5	82	41	49	24.5	35	17.5	6	3	200	100
$X^2= 56.375 p< .001$														

Fuente directa

En la distribución de la edad a la cual las madres iniciaron la lactancia materna, con respecto a la edad de ellas, se observa un mayor porcentaje en los grupos de 18 a 28 y de 29 a 39 años, quienes respondieron que habían iniciado dentro de las 4 primeras horas de vida, sin embargo, en el grupo de madres de más de 40 años se obtuvo una mayoría, con 15 de 31 madres en el rango de inicio de lactancia entre las 12 y 72 horas de nacido su bebé. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la relación entre la edad de la madre y el momento en el cual iniciaron la lactancia ($X^2= 18.958$ $p= .041$) Tabla 18.

Con respecto a la relación entre el momento de inicio de la lactancia con la escolaridad de la madre, se observó que la única madre que no tiene estudios, inició dentro de las primeras 4 horas de nacido su hijo, así como la mayoría de las mamás con estudios de primaria, secundaria y estudios técnicos, y licenciatura.

Las mamás con preparatoria mostraron una mayoría entre las 12 y 72 horas de nacido, y las mamás con estudios de posgrado mostraron división exacta de 2 entre los rangos de 0 a 4 horas, 12 a 72 horas e incluso 2 en el rango de más de 8 días después de nacido. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la relación entre la escolaridad de la madre y el momento en el que iniciaron la lactancia materna ($X^2= 30.010$ $p= .224$) Tabla 18.

Tabla 18. Distribución de la edad a la que iniciaron la lactancia las madres, por la edad y escolaridad de ellas.

Edad del bebé a la cual iniciaron la lactancia materna	Edad en años							
	18 A 28		29 A 39		MÁS DE 40		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0 a 4 horas	43	48.3	37	41.6	9	10.1	89	100
5 a 10 horas	3	20	10	66.7	2	13.3	15	100
12 a 72 horas	23	35.4	27	41.5	15	23.1	65	100
De 4 a 8 días	1	9.1	6	54.5	4	36.4	11	100
Más de 8 días	5	45.5	5	45.5	1	9.1	11	100
No amamantó	6	66.7	3	33.3	0	0	9	100
Total	81	40.5	88	44	31	15.5	200	100
$X^2 = 18.958$ p= .041								

Edad del bebé a la cual iniciaron la lactancia materna	Escolaridad de la madre													
	Analfabeta		Primaria		Secundaria y estudios técnicos		Preparatoria o bachillerato		Universidad		Posgrado		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0 a 4 horas	1	1.1	16	18	48	42.7	17	19.1	15	16.9	2	2.2	89	100
5 a 10 horas	0	0	1	6.7	7	46.7	3	20	4	26.7	0	0	15	100
12 a 72 horas	0	0	7	10.8	27	41.5	21	32.3	8	12.3	2	3.1	65	100
De 4 a 8 días	0	0	3	27.3	2	18.2	4	36.4	2	18.2	0	0	11	100
Más de 8 días	0	0	0	0	2	18.2	3	27.3	4	36.4	2	18.2	11	100
No amamantó	0	0	0	0	6	66.7	1	11.1	2	22.2	0	0	9	100
Total	1	0.5	27	13.5	82	41	49	24.5	35	17.5	6	3	200	100
$X^2 = 30.010$ p= .224														

Fuente directa

De acuerdo a la relación que existe entre la edad de la madre con respecto al amamantamiento de su hijo a la fecha de la entrevista se obtuvo una respuesta negativa en gran mayoría por parte de los tres grupos de edad. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la relación entre la edad de la madre y el amamantamiento a la fecha de la entrevista ($X^2= .478$ $p= .787$) Tabla 19.

Con respecto a la relación del amamantamiento a la fecha de la entrevista con la escolaridad de la madre no se observó diferencia estadística significativa ($X^2= 4.238$ $p= .516$). Tabla 19. Se obtuvo una gran mayoría en el grupo de madres con estudios de secundaria y técnicos, con 77 de las 82 pertenecientes a este grupo.

Tabla 19. Distribución entre el amamantamiento a la fecha de la encuesta por edad y grado escolar de la madre.

Sigue amamantando a su hijo	Edad en años							
	18 A 28		29 A 39		MÁS DE 40		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sí	5	50	4	40	1	10	10	100
No	76	40	84	44.2	30	15.8	190	100
Total	81	40.5	88	44	31	15.5	200	100
$X^2= .478$ $p= .787$								

Sigue amamantando a su hijo	Escolaridad de la madre													
	Analfabeta		Primaria		Secundaria y estudios técnicos		Preparatoria o bachillerato		Universidad		Posgrado		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sí	0	0	2	20	5	50	2	20	0	0	1	10	10	100
No	1	0.5	25	13.2	77	40.5	47	24.7	35	18.4	5	2.6	190	100
Total	1	0.5	27	13.5	82	41	49	24.5	35	17.5	6	3	200	100
$X^2= 4.238$ $p= .516$														

Fuente directa

En la relación de la edad de la madre con la edad hasta la que amamantaron a su hijo se obtuvo una mayoría con 51 de 81 madres de 18 a 28 años, que abandonaron dentro de los primeros 9 meses de vida de su hijo. Asimismo en el grupo de madres de 29 a 39 años y de más de 40 años, la mayoría abandonó la lactancia dentro de los primeros 9 meses de vida. No se observó diferencia estadística significativa en esta relación ($X^2= 3.061$ $p= .548$) Tabla 20.

En cuanto a la relación de la edad hasta la que amamantaron y la escolaridad de la madre, la única madre sin estudios, abandonó la lactancia entre los 21 a 36 meses de edad de su hijo. La mayoría de las mujeres con estudios de primaria (16 de un total de 27) amamantó hasta los primeros 9 meses de vida. De la misma manera, el grupo de madres con estudios de secundaria, estudios técnicos, preparatoria, licenciatura y la totalidad de las madres con posgrado, abandonó dentro de los primeros 9 meses de vida. Se observó diferencia estadística significativa en la relación de la edad del niño a la que abandonaron la lactancia y la escolaridad de la madre ($X^2= 21.805$ $p= .016$) Tabla 20.

Tabla 20. Distribución entre la edad hasta la que amamantaron a sus hijos, por edad y escolaridad de la madre

Edad hasta la que amamantó a su hijo	Edad en años							
	18 A 28		29 A 39		MÁS DE 40		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0 a 9 meses	51	40.5	58	46	17	13.5	126	100
10 a 20 meses	24	42.1	24	42.1	9	15.8	57	100
21 a 36 meses	6	35.3	6	35.3	5	29.4	17	100
Total	81	40.5	88	44	31	15.5	200	100
X²= 3.061 p=.548								

Edad hasta la que amamantó a su hijo	Escolaridad de la madre													
	Analfabeta		Primaria		Secundaria y estudios técnicos		Preparatoria o bachillerato		Universidad		Posgrado		TOTAL	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0 a 9 meses	0	0	16	12.7	46	36.5	31	24.6	27	21.4	6	4.8	126	100
10 a 20 meses	0	0	7	12.3	28	49.1	16	28.1	6	10.5	0	0	57	100
21 a 36 meses	1	5.9	4	23.5	8	47.1	2	11.8	2	11.8	0	0	17	100
Total	1	0.5	27	13.5	82	41	49	24.5	35	17.5	6	3	200	100
X²= 21.805 p=.016														

Fuente directa

En la relación que guarda la edad de la madre con la frecuencia con la que amamantó a su hijo, se obtuvo que la mayoría de los 3 grupos de edades, amamantara a libre demanda. No se observó diferencia estadística significativa en la relación de la edad de la madre y la frecuencia con la que se amamantó ($X^2= 1.481$ $p= .477$) Tabla 21.

Con respecto a la relación de la frecuencia con la que amamantaron a su hijo, y la escolaridad de la madre no se observó diferencia estadística significativa ($X^2= 6.555$ $p= .256$) Tabla 21. Se obtuvo una clara mayoría de todos los grupos de estudios para la respuesta a libre demanda, a excepción de las madres del grupo de estudios de posgrado, en el cual se observó que la mitad (3) lo hizo a libre demanda, y la otra mitad (3) con horario.

Tabla 21. Distribución de la frecuencia con la que se amamantó al hijo, por edad y escolaridad de la madre.

Frecuencia con la que amamantó a su hijo	Edad en años							
	18 A 28		29 A 39		MÁS DE 40		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A libre demanda	57	41	58	41.7	24	17.3	139	100
Co horario	24	39.3	30	49.2	7	11.5	61	100
Total	81	40.5	88	44	31	15.5	200	100
$X^2= 1.481$ $p= .477$								

Frecuencia con la que amamantó a su hijo	Escolaridad de la madre													
	Analfabeta		Primaria		Secundaria y estudios técnicos		Preparatoria o bachillerato		Universidad		Posgrado		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A libre demanda	1	0.7	14	10.1	61	43.9	35	25.2	25	18	3	2.2	139	100
Con horario	0	0	13	21.3	21	34.4	14	23	10	16.4	3	4.9	61	100
Total	1	0.5	27	13.5	82	41	49	24.5	35	17.5	6	3	200	100
$X^2= 6.555$ $p= .256$														

Fuente directa

En la relación que existe entre la lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida, y la edad de la madre se observó que 56 de 81 madres de entre 18 y 28 años, no lo hizo, así como 58 de 88 mujeres de entre 29 a 39 años de edad y solo 16 de 31 madres de más de 40 años no amamantaron exclusivamente con leche materna los primeros 6 meses de vida. No se observó diferencia estadística significativa entre la lactancia materna exclusiva, y la edad de la madre ($X^2 = 4.818$ $p = .307$) Tabla 22.

Tabla 22. Distribución de la práctica de lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida, por edad de la madre.

Lactancia materna exclusiva los primeros seis meses	Edad en años							
	18 A 28		29 A 39		MÁS DE 40		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sí	23	34.3	29	43.3	15	22.4	67	100
No	56	43.1	58	44.6	16	12.3	130	100
Sigue amamantando	2	66.7	1	33.3	0	0	3	100
Total	81	40.5	88	44	31	15.5	200	100
$X^2 = 4.818$ $p = .307$								

Lactancia materna exclusiva los primeros seis meses	Escolaridad de la madre													
	Analfabeta		Primaria		Secundaria y estudios técnicos		Preparatoria o bachillerato		Universidad		Posgrado		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sí	1	0.7	14	10.1	61	43.9	35	25.2	25	18	3	2.2	139	100
No	0	0	13	21.3	21	34.4	14	23	10	16.4	3	4.9	61	100
Sigue amamantando	1	0.5	27	13.5	82	41	49	24.5	35	17.5	6	3	200	100
Total														
$X^2 = 4.818$ $p = .307$														

Fuente directa

En cuanto a la relación entre la edad del hijo a la que complementaron la lactancia con otros alimentos, y la edad de la madre no se observó una diferencia estadística significativa ($X^2= 7.399$ $p= .494$) Tabla 23. De las 81 madres de entre 18 y 28 años de edad, 65 complementó con alimentos en los primeros 6 meses de vida. De las 88 madres de entre 29 a 39 años de edad, 76 de ellas complementaron igualmente dentro de los primeros 6 meses de vida, así como 25 de las 31 madres mayores de 40 años.

En la relación que guarda la edad del hijo a la que complementaron la lactancia con otros alimentos, con la escolaridad de la madre, se obtuvo que de las 27 madres con estudios de primaria, 20 complementara dentro de los primeros 6 meses de vida. Dentro de las madres con estudios de secundaria, estudios técnicos, preparatoria, licenciatura y posgrado, la gran mayoría complementó de igual manera dentro de los primeros 6 meses de vida. No se observó una diferencia estadística significativa para la relación entre la edad del hijo a la cual complementaron y la escolaridad de la madre ($X^2= 24.334$ $p= .228$) Tabla 23.

Tabla 23. Distribución de la edad a la que complementaron la lactancia con alimentos, por edad y escolaridad de la madre.

Edad a la que se complementó la lactancia materna con otros alimentos	Edad en años							
	18 A 28		29 A 39		MÁS DE 40		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0 a 6 meses	65	39.2	76	45.8	25	15.1	166	100
7 a 11 meses	10	43.5	7	30.4	6	26.1	23	100
1 a 2 años	3	50	3	50	0	0	6	100
No lo ha hecho	3	75	1	25	0	0	4	100
No amamantó	0	0	1	100	0	0	1	100
Total	81	40.5	88	44	31	15.5	200	100
$X^2 = 7.399$ $p = .494$								

Edad a la que se complementó la lactancia materna con otros alimentos	Escolaridad de la madre													
	Analfabeta		Primaria		Secundaria y estudios técnicos		Preparatoria o bachillerato		Universidad		Posgrado		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0 a 6 meses	0	0	20	12	70	42.2	40	24.1	32	19.3	4	2.4	166	100
7 a 11 meses	1	4.3	6	26.1	7	30.4	5	21.7	3	13	1	4.3	23	100
1 a 2 años	0	0	1	16.7	3	50	2	33.3	0	0	0	0	6	100
No lo ha hecho	0	0	0	0	1	25	2	50	0	0	1	25	4	100
No amamantó	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100
Total	1	0.5	27	13.5	82	41	49	24.5	35	17.5	6	3	200	100
$X^2 = 24.334$ $p = .228$														

Fuente directa

En la relación que existe entre el abandono precoz de la lactancia materna (antes de los 6 meses) y el estado civil de la madre al momento del parto, se notó una clara mayoría en el abandono precoz por parte de las mujeres casadas (52.2%). No se observó diferencia estadística significativa en la relación entre el abandono precoz y el estado civil al momento del parto ($X^2= 2.012$ $p= .366$) Tabla 24.

En cuanto a la relación del estado civil actual (al momento de la entrevista) con el abandono precoz, se demostró que la mayor parte de las mujeres que abandonó precozmente era casada, seguido de aquellas en unión libre. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a esta relación ($X^2= 5.007$ $p= .280$) Tabla 24.

Tabla 24. Distribución entre el abandono precoz de la lactancia (antes de los 6 meses) por el estado civil de la madre al momento del parto y por estado civil actual.

Estado civil al momento del Parto	Abandono Precoz					
	Sí		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Soltera	18	52.9	16	47.1	34	100
Casada	47	52.2	43	47.8	90	100
Unión Libre	32	42.1	44	57.9	76	100
Total	97	48.5	103	51.5	200	100
$X^2= 2.012$ p= .366						
Estado civil Actual	Abandono Precoz					
	Sí		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Soltera	22	56.4	17	43.6	39	100
Casada	46	50.5	45	49.5	91	100
Viuda	0	0	1	100	1	100
Divorciada	3	75	3	25	4	100
Unión Libre	26	40	39	60	65	100
Total	97	48.5	103	51.5	200	100
$X^2= 5.007$ p= .280						

Fuente directa

En la tabla 25, se observa la relación que existe entre los factores determinantes para que las madres abandonen la lactancia materna, y la ocupación de la madre. Se obtuvo que en la mayoría de los casos, sin importar su ocupación, la respuesta fue que habían abandonado por indicación del médico, generalmente refiriéndose como que les habían dicho que “ya no le servía” o que

“ya no le nutría”. Dentro de este motivo en el cual está gran mayoría (142 de 200 madres entrevistadas), la ocupación con mayor porcentaje de abandono fueron las madres amas de casa, con 95 madres. De las 32 que refirieron como motivo la hipogalactia (baja cantidad de leche), 22 eran amas de casa. De las 8 mamás que refirieron que el bebé era intolerante, 5 eran igualmente, amas de casa. Se observó una diferencia significativa en la relación que guardan los factores de abandono precoz con la ocupación de la madre ($X^2= 43.537$ $p=.009$) Tabla 25.

Tabla 25. Factores determinantes del abandono precoz de la lactancia materna por la ocupación de la madre.

Ocupación de la madre	Factores determinantes del abandono precoz											
	Presentó baja cantidad de leche (hipogalactia)		El bebé era intolerante a algún componente de la leche		El amamantar era doloroso		Otra		Segue amamantando		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Obrera	3	13	1	4.3	0	0	17	73.9	2	8.7	23	100
Técnica	0	0	1	10	0	0	9	90	0	0	10	100
Profesional	4	28.6	0	0	2	14.3	8	57.1	0	0	14	100
Estudiante	1	20	0	0	0	0	4	80	0	0	5	100
Ama de casa	22	16.3	5	3.7	4	3	95	70.4	9	6.7	135	100
Comerciante	2	16.7	1	8.3	0	0	9	75	0	0	12	100
Otra	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100
Total	32	16	8	4	7	3.5	142	71	11	5.5	200	100
$X^2= 43.537$ $p=.009$												

Fuente directa

De acuerdo a la relación que existe entre la distribución de los factores determinantes del abandono precoz de la lactancia por el estado civil al momento

del parto, se registra en la Tabla 26 los siguientes resultados: 15 de las 32 madres casadas (46.37%) abandonó por hipogalactia (baja cantidad de leche), así como 5, de 8 mujeres que justificaron el abandono por la intolerancia del bebé a la leche, eran casadas (62.5%), De las 7 mujeres que refirieron como motivo que era doloroso, 5 también eran casadas (71.42%). De las 142 mujeres que refirieron que el médico lo había indicado, 61 eran casadas (42.95%), seguidas de 56 que se encontraban en unión libre (39.43%). No se observó una diferencia estadística significativa en cuanto a la relación de los factores determinantes de abandono y el estado civil al momento del parto ($X^2= 5.911$ $p=.657$) Tabla 26.

En la relación que existe entre el estado civil actual (al momento de la entrevista), se observa en la tabla 26, que al igual que los resultados anteriores, la gran mayoría estuvo representada por las mujeres casadas. De las 142 mujeres que refirió que habían abandonado por indicación del médico, 60 eran casadas. Estos resultados no tuvieron diferencias importantes al compararlos con el estado civil al momento del parto, sin embargo se observó una diferencia estadística significativa en esta relación ($X^2= 37.860$ $p= .002$) Tabla 26.

Tabla 26. Distribución de los factores determinantes del abandono precoz de la lactancia materna por el estado civil actual, y al momento de tener el parto de la madre.

Estado civil al momento del parto	Factores determinantes del abandono precoz											
	Presentó baja cantidad de leche (hipogalactia)		El bebé era intolerante a algún componente de la leche		El amamantar era doloroso		Por indicación del médico		Sigue amamantando		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Soltera	7	20.6	1	2.9	0	0	25	73.5	1	2.9	34	100
Casada	15	16.7	5	5.6	5	5.6	61	67.8	4	4.4	90	100
Unión Libre	10	13.2	2	2.6	2	2.6	56	73.7	6	7.9	76	100
Total	32	16	8	4	7	3.5	142	71	11	5.5	200	100
$X^2 = 5.911$ $p = .657$												
Estado civil actual	Factores determinantes del abandono precoz											
	Presentó baja cantidad de leche (hipogalactia)		El bebé era intolerante a algún componente de la leche		El amamantar era doloroso		Por indicación del médico		Sigue amamantando		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Soltera	6	15.4	2	5.1	1	2.6	29	74.4	1	2.6	39	100
Casada	17	18.7	5	5.5	5	5.5	60	65.9	4	4.4	91	100
Viuda	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100
Divorciada	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	4	100
Unión Libre	9	13.8	1	1.5	0	0	49	75.4	6	9.2	65	100
Total	32	16	8	4	7	3.5	142	71	11	5.5	200	100
$X^2 = 37.860$ $p = .002$												

Fuente directa

En la tabla 27 se observa la relación entre la edad de la madre y las razones por las cuales les gustó haber amamantado. Se observa una prevalencia en la respuesta: por el contacto y lazo con el bebé, por parte de los tres grupos de edad. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la relación de las razones por las cuales les gustó haber amamantado y la edad de las madres ($X^2= 7.554$ $p= .819$) Tabla 27.

En la relación de las razones por las cuales les agradó haber amamantado y la escolaridad de la madre se observa que la mayoría de las madres con estudios de primaria dijo que su razón era por el contacto y lazo con el bebé. Se obtuvo la misma respuesta por parte de las mujeres con estudios de secundaria, estudios técnicos, preparatoria y licenciatura. Se observó una diferencia estadística significativa en esta distribución ($X^2= 43.073$ $p= .058$) Tabla 27.

Tabla 27. Distribución de respuesta afirmativa ante la pregunta del gusto o agrado por la experiencia de haber amamantado, por edad y escolaridad de la madre.

Razones por las que sí les gustó haber amamantado	Edad en años							
	18 A 28		29 A 39		MÁS DE 40		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Por el contacto y lazo con el bebe	37	43	36	41.9	13	15.1	86	100
Más seguridad para el bebé	0	0	3	7.5	1	2.5	4	100
“Lo sentía cerca y dependiente de mí”	2	28.6	4	57.1	1	14.3	7	100
Les hace bien	8	40	7	35	5	25	20	100
Por el amor al bebé	1	20	3	60	1	20	5	100
No por economía y comodidad	3	30	5	50	2	20	10	100
Otra	11	30.6	20	55.6	5	13.9	36	100
Total	62	36.9	78	46.4	28	16.7	168	100
$X^2 = 7.554 \text{ p} = .819$								

Razones por las que sí les gustó haber amamantado	Escolaridad de la madre													
	Analfabeta		Primaria		Secundaria y estudios técnicos		Preparatoria o bachillerato		Universidad		Posgrado		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Por el contacto y lazo con el bebe	0	0	6	7	37	43	23	26.7	18	20.9	2	2.3	86	100
Más seguridad para el bebé	0	0	0	0	2	50	1	25	1	25	0	0	4	100
“Lo sentía cerca y dependiente de mí”	1	14.3	1	14.3	1	14.3	2	28.6	1	14.3	1	14.3	7	100
Les hace bien	0	0	4	20	9	45	5	25	2	10	0	0	20	100
Por el amor al bebé	0	0	1	20	3	60	1	20	0	0	0	0	5	100
Por economía y comodidad	0	0	2	20	4	40	2	20	2	20	0	0	10	100
Otra	0	0	8	22.2	16	44.4	6	16.7	3	8.3	3	8.3	36	100
Total	1	0.6	22	13.1	72	42.9	40	23.8	27	16.1	6	3.6	168	100
$X^2 = 43.073 \text{ p} = .058$														

Fuente directa

Por otra parte, en la tabla 28 se establecen las razones por las cuales no les gustó haber amamantado a sus hijos. Se observa que del grupo de 18 a 28 años de edad 7 madres dijeron que por la imposibilidad de haber amamantado, mientras que otras 7 refirieron que era doloroso. De las 10 madres de entre 29 y 39 años que dijeron que no les había gustado, 4 se refirió a no poder haber amamantado y otras 4 dijo que era incómodo. Las 3 mujeres de más de 40 años que no les gustó dijeron que no habían podido hacerlo. No se observó una diferencia estadística significativa en esta relación ($X^2= 6.971$ $p= .137$) Tabla 28.

Evaluando el disgusto con relación a la escolaridad, no se obtuvo respuesta acerca del disgusto por el amamantamiento por parte de las madres analfabetas, así como por parte de las que cuentan con estudios de posgrado. En cuanto a las madres que se refirieron a su disgusto por no haber podido darles, el 28.5% de éstas eran madres con estudios de licenciatura, mientras que el 21.4% fue por parte de las madres con primaria terminada. Aquellas que tuvieron como motivo la incomodidad, se dividen en un 50% para las madres con estudios universitarios, un 33.3% para las madres con estudios de secundaria y técnicos, y un 16.7% para las madres con preparatoria o bachillerato. Teniendo como motivo lo doloroso que les resultó amamantar, se obtuvo una mayoría por parte de las mujeres con preparatoria o bachillerato con un 44.4% seguido de un 33.3% de las madres con secundaria o estudios técnicos. No se observó una relación estadística significativa ($X^2= 5.701$ $p= .458$) Tabla 28.

Tabla 28. Distribución de respuesta negativa ante la pregunta del gusto o agrado por la experiencia de haber amamantado, por edad y escolaridad de la madre.

Razones por las que no les gustó haber amamantado	Edad en años													
	18 A 28				29 A 39				MÁS DE 40				TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Porque no pudo darle	7	50	4	28.6	3	21.4	14	100						
Es incómodo	2	33.3	4	66.7	0	0	6	100						
Es doloroso	7	77.8	2	22.2	0	0	9	100						
Total	16	55.2	10	34.5	3	10.3	29	100						
$X^2 = 6.971$ p = .137														
Razones por las que no les gustó haber amamantado	Escolaridad de la madre													
	Analfabeta		Primaria		Secundaria y estudios técnicos		Preparatoria o bachillerato		Universidad		Posgrado		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Porque no pudo darle	0	0	3	21.4	5	35.7	2	14.3	4	28.5	0	0	14	100
Es incómodo	0	0	0	0	2	33.3	1	16.7	3	50	0	0	6	100
Es doloroso	0	0	1	11.1	3	33.3	4	44.4	1	11.1	0		9	100
Total	0	0	4	13.8	10	34.5	7	24.1	8	27.6	0	0	29	100
$X^2 = 5.701$ p = .458														

Fuente directa

En cuanto a la relación que existe entre el abandono precoz de la lactancia materna y el apoyo recibido durante el embarazo y para el cuidado del niño se

observa que a pesar de que 177 madres recibieron apoyo, 89 abandonó la lactancia de manera precoz. En contraste, de las 23 mujeres que no recibió apoyo, sólo 8 abandonó de manera precoz. No se observa diferencia estadística significativa en cuanto a la relación de abandono precoz con el apoyo recibido ($X^2= 1.958$ $p= .162$) Tabla 29.

De las 111 mujeres que recibieron apoyo de tipo económico, 58 abandonaron de manera precoz, mientras que de 41 que recibió apoyo emocional, sólo 16 abandonaron de manera precoz y 25 no lo hicieron. No se observa diferencia estadística significativa en cuanto a la relación de abandono precoz con el apoyo recibido ($X^2= 5.156$ $p= .161$) Tabla 29.

Finalmente de las 53 madres que recibieron apoyo por parte de su padre el 50.9% (27 madres) no abandonaron de manera precoz. De las 31 madres que recibieron apoyo de su madre 18 (58.1%) abandonó de manera precoz. En el caso de las que recibieron apoyo de su pareja (83 madres), el 53% (44 madres) no abandonaron de manera precoz. No se observa diferencia estadística significativa en cuanto a la relación de abandono precoz con el apoyo recibido ($X^2= 3.480$ $p= .481$) Tabla 29.

Tabla 29. Distribución del abandono precoz de la lactancia materna (antes de los 6 meses) por el apoyo, tipo de apoyo y la persona que brindó el apoyo.

Se recibió apoyo	Abandono Precoz					
	Sí		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí	89	50.3	88	49.7	177	100
No	8	34.8	15	65.2	23	100
Total	97	48.5	103	51.5	200	100
$\chi^2 = 1.958 \text{ p} = .162$						
Tipo de apoyo	Abandono Precoz					
	Sí		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Económico	58	52.3	53	47.7	111	100
Emocional	16	39	25	61	41	100
Cuidado del niño	15	60	10	40	25	100
No aplica	8	34.8	15	65.2	23	100
Total	97	48.5	103	51.5	200	100
$\chi^2 = 5.156 \text{ p} = .161$						

Persona que brindó el apoyo	Abandono Precoz					
	Sí		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Padre	26	49.1	27	50.9	53	100
Madre	18	58.1	13	41.9	31	100
Hermano/a	6	60	4	40	10	100
Pareja	39	47	44	53	83	100
No aplica	8	34.8	15	65.2	23	100
$\chi^2 = 3.480 \text{ p} = .481$						

Fuente directa

En la tabla 30 se observa la relación que existe entre el abandono precoz y el haber recibido orientación acerca del embarazo y lactancia. De las 164 madres que recibió orientación, el 51.8% no abandonó de manera precoz, sin embargo no existe diferencia estadística significativa ($X^2= 0.040$ $p= .842$) Tabla 30.

De igual manera se registró la relación entre el abandono precoz y la persona que había brindado la orientación, obteniendo que de 99 (100%) madres que recibieron orientación por parte del médico, 50 (50.5%) no abandonaron de manera precoz, mientras que de las 50 (100%) que recibieron la información por parte de la enfermera, 27 mujeres (54%), no abandonaron de manera precoz. Sin embargo, no se observó diferencia estadística significativa ($X^2= .751$ $p= .945$) Tabla 30.

Finalmente al evaluar el abandono precoz relacionado con el tipo de información recibida, se obtuvo que de 131 (100%) madres que recibieron la orientación de manera oral, el 51.9% de estas madres no abandonó de manera precoz. Sin embargo de las 36 madres que no recibieron orientación, estuvo dividido por partes iguales (18 madres), entre las que abandonaron de manera precoz, y las que no lo hicieron. No se observó diferencia estadística significativa en esta relación ($X^2= .300$ $p= .960$) Tabla 30.

Tabla 30. Distribución del abandono precoz de la lactancia materna (antes de los 6 meses) por la orientación, tipo de orientación (información) y la persona que proporcionó la orientación.

Se recibió orientación	Abandono Precoz					
	Sí		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí	79	48.2	85	51.8	164	100
No	18	50	18	50	36	100
Total	97	48.5	103	51.5	200	100
$X^2 = 0.040$ $p = .842$						
Persona que brindó el apoyo	Abandono Precoz					
	Sí		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Amigo o familiar	3	60	2	40	5	100
Médico	49	49.5	50	50.5	99	100
Enfermera	23	46	27	54	50	100
Otra	4	40	6	60	10	100
No aplica	18	50	18	50	36	100
Total	97	48.5	103	51.5	200	100
$X^2 = .751$ $p = .945$						
Tipo de información	Abandono Precoz					
	Sí		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Oral	63	48.1	68	51.9	131	100
Escrita	8	53.3	7	46.7	15	100
Digital	158	44.4	10	55.6	18	100
No aplica	18	50	18	50	36	100
Total	97	48.5	103	51.5	200	100
$X^2 = .300$ $p = .960$						

Fuente directa

En cuanto a la relación que existe entre la edad de la madre, y la opinión que dieron acerca los motivos por los que se ha dejado de amamantar en la actualidad, se observa que existe una diferencia estadística significativa ($X^2=29.827$ $p= .003$) Tabla 31.

De las 81 mujeres de entre 18 y 28 años de edad, 29 opinaron que se ha dejado de amamantar porque están preocupadas por su físico; por vanidad. La misma respuesta se obtuvo, de 13 de las 31 madres de más de 40 años. De las madres dentro del grupo de 29 a 39 años, 36 de las 88 opinaron que se ha dejado de amamantar por la necesidad de trabajar, por falta de tiempo y por la comodidad.

En cuanto a la relación entre la escolaridad de la madre y la opinión acerca de los motivos por los cuales consideran que se ha dejado de amamantar en la actualidad se observó una diferencia estadística significativa ($X^2= 54.111$ $p= .004$) Tabla 31. La única madre de las 200 encuestadas que no contaba con estudios, refirió como motivo la preocupación por su físico y por vanidad. Se obtuvo mayoría en el grupo de madres con estudios de secundaria, estudios técnicos y preparatoria, en la misma respuesta: por su físico; por vanidad. Tres de las seis madres con posgrado opinaron que se debía al dolor que causa amamantar.

Tabla 31. Motivos por los cuales las madres consideran que en la actualidad se ha dejado de amamantar, distribución por edad y escolaridad de la madre.

Opinión del motivo por el cual se ha dejado de amamantar en la actualidad	Edad en años							
	18 A 28		29 A 39		MAS DE 40		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Por su físico, por vanidad	29	40.8	20	40.8	13	18.3	71	100
Por trabajo, por falta de tiempo y comodidad	19	30.2	36	57.1	8	12.7	63	100
Porque no quieren, no les gusta o por flojera	7	35	9	45	4	20	20	100
Por dolor	8	50	7	43.8	1	6.3	16	100
Por la variedad de fórmulas que hay	7	53.8	6	46.2	0	0	13	100
No sé	7	100	0	0	0	0	7	100
Por falta de información	4	40	1	10	5	50	10	100
Total	81	40.5	88	44	31	15.5	200	100
$X^2= 29.827 p=.003$								

Opinión del motivo por el cual se ha dejado de amamantar en la actualidad	Escolaridad de la madre													
	Analfabeta		Primaria		Secundaria y estudios técnicos		Preparatoria o bachillerato		Universidad		Posgrado		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Por su físico, por vanidad	1	1.4	7	9.9	40	56.3	18	25.4	4	5.6	1	1.4	71	100

Por trabajo, por falta de tiempo y comodidad	0	0	9	14.3	25	39.7	11	17.5	18	28.6	0	0	63	100
Porque no quieren, no les gusta o por flojera	0	0	2	10	6	30	7	35	4	20	1	5	20	100
Por dolor	0	0	3	18.8	2	12.5	6	37.5	2	12.5	3	18.8	16	100
Por la variedad de fórmulas que hay	0	0	3	23.1	3	23.1	2	15.4	4	30.8	1	7.7	13	100
No sé	0	0	3	42.9	2	28.6	2	28.6	0	0	0	0	7	100
Por falta de información	0	0	0	0	4	40	3	30	3	30	0	0	10	100
Total	1	0.5	27	13.5	82	41	49	24.5	35	17.5	6	3	200	100
X²= 54.111 p=.004														

Fuente directa

XII. DISCUSIÓN

Este estudio se llevó a cabo en una muestra de 200 madres. Por lo tanto, no es representativa de toda la población de México, debido a que ellas fueron entrevistadas en las clínicas de atención odontológica de sus hijos, por lo que se infiere, que dentro de sus posibilidades, están siendo activas con la preocupación y atención a la salud de ellos.

La edad promedio de las mamás fue de 32 años, estos resultados difieren en comparación con los del estudio de Esteves y Martell¹⁴, en el cual obtuvieron una mediana de edad menor a 30 años. La mediana de la edad de sus hijos/as fue de 4 años y la edad de la madre al momento del parto fue de 27 años.

Las mujeres casadas fueron el estado civil predominante, seguidas de aquellas que se encontraban en unión libre, al igual que en el estudio de Esteves y Martell¹⁴, así como en el de Delgado-Becerra⁵⁷, en el cual obtuvieron una mayoría notable en las mujeres casadas o en unión libre. En cuanto a la escolaridad, se obtuvo que la mayoría contaba con estudios hasta secundaria y en cuanto a la ocupación se mostró una clara mayoría en las amas de casa, similar a lo reportado por Bocanegra,⁵⁴ tanto en escolaridad como en ocupación. Se relacionaron estos datos con los conocimientos, prácticas y actitudes que presentaban acerca de la lactancia materna.

En cuanto al tipo de parto que tuvieron las mujeres, no se obtuvo diferencia estadística significativa, pudiendo deberse esto a la posibilidad que se les da hoy en día a las madres de elegir acerca del tipo de parto que desean tener, sin enfocarse principalmente en las necesidades del bebé por posición, talla y peso, entre otras. De esta manera, es contrastante nuestro resultado con el obtenido por Sacristán y Lozano,⁶⁰ en el cual se observó un mayor porcentaje de lactancia materna exclusiva en niños que habían nacido por parto natural.

La tendencia en las prácticas actuales de lactancia materna, sugiere que el 95% de las madres entrevistadas no seguía amamantando a su hijo al momento de la entrevista, lo cual concuerda con el resultado obtenido de la edad promedio de los hijos, el cual fue de cuatro años. En relación a los parámetros establecidos por la OMS, se obtuvo un resultado positivo para el momento o edad del hijo en que se debe iniciar la lactancia materna. El 44.5% refirió haberla iniciado dentro de las primeras 4 horas de nacido, siendo que la OMS establece que debe realizarse en la primera hora de nacido. El 69.5% de las madres respondió que se debe amamantar a libre demanda, así como lo establece la OMS. Sin embargo, al preguntarles sobre la frecuencia con la que ellas amamantaron, sólo un 59.5% respondió haberlo hecho a libre demanda.

Nuestros resultados fueron desfavorables para la práctica de Lactancia Materna Exclusiva (LME) los primeros 6 meses de vida, ya que un 65% proporcionó una respuesta negativa, por lo que sólo un 35% la llevó a cabo; sin embargo, el 83% indicó haber complementado la lactancia con otro tipo de alimentos dentro de los primeros 6 meses de vida, lo cual discrepa del resultado anterior, y puede deberse a un sesgo por falta de memoria acerca del momento exacto en que lo llevaron a cabo.

De igual forma, Sacristán y Lozano⁶⁰ obtuvieron que sólo el 27.1% continuó con lactancia materna como alimento exclusivo del niño por seis meses. En el estudio que realizaron Estevez y Martell, de 545 mujeres monitoreadas por 6 meses, sólo el 9.4% realizó lactancia materna exclusiva con su hijo.¹⁴ En contraste, observamos resultados positivos en dos estudios realizados en pacientes de hospitales pertenecientes a la iniciativa “Hospital Amigo del Niño”. En el de Ávalos, se obtuvo que un 55.7% de las madres realizó lactancia materna exclusiva,⁶³ mientras que en el estudio de Delgado-Becerra, en la Ciudad de México, se obtuvo un favorable 67.6% para la lactancia materna como alimento exclusivo los primeros 6 meses de vida del niño.⁵⁷

Los resultados anteriores sugieren que existe un resultado favorable en el cambio de conducta en las madres que han sido informadas y han pertenecido a una campaña dedicada a la buena alimentación y al buen desarrollo del lactante y el niño pequeño.

La OMS indica que la lactancia materna debe ser exclusiva hasta los 6 meses de edad y complementada con alimentos hasta los 2 años de edad, sin embargo nosotros observamos que sólo un 5% realizó lactancia materna hasta los dos años de vida y un 52.5% la retiró entre los 10 y 18 meses de edad del hijo. En contraste con este resultado, al evaluar los conocimientos de las madres, se obtuvo que el 73.5% respondió que sí se debía alimentar únicamente con leche materna los primeros seis meses de vida; sin embargo, el 82.5% respondió que se debe complementar la lactancia con otros alimentos dentro de los primeros 0 a 6 meses de edad, lo cual no coincide con la respuesta anterior de lactancia materna exclusiva por los primeros 6 meses, infiriendo que no conocen con exactitud la información.

Con relación a los factores por los cuales las madres entrevistadas habían abandonado la lactancia materna, un 71% respondió que había sido por indicación del médico u otra persona que le había dicho que ya no era necesaria. Esta respuesta es preocupante, ya que de ser así, las mismas autoridades médicas están careciendo de conocimientos en el tema para orientar adecuadamente a sus pacientes. No fueron así los resultados obtenidos por Sacristán y Martín⁶⁰, quienes reportaron que un 29.7% había abandonado por hipogalactia y otro 20.5% por observar bajo peso en su bebé. Por su parte, Estevez y Martell¹⁴ reportaron que, en la mayoría de los casos, la madre fue quien decidió por sí sola abandonar la lactancia materna.

En cuanto a los conocimientos sobre las ventajas que proporciona la lactancia materna al bebé, el 66% hizo referencia a los nutrientes y defensas que provee la leche materna. Sólo un 9.5% habló de la ventaja en el desarrollo y

crecimiento del niño. Sin embargo ninguna hizo referencia a la importancia de la lactancia en el desarrollo craneofacial, el cual ha sido estudiado y comprobado y repercute en la oclusión, perfil, forma del paladar, hábitos de succión y en el sellado labial para evitar futuros respiradores bucales.^{58,65,66} El 20% de las madres no pudo citar ejemplos, sin embargo, sólo el 16% había aceptado anteriormente que no conocía cuáles eran.

En cuanto a las ventajas para la madre, el mayor porcentaje fue de aquellas que no pudieron dar ningún ejemplo (45.5%).

No se observó diferencia estadística significativa en este resultado. Sin embargo obtuvimos que un 85.5% de las madres, le había gustado la experiencia de amamantar, teniendo como principal motivo el lazo emocional establecido con el bebé.

Se preguntó acerca de la opinión que tenían sobre la razón por la cual la lactancia es una práctica en declive en nuestro país y la mayoría, 35.5% respondió que por su físico o por vanidad, lo cual puede deberse a la información, tendencias y moda que marcan los medios de comunicación, que están dejando de lado la salud por la imagen y la apariencia física.

En cuanto a la relación que existe entre los conocimientos que poseen las madres acerca de la lactancia materna con su edad, Calzado y Rodríguez⁶² obtuvieron que estos son directamente proporcionales a la escolaridad de la madre, ya que el 79% que tenía mayor conocimiento, era del grupo de estudios universitarios; de igual manera, Bocanegra⁵⁴ reportó que existía diferencia significativa entre el conocimiento y la escolaridad, ya que también obtuvo un mayor porcentaje de conocimiento en madres con estudios universitarios concluidos. Lo mismo indica el artículo de Gutiérrez y Barbosa¹⁸: a mayor escolaridad, mayor conocimiento sobre las ventajas de la lactancia materna.

En el presente estudio, se tienen resultados similares, en los que podemos observar una relación significativa entre el conocimiento que tienen las madres y su escolaridad. En cuanto al conocimiento de las ventajas de la lactancia para la madre y para el bebé, obtuvimos una mayoría en las madres con posgrado, con un 50% y un 66.6%, respectivamente. Para la relación de la escolaridad con el conocimiento acerca del momento en el cual se debe iniciar la lactancia materna, la diferencia fue también significativa. La única madre analfabeta no supo responder a la pregunta y la mayoría de las madres con estudios de preparatoria o bachillerato y posgrado respondió correctamente.

Los resultados de la relación entre el nivel de conocimiento acerca de otras prácticas de lactancia materna y la escolaridad de las madres se comportaron similarmente. Sin embargo, existe un sesgo, ya que las madres entrevistadas, independientemente de su escolaridad, tienen la necesidad de informarse acerca de las prácticas idóneas para la salud de sus hijos, mientras que si se realizara el estudio en mujeres que no son madres, independientemente de su escolaridad, se podrían esperar diferentes resultados.

En cuanto al nivel de conocimiento por edad de las madres, Bocanegra García dice que, de acuerdo a su estudio,⁵⁴ las mujeres de entre 20 y 39 años tuvieron un nivel superior de conocimientos con relación a las menores de 20 y mayores de 39. Este resultado es similar al del presente estudio, en el cual obtuvimos un mayor porcentaje en el nivel de conocimiento acerca de las ventajas y prácticas de la lactancia, por parte de las madres de entre 29 y 39 años, siendo el menor porcentaje de conocimiento para las madres de entre 18 y 28 años de edad. Por lo anterior, cabe resaltar que en nuestro estudio, el porcentaje de madres con nivel aceptable de conocimiento de la lactancia materna, se incrementa, de algún modo, con la edad de las mismas.

A pesar de que en algunas de las prácticas no se obtuvo relación significativa con la edad y escolaridad de la madre, en cuanto a la lactancia

materna exclusiva podemos destacar que las que lo llevaron a cabo eran en su mayoría de entre 29 y 39 años de edad, por lo que al igual que con los conocimientos, se observan mejores prácticas de lactancia en las madres, a mayor edad de las mismas.

En cuanto al abandono precoz de la lactancia materna, Gutiérrez y Barbosa¹⁸ determinaron que las amas de casa fueron las que menos abandonaron la lactancia, contraponiéndose por completo con nuestro resultado en el que, dentro de la razón de abandono “por indicación médica”, la cual dieron la mayoría de las madres, el 71% era amas de casa.

A pesar de que no se observó diferencia significativa en la relación entre los motivos por los cuales no les gustó la experiencia de amamantar y la escolaridad de las madres, podemos observar que, en su mayoría, fueron aquéllas con estudios de licenciatura, seguidas por aquéllas con preparatoria o bachillerato terminados.

De igual manera, en nuestro estudio, no se observó relación significativa en cuanto al abandono precoz y el apoyo recibido, ya que el 52.2% de las mujeres que sí recibieron apoyo, la abandonó de manera precoz. En contraste, el estudio de Durán y Villegas⁶¹ arroja resultados más significativos, ya que el 68.8% de las madres que recibió apoyo familiar, no abandonó de manera precoz la lactancia.

Finalmente, de acuerdo a la orientación recibida acerca del embarazo y lactancia en relación con el abandono precoz, obtuvimos un resultado favorable, aunque sin diferencia significativa, en el que de 164 madres que recibieron orientación, el 51.8% no la abandonó de manera precoz.

Por todo lo anterior, podemos establecer que existe una necesidad muy grande de orientar acerca de las buenas prácticas de lactancia materna, así como proveer los conocimientos necesarios a las mujeres en edad fértil, sin importar su condición socioeconómica y escolaridad. Se recomienda también que, basados en

este estudio, se de la importancia necesaria por parte de nosotros como odontólogos, a la repercusión tanto positiva como negativa, que puede tener la lactancia materna en las funciones bucales del bebé desde edades muy tempranas. Como se mencionó anteriormente, en la actualidad ha ido en aumento la incidencia de maloclusiones dentales, así como de hábitos de succión que perjudican el desarrollo del niño y favorecen el establecimiento de futuros problemas de desarrollo de la cavidad bucal, como el síndrome de respirador bucal, y que pueden ir estrechamente relacionados con las prácticas de lactancia.

Observamos la necesidad de implementar temas relacionados con la fisiología del amamantamiento dentro de la licenciatura de Cirujano Dentista, debido a la importancia de esta práctica dentro del desarrollo del sistema estomatognático. Consideramos como opciones, estudiar desde el reflejo de succión en la vida intrauterina, en asignaturas como Histología y Embriología, seguido de la fisiología del acto de lactar, así como de sus prácticas ideales y consecuencias, en asignaturas como Oclusión, Odontopediatría y Ortodoncia.

Por esto y más, es importante conocer y dar a conocer las buenas prácticas de lactancia materna, siendo éste un medio natural, económico y práctico de proveer al bebé de un futuro más sano, con un mejor desarrollo tanto físico como emocional.

XIII. CONCLUSIONES

- De acuerdo con los resultados, concluimos que los conocimientos que poseen las madres entrevistadas acerca de la lactancia materna, son aceptables en cuanto a los parámetros establecidos por la OMS; sin embargo, llevados a la práctica, existen muchas deficiencias en las conductas óptimas. En cuanto a la actitud frente a la experiencia de amamantar, se mostró una clara mayoría por el gusto de haberlo realizado, refiriéndose al lazo o vínculo creado con su hijo/a.
- Obtuvimos que el principal factor de abandono precoz resultó ser por indicación del médico u otra persona, lo cual sugiere la importancia de educar al personal médico para instruir adecuadamente a sus pacientes. Por otro lado, una gran mayoría sugirió como motivo del actual declive en la lactancia, la preocupación por su aspecto físico o por vanidad, lo cual sugiere que los medios de comunicación han establecido estándares que las mujeres han llegado a anteponerlos a la salud de sus hijos.
- Concluimos, al igual que otros estudios, que el nivel de conocimiento de las madres está relacionado con su edad y escolaridad, por lo que se establece la necesidad de disminuir las inequidades en nuestro país educando a las madres, sin importar su edad ni posibilidades económicas.
- Contrario a otros estudios, concluimos que el abandono precoz de la lactancia materna se observó en gran porcentaje en madres casadas, o con relación estable y que se dedican al hogar.
- De igual manera, observamos diferencia con relación a otros estudios, ya que nuestros resultados sugieren que, a pesar de que la mayoría recibió apoyo familiar, abandonaron de manera precoz la práctica de lactancia.

XIV. REFERENCIAS

1. Pérez-Escamilla R. La promoción de la lactancia materna en la era del sida. *Rev. Panam. Salud Pública* 2001; 9(6): 357-361.
2. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 2001; 115(2):496-506
3. LI R, Zhao, Mokdad A, Barker L, Grummer- Strawn L. Prevalence of Breastfeeding in the United States: The 2001 National Immunization Survey. *Pediatrics.* 2003; 111(5): 1198-1201.
4. Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría, Servicio Canario de Salud. Recomendaciones para la Lactancia Materna. Dirección General de Salud Pública 2002; 1-20.
5. Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones para la lactancia materna. AEP 2003; 1-6.
6. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño. OMS 2003; 5-12.
7. León-cava, N. Cuantificación de los beneficios de la Lactancia Materna: Reseña de la Evidencia. Washington: OPS; 2002.
8. Sikorski J, Renfrew Mj, Pindoria S, wade A. Support for Breastfeeding mothers. (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2002; 3.
9. Sultan HY, Barker DPJ. Programming the baby. In: Barker DPJ, editor. Mothers, babies and disease in later life. Londres: Br Med J Publishing Group, 1994: 14-36.
10. Lucas A, Morley R, Cole TJ, Gore SM, Lucas PJ, Crowle P, Pearce R. Early diet in preterm babies and developmental status at 18 months. *Lancet.* 1990; 355: 1477-1481.
11. Martin RM, Gunnell D, Smith GD. Breastfeeding in Infancy and Blood Pressure in Later Life; Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J. Epidemiol.* 2005; 161: 15-26.
12. HHS Blueprint for Action on Breastfeeding. Washington, DC: Dept of Health and Human Services, Office on Women's Health 2000.
13. Healthy People 2010 (Conference Edition, in Two Volumes). Washington; DC; Dept of Health and Human Services; 2000.

14. Estevez González MD, Martell Cebrían D, Medina Santana R, García Villanueva E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *An Esp.Pediatr.* 2002; 56: 144-150.
15. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. *An Esp Pediatr.* 1999; 50: 333-340.
16. Mercé Gratacòs J, Iglesias Niubó J, Ariño Cedo F y cols. Lactancia materna en el sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento. *An Esp de Pediatr.* 2001; 54: 297-302.
17. Suárez Gil P, Alonso Lorenzo JC, López Díaz AJ, Martín Rodríguez D, Martínez Suárez MM. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias. *Gaceta Sanitaria*, 02 2001; 15: 104-110.
18. Gutiérrez Gutiérrez Antonia E, Dianelys Barbosa Rodríguez, González Lima Roxana. Martínez Figueroa Orayda. Nivel de Conocimiento sobre la Lactancia materna. *Rev Cubana Enfermer* 2001; 17(1)42-6.
19. Enlow, D.H *Handbook of facial growth.* Philadelphia: Saunders; 1992.
20. Planas P. *Reabilitação neuro-oclusal.* Trad. Por Wilma Alexandre Simões. Sao Paulo; 2000.
21. Svedin, C.G.; Hasché e.f.A Necesidad de succión en P. *Odontopediatría, un abordaje clínico.* Trad. por Susana Zamaturo. 2ª ed; 1995.
22. Lino, A. P. Factores extrínsecos determinantes de más oclusões. In: Guedes-pinto, A. C *Odontopediatría.* 5ª ed. São Paulo: Ed. Santos; 1995.
23. Moyers, R.E *Handbook of Orthodontics* 3a ed. Chicago: Yearbook medical; 1994.
24. Moyers R.E *Ortodontia.* Trad. Por Décio Rodrigues. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara- Kogan; 1992.
25. Enlow, D.H. Maduración de la nuromusculatura orofacial. En: *crecimiento facial.* Trad. Por Silvia Fuentes Bakor: 3ª ed; 2000.
26. Carvalho, G. D Síndrome de respirador bucal o insuficiente respirador nasal. *Rev. Secretarios de Saúde.* 1996; II (10): 12-13.
27. King, F.S. ¿Cómo ayudar a las madres a amamantar? Trad Zuleika Thomson; 1991.

28. IBFAN, UNICEF, OPS/OMS. Guía de capacitación en el manejo de la lactancia materna; 1993
29. INAN/COMIN/OMS. Programa Nacional de Alimentación y Nutrición. Amamantamiento materno; 1995.
30. Salette N. María. Odontopediatría en la Primera Infancia. Brasil: Grupo Editorial Nacional. Santos Editora; 2009.
31. Schellhorn. C. H. Manejo clínico de la lactancia materna. Val paraíso; 1994
32. Douglas, C. R Tratado de fisiología aplicada a las ciencias. Sao Paulo: Robe; 1994.
33. Pastor, I. Montanha, K. Amamantación natural y desarrollo del sistema estomatognático. Rev. Odontop. 1994; 3.
34. Medeiros, C.F.M. Hábitos bucales nocivos. La importancia de la concientización en relación a las acciones preventivas. Rev. Atual Cient. 1992; 4.
35. Green, H.L. Moyer, V.A Improper mixing of formula due to reuse of hospital bottles. Arch pediatr. Adolesc. Med: 1995; 149.
36. Muskoe, R. N Breastfeeding promotion: feeding the low birth weight infant. Int j. Gynecol. Obstet; 1990
37. Shallow, H.E.D. Cup feeding -an alternative method. Midwives cronichle and nursing notes; 1994
38. DIX, D. N Why women decide not to breastfeed. Birth. 1991; 18.
39. Lawrence & Lawrence. Pediatric. C. American 2001; 48.
40. Lowry, M Lillis, D.F. Infant feeding practices. Med. 1993; 86.
41. Shwartz, S.S. et. Al. A child's sleeping habit as a cause of nursing caries. J. Dent Child 1993; 60.
42. ChurchIL RB, Pickering LK. Alimentación al seno materno: pros y contras. Aten Médica 2002; 15(5): 50-58.
43. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. Promotion of Breastfeeding in Europe Project. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation. Public Health Nutr. 2005; 8(1): 39-46.
44. Rojas Soriano Raul. Guía para realizar investigaciones sociales. Plaza y Valdés; 1995.
45. Dreyfus, S. apud Torres, R. Biología de la boca- Estructura y función. Buenos Aires. Panamericana; 1973.

46. Hoffer, O. apud Torres, R. Biología de la boca- Estructura y función. Buenos Aires. Panamericana; 1973.
47. González-Cossio T et al. Breast-feeding practices in Mexico: Results from the Second National Nutrition Survey 1999. Salud Pub. Mex. 2003; 45: 477-489.
48. Pérez-Escamilla R, Dewey KG. Epidemiología de la lactancia materna en zonas rurales y urbanas de México. Bol of Sanit. Panamericana. 1993; 114 (5): 399-405.
49. Vandale-Toney S, Rivera PME, Kageyama EML, Tirado GLL, López CM. Lactancia materna, destete y ablactación: una encuesta en comunidades rurales de México. Salud Pub. de Mex. 1997; 39(5): 412-419.
50. Calverton MD. Demographic and Health Surveys. Breastfeeding and complementary infant feeding: postpartum effects. ORC Macro. 1999
51. Navarro-Estrella M, Duque-Lopez MX, Trejo PJA. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. Salud Pub. de Mex. 2003; 45(4).
52. ENSANUT 2012 Resultados Nacionales. (Consultado el 25-sep-2013) disponible en:
<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
53. ENSANUT 2006 Resultados Nacionales: (Consultado el 25-sep-2013) disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ensanut2006.pdf>
54. Bocanegra, García. S. Conocimientos sobre conductas óptimas de lactancia y su relación con factores personales, educativos y socioeconómicos en puérperas del Hospital Belén de Trujillo. Rev. Med. Vallejana. 2007; 4 (2).
55. Consejo Nacional de Población. México: Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID); 1997.
56. Encuesta Nacional de Coberturas PREVENIMSS. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2003.
57. Delgado-Becerra. A, Arroyo-Cabrales L. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. Bol. Med. Hosp. Inf; 2006; 63 (1).
58. Rodríguez González A, Martínez Brito I. Influencia de la lactancia materna en el

- micrognatismo transversal y los hábitos bucales deformantes. Rev. Médica Electrónica. [Seriada en línea] 2011; 33 (1).
59. Cárdenas M.H, Montes, E. Perfil biopsicosocial de la madre y su relación con el abandono de la lactancia materna exclusiva. Rev. Enfermería Global 2010; 20.
 60. Sacristán Martín A, Lozano Alonso, Gil Costa M. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. Rev. Pediatría Atención Primaria. 2011; 13 (49).
 61. Durán Méndez R, Villegas Cruz D. Factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna. Rev. Cubana Pediatr. 1999; 71 (2).
 62. Calzado Mustelier M, Rodríguez Rivero L. Influencia de la lactancia materna en la salud del niño. Rev. Cubana de Enfermería. 2000; 16 (2).
 63. Ávalos González M. Comportamiento de algunos factores biosociales en la lactancia materna en menores de un año. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2011; 27(3).
 64. González de Cosío T, Escobar Zaragoza L. Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. Salud Públ. De México. 2013; 55(2).
 65. Viggiano D, Fasano D, Monaco G. Breast feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking; effects on occlusion in deciduous dentition. Arch Dis Child. 2004; 89.
 66. Blanco-Cedres L, Guerra M, Sebastián R. Lactancia materna y maloclusiones dentales en preescolares de la Gran Caracas. Acta Odontológica Venezolana. 2007; 45
 67. American College of Obstetricians and Gynecologists. Breastfeeding: maternal and infant aspects. ACOG Educational Bulletin 258, American College of Obstetricians and Gynecologists, Washington DC, 2000.
 68. Jean-Louis R. La lactancia y la buena mordida. Rev. Orthop Dento Faciale. 2000; 34.
 69. Carranza MC. La ortopedia y su importancia en la prevención de maloclusiones, Rev. Mund. Dent 2002; 56(3).
 70. Merino Morras E. Lactancia materna y su relación con las anomalías dentofaciales. Acta Odontol Venez. 2003; 41(2).
 71. Carvalho GD. El amamantamiento bajo la observación funcional y clínica de la

- odontología. Rev Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 1998;17(4).
72. Guerra ME, Mújica C. Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares. Acta Odont. Venezolana. 1999;37 (2)

ANEXO 1. CUESTIONARIO

ID: 001

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CUESTIONARIO SOBRE PRÁCTICAS DE LACTANCIA.

El presente cuestionario tiene como finalidad determinar los conocimientos, prácticas y actitudes que tienen las madres entrevistadas de la universidad durante el 2013 con respecto a la lactancia materna. El análisis de la información obtenida de manera directa a través de los cuestionarios servirá para la elaboración del trabajo de Titulación de Licenciatura en Odontología de la estudiante Catalina Guerrero García. No es obligatorio que usted responda, sin embargo, toda la información que nos proporciona será muy valiosa para conocer los hábitos y modelos de lactancia adoptados por madres mexicanas, lo cual agradeceremos mucho. Por otra parte, tenga la certeza de que la información será manejada confidencialmente y únicamente para fines estadísticos. ¡Muchas gracias!

Instrucciones: Escuche detenidamente cada una de las preguntas y, en su caso, elija la respuesta que mejor se adapte a su opinión.

1. ¿Cuál es el nombre de su
hijo/a? _____

2. ¿Cuál es la edad, con meses de su hijo/a? _____ años _____
meses

3. ¿Cuál es su nombre? _____

4. ¿Cuál es su edad? _____ años

5. ¿A qué edad tuvo a su hijo? _____ años

6. ¿Cuál es su estado civil actual?

/____/

1. Soltera 2. Casada 3. Viuda 4. Divorciada 5. Unión libre

7. ¿Hasta qué grado escolar estudió?

/____/

1. Analfabeta 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa
2. Secundaria 5. Estudios técnicos 6. Preparatoria o bachillerato
7. Universidad 8. Posgrado 9. Otro: _____

8. ¿Cuál es su ocupación?

/____/____/

1. Obrera 2. Técnica 3. Profesional 4. Estudiante
5. Ama de casa 6. Comerciante 7. Otra: _____

9. ¿Cuál era el estado civil que tenía al momento de tener a su hijo/a?

/____/

1. Soltera 2. Casada 3. Viuda 4. Divorciada 5. Unión libre

10. Durante el embarazo o al tener a su bebé ¿algún familiar o amistad le brindó algún tipo de apoyo?

/____/

1. Sí 2. No

11. ¿Qué tipo de apoyo le brindaron?

/____/

1. Económico 2. Emocional 3. Cuidado del niño 4. Otra_____ 5. No aplica

12. ¿Qué persona le brindó el apoyo?

/____/

1. Padre 2. Madre 3. Hermano/a 4. Amigo/a 5. Otro familiar:

6. No aplica

13. ¿Qué número de parto es?

/____/

14. ¿Qué tipo de parto tuvo?

/____/

1. Parto natural 2. Cesárea

15. ¿Cuál fue la duración de su embarazo?

semanas

16. ¿Quién se hace o hizo cargo de su hijo/a durante sus primeros meses de vida?

/____/

1. Usted

2. Padre

3. Abuela/o

4. Cuidador/a

5.Otro:_____

17. ¿Le dieron orientación acerca de su embarazo y lactancia?

/____/

1. Sí 2. No

18. ¿Quién proporcionó la información acerca de su embarazo y lactancia?

/____/

1. Amigo o Familiar 2. Médico 3. Enfermera 4. Otra 5. No aplica

19. ¿Qué tipo de información recibió?

/____/

1. Oral 2. Escrita 3. Digital 4. No aplica

20. ¿En qué momento recibió la información?

/____/

1. Antes del parto 2. Después del parto 3. No aplica

21. ¿Sigue amamantando a la fecha a su hijo/a?

/____/

1. Sí 2. No

22. ¿Hasta qué edad amamantó a su hijo/a?

/____/

23. ¿Por qué razón dejó de amamantarlo?

/____/

1. Presentó baja cantidad de leche (hipogalactia)
2. El bebé era intolerante a algún componente de la leche
3. El amamantar era doloroso
4. Los pechos se vuelven flácidos
4. Otra: _____

24. ¿Conoce las ventajas de la lactancia materna?

/____/

1. Sí 2. No

25. Mencione tres ventajas que proporciona la lactancia materna para la madre

1. _____

2. _____

3. _____

26. Mencione tres ventajas que proporciona la lactancia materna para el bebé

1. _____

2. _____

3. _____

27. ¿Podría decirme a qué edad se debe iniciar la lactancia materna?

/ _____ /

28. ¿A qué edad de su bebé inició usted el amamantamiento?

/ ____ /

29. ¿Cuál es la frecuencia con la que debe amamantar al bebé?

/ ____ /

1. 0 a 3 horas 2. Tres veces al día 3. A libre demanda 4. No sé

30. ¿Con qué frecuencia amamantó o amamanta usted a su hijo/a?

/ ____ /

1. A libre demanda 2. Con horario ¿Cuál? ____

31. ¿Cree usted que se debe alimentar únicamente con leche materna los primeros 6 meses de vida?

/ ____ /

1. Sí 2. No

32. ¿Alimentó usted a su hijo/a únicamente con leche materna durante sus primeros 6 meses de vida?

/ ____ /

1. Sí 2. No

33. ¿A qué edad cree usted que se deba complementar la lactancia materna con alimentos?

/ _____ /

34. ¿A qué edad comenzó usted a darle otros alimentos que no fueran leche materna a su hijo/a?

/ _____ /

35. ¿Hasta qué edad que se debe retirar la lactancia materna?

/ _____ /

36. ¿Le gustó la experiencia de amamantar a su hijo/a?

Sí _____ ¿Por qué?

No _____ ¿Por qué?

37. ¿Por qué motivo considera que en la actualidad las madres han dejado de amamantar a sus bebés?

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado para participantes de investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su papel en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Catalina Guerrero García. La meta de este estudio es evaluar los conocimientos, prácticas y actitudes que usted presenta ante la práctica de la lactancia materna.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo. Lo que conversemos se transcribirá inmediatamente, para después almacenar los datos proporcionados.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por _____. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es:

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 10 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha