



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



**FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL BINOMIO
MADRE-LACTANTE**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

PRESENTAN:
Alvarez Angeles Marisol
Suárez Martínez Karla

DIRECTOR DE TESIS:
Dr. Javier Alonso Trujillo

ASESORA DEL TEMA:
LEO Teresa Amezcuita Fuentes

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



ÍNDICE DE CONTENIDO

Introducción	5
CAPÍTULO I	6
Marco referencial	6
Lactancia materna exclusiva	6
Historia de la lactancia materna	8
Anatomía de la glándula mamaria	12
Glándulas mamarias	12
Vascularización de la mama	13
Drenaje linfático	13
Inervación de la mama	14
Fisiología de la lactancia	15
Lactogénesis y lactopoyesis	16
Reflejos y condiciones de la madre que favorecen la lactancia	19
Composición de la leche materna	20
Reflejos y condiciones del niño que favorecen la lactancia	26
Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna	28
Afecciones infantiles	29
Afecciones maternas	30
Declaración de INNOCENTI sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia materna	31
Iniciativa Hospital Amigo del Niño	32
Mitos acerca de la lactancia materna	35
Beneficios de la lactancia materna	36
Beneficios a lactantes	36
Beneficios maternos	37
Beneficios sociales	38
Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva	39



Factores Personales	39
Factores biofísicos	41
Factores socioculturales	45
Factores psicológicos	47
CAPÍTULO II	48
Antecedentes investigativos	48
CAPÍTULO III	67
Planteamiento del problema	67
Pregunta de investigación	69
Justificación	69
Objetivos	70
Específico	70
Operacionales	70
CAPÍTULO IV	72
Metodología	72
Tipo de investigación	72
Nivel de la investigación	73
Población de estudio	73
Tamaño de la muestra	73
Unidad de estudio	74
Tipo de muestreo	75
Técnica de recolección de datos	75
Instrumento utilizado y técnica de validación	76
Validación interna del instrumento	78
Validez de contenido	78
Validez de constructo	78
Confiabilidad	79
Validación externa del instrumento	80
Interpretación de test y retest	80



Aspectos éticos	82
Plan de análisis estadístico. Descriptiva	83
Plan de análisis estadístico. Inferencial	83
CAPÍTULO V	84
Resultados	84
CAPÍTULO VI	96
Discusión	96
Conclusiones	106
Referencias bibliográficas	109
CAPÍTULO VII	117
Anexos	117
Anexo I.- Instrumentos	117
Anexo II.- Cartel “Preguntas frecuentes durante el periodo de lactancia materna exclusiva”	121



Introducción

La leche materna es el alimento ideal para los lactantes, ya que permite un crecimiento óptimo siendo el más completo y nutritivo, principalmente durante primeros seis meses de vida. Una adecuada alimentación durante esta etapa les brinda un factor esencial para lograr que alcancen su máximo potencial en salud.

La Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, consideran que amamantar al lactante es clave para su supervivencia, sin embargo, no todas las madres llevan a cabo esta práctica de manera exclusiva, por ello, se establecieron políticas para su cumplimiento en instituciones de salud con el fin de reducir la morbilidad materno-infantil, permitiendo que todo el personal posea los conocimientos acerca del tema y se brinden capacitaciones para que la familia resuelva posibles dudas que surjan durante esta etapa.

De acuerdo con datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, se reportó que cada año nacen en México alrededor de 2'400,000 niños y niñas, pero sólo 1 de cada 7 goza de los beneficios de la lactancia materna, así mismo, su duración de manera exclusiva aún se encuentra en niveles bajos a lo esperado.¹ Esto nos muestra que a pesar de la cantidad de información disponible acerca del tema, el porcentaje de madres que abandonan esta práctica aún es alta, como consecuencia de diversos factores tales como hipogalactia, trabajo fuera de casa, estrés, entre otros, que limitan que se cumpla con la exclusividad.

El abandono de la lactancia materna es un problema con importantes implicaciones personales, sociales, biofísicas y psicológicas para el binomio madre-lactante, por ello, el deterioro ha sido tan significativo que la introducción de los sucedáneos de la leche materna cada día es mayor. Por esta razón, el objetivo del presente trabajo es describir y analizar la frecuencia con la que se expresan los factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en el binomio madre-lactante que acuden al Centro Interdisciplinario de Educación Temprana Personalizada durante el periodo de pasantía comprendido de agosto 2016 a julio 2017.



CAPÍTULO I

Marco referencial

Lactancia materna exclusiva

La leche materna constituye el mejor alimento para ofrecer en forma exclusiva a un niño o niña hasta los seis meses de edad y con otros alimentos hasta los dos años.² La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) ha considerado por décadas a la lactancia materna exclusiva (LME) fundamental en la alimentación humana y la han promovido mediante diversas iniciativas globales.³

A nivel internacional existen diversas instituciones que apoyan y promueven la lactancia materna (LM), como la UNICEF, la International Baby Food Action Network (IBFAN) y la World Alliance for Breastfeeding Action (WABA). El fomento de la LME se ha desarrollado mediante la realización de distintos programas, algunos son: la estrategia Iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IIAMI) y la realización de la Semana Mundial de Lactancia Materna que se celebra cada año durante la primera semana de agosto y es apoyada por la WABA.⁴

La leche materna le proporciona al niño todos los nutrientes que necesita durante los primeros seis meses de vida y en forma complementaria hasta los dos años, por tanto, es importante que el inicio de otros alimentos sea en un momento oportuno y no tempranamente.⁵

Es así como la OMS, define que la LME consiste en “dar al lactante únicamente leche materna, sin dar otros líquidos ni sólidos (ni siquiera agua), exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes, durante los primeros 6 meses de vida”.³



Las recomendaciones de la OMS y la UNICEF en 2010 para una alimentación infantil óptima, tal como se estipulan en la Estrategia Mundial son: “lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida e iniciar la alimentación complementaria, adecuada y segura, a partir de los 6 meses de edad, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años de edad o más”.⁶

Por otra parte, el abandono de la LME ocurre cuando el lactante deja de recibir leche materna de manera exclusiva, integrando a su alimentación cualquier otro líquido y/o sólido, antes de los 6 meses de edad.



Historia de la lactancia materna

La historia de la LM es tan antigua como la historia de la humanidad, sus beneficios se han documentado por siglos. Además de un proceso biológico, es considerada una actividad cultural, en la cual intervienen las creencias, la clase social, la etnia, región y educación.⁶

En México-Tenochtitlán, el cuidado del embarazo y la atención en el parto estaban a cargo de la partera (Tlamatquicitl); quien cuidaba aspectos alimentarios e higiénicos, dentro de los cuáles el baño de temazcal era de suma importancia. El acompañamiento de la partera no concluía con la asistencia en el parto, continuaba haciéndose cargo del recién nacido y de la madre. En este sentido, se creía que cada seno estaba unido a dos puntos diferentes del cuerpo: uno al corazón y otro a los pulmones, por lo que las niñas al succionar absorbían la leche obtenida del corazón, en cambio, los niños al succionar absorberían la leche obtenida del pulmón. Las madres de todas las clases sociales amamantaban a sus hijos con leche materna durante dos años y al destetarlos, se realizaba una celebración.⁷

Por otro lado, las nodrizas se convirtieron en personajes importantes, ya que amamantaban a los lactantes de madres de clase social alta que no querían brindar lactancia materna considerándolo como un desgaste, lo cual, con el paso del tiempo se convirtió en un trabajo remunerado. El 1800 a. C. se creó el Código de Hammurabi, el cual contenía regulaciones sobre las nodrizas y se mencionaba que la alimentación al pecho se debía dar por un mínimo de 2 años o hasta un máximo de 4 años, dependiendo de la decisión materna.⁸

Con el tiempo, surgió el papiro de Ebers, en el cual se detallan descripciones acerca de los cuidados brindados a los lactantes, del amamantamiento y posturas para amamantar, además, se describen enfermedades de la lactancia, mortalidad infantil y criterios para determinar la calidad de la leche.⁹



En Egipto, se consideraba un honor practicar la lactancia, las nodrizas eran elegidas por el faraón y gozaban de muchos privilegios al punto de obtener altos rangos en la corte del Rey.⁹

En Roma, a pesar de que se fomentaba la práctica de la lactancia, ésta era asociada al envejecimiento prematuro, desgaste y dilatación de los pechos.⁹

Entrada la Edad Media, se registraron documentos en donde se muestran cambios significativos al practicar la lactancia. El primero, es que la lactancia es un alimento muy importante si era aportado por la madre. La segunda hace referencia a las madres que por alguna razón no pueden amamantar a sus bebés y que deben delegar la función a una nodriza o utilizar biberones bien lavados.¹⁰

Durante la colonización de América, empieza a desarrollarse una idea acerca de la importancia del vínculo entre madre e hijo, pues las nodrizas desarrollaban una relación muy estrecha con el bebé que amamantaban. Esto ocasionó que el uso de nodrizas quedará de lado, y se le diera mayor importancia a la unión madre e hijo. La desnutrición infantil no era problema en nuestro continente, dado que el periodo de lactancia era prolongado y que esta se complementaba además con un tratamiento intuitivo de maíz con agua de cal que proveía el calcio necesario luego del destete.¹¹

Con el paso del tiempo y llegado el siglo XVIII, los paradigmas sobre la LM tuvieron un giro, los médicos comenzaron a trabajar enfocados en la asistencia de la madre durante el embarazo y parto, además del cuidado de los lactantes. Durante estas etapas, describieron las ventajas y la necesidad de que las mujeres amamanten a sus propios hijos desalentando así, la práctica de nodrizas. Asimismo consideraron la leche materna como un fluido milagro que podía curar a la gente y dar sabiduría.¹⁰

En la década de 1920, los científicos comenzaron a desarrollar fórmulas no lácteas para los niños alérgicos a la leche de vaca. La primera fórmula especial se basó en la harina de soya y se puso a disposición del público en el año 1929. Fueron evolucionando y los fabricantes comenzaron a hacer publicidad



directamente a los médicos. Por lo que, en ese mismo año, la Asociación Médica Americana (AMA) formó el Comité sobre alimentos para aprobar la seguridad y calidad de composición de las fórmulas, obligando a muchas empresas de alimentación infantil para buscar la aprobación de la AMA y de la organización “Sello de Aceptación”. Debido a la introducción de la alimentación artificial, empieza la desaparición de las nodrizas y la disminución de la desnutrición, sustituyéndose así por malnutrición.⁹

En los años 1940 y 1950, los médicos y los consumidores consideraban el uso de la fórmula como un sustituto bien conocido, popular y seguro, en consecuencia, la LM experimentó un descenso continuo hasta 1970. En 1988 el agresivo marketing de las fórmulas en los países en desarrollo contribuyó a la disminución mundial en la práctica de la lactancia materna ya que comenzó a anunciarse directamente al público.^{9 10}

En la década de los ochentas, el papel de las nodrizas cae en detrimento, hasta su total desaparición, el cual coincide con la aparición del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, puesto que se tomó conciencia que a través de la leche se pueden transmitir enfermedades que a largo plazo serían mortales para los bebés.^{9 10 12}

En 1992, la UNICEF y la OMS lanzaron una iniciativa para ayudar a proteger, apoyar y promover la lactancia, mediante el enfoque de problemas en los hospitales, tales como prácticas que no apoyaban la lactancia (por ejemplo, separar a las madres de sus bebés) y otras que influían directamente en las madres para alimentar al niño con fórmulas lácteas (por ejemplo, presentación a las madres de paquetes gratuitos). Los dos principales objetivos del Iniciativa Hospital Amigo del Bebé (IHAB) fueron terminar la distribución de muestras gratuitas o de bajo costo de sucedáneos de leche materna; y garantizar que las prácticas de los hospitales apoyaran la lactancia.¹³



La Declaración de Innocenti fue creada por la OMS y el UNICEF. En 1990 el gobierno de México firma esta declaración que determina la importancia del reforzamiento de una cultura de lactancia, lo cual requiere compromiso y apoyo para la movilización social de líderes con los conocimientos suficientes. Entre sus pautas están el asegurar que todos los establecimientos de salud que tienen servicios de maternidad practiquen completamente los 10 pasos hacia una lactancia materna exitosa, a través de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Madre (IHANM), con la cual se pretende evaluar los centros de cuidado y servicios maternos.¹²

Ahora en el siglo XXI, se tiene la certeza que la LM es el alimento más completo con el que pueden contar los recién nacidos y lactantes; no obstante, se hace necesaria la sensibilización social que permita conocer las ventajas científicas demostradas de la lactancia materna, tanto al bebé como a la madre.^{9 10 11 12}

Se han observado diferentes tipos de evolución: la del pensamiento, la de la lactancia materna y la del ser humano, todas entrelazadas entre sí. Manteniéndose la lactancia materna como la mejor opción para todo lactante, a término o prematuro, y no solo a nivel fisiológico, sino también a nivel psicológico y social.⁵



Anatomía de la glándula mamaria

Glándulas mamarias

La glándula mamaria se localiza en la fascia superficial entre la 2ª costilla y el 6º cartílago intercostal, es superficial respecto al musculo pectoral mayor y queda superficial al músculo oblicuo externo y serrato anterior. Su diámetro es de 10 a 12 cm. El grosor de la mama en su parte central es de 5 a 7 cm. En la mujer no gestante, el peso aproximado es de 200 grs., durante el embarazo y lactancia, se produce un aumento de peso y talla, así al final de la gestación, el peso de la mama es de entre 600 y 800 grs. La forma de las mamas es variable según características individuales, genéticas y raciales, y en la misma mujer, de acuerdo a la edad y a la paridad. La glándula mamaria alcanza su máxima capacidad funcional durante la lactancia. ^{14 15}

El pezón o papila mamaria se localiza en el centro de la areola, contiene numerosas fibras musculares lisas mayormente de tipo circular, las cuales se contraen a la estimulación mecánica produciendo su erección. En la punta del pezón, desemboca individualmente cada conducto galactóforo y contiene entre 15 y 25 conductos. La base del pezón está rodeada por una zona de piel de color café claro denominada areola. En la mujer adulta mide de 3 a 5 cm de diámetro y contiene fibras de tipo conectivo dispuestas en una estructura circular y radiada. ¹⁴

La areola promedio tiene un diámetro de 15 a 16 mm, el cual aumenta durante el embarazo y la lactancia. La pigmentación oscurecida se debe a la presencia de abundantes melanocitos. En la areola se encuentran los tubérculos de Montgomery, los cuales contienen las aperturas de los conductillos de las glándulas sebáceas y galactóforos, segregando una sustancia que lubrica y protege los pezones y areolas durante el embarazo y lactancia. ¹⁴

Las glándulas mamarias se desarrollan a lo largo de las líneas apareadas, las líneas lácteas, que se extienden entre los esbozos de las extremidades desde la axila a la región inguinal. ¹³



El máximo desarrollo de estas glándulas se produce durante el embarazo, y especialmente en el período posterior al parto y durante la lactancia. Su histología es prácticamente la misma en todas las especies: un parénquima glandular, compuesto de alvéolos y conductos, y un estroma de soporte.

La glándula mamaria está formada por tres tipos de tejidos:

- Tejido glandular de tipo túbulo-alveolar
- Tejido conjuntivo que conecta los lóbulos glandulares
- Tejido adiposo que ocupa los espacios interlobulares.⁷

Vascularización de la mama

Procede de las ramas arteriales intercostales y de ramas perforantes de la arteria torácica interna. La vascularización sanguínea principal de la mama procede de la arteria mamaria interna y de la arteria torácica. Una parte menor de la vascularización procede de la arteria axilar para el cuadrante superoexterno, de la arteria mamaria interna para los cuadrantes internos y de las arterias intercostales para el cuadrante inferior externo. Una extensa red anastomótica se distribuye por toda la superficie de la mama. Está dividido en sistema profundo y superficial.

El drenaje venoso es paralelo a la vascularización arterial. Las venas drenan la mama y se introducen en la fascia, las capas musculares y los espacios intercostales, en los mismos puntos que las arterias.¹⁴

Drenaje linfático

El drenaje linfático principal tiene lugar hacia los ganglios linfáticos axilares y paraesternales a lo largo de la arteria torácica interna. Los linfáticos de la mama se originan en los capilares linfáticos del tejido conjuntivo mamario que rodean las estructuras de las mamas y que drenan a través de la sustancia profunda del parénquima mamario.¹⁴



Inervación de la mama

Los nervios de la mama son ramas de los nervios intercostales 4^o, 5^o y 6^o. Están constituidos por fibras sensitivas que inervan el musculo liso del pezón y los vasos sanguíneos. La inervación sensitiva del pezón y la areola es abundante y está constituida por nervios vegetativos y sensitivos, están inervados por la rama cutánea lateral del 4^o nervio intercostal, atraviesa la parte posterior de la mama en la intersección del 4^o espacio intercostal y del musculo pectoral mayor. El nervio se divide en 5 fascículos: 1 rama central al pezón, 2 ramas superiores y 2 ramas inferiores.

La inervación del cuerpo mamario es predominantemente vegetativa, observándose numerosas fibras nerviosas con noradrenalina entre las capas media y adventicia de las arterias de la mama.

La estimulación de las fibras nerviosas sensitivas o de receptores sensitivos induce la liberación de prolactina por parte de la adenohipófisis y de la oxitocina por parte de la neurohipófisis, a través de la vía refleja sensitiva aferente, por medio de la cual, los estímulos alcanzan el hipotálamo. La estimulación mamaria da lugar a la contracción de las pequeñas células mioepiteliales de la areola y pezón.^{13 14}



Fisiología de la lactancia

Más que un proceso pasivo, la fisiología de la LM es un complejo proceso interactivo en el binomio. La madre proporciona un “sistema” con la capacidad de producir hormonas para la eyección de leche materna, por lo cual el lactante lo hace funcionar mediante la succión. A partir de la interacción entre estos dos dará como resultado la lactancia y sus características como calidad, cantidad y duración de la toma.¹⁶

La prolactina y oxitocina son producidas por la hipófisis de la madre, el cual posee un sistema de control periférico, el Factor Inhibidor de la Lactancia (FIL) que regula la producción de leche a nivel de la glándula mamaria.¹⁶

El lactante, por su parte, a través del mecanismo de apetito solicita ser amamantado cada vez que lo desee y el tiempo que lo necesite.¹³

La LM es un sistema de interacción entre la madre y el lactante; la madre ofrece el sistema a través de la capacidad de producción adecuada de hormonas básicas para su producción y eyección láctea, por otro lado, el lactante hace funcionar dicho sistema por medio de la succión. En la siguiente tabla se muestra este proceso interactivo:

Tabla 1. Fisiología de la lactancia materna

Sistema “madre”
<ul style="list-style-type: none">● Control hormonal (prolactina/ oxitocina)● Control periférico (Factor Inhibidor de la Lactancia) (FIL)
Sistema “niño”
<ul style="list-style-type: none">● Capacidad de succionar● Posición y agarre adecuados al pecho (drenaje eficaz)● Control del apetito

Elementos fisiológicos que participan en el proceso regulador de la producción láctea, tanto en el sistema madre como en el sistema niño. Aguayo MF. La lactancia materna. 1ª edición. Sevilla. Universidad de Sevilla; 2004.



Las principales hormonas que participan en este proceso de producción y secreción láctea son:

- **Prolactina:** Encargada de estimular la síntesis láctea, la cual es producida en la hipófisis anterior, liberada posterior a la expulsión de la placenta y entra en la circulación sanguínea al iniciar la succión. Los niveles de esta son más altos los primeros 41 días de puerperio.¹⁶
- **Oxitocina:** Producida en la hipófisis posterior y entra a la circulación antes y durante la succión, esta es una hormona muy sensible a distintos aspectos emocionales los cuales pueden influir estimulando o inhibiendo su producción.^{7, 16}

Etapas en el proceso fisiológico de la lactancia materna

- **Priming:** Abarca los primeros meses de embarazo donde la glándula mamaria recibe estímulos de hormonas provenientes de ovarios, placenta y suprarrenales e hipófisis los cuales sirven como influencia a lo que será la síntesis láctea.¹⁶
- **Iniciación:** Durante el puerperio inmediato la prolactina puede ser liberada para iniciar la síntesis láctea por lo cual es fundamental el contacto precoz del binomio.¹⁶
- **Calibración:** De la primera a la sexta semana del puerperio, etapa determinada a través del mecanismo demanda/oferta que a su vez está regulando el apetito del lactante.¹⁶

El ritmo, la frecuencia, duración y la eficacia de la succión del lactante producirán la cantidad y calidad de leche necesaria para cubrir sus requerimientos calóricos y nutritivos.^{11 16}

Lactogénesis y lactopoyesis

La lactogénesis consiste en una serie de cambios mediante los cuales las células alveolares sufren un proceso de diferenciación que las capacita para



secretar leche. Entre estos cambios, destaca el aumento en la actividad de enzimas responsables de la síntesis de componentes de la leche como la lactosa, caseína, triglicéridos, etc. Las hormonas necesarias para que estos cambios ocurran son la prolactina, el lactógeno placentario, la insulina, los glucocorticoides, la hormona del crecimiento y la progesterona.¹³

Los niveles basales de prolactina durante la gestación se elevan marcadamente unas dos semanas antes del parto y alcanzan un pico justo antes del nacimiento. Una de las principales funciones intracelulares de la prolactina es la fijación del Ácido Ribonucleico mensajero (ARNm) de la caseína al retículo endoplasmático rugoso, estabilizándolo y permitiendo su acumulación; además, acelera la transcripción del gen de la caseína y estimula la traducción del ARNm de la caseína mediante la captación incrementada de aminoácidos precursores. En menor proporción, la prolactina induce la producción de α -lactoalbúmina para la síntesis de lactosa e interviene en el transporte de iones y aminoácidos y en la síntesis de lípidos.

El papel de la insulina en la lactogénesis se dirige al aumento de la permeabilidad de la célula mamaria, la captación de glucosa y la incorporación de acetato para su transformación en ácidos grasos, además de intervenir en la estimulación de la síntesis proteica y en la producción de ARNm, y de favorecer las mitosis.

Al inicio de la lactación se observa un aumento en la disponibilidad y captación de glucocorticoides por las células de la glándula mamaria. El cortisol induce la diferenciación del retículo endoplasmático rugoso y del aparato de Golgi en las células secretoras, lo que es fundamental para permitir la acción posterior de la prolactina induciendo la síntesis de caseína y α -lactoalbúmina. En consecuencia, se considera que existe un efecto sinérgico entre la prolactina y el cortisol para el proceso de la lactogénesis.⁷

El papel de la hormona del crecimiento humano (GH) en la primera fase de la lactogénesis parece estar exclusivamente relacionado con el aumento de las propiedades lactógenas de la prolactina y el cortisol. La GH estimula el



crecimiento de los conductos alveolares, mediante la acción de los glucocorticoides ¹¹

La progesterona, al contrario que las hormonas referidas hasta ahora, inhibe la lactogénesis, y lo hace por dos mecanismos. En primer lugar, inhibe la capacidad de la prolactina para incrementar su número de receptores y, en segundo lugar, inhibe la producción de lactosa, caseína y α -lactoalbúmina, así como la secreción total de la glándula mamaria. La lactogénesis se describe en 3 estadios. ¹¹

Estadio I. Comienzo en el embarazo

Los estrógenos y la progesterona secretados por la placenta son hormonas esenciales para el desarrollo físico de las mamas durante el embarazo, pero inhiben la secreción de leche, la hormona prolactina estimula esta secreción y su concentración en sangre se eleva constantemente desde la quinta semana del embarazo hasta el nacimiento del niño.

También la placenta secreta grandes cantidades de somatotropina coriónica humana que coadyuva la acción de la prolactina y posee una pequeña actividad lactogénica. Por esta razón, a pesar de los efectos inhibidores de los estrógenos y la progesterona, la glándula mamaria secreta un compuesto llamado calostro entre 10 y 12 semanas antes del parto. ^{11 14 16}

Estadio II. Comienzo de la secreción láctea

Ocurre inmediatamente después del parto, ante el descenso brusco de los estrógenos y la progesterona y aumento de los niveles de prolactina, que asume su papel estimulador de producción de leche. Las mamas comienzan a secretar grandes cantidades de leche en lugar del calostro, de 30 a 150 mL por día hasta alcanzar los 300 mL entre el quinto y sexto día posparto, asociado a los cambios en su composición. Esta secreción láctea requiere del estímulo de otras hormonas como la del crecimiento, el cortisol, la hormona paratiroidea y la insulina, necesarias porque proporcionan sustratos para la formación de leche



(aminoácidos, ácidos grasos, glucosa y calcio).^{11 14 16}

Estadio III. Galactopoyesis, establecimiento y mantenimiento de la secreción láctea madura

El mecanismo se inicia con el reflejo de succión del bebé al estimular los receptores sensitivos del pezón, lo que produce un reflejo neural aferente, vía médula espinal al mesencéfalo y de ahí al hipotálamo, desencadenando la secreción de prolactina de la hipófisis anterior y oxitocina de la hipófisis posterior. La prolactina estimula la síntesis y producción de leche y cada vez que la madre amamanta al bebé se produce una oleada, cuya secreción aumenta de 10-20 veces sobre los niveles basales, efecto que dura aproximadamente una hora.

La cantidad secretada es proporcional a las veces que se estimula el pezón, además los niveles son mayores por la noche. La oxitocina estimula la contracción de las células mioepiteliales que cubren los alvéolos, y estimula el vaciamiento hacia los conductos galactóforos y finalmente hacia el pezón.^{11 14 16}

Los fármacos que suprimen la secreción de prolactina son el citrato de clomifeno, la piridoxina, los Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO) y las prostaglandinas. La dopamina puede actuar sobre la hipófisis e inhibirla, porque al parecer actúa como hormona inhibidora de la prolactina. Por el contrario, puede estimularse por la actividad sexual, Metoclopramida, fenotiacinas, acetilcolina, neurolépticos. La liberación de oxitocina disminuye con la ingesta de alcohol, el estrés de la madre y el hijo^{7 16}

Reflejos y condiciones de la madre que favorecen la lactancia

Durante la lactancia hay mecanismos neurohormonales y reflejos que aseguran una producción eficiente y oportuna de leche para alimentar al niño según éste lo demande.⁷



Reflejo liberador de prolactina

El reflejo liberador de prolactina es controlado por las neuronas dopaminérgicas del hipotálamo que entregan dopamina a la hipófisis anterior y frenan la secreción de prolactina.⁷

El estímulo del pezón-areola inhibe la secreción de dopamina y por lo tanto permite la liberación de prolactina por la hipófisis anterior. La prolactina liberada alcanza a las células del alvéolo mamario, estimulando la secreción de la leche. Aproximadamente 30 minutos de amamantamiento determinan un aumento de los niveles plasmáticos por 3 a 4 horas, con un intervalo entre los 20 a 40 minutos de iniciada la secreción.⁷

Reflejo eyectolácteo, de evacuación de la leche o de oxitócica

La leche que se encuentra en los alvéolos mamarios no fluye espontáneamente hacia los conductos y por lo tanto no se encuentra disponible para el niño. Para que la leche fluya desde los alvéolos es necesario que éstos sean exprimidos por las fibras mioepiteliales que los rodean. La contracción de estas fibras es producida por la oxitócica, liberada por la hipófisis posterior. La fuerza de contracción puede ser inicialmente muy fuerte y dolorosa en algunas mujeres, llegando a eyectar la leche a varios centímetros de la mama. Este reflejo es simultáneo en ambas mamas, por eso es frecuente que una mama gotee mientras el niño mama del otro pecho.⁷

Composición de la leche materna

La leche materna ofrece el alimento ideal y completo para el lactante; cada leche tiene características propias que la diferencian significativamente, tomando en cuenta sus necesidades. Desde el punto de vista nutricional, la infancia es un período vulnerable, ya que solo un alimento es la principal fuente de nutrición durante los primeros 6 meses de vida, y justamente es una etapa vital de maduración y desarrollo de sus órganos.



La leche materna es una suspensión de grasas en una solución de proteínas, hidratos de carbono entre los que predomina la lactosa y sales minerales. Es isoosmótica y más ácida que el plasma, su pH oscila entre 6.8- 7. ¹¹

Fases de la leche materna

- **Precalostro:** Es un exudado del plasma que se produce en la glándula mamaria a partir de la semana 16 de embarazo. Cuando el nacimiento ocurre antes de las 35 semanas de gestación, la leche producida es rica en proteínas, nitrógeno total, inmunoglobulinas, ácidos grasos, magnesio, hierro, sodio y cloro. ¹⁶
- **Calostro:** Se secreta cinco a siete días después del parto, aunque en las mujeres multíparas puede presentarse al momento del nacimiento del bebé. Es alcalino pH 7.45, rico en vitamina K, proteínas, sodio, potasio y minerales, pobre en grasa y azúcar. Tiene una consistencia pegajosa y es de color amarillento por la presencia de β -carotenos. Su volumen puede variar de 2 a 20 mL/día en los tres primeros días; a medida que el bebé succiona, aumenta hasta 580 mL/día hacia el sexto día. ¹⁶
- **Leche de transición.** Su producción se inicia después del calostro y dura entre cinco y diez días. Progresivamente se elevan sus concentraciones de lactosa, grasas, por aumento de colesterol y fosfolípidos y vitaminas hidrosolubles; disminuyen las proteínas, las inmunoglobulinas y las vitaminas liposolubles debido a que se diluyen por el incremento en el volumen de producción, que puede alcanzar 660 mL/día hacia el día 15 postparto. ¹⁶
- **Leche madura.** Comienza su producción a partir del día 15 postparto y puede continuar por más de 15 meses. Es más ácida que el plasma pH 7-7.1 y la de mayor contenido graso. Su volumen promedio es de 750 mL/día, pero puede llegar hasta 1,200 mL/día en madres con embarazo múltiple. ¹⁶



Macronutrientes

A) Proteínas. La cantidad de proteínas es mayor durante las primeras semanas, mayor en la leche de prematuro que en la de término y va decreciendo desde 15,8 hasta 8-9 g/l con el establecimiento de la lactancia. Las proteínas cumplen diferentes funciones: aportan aminoácidos esenciales, factores inmunológicos como lisozimas y lactoferrina; son vehículo para las vitaminas B12, folatos y vitamina D; aportan hormonas, actividad enzimática y otras actividades biológicas como las de la insulina, factor de crecimiento epidérmico, etc. ^{6 7 16}

B) Lípidos. Constituyen la mayor fracción energética de la leche y alcanzan hasta el 60% del total de la energía. El 97-98% están compuestos por triglicéridos, entre los cuales los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga representan hasta el 88%. La leche humana es la única fuente exógena de estos ácidos grasos para el recién nacido durante los primeros meses de la vida, contiene una cantidad variable de ácidos preformados araquidónico (AA) y docosahexaenoico (DHA), de gran importancia para el recién nacido a término y pretérmino. La concentración de LDL-colesterol en el plasma de los niños amamantados es mayor que la de aquellos que se alimentan sólo con fórmulas, lo cual permite una menor síntesis y menor riesgo de padecer aterosclerosis en la vida adulta. Aunque la adición de colesterol a las fórmulas no disminuye esta síntesis endógena. ^{6 7 16}

C) Carbohidratos. La lactosa es uno de los constituyentes más estables de la leche humana y representa casi el 70% del contenido total en hidratos de carbono. Esta alcanza una concentración de 68 g/l. La lactosa de la leche humana (beta-lactosa) parece digerirse con menor rapidez que la de las leches artificiales (alfa-lactosa) y resulta más eficaz para la absorción mineral. En grandes cantidades puede alcanzar el colon y proporcionar un sustrato para el crecimiento de las bacterias bífidas (efecto prebiótico). La actividad de la lactosa puede observarse desde la semana; pero no es hasta el término que se alcanzan sus niveles máximos. ^{6 7}



Micronutrientes

Las vitaminas de la leche humana son afectadas por diferentes factores; pero el más importante es el estado nutricional de la madre con respecto a cada una de ellas.

Los minerales que alcanzan mayor concentración en la leche materna son: el calcio, el fósforo y el magnesio, y generalmente no se corresponden con los niveles séricos maternos. A medida que la lactancia progresa, las concentraciones de fósforo disminuyen y aumentan las de calcio y magnesio.

Los componentes de la leche humana que pueden ejercer funciones beneficiosas de carácter no nutritivo son: ¹³

- **Bifidobacterias:** Inhiben el crecimiento de gérmenes patógenos entéricos.
- **Inhibidores del metabolismo patógeno de los microorganismos:** La lactoferrina y las proteínas que enlazan los folatos y la vitamina B12 impiden el crecimiento de gérmenes in Vitro.
- **Enzimas:** Lisozimas, peroxidasas con actividad bacteriostática y otras enzimas que actúan en el transporte y síntesis mamarios de los componentes de la leche materna o en los procesos de digestión y metabolismo de los recién nacidos.
- **Otros agentes antiinfecciosos:** Factores estimuladores de la proliferación de colonias de leucocitos como: granulocitos y macrófagos o ambos, y la fibronectina que facilita la función de los fagocitos.
- **Inmunoglobulinas:** Fundamentalmente la Inmunoglobulina A (Ig) secretora con mayor concentración en el calostro que en la leche definitiva, la cual la protege frente a gérmenes del tracto gastrointestinal de la madre. IgM, IgG, IgE, IgD, complemento (C3 y C4).
- **Agentes inmunomoduladores:** Prolactina, IgA secretora, prostaglandina E 2 y algunas citoquinas.
- **Péptidos:** Derivados de la caseína que regulan la motilidad gastrointestinal y otros como el péptido inhibidor de la gastrina y la bombesina, que actúan



sobre el crecimiento, maduración y regulación gastrointestinal.

- **Lípidos:** Ciertos ácidos grasos de cadena media y los mono y poliinsaturados ejercen una actividad antivírica, antibacteriana y antifúngica.
- **Factores de crecimiento:** Factor de crecimiento epidérmico y factores de crecimiento semejantes a la insulina. Ambos favorecen la proliferación celular del epitelio intestinal y tienen actividad antiinflamatoria.

Aunque conocemos que son más de 100 componentes los que integran la leche materna, la autora Ruth Lawrence en su libro ilustra, en una tabla, los principales componentes de la leche materna, comparando durante las etapas de calostro y leche madura; la cual se presenta a continuación. ¹⁴

Tabla 2. Composición de la leche materna, calostro y leche madura.

Constituyente (por 100ml)	Calostro 1-5 días	Leche madura >30 días
Energía (Kcal)	58	70.75
Sólidos totales (gr)	12.8	12.0
Lactosa (gr)	5.3	7.3
Nitrógeno total (mg)	360	171
Nitrógeno proteico (mg)	313	129
Nitrógeno no proteico (mg)	47	42
Proteínas totales (gr)	2.3	0.9
Caseína (mg)	140	187
Alfa lactoalbúmina (mg)	218	161
Lactoferrina (mg)	330	167
IgA (mg)	364	142
Aminoácidos total (mg)		
Alanina (mg)	-	52
Arginina (mg)	126	49
Aspartato (mg)	-	110
Glutamato (mg)	-	196
Leucina (mg)	221	110
Lisina (mg)	163	79
Fenilalanina (mg)	105	44
Urea (mg)	10	30
Creatina (mg)	-	3.3

Continuación Tabla 2		
Constituyente (por 100ml)	Calostro 1-5 días	Leche madura >30 días
Lípidos totales (gr)	2.9	4.2
Ácidos grasos (% de los lípidos totales)		
Ácido linoleico (% total)	6.8	7.2
Poliinsaturados C ₂₀ C ₂₂	10.2	2.9
Colesterol (mg)	27	16
Vitaminas Liposolubles		
Vitamina A (mcg)	89	47
Betacaroteno (mcg)	112	23
Vitamina D (mcg)	-	0.004
Vitamina E (mcg)	1280	315
Vitamina K (mcg)	0.23	0.21
Vitaminas Hidrosolubles		
Tiamina (mcg)	15	16
Riboflavina (mcg)	25	35
Niacina (mcg)	75	150
Ácido fólico (mcg)	-	8.5
Vitamina B6 (mcg)	12	93
Vitamina B12 (mcg)	200	26
Ácido ascórbico (mcg)	4.4	4.0
Minerales		
Calcio (mg)	23	28
Magnesio (mg)	3.4	3.0
Sodio (mg)	48	15
Potasio (mg)	74	58
Cloro (mg)	91	40
Oligoelementos		
Yodo (mcg)	12	7
Hierro (mcg)	45	40
Cinc (mcg)	540	166

Cifras correspondientes a componentes de la leche materna durante la fase de calostro y de leche madura por cada 100 ml. Lawrence R., Lawrence R. Lactancia materna: una guía para la profesión médica. 6ª edición. España. Editorial Elsevier Mosby. 2007.



Reflejos y condiciones del niño que favorecen la lactancia

Reflejo de búsqueda del pezón y de apertura de la boca

Permite que el niño voltee la cabeza y abra la boca afanosamente buscando el pezón cuando algo roza su mejilla o sus labios. Cuando abre su boca para buscar el pezón, la lengua se ubica aplanada en el piso de la boca para recibirlo. Es un reflejo activo en el recién nacido normal y en el niño pequeño.⁷

Reflejo de protrusión lingual

Permite a la lengua adelantarse y ubicarse entre los rodetes maxilares para envolver con su punta al pezón y la parte inferior de la areola, para contribuir al cierre hermético anterior de la boca, hacer la fuerza de vacío y mantener el sincronismo succión-deglución.⁷

La succión

La formación embriológica temprana de las estructuras bucales, permite que el niño ejercite la succión y la deglución mucho antes de nacer.

La necesidad de succión es imperiosa para el niño. Está en íntima relación con el hambre y la necesidad de mantener el equilibrio hídrico y osmolar.

Lo característico de la succión es que constituye una función que está codificada genéticamente para ejercerse por un tiempo determinado, y posteriormente extinguirse en forma progresiva a medida que el niño no necesita de ella porque adquiere nuevas habilidades para alimentarse.⁷

Reflejo de succión

Permite que el niño efectúe los complejos movimientos linguomandibulares para succionar el pecho. La posición de la boca y la forma en que el niño agarra el pezón originalmente es un reflejo instintivo, pero cuando al recién nacido no se le ha permitido succionar oportunamente el pecho.⁷



Reflejo de deglución

Permite al niño deglutir en forma refleja el alimento líquido que llega al fondo de su boca (límite del paladar duro-blando).⁷

Reflejo de extrusión

Permite al niño expulsar instintivamente de su boca alimentos que no sean líquidos, o elementos que no tengan la textura del pecho de su madre o el olor y sabor de su leche.⁷

Agudeza sensorial

Permite al niño discriminar el olor de su madre, el sabor de su leche, el tono de su voz, la calidad de su contacto corporal y la imagen de su rostro.

Los primeros esquemas de estímulo-respuesta sensorial crean en el niño patrones de interacción social con su madre, mediante los cuales manifestará sus necesidades.⁷

Reflejo neurohormonal del hambre

El vaciamiento gástrico produce en el niño la necesidad de recibir más alimento y a la vez más agua. Se manifiesta como una inquietud y una actitud corporal característica y con una intensificación de los reflejos de búsqueda del pezón y de la necesidad de chupar.⁷

Reflejo neurohormonal de saciedad

Permite al niño suspender la succión activa cuando ya se ha alimentado suficientemente. Puede seguir pegado al pecho haciendo leves movimientos intermitentes de succión o retirarse de él, para continuar durmiendo placenteramente.⁷



Incremento sensorial progresivo

Permite al niño aumentar sus percepciones sensoriales bucales a medida que crece y se acerca a los 6 meses, preparándose para iniciar el destete y recibir progresivamente otros alimentos de diferente textura y sabor que la leche materna.⁷

Para el fomento de la LME, en 1981 fue adoptado por la 34^a Asamblea Mundial de la Salud, como "un requerimiento mínimo" para proteger la salud que debería ser implementado íntegramente el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (CICSLM).

Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna

El Código no es obligatorio, como un tratado o una convención, sino un compromiso ético que los distintos gobiernos han de implementar y legislar para regular la comercialización de los sucedáneos de la leche materna.¹⁸

Su objetivo es contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y eficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia materna, asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando estos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada.

En síntesis, el Código se aplica a la comercialización de cualquiera de los sucedáneos de la leche materna como: fórmulas Infantiles, otros productos lácteos, jugos o mezclas de verduras, cereales (en papillas), té y jugos para bebés; incluyendo chupetes y biberones. El Código no permite ninguna publicidad destinada al público de los productos antes mencionados, prohíbe el abastecimiento de muestras a las madres, familias o agentes de salud.¹⁸

Dentro del presente código, se establecieron razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de la leche materna, estas se dividen entre las de las madres y la de los lactantes.¹⁹



Afecciones infantiles

1. Recién nacidos que no deben recibir leche materna ni otra leche excepto fórmula especializada:

Tabla 3. Razones médicas (infantiles) aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna.

AFECCIÓN	REQUERIMIENTO
Lactantes con galactosemia clásica	Se necesita una fórmula especial libre de galactosa.
Lactantes con enfermedad de orina en jarabe de arce	Se necesita una fórmula especial libre de leucina, isoleucina y valina
Lactantes con fenilcetonuria	Se requiere una fórmula especial libre de fenilalanina (se permite algo de lactancia materna, con monitorización cuidadosa de los valores plasmáticos de fenilalanina).

Han sido establecidas tres razones médicas del lactante aceptables para el abandono de la LME. Organización Mundial de la Salud. Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna. *Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA).*

2. Recién nacidos para quienes la leche materna es la mejor opción de alimentación, pero que pueden requerir otros alimentos por un período limitado además de leche materna
 - ♣ Bajo peso al nacer (nacidos con peso menor a 1500 g).
 - ♣ Prematuros (menos de 32 semanas de gestación).
 - ♣ Recién nacidos con riesgo de hipoglucemia. Debido a una alteración en la adaptación metabólica, o incremento de la demanda de la glucosa, en particular aquellos que son prematuros, pequeños para la edad gestacional o que han experimentado estrés significativo intraparto con hipoxia y aquellos cuyas madres son diabéticas. Si la glucemia no responde a la alimentación con leche materna. Niños deshidratados, cuando la lactancia no pudo resolver la pérdida aguda de agua.



Afecciones maternas

Las madres afectadas por alguna de las condiciones mencionadas abajo deberían recibir tratamiento de acuerdo con guías estándar. A continuación, se presenta la tabla que indica las afecciones maternas que justifican la suspensión de LM:

Tabla 4. Razones médicas (maternas) aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna.

Que justifican la suspensión	<ul style="list-style-type: none"> ● Infección por VIH
Que podrían justificar que se evite la lactancia permanentemente	<ul style="list-style-type: none"> ● Madres con infección por HTLV-1 o HTLV-2. ● Madres que han decidido no amamantar, por razones que escapan al control del hospital. ● Madres con enfermedad mental severa. ● Enfermedad grave que hace que la madre no pueda cuidar a su bebé. ● Herpes Simplex Tipo I: se debe evitar contacto directo ente las lesiones en el pecho materno y la boca del bebe hasta que toda lesión activa se haya resuelto.
Que podrían justificar que se evite la lactancia temporalmente	<p>Medicación materna:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Psicoterapéuticos sedativos, antiepilépticos, opioides y sus combinaciones pueden causar efectos colaterales tales como mareo y depresión respiratoria en el RN, por lo que deben evitarse si existen alternativas más seguras disponibles.
Durante las cuales puede continuar la lactancia, aunque representan condiciones médicas preocupantes	<ul style="list-style-type: none"> ● Absceso mamario ● Hepatitis B ● Mastitis ● Tuberculosis ● Uso de sustancias

Han sido agrupados en cuatro categorías las razones médicas de la madre aceptables para la suspensión de la LME de manera temporal o permanente. Organización Mundial de la Salud. Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna. *Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA)*.



Declaración de INNOCENTI sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia materna

Dicha declaración es el punto de partida de actividades de protección, fomento y apoyo de la LM, elaborada y aprobada por los participantes en la reunión conjunta OMS/UNICEF de planificación de políticas, siendo aprobada en la 45ª Asamblea de la salud mundial.²⁰

En ella se reconoce que la lactancia materna es un proceso único que:²⁰

- Proporciona la alimentación ideal al lactante y contribuye a su crecimiento y desarrollo saludables.
- Reduce la incidencia y la gravedad de las enfermedades infecciosas, disminuyendo la morbimortalidad infantil.
- Promueve la salud de la mujer al reducir el riesgo de cáncer de mama y ovario y al aumentar el intervalo entre embarazos.
- Proporciona beneficios sociales y económicos a la familia y la comunidad.
- Proporciona a la mayoría de las mujeres un sentimiento de satisfacción cuando se lleva a cabo con éxito.
- La intervención mediante programas puede dar por resultados cambios positivos en las prácticas de amamantamiento.

Además, se propone una serie de metas operativas cuyos objetivos son:²⁰

- Reforzar la “cultura del amamantamiento” y defenderla energéticamente de las incursiones de la “cultura del biberón”.
- Aumentar la confianza de las mujeres en su capacidad de amamantar.
- Eliminar los obstáculos al amamantamiento que se alzan en el sistema de salud, el lugar de trabajo y la propia comunidad.
- Todos los gobiernos deberán desarrollar políticas nacionales de amamantamiento y establecer metas nacionales apropiadas para el decenio de 1990.
- Todo el personal de salud deberá tener la capacitación necesaria para llevar a la práctica estas políticas de LM.



Con el fin de asegurar que todos los establecimientos de salud que tienen servicios de maternidad practiquen completamente una lactancia materna exitosa, se realiza una Iniciativa Hospital Amigo del Niño, con la cual se pretende evaluar la implementación dentro de los centros de cuidado y servicios maternos.²¹

Iniciativa Hospital Amigo del Niño

Esta iniciativa plantea una estrategia mundial, en la que su objetivo es mejorar a través de una alimentación óptima el estado nutricional, crecimiento y desarrollo, salud y de esta manera la sobrevivencia de lactantes y prescolares, además apoya la lactancia exclusiva hasta los 6 meses, con la introducción a tiempo, adecuada, segura y apropiada de alimentación complementaria, y lactancia por lo menos hasta los dos años.²⁰ En ella, se implementan “Diez pasos para una lactancia exitosa” y detener la distribución de los sucedáneos de la leche materna gratuitos o a bajo costo a los servicios de salud. El Personal de Salud debe tener en cuenta los “Diez Pasos” como guía básica para facilitar la práctica del amamantamiento, apoyando a las madres y fomentando la nutrición adecuada del niño/a. Estos 10 pasos fueron patrocinados por la OMS y la Academia Americana de Pediatría (AAP).

10 pasos para la lactancia materna exitosa

1. **Tener una política para promover la lactancia materna en los establecimientos de salud, que sea comunicada siempre al personal de salud.** Promueve que en los establecimientos de salud existan políticas escritas y expuestas al público sobre lactancia materna, para que todos/as las conozcan y reconozcan el rol y compromiso del personal de salud para el cumplimiento de las mismas.



2. **Entrenar al personal de salud para poner en práctica la política de lactancia materna.** Realización de capacitaciones a todo el personal de salud sobre la importancia de los Diez Pasos para proteger, promocionar y apoyar la lactancia materna como un derecho a mejorar la vida de los niños y las niñas.
3. **Informar a todas las mujeres embarazadas y a los padres sobre los beneficios de la práctica de la lactancia materna.** Cuando nace el/la bebé, la madre debe sentirse bien con la idea de amamantar, comprender los beneficios de la lactancia y conocer la manera segura de tener leche abundante.
4. **Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora después del parto.** El recién nacido tiene derecho al apego precoz (después del parto colocar al bebé en el pecho de la madre); esto ayudará a una mejor adaptación del niño/a fuera del útero para favorecer la lactancia inmediata. Si se procura el contacto precoz, se asegura una lactancia materna exitosa.
5. **Enseñar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia, aún si se separan de sus bebés.** Enseñar a la madre las técnicas de amamantamiento, postura, tiempo y tips para mejorar la producción de leche, también el cómo extraer la leche, en caso tenga que trabajar o si el bebé tiene problemas de succión. Informar cuáles son sus derechos para continuar con la lactancia luego del descanso postnatal.
6. **No dar a recién nacidos/as ningún alimento ni bebida que no sea la leche materna.** La madre debe saber que en los primeros días después del parto el volumen de leche materna es bajo y que la primera leche es el calostro, el cual proporciona inmunidad al niño/a; además la cantidad de leche durante los primeros días es poca, la misma que irá aumentando cuanto más succione el bebé.



7. **Durante la hospitalización, practicar el alojamiento conjunto; dejar que las madres y sus bebés estén juntos las 24 horas del día.** Permitir a la madre estar todo el tiempo con sus bebés para lograr el apego y la lactancia. El bebé puede estar en la misma cama con su mamá o en una cunita, según el caso, donde la madre pueda cuidarlo y amamantarlo.
8. **Fomentar que la lactancia materna se dé cada vez que el bebé lo pida.** Informar a la madre que la lactancia materna es a demanda y enseñe a reconocer cuáles son las señales para identificar que el bebé tiene hambre (chuparse las manos, boca abierta, llanto, los movimientos de brazos y piernas).
9. **No dar biberón, chupones u otros objetos artificiales que entorpecen la succión y aumentan la posibilidad de ocasionar enfermedad en el niño.** Explicar a la madre que el uso de dichos productos puede interferir con la lactancia materna, entorpeciendo así la succión del pecho de la madre, lo que ocasionaría menor producción de leche, haciéndolo más vulnerable a enfermedades diarreicas.
10. **Promover la creación de grupos de apoyo a la lactancia materna e incentivar la participación de las madres que acuden a los servicios de salud.** Trabajar con su comunidad para desarrollar una fuente de apoyo a las madres que dan de lactar. Tomando en cuenta que las madres que lograron amamantar exitosamente pueden ayudar a otras. Motivar a las autoridades u otras organizaciones para que apoyen las capacitaciones y otras actividades relacionadas al tema.²²



Mitos acerca de la lactancia materna

Se considera como mito, persona o cosa, a la que se atribuyen cualidades o excelencias que no tiene, es decir una idea más o menos irracional, carente de base real, lógica o científica, que paradójicamente ha prosperado en una mente particular o en una cultura.²³

Las creencias populares y los mitos suelen jugar un papel importante en la vida de las madres, sobre todo en la lactancia materna ya que el nacimiento de un nuevo integrante en la familia trae consigo felicidad, pero también dudas que podrían hacer que la madre decida no dar LME o abandone esta práctica antes de los 6 meses de edad.

Aunque los mitos existentes acerca de esta práctica son demasiados, aquí mencionaremos algunos de los más frecuentemente:²⁴

De las madres

- No todas las mujeres producen leche suficiente para satisfacer al bebé.
- Las mujeres con pecho pequeño no pueden amamantar.
- No todas las mujeres producen leche de buena calidad.

De la composición de la leche

- El calostro (la leche que la madre produce en los primeros tres días después del parto) debería ser desechado porque es sucio y antihigiénico.
- El calostro es amarillo porque ha permanecido mucho tiempo en el pecho y por eso está podrido.

Del lactante

- Los niños se deben amamantar por más tiempo que las niñas porque si no estas últimas serán más fértiles en la edad adulta.
- Se debe dejar de amamantar cuando el niño o la niña aprenda a caminar
- Los bebés necesitan beber agua, jugos o tés para fortalecer el estómago.



Beneficios de la lactancia materna

Beneficios a lactantes

- Se ha mostrado mejor desarrollo del sistema nervioso central. ¹⁴
- Es un estímulo para los sentidos del tacto, vista, oído y olfato, permitiendo un mejor desarrollo de las capacidades del bebé. ²⁵
- Es el mejor alimento porque tiene todo lo que él necesita, incluyendo el agua, y en las cantidades correctas. ²⁵
- El calostro tiene elementos inmunitarios que ayudan a proteger al lactante, aún bajo de defensas. La inmunidad es específica por IgA secretora; si la madre tiene alguna enfermedad, la IgA protege al lactante. ²⁶
- Se considera que el contacto físico único entre madre e hijo proporcionado por la lactancia materna conlleva un estímulo psicosocial y un vínculo que proporcionarían beneficios para el desarrollo. ²⁶
- La succión estimula la secreción de oxitocina y la prolactina de la madre, así como de las hormonas intestinales del recién nacido, importantes para la digestión del calostro y de endorfinas y que le producen calma y placer. ²⁶
- Ayuda a reducir la absorción de bilirrubina. Si el bebé ingiere la leche materna suficiente, eliminará el excedente de bilirrubina a través de las heces. ²⁶
- Previene el síndrome de muerte súbita infantil, ha sido demostrado en diversos estudios que los lactantes alimentados con LM tienen un riesgo menor a sufrir este síndrome. ^{27 28 29}
- En diversos estudios se corrobora que la LM ofrece una interacción madre e hijo que influye en el establecimiento de vínculos afectivos, el desarrollo psicomotor y un crecimiento normal del cerebro. ^{27 28 29}
- Han mostrado ser más maduros, seguros y confiados a mayor edad, en comparación con los alimentados con lactancia artificial. ¹⁴
- Muestran una incidencia y gravedad menor en padecimientos de cuadros alérgicos como eccema y asma hacia los 2 años de edad. ¹⁴



Beneficios maternos

- El inicio de la lactancia materna inmediatamente después del parto estimula la liberación de la oxitócica, una hormona que ayuda a contraer el útero, expelle la placenta y reduce el sangrado de posparto. ^{26 27 28 29 30 31}
- La lactancia materna retrasa el regreso de la fertilidad, reduciendo de este modo la exposición a los riesgos de la salud materna asociados a cortos intervalos entre nacimientos. ^{26 27 28 29 30 31}
- La sensación de ‘contracción’ uterina durante la lactancia asegura que el eje hipotálamo-pituitaria-glándula mamaria está intacto y que existe liberación de oxitocina en cada succión. ^{26 27 28 29 30 31}
- La prolactina actúa uniéndose a receptores específicos de la glándula mamaria. Su función es producir leche e inhibir la ovulación; tiene efecto relajante; si se inicia la succión de manera precoz, los niveles de esta hormona permanecerán estables. ^{26 27 28 29 30 31}
- La madre que disfruta de dar pecho mejora su autoestima y disminuye el riesgo de cáncer de mama y ovario. ^{26 27 28 29 30 31}
- El amamantamiento favorece el vínculo afectivo entre la madre, padre e hijo. ^{1 3 7 29}
- La madre se estresa menos, ya que ahorra tiempo, dinero y trabajo. ²¹
- Protege contra la osteoporosis y artritis reumatoide. ²¹
- Durante la lactancia, el metabolismo cálcico se acelera, produciéndose una movilización de los depósitos óseos del mismo. Aumenta la calcemia para que sea mayor su disponibilidad a nivel mamario, para la producción de leche. Sin embargo, se produce un aumento de la absorción del calcio y a largo plazo, a pesar de este aparente incremento del gasto de calcio y de su remoción del tejido óseo, las mujeres que dan el pecho mucho tiempo ven disminuida la probabilidad de sufrir fracturas de cadera o de columna espinal en la postmenopausia. ²⁹



Beneficios sociales

- Protege al medio ambiente, ya que se producen menos residuos. ²⁵
- Se reduce a la mitad el costo en tratamientos por enfermedades durante los primeros años de vida. ^{26 29}
- El impacto de la compra de fórmulas en el presupuesto familiar puede resultar agobiante. En especial cuando se presenta el sorpresivo costo adicional del cuidado de salud del niño enfermo. ²⁹
- El fomento de la lactancia materna disminuye las tasas de morbimortalidad en recién nacidos y pequeños. ²⁵
- Evitar la limpieza de biberones. ²⁶
- A pesar de que los costos económicos de no amamantar son generalmente mayores para las familias y los países pobres, la evidencia que presentamos sugiere también el serio impacto en los países desarrollados. ²⁹
- Mayor ahorro en el país debido a la reducción de gastos en salud y en medicamentos. ^{25 29}



Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva

En estudios realizados previamente acerca del abandono de la lactancia materna, se establecieron 4 dimensiones de factores asociados a dicho problema que en los últimos años ha ido en aumento.

Factores Personales

Edad materna

A pesar de la información disponible acerca de la importancia de la lactancia materna, se ha observado que ha menor edad materna (<25 años) disminuye el período de lactancia, grupo que debería ser prioritario para el equipo de salud en las acciones de promoción y prevención de enfermedades materno-infantiles.^{4 17}

28 30 33 34 43

Escolaridad

Se ha observado que las madres con menor grado de estudios han abandonado la lactancia materna en comparación con las madres con un mayor nivel de estudios. Los indicadores de lactancia materna muestran un deterioro en mayor medida en grupos más vulnerables, como lo son las mujeres con educación menor a la primaria.^{4 17 28 30 31 32 34 40 41}

Ocupación

Existe una asociación directa significativa entre la práctica de LME y la ocupación de la madre, ya que se ha observado que las amas de casa llevaron a cabo una mejor lactancia que las que estudian y/o trabajan.^{4 17 33 35 36 37}

Además de observarse que las mujeres que amamantan ven con ansiedad el momento de volver al trabajo después del permiso laboral, considerando un impedimento para continuar con la LME.^{33 44}

El trabajo fuera de casa es citado frecuentemente como una razón para el abandono prematuro de la lactancia materna. Las dificultades que las mujeres



encuentran en el entorno laboral incluyen una actitud negativa hacia la madre lactante y la dificultad para poder continuar con la lactancia al separarse de su hijo. Se ha observado que las jornadas de trabajo más intensivas influyen negativamente en la duración de la LME. ^{17 28 31 33 35 36 38 39 40}

Ingreso Mensual

Se ha observado que el ingreso mensual es proporcional al riesgo de abandonar la lactancia materna antes de los 6 meses de edad, ya que se ha observado que a menor ingreso mensual en el hogar, menor es el riesgo de abandonar la LME. ^{4 31 32 43}

Paridad

Haber amamantado con éxito a un hijo anterior se relaciona con una mayor duración de la lactancia materna, esto puede ser debido a que las mujeres sin experiencia anterior tienen menos habilidades para afrontar la lactancia y sus dificultades, en comparación con aquellas que si han amamantado. Por el contrario, el haber tenido una mala experiencia anterior, con respecto a la lactancia materna, influye en el abandono de la LME. ^{17 31 34 40 41}

Autopercepción de la madre

La autopercepción materna para la lactancia es el pensamiento de las madres sobre su habilidad para dar el pecho; relacionándose con la duración y exclusividad de la lactancia exitosa. Esta variable se asocia además a uno de los principales motivos para iniciar la lactancia materna parcial o abandonar completamente la LM. ^{4 6 13 17 32 33 34 37 39 40 42}

En muchos casos, las madres perciben que su leche no es suficiente para que quede satisfecho su bebé, complementando con el uso de fórmulas artificiales y así abandonando la LME antes de los 6 meses de vida. ³⁴



Se denomina crisis de la lactancia a los momentos en los que de forma inesperada se produce una disminución de la secreción láctea, una sensación subjetiva de que los pechos “no están tan llenos”, situación causada por la adaptación de las mamas.¹³

Conocimiento acerca del concepto de lactancia materna exclusiva

Es alto el porcentaje de madres que no conocen el significado de LME, incluyendo en la alimentación de los lactantes líquidos y/o fórmulas, así como la iniciación de ablactación antes de los 6 meses de edad para “mayor saciedad”. El escaso conocimiento sobre la LM, sus ventajas y el adecuado patrón de crecimiento y desarrollo de los niños es un factor importante que conlleva al abandono de la LME.^{31 35 40 45}

Factores biofísicos

Patologías maternas

Existen pocas enfermedades maternas que contraindiquen la LM, de manera temporal o permanentemente. Estas afecciones son mencionadas dentro del Código Internacional de Sucesos, en la tabla 4.¹⁹

Fármacos

Este es un factor que favoreció el abandono de la LME comprobado en diversos estudios.^{32 43} Aunque, como norma general, no se debe recomendar la supresión de la lactancia antes de asegurarnos que esta medida es absolutamente imprescindible, puesto que el hecho de que una sustancia se excrete a la leche materna no necesariamente sugiere toxicidad para el lactante dado a que el fármaco debe alcanzar determinadas concentraciones para originar efectos adversos, no obstante tampoco podemos descartar posibles reacciones de hipersensibilidad.^{2 7 11 13 14}



Mecanismo de excreción de los fármacos:

- La leche se conoce como una vía de excreción de fármacos. El epitelio secretor es análogo a la barrera hematoencefálica y se comporta como una barrera de carácter lipídico que separa el plasma de la leche.
- En los primeros días de vida se observan unos poros entre las células alveolares que facilitan la transferencia a las células de inmunoglobulinas y otras proteínas maternas, así como los fármacos. Transcurrida la primera semana y por la acción de la prolactina, estos poros se cierran limitando el paso de sustancias a la leche por eso los fármacos penetran con más facilidad a la leche en el periodo neonatal.
- La mayoría de los fármacos pasan a la leche por difusión pasiva atravesando las membranas, hasta que se alcanza el equilibrio entre las concentraciones de la leche y las plasmáticas.^{2 7 11 13 14}

Por tanto, es fundamental evaluar riesgos, beneficios e importancia de iniciar un tratamiento farmacológico y dar prioridad a que no se abandone la LM. Es indispensable explicar a la madre si será necesario suspender o no la lactancia temporalmente, así como la técnica correcta de extracción de leche para mantener la producción láctea durante el tratamiento que sea recomendado por su médico.⁷

Morfologías maternas: Pezones planos e invertidos

Aunque no se encuentra contraindicado el amamantamiento bajo esta condición, en la actualidad se ha presentado en mayor número de mujeres, desconociendo que lo primordial es su protactilidad (capacidad de estiramiento). En estos casos se requiere de asesoramiento en los primeros días postparto para explicarle a la madre dicha situación, resultando de ayuda en la estimulación antes de lactar.^{4 17}

35 45



Vía de nacimiento

La alta incidencia de cesáreas ocurridas en la actualidad ha sido un factor determinante para el abandono de la LM, ya que retrasa el proceso de lactogénesis. Además, se ha observado que, en algunos hospitales, en lugar de favorecer el contacto piel con piel desde el primer instante de nacimiento, separan al binomio, en consecuencia, se retrasa el desarrollo del reflejo de succión por parte del lactante y la liberación de prolactina por parte de la madre. ^{14 35 36}

Semanas de gestación

Las semanas de gestación se ven afectadas con la lactancia materna exitosa, principalmente en niños nacidos pretérmino, observándose que tienen limitación para succionar adecuadamente y deglutir. ^{14 36}

Patologías del lactante

A pesar de que solo existen 3 afecciones aceptables para el abandono de la LM (explicadas en Código Internacional de Sucesos) ¹⁹, las madres desconocen esta situación y la abandonan por diversas cuestiones; por ejemplo, la prematuridad del recién nacido, ya que se mantienen hospitalizados y dan preferencia a la leche artificial para aumento de peso; otra cuestión es el reflujo gastroesofágico, pensando que esta leche no será bien asimilada por ellos. ^{4 17 31 32 33 36 37 47}

Otra patología que ha afectado la LM es la intolerancia a la lactosa. La lactosa es el carbohidrato principal de la leche materna y esta es hidrolizada por la lactasa (enzima hidrolizada en el intestino delgado); esta patología ocurre por deficiencia congénita de lactasa, causando incapacidad para digerir la lactosa. ¹⁴ Como consecuencia, las familias optan por una alimentación especial, recomendada por el pediatra. ⁴²



Producción y mantenimiento lácteo

El retraso en el inicio de la producción láctea tras el parto se ha asociado a características maternas como la primiparidad y la obesidad, o bien a sucesos cercanos al parto como la retención placentaria, el parto por cesárea, el estrés durante el trabajo de parto y una mayor duración de este, así como a la administración de suplementos de leche artificial previos a la fase de lactogénesis II. En cambio, el aporte insuficiente de leche posterior al inicio de la producción láctea está raramente causado por factores primarios, como anomalías del pecho o problemas hormonales tales como el síndrome de Sheehan, el déficit congénito de prolactina o la cirugía de reducción mamaria. Sin embargo, es frecuente que muchas mujeres perciban que no tienen suficiente leche si realizan algunas prácticas que afectan a la duración e intervalo entre las tetadas, que influyen en el volumen y la calidad de la leche, así como la saciedad del niño. Así, las mujeres que limitan la frecuencia o duración de las tomas debido a dolor en los pezones, o bien las que tienen una inadecuada formación de pezón, pueden percibir este problema. Además, una técnica de amamantamiento incorrecta interfiere en la transferencia de leche, ocasiona dolor e insatisfacción del niño tras la toma y se relaciona también con el abandono prematuro. ^{11 17 31 33 35 39}

Rechazo del lactante o huelga de la lactancia

Normalmente conocido como rechazo del lactante o huelga de lactancia, acontece cuando se trata de algo: habitual y mantenido, rechazo permanente de un pecho o rechazo de un solo pecho. Y los factores relacionados a este acontecimiento son:

- Mala postura al lactar
- Cambios del sabor de la leche: Consecuencia de algunos alimentos, bebidas, infusiones o fármacos.
- Cambios en el jabón perfume o desodorante de la madre
- Tensión de la madre ^{4 13 17 32 33 35 37 38 39 40}



Factores socioculturales

Estructura de la sociedad

La exclusividad y duración de la lactancia dependen en gran medida de las creencias culturales de la madre, ya que afectan al modo en que se alimenta a los niños. Estas creencias pueden ser más potentes que las recomendaciones de los profesionales de la salud e incluyen, entre otros aspectos, el tipo de interacción entre madres y pequeños, la forma en que se adapta la lactancia a las rutinas familiares, cómo se lleva a cabo el amamantamiento, las nociones sobre lo que es ser “buena madre” y la relación de la lactancia con tendencias y modas, como la introducción de líquidos rituales como agua o té, que se basa más en creencias y rituales.^{17 34 40}

Presión de familiares y conocidos

Las actitudes y prácticas de lactancia de las mujeres están influenciadas por las personas de su entorno cercano, especialmente sus parejas y su familia, perjudicando la exclusividad de la LM durante los primeros 6 primeros meses de vida.³⁴

En diversos estudios se ha observado que los consejos de la familia es la mayor influencia que recibe la madre durante este periodo, incluyendo a la dieta del lactante jugos, tés, agua o papillas antes de los 6 meses de edad “para su mayor saciedad”. Además, las madres han referido que obtuvieron mayor información acerca de este tema con su familia, que con el personal de salud.^{17 28 34 36 40}

Medio rural y urbano

Se ha comprobado que, en las zonas urbanas, el inicio y duración de la LME es menor que en zonas rurales, ya que existe una desmedida comercialización de productos de fórmula, lo que ha llevado a su abandono antes de los 6 meses de vida del lactante.³²



La industrialización y urbanización desmedida de los últimos años, ha ejercido difusión de información por medio de revistas, regalos, ofertas y muestras gratuitas aparentemente inocuas, pero ejercen una presión negativa, desplegada por fabricantes y campañas publicitarias, familia, amigos y la sociedad en general para el consumo de fórmulas lácteas y uso de biberones. ^{14 30 31}

Sistema sanitario

La atención primaria de salud juega un papel importante en el logro de acciones encaminadas al éxito de la lactancia materna; por lo cual, se deben establecer acciones que informen a las madres acerca de este tema durante el periodo prenatal, parto y postparto, informando, supervisando y resolviendo las inseguridades de las madres en cuanto a su capacidad de amamantar. ^{45 47 48}

La OMS estableció que los centros de salud deben ofrecer a todo Recién Nacido (RN) como único alimento el seno materno y solo fórmulas cuando exista un caso que las contraindique, por lo que la suplementación a temprana edad interfiere en el proceso de LM llevándola a su suspensión. La complementación con fórmulas en la alimentación del RN en hospitales del sector salud, es producto de la falta de educación del personal médico y de enfermería principalmente. ⁴⁵

El sistema sanitario es uno de los factores que ha influido más en la reducción de las tasas de lactancia materna exclusiva. Algunos de los aspectos que han contribuido a este hecho son la falta de formación clínica y habilidades de los profesionales para manejar los problemas de lactancia y la ausencia de recursos orientados al apoyo a las madres que lactan. ^{39 44 45 46 48}

Entre las causas más frecuentes del destete precoz están las intervenciones inadecuadas de los profesionales sanitarios, publicidad desmedida de fórmulas y falta de seguimiento a las madres que lactan por parte de los profesionales de salud. ^{6 17 31 32 33 34 35 36 37 42 43}



Todos los artículos concluyen que el personal de salud debe estar capacitado para resolver todas las dudas de los padres, así como contar con capacitaciones de seguimiento para asegurar la LME hasta el 6º mes.

Factores psicológicos

Estrés

La desconfianza y estrés de la madre con respecto a sus posibilidades para alimentar a su hijo, así como la calidad de la alimentación recibida, influye en las prácticas de lactancia de manera exclusiva.³⁶

Las madres suelen estresarse por la sensación de “poca producción de leche” y en consecuencia la insatisfacción del lactante luego de cada tetada y por ello, acuden a la lactancia materna complementaria.^{31 44}



CAPÍTULO II

Antecedentes investigativos

Durante el periodo de 1998 y 1999, en Baja California, fue publicado un artículo titulado “Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras”, por Manuel Navarro Estrella, María Ximena Duque López y Juan Antonio Trejo con el objetivo de identificar los factores maternos, laborales y de los servicios de salud que influyen en el abandono temprano de la lactancia materna en madres trabajadoras entre noviembre de 1998 y marzo de 1999. Se efectuó un estudio transversal comparativo con madres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. A 265 madres se les aplicó un cuestionario entre los tres y nueve meses posparto. Se distribuyeron en: grupo 1 (madres con abandono temprano de la lactancia materna) y grupo 2 (madres que prolongaron la lactancia materna por más de tres meses). Para identificar los factores asociados con el abandono temprano de la LM, se utilizó regresión logística. En los resultados se obtuvo un porcentaje del 42.3% de las madres que abandonaron temprano la LM. Los factores de riesgo fueron: tener conocimientos malos sobre lactancia materna, OR 5.97 (IC 95% 1.67-20.67), la ausencia del antecedente de haberla practicado en un hijo previo OR 2.98 (IC 95% 1.66-5.36), tener un plan de duración de la misma de 0 a 3 meses, OR 16.24 (IC 95% 5.37-49.12), y la falta de facilidades en el trabajo para efectuarla, OR 1.99 (IC 95% 1.12-3.56). En conclusión, se señala la necesidad de plantear intervenciones que aseguren a las madres conocer más sobre LM, durante la etapa prenatal y que además, sirvan para apoyar su permanencia en la etapa postnatal, esto por medio de programas específicos de promoción en el primer nivel de atención desempeñado por profesionales de salud, igualmente mencionan la importancia del apoyo dentro de centros de trabajo para que la madre realice dicha práctica.⁴⁰



En el año 1999, en la CDMX fue publicado un artículo titulado “Causas de abandono de la lactancia materna”, de los autores Alberto Chávez, Rodrigo Sánchez, Hantz Ortiz, Beatriz Peña y Blanca Arocha. Su objetivo fue conocer las causas de abandono de la lactancia materna en el Hospital General “Dr. Darío Fernández Fierro”. Para ello, se realizó una encuesta a las madres que se atendieron en el periodo comprendido de enero a diciembre de 1999. Las preguntas fueron encaminadas a detectar los aspectos relacionados con la alimentación del menor: vía de nacimiento, tiempo de alimentación al seno materno en meses, uso de lactancia materna mixta, tiempo de ablactación (en las que abandonaron la alimentación al seno materno), además de las complicaciones durante la lactancia. Los resultados obtuvieron que las causas de abandono presentadas fueron: trabajar fuera del hogar, disminución de la producción de leche, el rechazo de la leche por el bebé, mastitis, falta de secreción de leche, enfermedad del bebé y preeclampsia; el uso de la lactancia materna mixta (lactancia materna acompañada de fórmula) ocurrió en el 73.9% y la edad de ablactación encontrada fue de 2 meses con 5.4%, a los 3 meses con 56.8%, cuatro meses con 22.5% y a los 5 meses o en 15.3%. Además, se encontraron 3 casos de madres no trabajadoras que no dieron seno materno y con respecto a la vía de nacimiento, se encontró que tres casos de cesárea no dieron seno materno, 7 casos lo dieron de uno a tres meses y 44 lo dieron por más de 4 meses. Llegando a la conclusión que los factores asociados al abandono son frecuentes a pesar de la información existente acerca del tema e hicieron hincapié en la necesidad de un programa de seguimiento a las madres para la detección de las complicaciones y las causas de abandono de lactancia materna para poder brindar una oportuna orientación y tratamiento con la finalidad de disminuir el abandono de la lactancia materna.³³

En 2001, Cuba, fue publicado el artículo “Aspectos epidemiológicos relacionados con el tipo de lactancia durante el primer año de vida”, realizado por los autores Orlando Díaz, Marta Soler y Ana Olivia Ramos. El objetivo determinar el



comportamiento de algunas variables epidemiológicas relacionadas con el tipo de lactancia durante el primer año de vida. Se realizó un estudio descriptivo para determinar el comportamiento de la lactancia materna y su relación con algunas variables epidemiológicas en los Consejos Populares del municipio San Cristóbal, Cuba y que es atendida por Médicos de Familia. La muestra estuvo constituida por 101 niños nacidos durante el año 1998 y sus respectivas madres, que vivían en esta demarcación. Se diseñó un modelo para la recogida de información que fue llenado mediante visitas al hogar de las madres, cuando estas cumplieron el año de parida. En los resultados se puede apreciar que la incidencia de la LME se presentó en el 96% de los casos y fue decreciendo paulatinamente, existiendo sólo el 37.6% de madres que llevaba a cabo la LME al cuarto mes y sólo el 0.9% que la mantuvo hasta el séptimo; por otro lado, la lactancia mixta se presentó al nacimiento en un 2.9% y fue en ascenso, así, para el cuarto mes, prevaleció en 18.8% y al sexto mes en 41.5%. Así mismo, se encontraron factores que beneficiaron la interrupción de la LME antes del cuarto mes de vida y estos fueron: hipogalactia y agalactia con el 32.6%, incorporación al trabajo con el 11.8%, rechazo del lactante con un 9.9%, afecciones de la mama con un 3.9% e incorporación al estudio con el 3.9%. Los autores concluyeron que hasta el tercer mes de vida es cuando se abandona la LME y la alternativa más frecuentemente utilizada por las madres es la lactancia mixta, pero a partir del cuarto mes comenzó un franco predominio de utilización de la lactancia artificial, como consecuencia del escaso conocimiento sobre la LM, sus ventajas, el adecuado patrón de crecimiento y desarrollo del lactante, así como el inadecuado seguimiento de las madres.³⁵

En 2001, en Colombia los autores Gustavo Cabrera, Julio Mateus y Rocío Carvajal realizaron un artículo titulado “Conocimientos acerca de la lactancia materna en el Valle del Cauca”, con el objetivo de describir los conocimientos acerca de la lactancia materna en mujeres y personal de hospitales públicos. Para ello se ejecutó un estudio transversal, con un muestreo por conglomerados para la



recolección de datos en fuentes primarias acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre la lactancia materna que efectuaban mujeres en edad reproductiva, mujeres puérperas y funcionarios adscritos a instituciones hospitalarias en diez municipios del Valle; esto por medio del diseño, comprobación y ajustes de cuestionarios independientes de recolección de datos, a partir de los ya usados en estudios semejantes a comienzos de la década de los noventa. Los resultados se presentaron divididos de la siguiente manera: en las características de la población se observó un predominio de edad entre 15 a 24 años con un 58%, el nivel de estudios sobresaliente fue educación básica con un 91%, el estado civil predominante fue unión libre con un 66%, un 80% de las madres dedicadas al hogar y 44% de madres que referían que era su primer hijo. En cuanto a conocimientos que poseían las madres acerca de la LM el 98% de puérperas mencionó que no fue interrogado por parte de ninguna persona de los servicios de maternidad sobre cuál alimento preferiría (según sus conocimientos) que se ofreciera de primero a su bebé después de nacer; el conocimiento sobre inicio oportuno de la lactancia es adecuado en los grupos entrevistados; se observó que en los servicios de maternidad hay uso precoz o injustificado de biberones y fórmulas lácteas o glucosadas usadas por la creencia o conocimiento de que sirven “para evitar la hipoglucemia del bebé”; en cuanto al mes en que se abandonó la LME se reportó que fue a los 5 meses de vida del bebé que se inició con alimentación complementaria pero la gran parte de las mujeres no consideraron el agua, los jugos, e incluso las sopas, como tipos de ingesta que terminaban con la exclusividad de la lactancia; cuando se preguntó sobre lo que conocen y la creencia de lo que debe hacer la madre si se enferma el 66% indicó que depende exclusivamente de lo que diga el médico y por último al indagarse sobre la persona con quien se había aprendido lo que sabían sobre lactancia el 34% señaló a familiares cercanos y otro 34% a otras personas cercanas a la sociedad. Entre el personal de salud encuestado, 70% desconocía si en su hospital funcionaba un comité de apoyo a la lactancia materna y un porcentaje aún



mayor dijo desconocer que en su hospital existieran normas escritas para promover, proteger y apoyar la lactancia natural exitosa. Llegando a la conclusión que el explicar cómo y por qué las personas adoptan ciertas prácticas con efectos en su propia salud y la de los demás ha sido y será un propósito válido de investigaciones de salud y salud pública, además de comprender los determinantes comportamentales y sociales de las prácticas de salud ya que es un requerimiento básico para el desarrollo exitoso de intervenciones educativas y de promoción orientadas a predisponer, facilitar o reforzar ciertas conductas y que mientras más se logre saber de los factores que subyacen al comportamiento, la probabilidad de influir en las nuevas decisiones y prácticas de las personas es creciente.³⁴

Entre los años 2002 y 2003, los autores Antoni Oliver, Miguel Richart, Julio Cabrero y colaboradores, publicaron un artículo titulado “Factores asociados al abandono de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida”. El objetivo de la investigación fue identificar los factores asociados al abandono de la LM. En el estudio se incluyó una muestra de 270 mujeres que habían ofrecido LM después del parto y acudieron a la consulta de atención primaria de la ciudad de Elda, entre marzo de 2002 y marzo de 2003. Los datos fueron recolectados mediante entrevista personal durante el primer mes posparto y por teléfono a los cuatro y seis meses siguientes. El análisis de los resultados, se realizó mediante la Regresión de Cox, mostrando una asociación con el abandono de la LMC y de la LM con no haber amamantado anteriormente, el abandono de la LME fue a los 4 meses y mencionaron que no tuvieron una experiencia anterior. El menor nivel de estudios se relaciona con un mayor abandono de la LM y los chupetes o suplementos en el hospital con el abandono de la LM; por último, mencionaron que la educación prenatal es un factor protector para la LM. Por último, los autores concluyen que debe intensificarse el apoyo a la LM, especialmente en las madres: sin experiencia anterior, con experiencia negativa y sin acceso a la información; además recomiendan que se debería controlar el uso de chupetes y suplementos



de leche artificial no indicados dentro de las instituciones de salud.⁴¹

Durante el 2005, en Veracruz fue publicado un artículo titulado “Factores relacionados con la duración de la lactancia materna en un grupo de niños mexicanos”, realizado por Flores Díaz, Bustos Valdés, González Solís, Mendoza Sánchez. Para ello, se realizó un estudio transversal comparativo a través de una encuesta aplicada entre marzo y noviembre del 2003, en la sala de espera de la consulta externa de medicina familiar, a una muestra no probabilística de 613 madres de lactantes adscritos a la UMF No. 66 del IMSS. En los resultados se observó que la duración de la lactancia materna fue del 25.6% de las madres que la proporcionó por un periodo menor o igual a 5 meses y el 74.3% estaba proporcionando lactancia materna por 6 meses o más, hasta el momento del estudio. Casi en su totalidad ya había recibido información formal sobre lactancia. Cerca de tres cuartas partes de las madres iniciaron la lactancia antes de las 3 horas de edad de sus hijos, y la prolongaron por más de 6 meses. De las que amamantaron menos de 6 meses la mitad proporcionó LME. Los motivos que las madres manifestaron para abandonar la lactancia antes de los 6 meses, se resumieron en tres grandes grupos: causas maternas (73.9%), del lactante (14.4%) y factores laborales (11.8%). Como conclusión, los autores nos hacen reflexionar sobre la necesidad de redoblar esfuerzos para motivar y facilitar circunstancias que disminuyan el riesgo de abandono temprano de la LM, principalmente en las mujeres que: laboran fuera del hogar, las que necesitan recurrir a guarderías o en aquellas que lactaron por primera vez. Y, sobre todo, nos hacen pensar acerca de que el personal de salud tiene la obligación de reconocer, procurar e informar de los factores protectores de la lactancia materna, a las familias con las que tenemos contacto en nuestra práctica cotidiana.³⁶

En 2007, los autores Maylin Coronado, Olga Sánchez, Alina Rodríguez y Remigio Gorrita realizaron un estudio titulado “Causas de abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses en San José De Las Lajas”. Su objetivo fue identificar algunos aspectos relacionados con el abandono de la LME en los



primeros seis meses de la vida; para cumplir con este objetivo se realizó un estudio descriptivo/retrospectivo en el área de salud perteneciente al Policlínico “Luis Augusto Turcios Lima” del municipio San José de las Lajas, durante el período comprendido entre el 1º de enero hasta el 31 de diciembre del año 2007, comprendido por un total de 100 lactantes. Para la obtención de los datos deseados se le aplicó una encuesta a la madre, mencionado la importancia de su participación en el estudio. En los resultados, se obtuvo que el 40% de los lactantes recibieron LME y al 60% restante se les administró: lactancia artificial al 53.3%, lactancia mixta al 31.6% y 15% recibió una lactancia complementada; en cuanto a lo que expresaron las madres como causas del abandono temprano de la LM fueron: hipogalactia en el 40% de los casos y su desconfianza para lograrla en el 33.3% de las mismas; las otras respuestas y con menor importancia fueron: el 8.33% expresó que el niño no aumentaba adecuadamente de peso o que tenían defecto anatómico del pezón, el 3.33% refirió sentir temor a perder su figura corporal y el consejo del médico, el nivel de escolaridad menor a nivel secundaria fue del 85%, también predominante en las madres que no lograron la lactancia y el tener más de un hijo fue ligeramente predominante en el grupo que no logró la lactancia ideal. En cuanto a la incidencia de diferentes enfermedades durante los primeros seis meses de vida en los lactantes estudiados, separándolos en dos grupos: aquellos con y sin LME, las infecciones respiratorias agudas (IRAs) fueron las más frecuentes con el 51.6% en niños que no recibieron leche materna. Por último, se observó que el número de ingresos al hospital por enfermedad fue mayor en los niños a los que se les brindó lactancia artificial temporalmente con un 41% y un 60% de madres que habían abandonado la LME, en comparación con un 26% de niños hospitalizados que si recibían LM. Por lo hallado, los autores concluyeron que se debe continuar divulgando la necesidad e importancia de la LME a toda la población e intensificar el trabajo por parte de los profesionales del Sistema Nacional de Salud, en la anatómica de la mama, estado de los pezones, así como las ventajas e importancia de la LM. ¹⁷



En 2008, en Pinar del Río Cuba, los autores Berta Abreu, Amaelis Arada, Mirta Jiménez, Beatriz Rodríguez y Margot López, integrantes del Policlínico Universitario "Hermanos Cruz", realizaron un estudio titulado "Estrategia educativa para capacitar asistentes de enfermería sobre lactancia materna". Con intervención educativa cuasi-experimental, descriptiva de carácter transversal durante los meses de febrero-junio; con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos y habilidades que tenían las Asistentes de Enfermería (AE) sobre lactancia materna, que permitió la ejecución de una nueva estrategia educativa. La muestra estuvo constituida por 49 AE de la comunidad, escogidas mediante muestreo intencional. Los métodos de investigación fueron empíricos, tipo encuesta (cuestionario y entrevista verbal), de medición estadística descriptiva y deductiva (prueba de diferencia de proporciones, trabajando con un 95% de certeza). Los resultados obtenidos antes de la intervención fueron que menos de un tercio de las AE poseían conocimientos sobre LM y posterior a la intervención, se elevó significativamente ($p < 0,01$) el nivel de conocimientos y habilidades sobre este tema. Llegando a la conclusión que dicho curso de capacitación de lactancia materna, resultó un cambio significativo en los conocimientos y habilidades alcanzados, permitiéndoles ser buenas promotoras de la salud infantil. ⁴⁸

Por otro lado, en el periodo comprendido de 2008 a 2009, en Bolivia los estudiantes de Medicina, Álvaro Ulunque, Edwin Uria, José Vairo, Alexander Vargas y Ana Santander, de la Universidad Mayor de San Simón; realizaron un estudio titulado "Conocimiento sobre lactancia materna en madres de los Centros de Salud Pacata y Jaihuayco del 2008 al 2009", con el objetivo de determinar el conocimiento, actitudes y práctica sobre lactancia materna que tienen las madres que asisten al Centro de Salud durante los meses de septiembre a octubre de 2008 a 2009. El trabajo fue de tipo descriptivo, transversal y cuantitativo. Se aplicaron 40 encuestas en de las cuales se muestra un 40% de madres menores de edad y 60% mayores de edad. Se mostró que el 45% de las madres que dan de lactar no conocen el tiempo exclusivo de LM, el 40% de las madres dan LM



junto con leche de vaca y/o leche artificial durante el tiempo exclusivo de lactancia, 27.5% de las madres dan alimentos triturados durante el período de LME, 32.5% de las madres dan leche materna en biberón, 20% de las madres dejaron de lactar antes de los 6 meses, además ninguna madre sabe qué alimentos no debería consumir durante el período de LM, por otro lado, el 30% de las madres sufren de complicaciones clínicas en la glándula mamaria durante el período de LM y el 57.5% de las madres, en período de LM, nunca practicaron ejercicios para fortalecer sus pezones durante el embarazo. En conjunto, estos resultados permiten observar que hay un alto porcentaje que desconocen el tiempo en que se debe dar LME, lo que conlleva a que en esta etapa un alto porcentaje de madres abandone esta práctica de manera exclusiva. Llegaron a la conclusión que la carencia de conocimientos sobre la importancia de la LM es ocasionada por la falta de información y educación a las madres que se encuentran en esa etapa de vida, lo que puede conducir a los altos índices registrados de morbilidad infantil durante el primer año de vida.⁴⁵

En 2009, en Tamaulipas, los autores Alma Valenzuela, Elena Soto, Marcos García y Luis Herrera, realizaron un estudio titulado “Capacitación sobre lactancia materna a personal de enfermería de un hospital de segundo nivel de atención”. Este estudio fue descriptivo y se realizó en una unidad médica del ISSSTE, con el objetivo de determinar si el personal de enfermería está capacitado en el programa de lactancia materna. En el estudio se incluyeron a 84 enfermeras durante su turno de trabajo, de base y confianza, auxiliares de enfermería, enfermeras generales, especialistas, jefes de sección, subjefes y jefe de enfermeras. Se aplicó una encuesta de 17 ítems con preguntas de opción múltiple, basado en el cuestionario original (48 reactivos con respuestas dicotómicas) de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN), los reactivos midieron aspectos teóricos y prácticos de la LM que incluyen los diez pasos hacia una lactancia exitosa propuestos por la OMS. Dentro de los resultados obtenidos destaca que el 58.4% del personal de enfermería obtuvieron calificación ≥ 8 puntos. La media



aritmética fue de 7.3, mediana de 6.7 y moda de 8.2 puntos. Con relación al número de respuestas afirmativas, los porcentajes estuvieron arriba del 80%. Llegando a la conclusión que no existe ningún obstáculo para capacitar al 100% del personal de enfermería ya que es un personaje significativo por la atención que brinda a los pacientes. ⁴⁶

En este mismo periodo de tiempo y país, los autores Elvinia Pinilla, Luis Orozco, Fabio Camargo, Patricia Alfonso, Edna Peña y Liz Villabona; realizaron un artículo titulado “Lactancia materna ineficaz: prevalencia y factores asociados”; con el objetivo de determinar la prevalencia y factores asociados al diagnóstico de enfermería en lactantes menores de 6 meses hospitalizados en una institución de tercer nivel. El estudio se realizó transversal, seleccionando a 108 binomios (madre e hijo) hospitalizados en una institución de tercer nivel de atención en el año 2009 y se aplicó un formato validado para identificar el diagnóstico. Se realizó análisis Rasch a las variables que representan las características definitorias del diagnóstico, con el cual se creó una escala de 0 a 100 y se construyó un modelo de regresión lineal con las variables asociadas a la medida del diagnóstico. En los resultados se observó una prevalencia del 93.5% del diagnóstico de enfermería “lactancia materna ineficaz” por la presencia de al menos una característica definitoria, las cuales fueron: el 92.59% de las madres dedicadas al hogar, el 9.26% refirió trabajar de manera independiente, el 2.78% eran estudiantes y el 19.44% refirieron que tenían tantas ocupaciones que no podía amamantar; además, el 91.67% de las madres refirió la incapacidad del lactante para agarrarse al pecho materno, el 78.70% de las madres refirió que su producción de leche fue suficiente, el 36.11% de lactantes se arqueaba y lloraba resistiéndose a ser alimentado, el 6.48% de las madres presentó problemas en el pezón que limitó la LM y una madre no realizó la LM por cirugía mamaria previa; por último, el 31.48% refirió sentirse ansiosa o triste al amamantar. En conclusiones, los autores nos mencionan que existe una tendencia desfavorable tanto en prevalencia como en duración de la LM en lactantes hospitalizados, así mismo, nos sugiere que la



promoción de esta praxis debe ser un trabajo en equipo que involucre no solo a la enfermera sino al personal de salud en general, pudiendo modificar las pautas hospitalarias para favorecer el contacto madre e hijo.⁴⁷

Durante 2010 y 2011, en Colombia, los autores Ricardo Sevilla, Lourder Zalles y Walter Cruz realizaron un artículo titulado “Lactancia materna vs nuevas fórmulas lácteas artificiales: Evaluación del impacto en el desarrollo, inmunidad, composición corporal en el par madre/niño”, dicha publicación tuvo como objetivo determinar el efecto de la lactancia materna y las fórmulas artificiales en el estado nutricional del par madre-niño/a, en el desarrollo psicomotor e inmunidad. Fue un estudio descriptivo comparativo transversal realizado en la consulta externa del Hospital del Niño Manuel Ascencio Villarreal. De 1174 pares madres/niños(as), 369 ingresaron al estudio: 265 recibieron lactancia materna exclusiva, 104 fórmula artificial exclusiva, 805 niños recibieron otros alimentos. Cumplieron criterios (sin patología grave, peso adecuado, no malformaciones congénitas, con lactancia materna y/o artificial exclusiva; hijos de madres sanas) 23% recibieron lactancia materna exclusiva (GLME); 9% recibieron fórmula artificial exclusiva (GFA). Como resultados obtuvieron que en madres/niños(as) (realizando examen clínico, encuesta nutricional, antropometría, evaluación del desarrollo psicomotor y ecografía de timo), en GFA: presentaron mayor peso (Madres 62.13 kg±14.40 aporte calórico alto y baja relación kcal/g proteínas, con mayor IMC: 26.96±5.11 y MGB: 27.52±9.55) en comparación con GLME (59.66kg±12.65 mejor relación kcal/g proteína, IMC 25.83±5.42; mayor MGB 22.59±9.40). En niños con GFA (P/TZ: 0.76 ±1.01 vs. GLME 0.34±1.07, IMC 0.49±1.15 y 0.26±1.09 en el grupo GLME), no se observaron diferencias significativas. La somatometría de las madres GFA (63.16±18.31 vs. 55.03±15.40 de GLME) (p=0.03) y en niños del GFA (15.50±3.77 vs. 15.21±2.77), no significativo. La superficie tímica en GLME fue mejor (677.68±119.22) vs. (501.15±85.86) GFA; menor infecciones 5.88% vs. 27.45% en GFA. Mejor desarrollo psicomotor: 100±0.00 vs GFA: 97.45±5.53 (p<0.001). Mejor PC: 0.58±0.99 vs. 0.18±0.72 en GFA (p=0.04). Concluyendo que



el aporte de la leche materna, beneficia no solo al niño/a, sino que contribuye a la relación madre-niño/a, lo cual permite encaminar las futuras investigaciones y/o estrategias, tomando en cuenta el entorno social y la evaluación constante de salud del par madre-niño/a para el éxito de la LM.⁵⁰

Durante el 2011, en Medellín, las autoras Beatriz López, Martínez Leydi y Natalia Zapata publicaron un artículo titulado “Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín”, planteándose como objetivo identificar los motivos de abandono temprano de la LME; para ello, realizaron un estudio descriptivo transversal con una confianza del 95% para una muestra de 303 madres con hijos menores de 24 meses, inscritos en uno de los programas sociales de la alcaldía de Medellín que habían abandonado la LME. Se aplicó una encuesta estructurada sobre las madres, sus hijos, los motivos para el abandono temprano y los alimentos introducidos. Se describieron frecuencias y evaluaron asociaciones con los motivos y edad de abandono de la lactancia materna exclusiva. Como resultados obtuvieron que el abandono temprano ocurrió principalmente antes de los 4 meses de edad del lactante en el 95.7% de los casos y las principales características presentadas fueron: 54.5% madres de entre 19 a 30 años, nivel de escolaridad secundaria de 68.6%, 88.4% de las madres tenían máximo dos hijos, un 45.2% convivían con el padre del menor y solo el 99.3% asistieron al programa de control prenatal; los motivos que favorecieron el abandono temprano de la LME, referidos por las madres, fueron: desconocimiento acerca de la LM con un 2.6%, rechazo del lactante con 13.2%, poca intención de la madre para lactar en 8.6%, problemas de producción en 45.9%, problemas de glándula mamaria en el 9.6%, estado de salud de la madre o lactante en 10.6%, ocupación en 16.2%, influencia de terceros en 8.6% y por ablactación en 9.2%. Concluyendo que pese a las recomendaciones de organizaciones internacionales como la OMS y UNICEF y de entidades nacionales, las madres continúan abandonando esta práctica antes de tiempo, aun perteneciendo a programas gubernamentales que brindan educación



nutricional desde la gestación, evidenciando, que 9 de cada 10 niños(as) abandonaron la LM antes de los 4 meses de edad, entre los cuales, 7 de cada 10 la remplazaron con fórmulas lácteas; sin embargo, consideran que faltan políticas que permitan promover la LME en la etapa prenatal y postnatal.³⁸

En 2012, en Cuernavaca; los autores Teresita González, Leticia Escobar, Luz González y Juan Rivera llevaron a cabo un estudio titulado “Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México”, con el objetivo de presentar prácticas de alimentación infantil (PAI) en México de la ENSANUT 2012 y ofrecer información para el desarrollo de políticas públicas. Se realizó un estudio probabilístico, la recolección de datos fue entre octubre de 2011 y mayo de 2012 obteniendo información de 50 528 hogares. Las participantes fueron mujeres en edad reproductiva entre los 12 y 49 años, con sus hijos vivos y menores de 3 años, así mismo, la información se solicitó a la madre o a la persona responsable de su alimentación. Los autores encontraron que la LM ya sea exclusiva o de cualquier tipo inicia por debajo de lo que recomienda la OMS y desciende rápidamente con la edad del niño. En general, los indicadores de LM muestran un deterioro con respecto a las encuestas anteriores en los grupos más vulnerables que fueron mujeres de medio rural, en la región sur del país, educación menor a la primaria, aquéllas sin acceso a servicios de salud o sin un empleo remunerado. Se obtuvo información de las razones por las cuales las madres de niños menores de 24 meses nunca amamantaron a sus bebés y la principal razón que dieron las madres fue: sensación de no tener leche (37.4%), enfermedad de la madre (13.7%), rechazo del lactante (11.4%), con menor frecuencia se mencionó no quiso la madre realizar la práctica, medicamentos tomados por la madre que limitaron la LM, enfermedad del lactante y le dieron fórmula en el hospital y consideró que era mejor esta práctica. Concluyeron que el deterioro tan marcado en prácticas de lactancia se observa por primera vez en la ENSANUT 2012 ya que ninguna otra encuesta nacional de México lo había reportado anteriormente. Se muestra que la lactancia ha llegado a niveles muy bajos; especialmente entre los



más vulnerables, lo cual ha provocado el aumento en consumo de fórmulas, así como en el consumo de agua, disminuyendo la LME. Consideraron que es indispensable concretar la política pública en pro de la lactancia y que será indispensable la implementación de estrategias de corresponsabilidad y rendición de cuentas de fabricantes de fórmulas infantiles y la vigilancia de una legislación laboral que apoye a las madres lactantes trabajadoras.³²

En este mismo año, en Chile, se llevó a cabo la investigación realizada por los autores: Rosa Niño, Gioconda Silva y Eduardo Atelah, matronas de la Escuela de Obstetricia; titulada “Factores asociados a la lactancia materna exclusiva”. Su objetivo fue conocer la prevalencia de lactancia materna y causas de destete precoz, en mujeres de distinto nivel socioeconómico controladas en el sistema público y privado de salud de Santiago. El estudio fue descriptivo transversal, en una muestra de mujeres atendidas en el sistema público y privado de atención de salud en Santiago de Chile. El instrumento utilizado fue desarrollado por Hernández, Fernández y Baptista, como una encuesta de respuestas cerradas y codificadas. Se realizaron 411 encuestas (256 sector público y 158 sector privado), Los resultados mostraron que el 90.5% de las encuestadas reconoció haber recibido información de LM, el 25% de las madres suspendió la LME antes de tres meses y el 46% la mantuvo hasta los 6 meses. Según lo referido por las madres, los principales motivos de abandono de la lactancia fueron: decisión propia, percepción materna que el niño quedaba con hambre, problemas de estética y en menor frecuencia a la salud del niño, trabajo o estudio materno. Las conclusiones fueron que los datos obtenidos son de gran interés ya que se puede proponer y fortalecer futuras intervenciones, con acciones coordinadas del equipo de salud, la mujer y su familia durante el embarazo, parto y puerperio, en todas las instancias de contacto y seguimiento.³⁷

En 2012, en Cuba, se realizó una investigación titulada “Educación prenatal: factor asociado al éxito de la lactancia materna” realizada por Zully Araya y Geovanna Brenes. Tuvo como objetivo investigar si la educación sobre lactancia materna



durante el periodo prenatal es un factor que contribuye al éxito de ésta, en comparación con la brindada a la puérpera durante su estancia hospitalaria y el postparto. Se aplicó la metodología de la práctica clínica basada en la evidencia, obteniendo 207 artículos, 16 en resumen y 191 en texto completo, de los cuales, solo 12 proporcionaron resultados pertinentes a la investigación. Los instrumentos empleados para el análisis crítico de la evidencia recuperada fueron: el AGREE para Guías de Prácticas Clínicas, que evalúa tanto la calidad de la información aportada en el documento como la calidad de algunos aspectos de las recomendaciones y el CASPe, un programa para ayudar a adquirir habilidades en el análisis y en lectura crítica de la literatura científica en salud. Los resultados muestran que las intervenciones lideradas por profesionales de la salud para la promoción y el apoyo de la LM aumentan las tasas de iniciación, duración y exclusividad de esta; el buen logro de la lactancia materna y la alimentación complementaria adecuada dependen de una información precisa y de un apoyo competente de la familia, la comunidad y del sistema de atención de salud. Llegando a la conclusión que la promoción y apoyo de la lactancia materna se puede lograr a través de intervenciones en el transcurso del embarazo, en el momento del parto, después del parto y la lactancia, en estas, se deben enfatizar los beneficios de la lactancia y brindar consejos prácticos para aumentar las tasas de inicio de la LM. ⁶

Entre 2013 y 2014, en Cuba, los autores Remigio Gorrita, Alcira Terrazas, Dailin Brito y Yenisley Ravelo realizaron un estudio titulado “Algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida”. Su objetivo fue evaluar algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida. Para ello, se realizó un estudio descriptivo y prospectivo en 60 lactantes de 7 consultorios médicos pertenecientes al Policlínico “Rafael Echezarreta”, de San José de Las Lajas, nacidos entre los meses de mayo de 2013 y mayo de 2014, y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Se tomaron como variables: edad en meses,



tipos de lactancia, enfermedades durante el primer semestre, ingresos hospitalarios y causas de abandono de la LM. Para la obtención de información, se confeccionó una planilla en la que se recogió cada mes, y en cada lactante, la información requerida de las historias individuales y de la encuesta realizada a cada madre; la información se incorporó a una base de datos. En resultados se encontró que en el 4° mes solo el 41.6 % disfrutaba de LME y al 6° mes únicamente el 13.3%; las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas fueron las entidades más frecuentes, y hubo mayor número de enfermos en aquellos sin lactancia materna exclusiva; las causas expuestas de abandono de la lactancia fueron que las madres percibían que el bebé no se llenara con un 40%, percepción que no tenía suficiente leche lo señaló el 32.6%, madres a las que el médico pediatra les mencionó que el bebé no aumentaba de peso en un 23%, el bebé rechazaba el pecho con un 9.6% y la madre no deseaba dar el pecho con un 9.6%. Concluyendo que un bajo porcentaje de madres cumplía con la exclusividad de la LM hasta el sexto mes, que las EDAS e IRAS y los ingresos hospitalarios ocurrieron de forma mucho más significativa en aquellos que no recibieron LME y que decir que el niño no se llena, que no aumenta de peso y que la madre no tiene suficiente leche, fueron los argumentos esgrimidos por estas para abandonar la lactancia materna.³⁹

En 2014, en el estado de Sonora se publicó el artículo titulado “Intervención Educativa sobre Lactancia Materna en el Servicio de Neonatología del Hospital Infantil del Estado de Sonora”, publicado por Víctor Macías Rioja, Carlos Arturo Ramírez-Rodríguez, Erika Matilde Martínez Carballo, Juan Miguel Ochoa López, Elizabeth Hoyos Loya y Paulina Blanco Cervantes; en él se estableció el objetivo de educar a las madres de los recién nacidos hospitalizados sobre las técnicas de extracción, almacenamiento, así como las ventajas de la lactancia materna; para ello se realizó un estudio de intervención educativa a fin de mejorar la práctica de lactancia materna, durante el periodo 01 de febrero del 2014 al 30 de abril del 2014, el cual, fue observacional y descriptivo e incluyó a todo recién nacido que



ingresara a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Infantil, se registró el tipo de alimentación enteral con que inició y posteriormente al egreso hospitalario, se elaboró un taller audiovisual sobre LM y folletos informativos dirigidos a las madres de los pacientes hospitalizados, haciendo énfasis en sus ventajas a corto y largo plazo, así como sus técnicas de almacenamiento y extracción, posterior a la información se les aplicó un examen para evaluar el grado de conocimiento adquirido. Se impartieron un total de 9 talleres audiovisuales de capacitación, con un total de 84% de asistencia y 92% de calificaciones aprobatorias, se incluyeron a 115 pacientes que ingresaron a la UCIN en el período de estudio. Como resultados obtuvieron que, posterior a la intervención educativa, la alimentación con leche humana incrementó a 48.5%, 13.6% con alimentación mixta, 23.2% con fórmula maternizada y 14.7% estaba en ayuno por orden médica secundaria estado crítico; la alimentación de los pacientes al egreso hospitalario fue 21.8% con leche humana, ayuno médico 14.7%, alimentación mixta 37.1%, fórmula maternizada 26.4%, observándose un incremento del 20.3% de la alimentación con leche humana en comparación con la encuesta realizada antes de la intervención educativa de la lactancia materna. Los autores concluyeron que es necesario realizar un reencuentro con la LM, a nivel social e institucional, a fin de evitar el deterioro progresivo observado año con año en el país, por lo cual, recomiendan implementar políticas en todos los niveles de atención, además de capacitar al personal de salud por medio de talleres específicos con el fin de fomentar la práctica.⁴⁴

Durante 2014, en Morelia fue publicado un artículo titulado “Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna en un programa de apoyo para la misma en el Hospital de la Mujer, en el periodo de septiembre a noviembre del 2014”, realizado por Méndez Jacobo, Rojas Vázquez, Reyes Barretero y Trujano Ramos. Con el objetivo de analizar los factores sociodemográficos que influyen en el abandono de la lactancia materna en un grupo de apoyo a la misma. Para ello se llevó a cabo un estudio descriptivo, prospectivo, observacional y transversal, en el



Hospital de La Mujer en Morelia, Michoacán, de septiembre a noviembre, con un total de 86 mujeres en periodo de puerperio en la planta de ginecología, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron firmar la carta de consentimiento informado, se les aplicó una encuesta semiestructurada de 30 preguntas cerradas y abiertas, además, para el análisis de datos se consideró como lactancia materna suficiente aquellas cuyo periodo de lactancia fuera igual o mayor a 6 meses de acuerdo con las recomendaciones de la OMS y UNICEF. Teniendo como resultados que las causas por las cuales se abandona la LME son: edad menor de 25 años (19.1%), localidad urbana (16.9%), estado civil unión libre (15.7%) y por trabajo de la madre (9%), escolaridad de preparatoria (9%), madres dedicadas al hogar (23.6%) y recomendación médica (18%). Como conclusiones, los autores mencionan que el personal de salud sigue teniendo un papel importante en el apoyo y orientación de las mujeres en el periodo de puerperio, por ello, consideran de suma importancia implementar y reforzar los programas de apoyo y asesoramiento sobre beneficios y prácticas adecuadas de LM, para de esta forma, influir positivamente en las decisiones relacionadas con las prácticas de alimentación en los primeros años de vida del lactante.³⁰

En 2014, fue realizada una tesis doctoral por el autor Leonardo Rodríguez con el título “Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres derechohabientes de la ciudad de Córdoba Veracruz”. Su objetivo fue determinar cuáles son los factores asociados al abandono de la LME en mujeres derechohabientes. Para su cumplimiento efectuó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo, mediante la aplicación de encuestas de 20 ítems sobre lactancia materna a 130 mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En resultados encontró que 103 madres abandonaron la lactancia antes de los seis meses, la media de edad fue de 27.33 ± 5.678 años, la escolaridad predominante fue bachillerato 55.6%; el 93.1% contaban con una pareja estable y el nivel socioeconómico en el 54.6% de las familias fue bajo, el 56.92% de los casos eran primigestas, el 83% de los casos



llevó un control prenatal adecuado, solo el 66.9% de los embarazos fueron planeados, el 63.8% de estos finalizaron por cesárea, el 90.8% de las pacientes iniciaron la lactancia antes de la primera hora posterior al parto, solo el 31.5% de las madres recibieron orientación sobre la lactancia durante el embarazo y el 72.3% de las madres tuvo un grado de información alto sobre la lactancia; la influencia en la educación materna respecto a la lactancia es fundamental, las pacientes que abandonaron la lactancia no tuvieron una adecuada capacitación por el personal de salud a cargo con un $p=0.036$ y el nivel de conocimiento de la madre sobre la lactancia fue fundamental pues a menor conocimiento en la lactancia mayor índice de abandono con una $p=0.000$. Llegando a la conclusión que el principal factor que influyó en el abandono de la lactancia materna exclusiva fue el bajo conocimiento que poseían las madres acerca de dicho tema y que además, repercutió importantemente en su decisión de abandonarla, mencionando que el bajo nivel de conocimientos aumenta dieciocho veces más la posibilidad de que las mujeres abandonen la lactancia materna. Por último, señala que es importante que se considere la implementación de técnicas didácticas diferentes para mejorar la capacitación de las pacientes y su familia, con actividades como talleres asistenciales, principalmente en las áreas de primer nivel de atención.³¹



CAPÍTULO III

Planteamiento del problema

En esta investigación se pretende responder y aportar información al CIETEP con relación a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la frecuencia con la que se expresan los factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en el binomio madre-lactante que acuden al CIETEP?

En 2014, fue emitido el Informe del Estado Mundial de la Infancia, donde se revelan las disparidades para impulsar los derechos de la niñez, mostrando que nuestro país tiene el segundo porcentaje más bajo de lactancia materna, comparado con el promedio de todas las naciones, el cual se ubica por debajo del promedio internacional.¹

Datos publicados por la ENSANUT en 2012, reportó que cada año nacen en México alrededor de 2'400,000 niños y niñas, pero sólo 1 de cada 7 goza de los beneficios de la leche materna. Por ello, la UNICEF se ha enfocado a la capacitación de profesionales de salud, madres, padres y hacedores de políticas públicas, para que se conozca la importancia de promover la alimentación exclusiva de los niños con leche materna los primeros seis meses de vida (desde la primera hora de su nacimiento), en vez de acudir a productos que la sustituyen. Frente a dicha problemática, en 2015 la UNICEF reportó que a nivel mundial las tasas de lactancia materna no disminuyeron, sino que en muchos países incluso han aumentado en la última década, aunque no lo esperado. Isabel Crowley, representante de UNICEF en México, señala que los prejuicios y mitos son los principales obstáculos para la práctica de la lactancia materna e influyen en que sólo uno de cada siete niños en México sea amamantado, además de mencionar que, si todos impulsamos la lactancia materna, podemos prevenir enfermedades y hasta la muerte de millones de niños en el país.¹³

La ley para la protección, apoyo y promoción a la lactancia materna del Estado de México, es de orden público, interés social, de aplicación obligatoria y observancia general, su objeto es proteger, apoyar y promover la LM y las prácticas óptimas de



alimentación de lactantes y niños pequeños, a fin de establecer las condiciones para garantizar su salud, crecimiento y desarrollo integral, con base en el interés superior de la niñez, que es la prioridad que ha de otorgarse a los derechos de los lactantes y niños pequeños respecto de cualquier otro derecho.⁵¹

El Estado de México, consciente de la relevancia que la LM representa en la alimentación, nutrición y desarrollo integral de las niñas y los niños mexiquenses ha llevado a cabo diversas acciones que favorecen esa práctica.⁵¹

Un informe de investigación realizado en el CIETEP en 2015, reportó que las causas de abandono de la LME, indicadas por las madres fue la baja producción de leche con un 40%, rechazo del lactante con un 14%, uso de medicamentos durante la LM con un 12% y 6% por indicaciones médicas.⁵²

Esta problemática, es más evidente en madres que son susceptibles a la influencia social, con nivel de conocimientos deficientes, a la calidad de la atención brindada en los servicios de salud, entre otros factores que resultan determinantes en la decisión de dar, o no, leche materna a sus hijos de manera exclusiva.

Todo lo que necesita el lactante para desarrollarse de manera óptima está en la leche materna, ya que éste es el alimento completo y nutritivo durante los primeros seis meses de vida, además de estar equilibrado entre sus componentes debido a que contiene las cantidades exactas de grasas, proteínas, azúcares, vitaminas y minerales, por tanto, previene enfermedades y contribuye al desarrollo de un mayor coeficiente intelectual del bebé, así como a mejorar su desarrollo psicomotor. Por ello, consideramos que la provisión adecuada de información puede ser un factor protector de la lactancia materna exclusiva y que debería ser accesible a toda la población, ya que su promoción contribuirá a la reducción de los costos sanitarios, generando beneficios económicos para las familias y para el país, además de disminuir la morbilidad durante los primeros meses de vida del lactante.³



Pregunta de investigación

¿Cuál es la frecuencia con la que se expresan los factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en el binomio madre-lactante que acuden al CIETEP durante el periodo de pasantía comprendido de agosto 2016 a julio 2017?

Justificación

En el contexto mundial, diferentes organismos como la OMS y la Unicef, reconocen y recomiendan la práctica de la LME como uno de los factores que más contribuyen con la salud y la adecuada alimentación de los niños, especialmente si se ofrece en forma exclusiva hasta el sexto mes de vida con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años.³

La Unicef publicó que, para el periodo 2003-2008, sólo el 38% de los niños y niñas de cero a cinco meses del mundo en desarrollo y un 41% de niños de Latinoamérica y el Caribe se alimentan exclusivamente de leche materna.

A nivel mundial se estima que solamente 34.8% de lactantes reciben LME durante los primeros 6 meses de vida; la mayoría recibe algún otro tipo de alimento o líquido en los primeros meses. Datos obtenidos de 64 países indican que la situación está mejorando. Entre 1996 y 2006, la tasa de LME durante los primeros 6 meses de vida se incrementó de 33% a 37%. Específicamente para Latinoamérica y el Caribe, excluyendo Brasil y México, el porcentaje de lactantes con LME se ha incrementado de 30% (1996) a 45% (2006).^{10 12}

Por su parte, México ha pasado por un proceso en el cual se ha dejado de practicar la lactancia materna, y se han modificado las dietas y hábitos alimentarios; todo ello debido al crecimiento económico, la urbanización (disminución de las actividades primarias y descenso de la población rural), el abaratamiento de alimentos procesados, en comparación con los frescos, sin olvidar el impacto de la incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo.⁴⁰



Según los resultados de la ENSANUT 2011-2012, entre los años 2006 y 2012, a nivel nacional, la LME en niños menores de 6 meses disminuyó de 22.3% a 14.4%, siendo mayor en el medio rural, donde la reducción fue de 36.9% a 18.5%. Únicamente 38.3% de los niños son expuestos al seno en la primera hora de vida. La LM es la estrategia de menor costo en la disminución de la mortalidad infantil; por tanto, contar con información de base que apoye la formulación de políticas y estrategias de promoción es relevante para la implementación de estrategias para mejorar la salud integral de los niños y las niñas en el país. ¹

Objetivos

Específico

Describir y analizar la frecuencia con la que se expresan los factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en el binomio madre-lactante que acuden al CIETEP durante el periodo de pasantía comprendido de agosto 2016 a julio 2017.

Operacionales

- Construir, validar y aplicar un instrumento para la recolección de datos.
- Identificar teóricamente los factores que se encuentran asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva.
- Jerarquizar los factores asociados teóricamente al abandono de la lactancia materna exclusiva más frecuentes que se presentan en binomio madre-lactante que acuden al CIETEP.
- Analizar las principales frecuencias observadas para cada factor asociado al abandono de la LME, comparándolas con investigaciones previas y planteando una probable explicación a las mismas.



- Comparar las frecuencias observadas de algunos factores asociados al abandono de la LME en un estudio previo realizado en el CIETEP con nuestros resultados.
- Proponer estrategias de prevención para aquellos factores que tengan mayor importancia jerárquica.



CAPÍTULO IV

Metodología

A partir de la aplicación de una encuesta a 108 binomios madre-hijo que acudieron a valoración del neurodesarrollo del lactante en el CIETEP, se obtuvieron las frecuencias para cada uno de los factores asociados (según la literatura) al abandono de la LME. El diseño de la investigación incluyó la selección no probabilística de los binomios con la finalidad de obtener los datos necesarios y calcular las frecuencias mencionadas.⁵² Los resultados obtenidos fueron comparados contra frecuencias de cuatro factores asociados (Baja producción de leche, rechazo del lactante, uso de medicamentos, indicaciones médicas) en un estudio previo realizado en el CIETEP, con la finalidad de conocer si es que hubo algún cambio en dichas frecuencias.

Diseño de la investigación (diagrama), según nomenclatura propuesta por Campbell y Stanley en 1990 y modificada por Alonso, en 2010.

G1 O1 >> */* (X)

G1 = Grupo de binomios seleccionados no probabilísticamente.

O1 = Aplicación de instrumento de medición validado

>> = Lo que nos conduce a...

/ (X) Ponderar las frecuencias de los factores que se encuentran asociados (teóricamente) al abandono de la lactancia materna.

Tipo de investigación

Transversal, ya que se realizó una sola medición de los factores asociados al abandono de la LME a cada uno de los binomios, Prospectiva, pues la recogida de datos ocurrió después de la planeación del proyecto, observacional dado que no se aplicó ninguna intervención a los binomios y descriptivo porque se midió únicamente una variable de interés, **Factores Asociados al abandono de la LME**, variable a la cual se le calculó su frecuencia de ocurrencia.



Nivel de la investigación

Nivel descriptivo, ya que el estudio fue univariado en el cual únicamente se calcularon las frecuencias de la variable de interés **Factores Asociados al abandono de la LME**. Cabe mencionar que esta variable a su vez está integrada por cuatro dimensiones; Factores personales, biofísicos, sociales y psicológicos. En el cuadro de operacionalización de variables se describen las categorías de cada uno de los indicadores de las cuatro dimensiones.

Población de estudio

La población se encuentra comprendida por el binomio madre-lactante que forman parte del programa de Desarrollo y Estimulación Temprana del CIETEP, dentro de la Clínica Universitaria de Salud Integral de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala durante el periodo de agosto de 2016 a julio de 2017.

Tamaño de la muestra

El presente estudio contará con un marco de muestreo que consta de todos los binomios madre-lactante que acuden al CIETEP en un periodo de agosto de 2016 a mayo de 2017, que cumplan con los criterios de inclusión. Los binomios que acudieron al CIETEP durante el periodo que se consideró en este estudio, fueron invitados a participar

Para conocer nuestro tamaño muestral, se utilizó un algoritmo matemático sugerido para cuando se cuenta con un marco muestral conocido.

El algoritmo utilizado se muestra a continuación.

$$n_o = \frac{Z(pq)}{E^2} = \frac{(1.96)^2 - (50 \times 50)}{(5)^2} = \frac{3.8416 (2500)}{25} = \frac{9604}{25} = 384.16$$



$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{(n_o - 1)}{N}} = \frac{384.16}{1 + \frac{(384.16 - 1)}{150}} = \frac{384.16}{1 + \left(\frac{383.16}{150}\right)} = \frac{384.16}{1 + 2.55} = \frac{384.16}{3.55}$$

= 108 binomios

n_o = tamaño muestral previo

N = Tamaño de la población. Aproximadamente de 150 binomios madre - lactante

E = Error máximo aceptable. El más utilizado suele ser el 5%

Z = Confianza pq. Existe una tabla en la cual, el investigador elige cuál será su nivel de confianza, la que elegimos fue de 1.96, valor que corresponde al 95% del área debajo de una curva de distribución Z .

p = probabilidad de que cada binomio sea seleccionado a partir de la muestra original, en este caso se consideró un valor teórico del 50%.

q = Complemento de p para alcanzar el 100%

Unidad de estudio

Criterios de inclusión

- Binomios madre- lactante de 0 a 36 meses de edad a término y pretérmino, que se encuentran vigentes y acuden al programa impartido en CIETEP.
- Binomio que ha abandonado la lactancia materna.
- Que hayan presentado uno o varios factores asociados al abandono de la lactancia materna.
- Lactantes que abandonaron lactancia materna exclusiva.
- Madres que aceptan participar y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Madres de lactantes que no se encuentren en el momento de la valoración de su hijo y que hayan ofrecido lactancia materna exclusiva desde el nacimiento.



Criterios de eliminación

- Encuestas que se encuentren incompletas o que no cumplan con criterios de inclusión.
- Abandono del programa en el CIETEP durante el desarrollo del protocolo de investigación

Tipo de muestreo

Muestreo no probabilístico, de tipo “Por conveniencia”.

Técnica de recolección de datos

Dicha recolección se realizó por medio de una encuesta, ya que se busca conocer la respuesta de un grupo de individuos, siendo de tipo cuantitativa. Además, se requirió de un instrumento que provocara las reacciones en el encuestado; es heteroadministrado ya que existió un encuestador (sincrónico).⁵⁶

Tabla 5. Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN	VALOR FINAL	ESCALA	TIPO
Factores asociados al abandono de lactancia materna exclusiva	Se refiere a los factores por los cuales las madres no dieron lactancia materna exclusiva los lactantes: <ul style="list-style-type: none"> ● Personales ● Biofísicos ● Sociales culturales ● Psicológicos y	1 – 2	Si No	Categoría nominal Dicotómica
		1 – 5	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	Categoría ordinal
		1 – 2	Rural Urbano	Categoría nominal Dicotómicas
		1 - 4	Exclusiva Mixta Formula No aplica	Categoría nominal Politómicas

Las variables que forman parte del estudio son los factores asociados al abandono de la LME. Realizado por las autoras.



Instrumento utilizado y técnica de validación

El diseño de nuestro instrumento fue elaborado con la finalidad de obtener datos concretos acerca de los factores asociados al abandono de la LME en el lactante antes de cumplidos seis meses de edad.

Para ello, se procedió a identificar las preguntas que serían incluidas en dicho instrumento para darle claridad, precisión y coherencia; además de englobar los posibles factores que se presentaron en el binomio madre – lactante; para ello, se dividieron los factores por 4 dimensiones: personal, biofísico, sociocultural y psicológico (tabla 6), con la finalidad de aportar un enfoque biopsicosocial de los participantes y yendo de lo general a lo particular.

La formulación de cada pregunta tomó en consideración un lenguaje coloquial para asegurarnos que todas las preguntas fueran comprensibles, para su posterior aplicación, así como sintetizar en preguntas concretas y relevantes para obtener un instrumento breve.

Por último, el instrumento se dividió en los tres tipos de instrumentos de medición documental: cuestionario, escala e inventario, ya que de esta forma se analiza lo destacado del binomio, considerando la esfera biopsicosocial de cada uno. A continuación, se muestra dicha clasificación.

Tabla 6. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva.

DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE INSTRUMENTO
Personales	Edad materna	Inventario
	Escolaridad	Inventario
	Ocupación	Inventario
	Ingreso mensual	Inventario
	Paridad	Inventario
	Autopercepción	Escala
	Cocimiento acerca del concepto de LME	Cuestionario
Biofísicos	Vía de nacimiento	Inventario
	SDG	Inventario
	Patologías maternas	Inventario
	Morfologías maternas	Inventario
	Patologías del lactante	Inventario
	Rechazo del lactante	Inventario
	Producción láctea y mantenimiento	Escala
Socioculturales	Sistema sanitario	Inventario
	Estructura de la sociedad	Inventario
	Zona de residencia	Inventario
Psicológicos	Estrés	Escala

De acuerdo con la literatura, dichos factores se agrupan en 4 categorías con la finalidad de identificar posibles limitaciones durante el periodo de LME. Realizado por las autoras.



Validación interna del instrumento

Validez de contenido

Nuestro instrumento fue sometido a una validez de contenido a través de una consulta de revisión de expertos, quienes ajustaron enunciados, conceptos en referencia a conocimientos, actividades y prácticas.

Validez de constructo

Cuestionario

Varianza → Ya que la varianza es diferente a 0, podemos concluir que la pregunta es aceptada.

Tabla 7. Varianza de cuestionario

PREGUNTA 1	N	Varianza
	22	0.398

Resultado obtenido por medio de estadísticos descriptivos con el programa SPSS.

Inventario

Varianza → Cada varianza con reactivo diferente a 0 es aceptada a excepción del reactivo 1 y 2, los cuales fueron eliminados.

Tabla 8. Varianza de inventario

	N	Varianza		N	Varianza
REAC1	22	0,000	REAC9	22	,184
REAC2	22	0,000	REAC10	22	,262
REAC3	22	,045	REAC11	22	,253
REAC4	22	,087	REAC12	22	,253
REAC5	22	,184	REAC13	22	,208
REAC6	22	,156	REAC14	22	,242
REAC7	22	,227	REAC15	22	,242
REAC8	22	,123	REAC16	22	,087

Resultados obtenidos por medio de estadísticos descriptivos con el programa SPSS.



Escala

Varianza → Ya que la varianza es diferente a 0, podemos concluir que cada ítem es aceptado.

Tabla 9. Varianza de escala

	N	Varianza
ITEM1	22	1.974
ITEM2	22	2.348
ITEM3	22	2.253

Resultados obtenidos por medio de estadísticos descriptivos con el programa SPSS.

Correlación ítem – total → Ya que el ítem 1 es igual a 0.536, se observa que la correlación es moderada. Por otro lado, el resultado del ítem 2 y 3 nos muestra un resultado mayor a 0.8, concluyendo que la correlación es muy fuerte.

Tabla 10. Corrección ítem-total del instrumento

		ITEM1	ITEM2	ITEM3	ITEMTOTAL
ITEM1	Correlación de Pearson	1	.153	.111	.536*
	Sig. (bilateral)		.497	.623	.010
	N	22	22	22	22
ITEM2	Correlación de Pearson	.153	1	.793**	.872**
	Sig. (bilateral)	.497		.000	.000
	N	22	22	22	22
ITEM3	Correlación de Pearson	.111	.793**	1	.853**
	Sig. (bilateral)	.623	.000		.000
	N	22	22	22	22
ITEM TOTAL	Correlación de Pearson	.536*	.872**	.853**	1
	Sig. (bilateral)	.010	.000	.000	
	N	22	22	22	22

Resultados obtenidos por medio de correlaciones bivariadas de Pearson con el programa SPSS.

Confiabilidad

1. Alfa de Cronbach: El resultado de esta ecuación es de 0.631, lo que nos indica que la confianza es fuerte.



Tabla 11. Confianza del instrumento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0.631	3

Resultado obtenido por medio del análisis de fiabilidad con el programa SPSS.

Validación externa del instrumento

Interpretación de test y retest

Se realizó una prueba piloto en 10 sujetos, en un primer y segundo momento para la realización de la validación externa. Como primer paso se realizó una prueba de normalidad de datos y considerando que nuestra muestra es <50 se utilizó una prueba de normalidad de Shapiro-Wilk. Los resultados de dicha prueba mostraron una distribución no normal, por lo que se procede a utilizar la prueba de Coeficiente de correlación de Spearman para verificar el cumplimiento de los tres puntos de estabilidad, detallados a continuación:

Sección 2

1. Correlación \rightarrow El valor de $p=0.006$, lo cual nos indica que si hay correlación entre las respuestas, siendo la respuesta diferente a cero.
2. Sentido de la correlación \rightarrow Rho de Spearman fue de 0.791, siendo un valor positivo nos indica que existe una correlación entre la primera y segunda medición.
3. Intensidad de la correlación \rightarrow Al ser Rho de Spearman de 0.791, observamos que la significancia de la correlación es fuerte.

Con lo expuesto anteriormente, concluimos que La sección 2 del instrumento realizado presenta estabilidad, cumpliendo con la validación externa.

Sección 3

1. Correlación \rightarrow El valor de $p = 0.001$, lo cual nos indica que si hay correlación entre las respuestas, siendo la respuesta diferente a cero.



2. Sentido de la correlación → Rho de Spearman fue de 0.872, siendo un valor positivo nos indica que existe una correlación entre la primera y segunda medición.
3. Intensidad de la correlación → Al ser Rho de Spearman de 0.872, observamos que la significancia de la correlación es muy fuerte.

Tabla 12. Correlaciones no paramétricas del instrumento

		PRESEC C2	POSTSEC C2	PRESEC C3	POSTSEC C3	
Rho de Spearman	PRE SECC2	Coeficiente de correlación	1.000	,791**	.117	-.054
		Sig. (bilateral)		.006	.747	.882
		N	10	10	10	10
	POST SECC2	Coeficiente de correlación	,791**	1.000	.102	.121
		Sig. (bilateral)	.006		.780	.740
		N	10	10	10	10
	PRE SECC3	Coeficiente de correlación	.117	.102	1.000	,872**
		Sig. (bilateral)	.747	.780		.001
		N	10	10	10	10
	POST SECC3	Coeficiente de correlación	-.054	.121	,872**	1.000
		Sig. (bilateral)	.882	.740	.001	
		N	10	10	10	10

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Resultados obtenidos por medio de correlaciones no paramétricas (Rho de Spearman) con el programa SPSS.

Por lo cual, concluimos que la sección 3 del instrumento también presenta estabilidad, dado que cumple con los tres criterios de validación externa.



Aspectos éticos

La declaración de Helsinki, establece que nunca los intereses de la ciencia o de la sociedad pueden prevalecer sobre los del individuo, la proporcionalidad entre los objetivos del estudio y los riesgos a que se somete a los participantes (CONAMED).⁵³ Por ello, la estrategia principal de la aplicación del instrumento será la recopilación de datos, en forma general de los participantes, por lo cual, se respetó y mantuvo a lo largo de la investigación la confidencialidad de los datos obtenidos.

Para ello, el presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. En el cual, se tomó en consideración lo que establece el título segundo “aspectos éticos de la investigación en seres humanos”

- Capítulo I, artículo 13 y 14 fracción I, se ajustó a los principios éticos y científicos que lo justifiquen.
 - Fracción V, se contará con el consentimiento informado por escrito de cada participante.
 - Fracción VI, se realizará por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano.
- El estudio se considerará sin riesgo para los participantes, debido a que no se realiza ninguna modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio; según el artículo 17, fracción I.
- Para que el consentimiento informado fuera considerado existente, cada sujeto de la investigación recibió una explicación clara y completa, de tal forma que pudiera comprenderla; según el artículo 21, en sus fracciones I, II, VII y VIII.



Así mismo, como profesionales de enfermería, dicha investigación se rige por los principios éticos fundamentales necesarios para el desempeño correcto en todas las intervenciones, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona, a continuación, expuestos.

- **Beneficencia y no maleficencia.** Nuestra obligación es promover el bien y prevenir el infringir daño o maldad a nadie.
- **Justicia.** Se satisfarán las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, traducándose en un trato humano.
- **Autonomía.** Se respetarán a las personas como individuos libres, teniendo en cuenta sus decisiones, valores y convicciones personales. Respetando la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

Para el cumplimiento de dichos principios, a cada participante se le hizo entrega de un consentimiento informado por escrito, en el que consta que la información será completamente anónima y con fines estadísticos, protegiendo la integridad de cada persona y manteniendo el secreto profesional de dicha información.

Plan de análisis estadístico. Descriptiva

Para las frecuencias de cada indicador, se elaboraron cuadros resumen.

Plan de análisis estadístico. Inferencial

Se utilizó la prueba Chi cuadrada para comparar las prevalencias de algunos factores de riesgo en un estudio previo y en el presente.

El nivel de significancia se estableció en 5%.



CAPÍTULO V

Resultados

Conforme a los resultados encontrados dentro de la dimensión de aspectos personales podemos determinar que el 88.9% de las madres sí conocen el concepto acerca de la LME.

Además, la edad en las madres se observó que el 88.6% eran mayores a 25 años, no obstante, la literatura refiere que este no es factor de abandono.

Comparando con el ingreso mensual, que fue superior a los 4000 pesos con una frecuencia de 80.6%, concluyendo que este es un factor que influye en el abandono de la LME, ya que cuentan con el sustento económico para adquirir fórmulas lácteas o sustitutos de la LM.

El 66.6% de las madres afirman que el lactante, tomado en cuenta en el binomio, es su primogénito, lo cual es indicador del abandono de la LME por ausencia de experiencia previa en el tema.

El grado de estudios en nuestra muestra de estudio, fue de nivel superior con un porcentaje de 52.8%.

Conforme a la ocupación en las madres, se obtuvo una mayor incidencia en aquellas que mencionan dedicarse al hogar con un 47.2%.

La autopercepción de la madre mostró un 25.9% que indicó que su producción de leche fue suficiente para alimentar al lactante y el 25% consideró que su hijo siempre quedaba satisfecho al alimentarlo.

A continuación se muestra el cuadro 1 con los resultados en aspectos personales:



Cuadro 1.- Frecuencia de ocurrencia de cada uno de los indicadores para “Aspectos personales”.

DIMENSIÓN	INDICADOR	FRECUENCIA (%)
Edad	≤ 25 años	19.4
	> 25 años	80.6
Grado de estudios	Primaria	2.8
	Secundaria	4.6
	Media superior	33.3
	Superior	52.8
	Posgrado	6.5
Ocupación	Trabaja	45.4
	Hogar	47.2
	Estudia	7.4
Ingreso mensual	≤ \$ 4000.00	19.4
	> \$ 4000.00	80.6
Paridad (número de hijos)	Uno	66.7
	Dos o mas	33.3
Autopercepción de producción láctea suficiente	Nunca	23.1
	Casi nunca	14.8
	Algunas veces	18.5
	Casi siempre	17.6
	Siempre	25.9
Autopercepción de satisfacción del lactante	Nunca	23.1
	Casi nunca	16.7
	Algunas veces	19.4
	Casi siempre	15.7
	Siempre	25.0
Conocimiento acerca del concepto de LME	Correcto	88.9
	Incorrecto	11.1

La mayor frecuencia (88.9%) se observó en aquellas mujeres que conocían el concepto de “lactancia materna exclusiva”. La edad > 25 años (80.6%), tener estudios de licenciatura (52.8%) y un ingreso mensual >\$4000 (80.6%) también tuvieron frecuencias importantes.



En la dimensión de aspectos biofísicos, se observó que no se presentaron enfermedades en las madres que limitaran la LME con un 98.1%.

Conforme al tratamiento farmacológico, el 91.7% de las madres no recibió ninguno que limitara la LME.

Dentro de las morfologías maternas, el 87.7% de las madres no presentaron pezón invertido.

En cuanto al lactante, el 86.1%.no presentó alguna enfermedad que limitara la LME.

Del total de lactantes, el 80.6% no rechazó ser alimentado con leche materna, 73.1% no tuvieron problemas para succionar adecuadamente y 76.9% fueron productos a término.

La vía de nacimiento, mantuvo una prevalencia de 78.7% en cesárea; indicando en la teoría que esta vía es factor predisponente para el abandono de la LME, debido a que retrasa el proceso de liberación de oxitocina por la ausencia de trabajo de parto.

Durante el periodo postparto inmediato, el 75.9% de los recién nacidos no requirió hospitalización.

A continuación se muestra el cuadro 2 con los resultados en aspectos biofísicos:

Cuadro 2.- Frecuencia de ocurrencia de cada uno de los indicadores para “Aspectos biofísicos”.

DIMENSIÓN	INDICADOR	FRECUENCIA (%)
Vía de nacimiento	Cesárea	78.7
	Parto	21.3
Semanas de gestación	Menor o igual a 37 semanas	23.1
	>37 semanas	76.9
Patologías maternas	Si	1.9
	No	98.1
Tratamiento farmacológico	Si	8.3
	No	91.7
Morfologías maternas	Si	13.0
	No	87.0
Patologías del lactante 1	Si	13.9
	No	86.1
Patologías del lactante 2	Si	26.9
	No	73.1
Hospitalización postparto	Si	24.1
	No	75.9
Tipo de Lactancia	Materna	1.9
	Fórmula	13.9
	Mixta	13.0
	No aplica	71.3
Rechazo del lactante	Si	19.4
	No	80.6

La mayor frecuencia (98.1%) se observó en aquellas mujeres que no presentaron patologías maternas. Sin tratamiento farmacológico de la madre (98.1%), sin patologías del lactante (86.1%) y sin rechazo del lactante (80.6%) también tuvieron frecuencias importantes.



Analizando los resultados en la dimensión de aspectos socioculturales, la residencia del 95.4% fue en una zona urbana, lo que implica un factor para el abandono de la LME, debido a la industrialización y urbanización desmedida que ha ejercido la difusión de información masiva para el consumo de fórmulas lácteas.

Dentro de la estructura de la comunidad donde habitan los binomios, se acostumbra en un 79.6% alimentar a los lactantes con LM. En el entorno familiar, el 70.4% de las madres, no recibió recomendación acerca de incorporar otros líquidos o fórmulas a la dieta del lactante antes de los 6 meses de edad.

Por parte del sistema sanitario, las madres afirman en un 71.3% que la información proporcionada fue suficiente acerca de la LM. Específicamente, las madres hacen mención que un 71.3% de sus pediatras le recomendaron incorporar fórmula u otros líquidos a la dieta del lactante antes de los 6 meses de edad. Sin embargo, solo el 69.4% llevó a cabo esta recomendación.

A continuación se muestra el cuadro 3 con los resultados en aspectos socioculturales:

Cuadro 3.- Frecuencia de ocurrencia de cada uno de los indicadores para “aspectos socioculturales”

DIMENSIÓN	INDICADOR	FRECUENCIA (%)
Información proporcionada	Si	71.3
	No	28.7
Recomendación del pediatra	Si	71.3
	No	28.7
Llevaron a cabo la recomendación del pediatra	Si	69.4
	No	30.6
Comunidad	Si	79.6
	No	20.4
Recomendación de la familia	Si	40.7
	No	59.3
Llevaron a cabo la recomendación de la familia	Si	29.6
	No	70.4
Zona residencial	Rural	4.6
	Urbana	95.4

La mayor frecuencia (95.4%) se observó en aquellas mujeres que residen en zona urbana. En la comunidad donde habitan se acostumbra alimentar a los lactantes con leche materna (79.6%), información proporcionada por parte de su institución de salud de manera suficiente y recomendación del pediatra de introducir fórmula u otros líquidos antes de los 6 meses de edad del lactante (71.3%) tuvieron frecuencias importantes.

Por último, la dimensión de aspectos psicológicos nos mostró que las madres se sintieron algunas veces estresadas al amamantar en un 39.8%.

Cuadro 4.- Frecuencia de ocurrencia de cada uno de los indicadores para “Aspectos psicológicos”.

DIMENSIÓN	INDICADOR	FRECUENCIA (%)
Estrés	Siempre	16.7
	Casi siempre	8.3
	Algunas veces	39.8
	Casi nunca	7.4
	Nunca	27.8

La mayor frecuencia (39.8%) se observó en aquellas mujeres que sentían estrés al amamantar a sus hijos algunas veces.

Por último, analizando los resultados obtenidos en el estudio realizado en CIETEP 2015 con el actual, se realizó una prueba no paramétrica de chi cuadrada para comparar los porcentajes. Los resultados del análisis inferencial se muestran en el cuadro 5.

1. En el caso de baja producción láctea como factor asociado al abandono de la LME, se observó un aumento significativo ($p = 0.001$) en el porcentaje obtenido en este trabajo, respecto al registro del CIETEP del 2015.
2. En el factor “Rechazo del lactante” o huelga de lactancia no se observaron cambios significativos en las proporciones obtenidas tanto en 2015 como en el presente estudio ($p = 0.202$).
3. El uso de medicamentos por parte de la madre durante la LME mostró que no existen diferencias significativas entre las proporciones del estudio realizado en 2015 y el presente ($p = 0.140$).
4. Por último, en cuanto a las indicaciones médicas para incorporar fórmula



láctea durante el periodo de lactancia (lo cual influye en la decisión de la madre para abandonar la LME) se observó un incremento significativo ($p = 0.000$) en el porcentaje de mujeres que deciden ir abandonando la LME paulatinamente respecto a los registros obtenidos en el año 2015, pasando de un 6% en 2015 a un 69% en 2017, año en que se realizó este trabajo.

Por otra parte, como se observa en el cuadro 6, los cinco indicadores más frecuentes en aspectos personales fueron el conocimiento correcto acerca de la LME con un 88.9%, edad mayor de 25 años con un 80.6%, ingreso mensual mayor a \$4000 con un 80.6%, madres que mencionaron que el lactante incluido en el estudio fue su primer hijo con un 66.7% y un grado de estudios superior con un 52.8%.

En el cuadro 7, se observan a los cinco indicadores más frecuentes en aspectos biofísicos fueron madres sin patologías que limitaran la LM con un 98.1%, madres que no tomaron algún tratamiento farmacológico que limitara la LM con un 91.7%, madres sin problemas morfológicos de pezón hundido con un 87%, los lactantes no presentaron alguna patología que limitara la LM con un 86.1 y huelga de lactancia con un 80.6%

El cuadro 8 muestra a los cinco indicadores más frecuentes en aspectos socioculturales fueron binomios que vivían en una zona urbana con 95.4%, mencionaron que en la comunidad donde habitan se acostumbra alimentar a los bebés con LM con un 79.6%, su institución de salud les proporcionó información suficiente acerca de la LM con un 71.3%, el pediatra las recomendó integrar fórmula u otros líquidos a la dieta del lactante antes de los 6 meses de edad en 71.3% y madres que mencionaron que no llevaron a cabo la recomendación de la familia acerca de incorporar formula o líquidos antes de los 6 meses de edad con un 70.4%.



Finalmente, el indicador más frecuente en aspectos psicológicos fue de madres que se sentían estresadas al amamantar al lactante con un 39.8%, esto se muestra en el cuadro 9.

Cuadro 5.- Comparación de frecuencias estudio previo y actual

FACTOR	FRECUENCIA EN ESTUDIO PREVIO (%)	FRECUENCIA EN ESTUDIO ACTUAL (%)	VALOR "p"
Baja producción de leche	40	56	0.001
Rechazo del lactante	14	19	0.202
Uso de medicamentos	12	8	0.140
Indicaciones médicas	6	69	0.000

Comparación de frecuencias en algunos indicadores obtenidos en un estudio previo realizado en el CIETEP y los resultados del estudio actual. La percepción de baja producción de leche por parte de la madre se incrementó significativamente, así como también la decisión de abandonar la lactancia materna exclusiva a causa de indicaciones médicas. Nivel de significancia = 0.05

Cuadro 6.- Jerarquización de indicadores más frecuentes en “Aspectos Personales”.

DIMENSIÓN	INDICADOR	FRECUENCIA (%)
Concepto de LME	Correcto	88.9
Edad	> 25 años	80.6
Ingreso mensual	> \$4000.00	80.6
Paridad	Uno	66.7
Grado de estudios	Superior	52.8
Ocupación	Hogar	47.2
	Trabaja	45.4
Grado de estudios	Media superior	33.3
Paridad	Dos o mas	33.3
Autopercepción de producción láctea suficiente	Siempre	25.9
Autopercepción de satisfacción del lactante	Siempre	25
Autopercepción de producción láctea suficiente	Nunca	23.1
Autopercepción de satisfacción del lactante	Nunca	23.1
Edad	≤ 25 años	19.4
Ingreso mensual	≤ \$ 4000.00	19.4
Autopercepción de satisfacción del lactante	Algunas veces	19.4
Autopercepción de producción láctea suficiente	Algunas veces	18.5
	Casi siempre	17.6
Autopercepción de satisfacción del lactante	Casi nunca	16.7
	Casi siempre	15.7
Autopercepción de producción láctea suficiente	Casi nunca	14.8
Conocimiento del concepto de LME	Incorrecto	11.1
Ocupación	Estudia	7.4
Grado de estudios	Posgrado	6.5
	Secundaria	4.6
	Primaria	2.8

Indicadores más frecuentes en “Aspectos personales” que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva.

Cuadro 7.- Jerarquización de indicadores más frecuentes en “Aspectos biofísicos”

DIMENSIÓN	INDICADOR	FRECUENCIA (%)
Patologías maternas	No	98.1
Tratamiento farmacológico	No	91.7
Morfologías maternas	No	87
Patologías del lactante 1	No	86.1
Rechazo del lactante	No	80.6
Vía de nacimiento	Cesárea	78.7
Semanas de gestación	>37 semanas	76.9
Hospitalización postparto	No	75.9
Patologías del lactante 2	No	73.1
Tipo de Lactancia	No aplica	71.3
Patologías del lactante 2	Si	26.9
Hospitalización postparto	Si	24.1
Semanas de gestación	Menor o igual a 37 semanas	23.1
Vía de nacimiento	Parto	21.3
Rechazo del lactante	Si	19.4
Patologías del lactante 1	Si	13.9
Tipo de Lactancia	Fórmula	13.9
Morfologías maternas	Si	13
Tipo de Lactancia	Mixta	13
Tratamiento farmacológico	Si	8.3
Patologías maternas	Si	1.9
Tipo de Lactancia	Materna	1.9

Indicadores más frecuentes en “Aspectos biofísicos” que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva.

Cuadro 7.- Jerarquización de indicadores más frecuentes en “Aspectos socioculturales”

DIMENSIÓN	INDICADOR	FRECUENCIA (%)
Zona residencial	Urbana	95.4
Comunidad	Si	79.6
Información proporcionada	Si	71.3
Recomendación del pediatra	Si	71.3
Llevaron a cabo la recomendación de la familia	No	70.4
Llevaron a cabo la recomendación del pediatra	Si	69.4
Recomendación de la familia	No	59.3
Recomendación de la familia	Si	40.7
Llevaron a cabo la recomendación del pediatra	No	30.6
Llevaron a cabo la recomendación de la familia	Si	29.6
Información proporcionada	No	28.7
Recomendación del pediatra	No	28.7
Comunidad	No	20.4
Zona residencial	Rural	4.6

Indicadores más frecuentes en “Aspectos socioculturales” que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva.

Cuadro 9.- Jerarquización de indicadores más frecuentes en “Aspectos psicológicos”

DIMENSIÓN	INDICADOR	FRECUENCIA (%)
Estrés	Algunas veces	39.8
	Nunca	27.8
	Siempre	16.7
	Casi siempre	8.3
	Casi nunca	7.4

Indicadores más frecuentes en “Aspectos psicológicos” que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva.



CAPÍTULO VI

Discusión

A continuación, se realiza un análisis y una descripción de los indicadores que observaron las mayores frecuencias respecto al abandono de la lactancia materna exclusiva por parte de las mujeres que participaron en este estudio.

Para enfatizar las características que predominaron en las mujeres participantes, se señalaron aquellos indicadores que con mayor frecuencia se observaron en ellas. Recuérdese que la totalidad de las mujeres participantes se caracterizan por haber abandonado la lactancia materna exclusiva en un momento determinado.

En primer lugar, se observó que dentro del Factor “Aspectos Personales” se encuentra la dimensión “Edad”. Nuestros resultados muestran que el indicador “Edad mayor a 25 años”, presentó una alta frecuencia (80.6%), comparada con las mujeres menores de 25 años (19.4%). Este resultado contradice lo que refieren los autores Gamboa, Kirby, Peraza, Méndez, Rodríguez, Chávez, Cabrera y Silva en sus respectivos estudios, puesto que afirman que las mujeres menores de 25 años suelen ser más susceptibles a las opiniones de familiares, haciéndolas cambiar su decisión acerca de incorporar o no la fórmula láctea, pues en muchas ocasiones, la mujer joven decide incorporarla y abandonar la lactancia materna.^{4 15 28 30 31 33 34}

⁴² Es probable que la razón de que las mujeres mayores a 25 años hayan sido las que con mayor frecuencia abandonaron LME, es en virtud de que se consideran lo suficientemente capaces como para tomar la decisión de abandonar la LME, independientemente de las consecuencias que conlleva no realizar esta práctica.

En la dimensión “Grado de estudios”, los resultados nos mostraron que el 52.8% de las participantes de nuestro estudio ha estudiado hasta el nivel superior, a diferencia de las madres que estudiaron solo nivel básico (primaria y secundaria) que nos da una sumatoria de 7.4%. Lo cual contradice a los autores Gamboa, Coronado, Peraza, Méndez, Rodríguez, González, Cabrera Navarro y Oliver, afirmando que la escolaridad básica es factor importante para el abandono de la LME, ya que las madres no poseen cultura y conocimientos acerca de los



beneficios de la LME.^{4 16 28 30 31 32 34 40 41} El que las madres tuvieran un mayor nivel de estudios, podría ocurrir debido a las nuevas tendencias acerca de la mujer emprendedora, la cual se enfoca en superarse en cuanto a estudios profesionales dejando de lado la práctica de LME.

Haciendo referencia a nuestros resultados, en cuanto a la ocupación de la madre, la mayor parte de ellas se dedicaba al hogar con un 47.2%, seguida de las que trabajan con un 45.4%. Sin embargo Gamboa, Coronado, Peraza, Rodríguez, González, Chávez, Díaz, Flores, Niño, López, Gorrita y Navarro, refieren que las madres trabajadoras o que realicen alguna actividad fuera de casa implica que estas decidan incorporar la fórmula a sus hijos antes de los 6 meses debido a la falta de tiempo.^{4 17 28 31 32 33 35 36 37 38 39 40} En cuanto a las madres trabajadoras podrían influir diferentes factores, entre los cuales se encuentran: el incumplimiento de políticas que amparen a la madre durante su periodo de lactancia y que las limita a estar un periodo más prolongado con su bebé; la poca información y cultura fomentada entre las madres acerca de la extracción de leche materna y almacenamiento de la misma, tomando la salida más sencilla que es sólo adquirir la fórmula. Y en cuanto a las madres que se dedican al hogar, podría ocurrir por experiencias específicas mencionadas por algunas madres del CIETEP, en donde refirieron que un parto múltiple dificulta amamantar, ya que consideran que es complicado alimentarlos al mismo tiempo; o por la demanda que requiere cada uno, agregada a las actividades a realizar en el hogar.

En relación con el ingreso mensual, se observó que en la mayoría de las madres fue superior a \$4000 al mes, con un 80.6%. Lo cual concuerda con los autores Gamboa, Rodríguez, González y Silva, mencionando que el ingreso por encima de los \$4000 da a las madres la posibilidad de adquirir alguna fórmula láctea u otro sustituto de la LM.^{4 30 31 42} Se podría pensar que un ingreso mensual mayor \$4000, no solo cubre las necesidades básicas del hogar, sino que permite a las madres optar por el consumo de fórmulas lácteas dejando de lado la práctica de LME.



En cuanto a paridad, el 66.7% de las madres refieren que el lactante que se tomó dentro del binomio fue su primogénito. Concordando con lo mencionado por Coronado, Rodríguez, Navarro y Oliver, que refieren que es posible que estas madres desconozcan lo que implicaba lactar a un hijo y por lo que se abandone la LME.^{17 31 34 40 41} Pudiendo especular que su inexperiencia en la LM se enlaza a ser más susceptibles para recibir consejos de personas cercanas a ella, con experiencias previas empíricas que afirman que un lactante necesita agua y té antes de los 6 meses para disminuir la probabilidad de deshidratación lo cual es una total falacia, ya que se ha comprobado que la leche materna posee la cantidad suficiente de agua que el niño requiere.

En segundo lugar, se observó que dentro del Factor “Aspectos Biofísicos” en la dimensión “Vía de Nacimiento” con prevalencia del indicador “Cesárea” en un 78.7% de las encuestadas. Lo cual coincide con lo hallado por los autores Díaz y Flores en sus respectivas investigaciones. Por otro lado, recordando la fisiología, durante el trabajo de parto la hipófisis anterior libera oxitocina contrayendo las células mioepiteliales de los alvéolos mamarios y en consecuencia favorece la eyección láctea, pero en la ausencia de trabajo de parto este proceso se retrasa y la concentración de oxitocina van en descenso debido a que sus niveles más alto ocurren durante las primeras dos horas postparto.^{14 35 36} Considerando lo anterior, la vía de nacimiento influyó en que la madre creyera que “no tenía leche” por haber parido a su hijo de manera “no natural”, orillándolas a incorporar fórmula, sin tomar en cuenta que la solución era favorecer el contacto piel con piel para iniciar el proceso de succión por parte del lactante.

Conforme a las semanas de gestación, lo que observamos fue que el 76.9% de los lactantes fueron a término con más de 37 SDG. Contradiendo lo mencionado por los autores Díaz y Flores, en donde explican que las semanas de gestación influyen en la LME, ya que el nacimiento de un bebé de manera prematura (menos o igual a 37 SDG) puede limitar su capacidad de succión y deglutir debido a falta



de fuerza en músculos faciales.^{14 36} Las semanas de gestación no fue un factor que influyera significativamente en el abandono de la LM.

En cuanto a enfermedades maternas, el mayor porcentaje obtenido de 98.1% fueron madres que no presentaron ninguna enfermedad que limitara la LME. Lo cual contradice lo hallado por los autores Coronado, Chávez, Díaz, Niño, Peraza y Gamboa, en donde mencionan que las enfermedades maternas son factores que influyen en la práctica de LM, y recordando lo que hace referencia en las políticas de sucedáneos, las únicas enfermedades que pueden limitar la lactancia materna son: madre portadoras del VIH, ya que podría transmitir al lactante dicha enfermedad por medio de la leche materna; madres con enfermedad mental severa, ya que por seguridad de ambos es preferible suspender dicha práctica; madres contagiadas con herpes simple, ya que la presencia de lesiones en el seno podría transmitir esta infección al lactante, por lo cual la LM deberá suspenderse hasta que se hayan resuelto las lesiones y ya no represente un riesgo de contagio.^{17 18 19 28 32 35} Siendo la ausencia de enfermedad el principal indicador que se presentó en el grupo de madres encuestadas, no fue un factor atribuible al abandono de la LME, ya que la mayoría se encontraban aparentemente sanas.

A la par de lo anterior, el 91.7% de las madres refirió no tomar ningún medicamento durante el periodo de lactancia que impidiera amamantarlo. Opuesto a lo mencionado por los autores Aguilar, Aguayo, González y Silva, en donde afirma que los medicamentos tomados por parte de la madre es un factor que contribuye al abandono de la LM de forma temporal o definitiva, puesto que con el uso de algunos medicamentos se recomienda suspender dicha práctica hasta que se termine el tratamiento, ya que cierto porcentaje del medicamento es eliminado por medio de la leche materna e ingerida por el lactante y podría causar efectos no esperados, debido a que su organismo no está preparado para metabolizarlos.²⁷

^{11 13 14 32 43} Ya que la mayoría de las mujeres encuestadas no se encontraba en un tratamiento farmacológico que limitara la LM, siendo un factor que no influyó para



el abandono de la LME.

En cuanto al indicador de “morfología de la madre”, los resultados observados nos mostraron que el 87.0% de las madres participantes no presentó pezón hundido el cual dificultara la LM. Lo cual contradice a los autores Gamboa, Coronado, Díaz y Ulunque que mencionan que las anomalías del pezón, en específico el pezón hundido, limita a las madres para que continúen con la LM, ya que su inadecuada formación dificulta el agarre del pecho por parte del lactante, evitando que este último no se alimente adecuadamente, optando por el uso de fórmulas.^{4 17 35 45} La mayoría de las madres no presentó esta morfología, por lo cual este no fue un factor que influenciara para el abandono de la LME.

En el indicador “patologías del lactante” se observó que el 86.1% de estos no presentaron patologías que limitaran la LM. Por lo cual, se rechaza lo mencionado por los autores Gamboa, Coronado, Rodríguez, González, Chávez, Flores, Niño, Delgado y Pinilla, que mencionaron que es un factor que contribuye al abandono de la LME, ya que requieren de otro alimento además del que proporciona la madre, refiriendo que las patologías que limitan dicha práctica son: bajo peso al nacer, prematuridad y recién nacidos con riesgo de hipoglucemia, por una alteración en su adaptación metabólica.^{4 17 31 32 33 36 37 42 47} A pesar de que los antecedentes nos mencionan que las patologías son un factor que influye en la práctica de la LME, en nuestra muestra de estudio no se observó este indicador como un factor que determinara la exclusividad de esta práctica.

Por su parte, el indicador “problemas de succión del lactante”, mostró un 73.1% de lactantes que no tuvo esta dificultad contra un 26.9% que si los tuvo. Lo cual contradice a los autores Gamboa, Aguayo, Chávez, Delgado y Valenzuela, quienes refieren que este problema ocasiona que el lactante no se alimente adecuadamente, produciendo insatisfacción después de alimentarse y las madres percibiendo esto, abandonan la leche materna sustituyendo por fórmulas lácteas o combinándolas para que se sientan “más satisfechos”.^{4 13 33 42 46} Este factor, ocurre secundario una inadecuada posición que dificulta al lactante ser



amamantado de manera correcta; provocando una obstrucción de narinas al estarse alimentando, labios en la posición incorrecta que impide que se forme un sello entre el seno de la madre y labios del lactante o una mala posición en la que el niño no tome de manera correcta y completa el pezón y areola. La succión adecuada es importante para el éxito de la LM, pero a pesar de ello en nuestro binomio de estudio, no se observó esto como un factor que influenciara en la LME. El indicador “hospitalización postparto” mostró una prevalencia de 75.9% de lactantes que no requirieron hospitalización. Lo cual contradice al autor Gorrita, que encontró que existen algunas condiciones del RN que requieren hospitalización después de su nacimiento como prematuridad, bajo peso al nacer, entre otras.³⁹ A pesar de ello, la mayoría de las madres incluidas en el estudio no mencionó que el indicador de hospitalización postparto fuera un factor que influenciará la práctica de la LME durante los primeros seis meses de vida.

En cuanto al indicador “tipo de lactancia recibida durante la hospitalización del lactante” se observó un 71.3% esta pregunta no aplica ya que no se requirió hospitalización. Contradiendo a los autores González y Macías, mencionando que por la hospitalización se opta por el uso de fórmulas lácteas.^{32 44} En el caso de prematuridad, los profesionales de salud eligen introducir fórmulas lácteas a la alimentación del prematuro con el objetivo de favorecer su crecimiento durante su estancia hospitalaria, pero dejando de lado el alimento más importante que puede proporcionar la madre durante esta etapa, debido a que su leche se adapta a las necesidades específicas de su bebé, ya que poseen un sistema inmunitario y digestivo inmaduro; la leche materna tiene una composición especial, siendo la mejor opción porque lo tolera mejor su sistema digestivo inmaduro y brinda las defensas necesarias para prevenir enfermedades. Ya que la mayoría de lactantes no había requerido hospitalización, el indicador de tipo de lactancia recibida no aplicaba por lo cual, no fue un factor que influyera en la práctica de la LME.

En la dimensión “aspectos biofísicos”, el indicador “huelga de lactancia” se encontró que el 80.6% de los lactantes que formaron parte del estudio no



rechazaron en ningún momento ser alimentados con leche materna. Contradiendo lo hallado por los autores Gamboa, Aguayo, Coronado, González, Chávez, Díaz, Niño, López, Gorrita y Navarro, que refieren que este es otro factor que condiciona la LME, ocurriendo de manera mantenida o intermitente, por algunos cambios que haya realizado la madre en su vida diaria.^{4 13 17 32 33 35 37 38 39}

⁴⁰ Lo más común es que el bebé en realidad no se niegue a amamantar pero está muy agitado y resulte difícil ponerlo al pecho. Ya que la mayoría de lactantes no rechazó ser alimentado con leche materna en algún momento, este indicador no fue un factor que influyera en la LME.

En tercer lugar, en la dimensión de “aspectos socioculturales”, el indicador de “información proporcionada”, se observó que el 71.3% de las madres consideró que la información proporcionada por parte de su institución de salud fue suficiente acerca de la lactancia materna, lo cual fue mayor en comparación con las madres que no consideraron que la información fue suficiente con un 28.7%. Esto contradice a los autores Araya, Coronado, Rodríguez, González, Chávez, Cabrera, Flores, Díaz, Niño, Oliver, Delgado, Silva, Macías, Ulunque, Valenzuela, Pinilla y Abreu, quienes en sus estudios encontraron que la falta información proporcionada por parte de su institución de salud, es un factor que influye en el abandono de la LME ya que las madres tienen dudas acerca de dicha práctica.^{6 17}

^{31 32 33 34 35 36 37 41 42 43 44 45 46 47 48} La información que es proporcionada por parte del personal de salud es importante ya que de ello dependerá que la madre comprenda esta práctica, resuelva dudas y se derriben mitos que podrían limitar la LM, favoreciendo así el éxito de esta práctica. En el grupo de estudio, la mayoría de las madres consideró que la información fue suficiente para el desarrollo adecuado de esta práctica, por lo cual la información proporcionada en la institución de salud no fue un factor que influyera en el abandono de la LME.

El indicador “comunidad” un 79.6% de las madres informó que en la comunidad donde habitan se acostumbra a alimentar a los bebés con leche materna contra un



20.4% que mencionó que no se acostumbraba llevar a cabo esta práctica. Contradiendo lo hallado por los autores Coronado, Cabrera y Navarro que mencionan que la comunidad en donde habite la madre influye en la práctica de la LME durante los primeros 6 meses de vida del lactante, ya que siguiendo costumbres y tradiciones se abandona de manera prematura esta praxis.^{17 33 40} Ya que el mayor porcentaje de madres encuestadas refirió que la comunidad donde habitaban se acostumbra a alimentar a los bebés con leche materna, este no fue un factor que influyera en la LME.

Los indicadores de “recomendación del pediatra” se observó con una prevalencia de 71.3% de las madres que recibieron la recomendación de iniciar la alimentación del lactante con fórmulas lácteas u otros líquidos antes de los 6 meses de edad. Por otro lado, del 71.3% de madres que recibieron esta recomendación del pediatra, solo un 69.4% de ellas llevó a cabo esta recomendación. Esto coincide con lo hallado por el autor Coronado, González y Gorrita, que nos menciona que un factor importante para el abandono de la LME es que el pediatra recomiende el inicio de alimentación complementaria o introducir fórmulas lácteas.^{17 32 39} Esta recomendación es un importante factor que influye en la LME, ya que las madres confiando en lo mencionado por el pediatra siguen las indicaciones y abandonan antes de tiempo esta práctica. Aunque por cumplir un objetivo -como aumento de peso- se olvida que la leche materna es el alimento ideal y que se adapta a sus necesidades dependiendo de la edad y estado de salud. Esto es un claro ejemplo de la falta de acuerdos del propio sistema sanitario acerca de cuándo y bajo qué criterios se debe incorporar la fórmula al lactante, ¿En verdad pediatras, médicos y enfermeros, conocemos el código de sucedáneos o todas aquellas leyes que respaldan la LME?, la experiencia dentro del CIETEP, nos demuestra que no es así, ya que a un número considerable de madres se les dio la indicación por parte de los médicos generales para la incorporación de fórmulas, las razones para tomar esta decisión iban desde proporcionar una opción más “fácil” a la madre que se negaba a dar LME, sin previamente brindarle los beneficios y forma



correcta para hacerlo hasta aquellos médicos que buscaban de manera forzada el que el lactante entrara dentro de las percentilas de peso y talla ocupadas dentro del servicio, sin previamente tomar en cuenta cuestiones tan importantes como el fenotipo familiar el cual en varias ocasiones era evidente, ya que los padres al ser de estatura baja por obiedad el lactante tendría las mismas características.

En cuanto al indicador “recomendación de la familia”, se observó que el 59.3% de las madres no recibió la recomendación de algún familiar de introducir alimentos, fórmulas lácteas u otros líquidos a la dieta del lactante antes de los 6 meses de edad contra el 40.7% que sí recibieron esta recomendación, aunque de este último porcentaje, sólo el 29.6% llevaron a cabo esta recomendación. Contradiendo lo descubierto por los autores Coronado, Peraza, Cabrera, Flores y Navarro en sus respectivos estudios, en el cual menciona que la influencia de la familia es un factor en la LME ya que siguiendo tradiciones de madre o abuelas se abandona la práctica de la LM.^{17 28 34 36 40} El apoyo de la familia es un factor importante para el éxito de la LME y aunque la mayoría de madres incluidas en el estudio mencionó que la familia no les había recomendado incluir algún otro alimento a la dieta del lactante antes de los seis meses, por lo cual no fue un factor que influyera en la LME.

El indicador “zona de residencia” mostró una prevalencia de 95.4% de madres que vivían en zona urbana contra un 4.6% de madres que vivían en zona rural. Coincidiendo con lo hallado por Méndez, Rodríguez y González, que mencionan que la zona urbana es un factor que influye en el abandono de la LME, debido a la industrialización y difusión desmedida de fórmulas lácteas, biberones y chupones. En comparación las madres que viven la zona rural, que por tradición y/o economía optan por seguir la práctica de la LM.^{30 31 32} Este fue un factor que influyó en el abandono de la LME, ya que los representantes de las empresas que elaboran fórmulas lácteas -ubicadas en zonas urbanas- acompañan a las madres



durante las etapas de embarazo y postparto dentro de las instituciones de salud, mencionando sus ventajas, influyendo en que éstas opten por seguir esta práctica y favoreciendo el abandono de la LME.

En cuarto lugar, en la dimensión de “aspectos psicológicos”, el indicador de “estrés materno” se observó que un 38.9% de las madres se sintió estresada al amamantar al lactante algunas veces. Lo cual concuerda con los autores Rodríguez, Flores y Macías, que mencionan que el estrés es un muy importante factor influyente en el abandono de la LME y que este indicador podría ser desencadenado por otros factores que deben ser estudiados para determinar correctamente la causa del estrés materno.^{30 35 43} Aunque este indicador es un factor que influye en el abandono de la LME, es importante tener en cuenta que muchas personas vivimos bajo cierto grado de estrés, pero cuando las mujeres se convierten en madres este estrés se incrementa exponencialmente, resultado de los cambios que conlleva la maternidad y dudas que surgen acerca del tema, resultando en la dificultad en esta práctica.



Conclusiones

Conforme a la dimensión de aspectos personales, la mayor prevalencia con un 88.9% fue el conocimiento de la madre, refiriendo que este porcentaje si, conocía el concepto de Lactancia materna exclusiva, un 80.6% de las madres su edad superaba los 25 años, en cuanto al ingreso mensual que refirieron las madres con un 80.6% este fue superior a \$ 4000 pesos mensuales, el 66.7% de ellas mencionan que respecto a la paridad este ha sido su primer hijo y con un 52.8% el grado de estudios de las madres fue nivel superior.

En cuanto a la dimensión de aspectos biofísicos, el 98.1% de las encuestadas no presentaron ninguna patología materna que las limitara a amamantar a su bebé ni se encontraron en algún tratamiento farmacológico que igual las limitara con un 91.7%, en cuanto a morfologías maternas el 87% de ellas no presente ninguna durante su periodo de lactancia. Conforme al lactante el 86.1% no presente ninguna patología que lo limitara a ser amamantado y el 80.6% de ellos no rechazo ser alimentado con LME.

En la dimensión de aspectos socioculturales, destacó con un 95.4% la zona de residencia urbana, mientras que en la comunidad donde habitan el 79.6% afirman que en esta si acostumbran alimentar a los bebés con LME, por otra parte el 71.3% de las madres afirman que la información proporcionada por la institución de salud donde llevaron su control prenatal fue la óptima para amamantar a su hijo, conforme al abandono de la LME por recomendación del pediatra se obtuvo un porcentaje de 71.3 pero solo el 69.4% de ellas llevo a cabo la recomendación.

Por último, en la dimensión de aspectos psicológicos el 39.8% de las encuestadas aseveran que algunas veces se sintieron estresadas al amamantar a los lactantes.

De manera general, las prevalencias más importantes a destacar en dicha investigación, fue el abandono de la LME por recomendación de pediatra con un 71.3% y de un 69.4% de madres que llevaron a cabo dicha recomendación.

Retomando los datos publicados por la ENSANUT en 2012, en donde se reportó que cada año nacen en México alrededor de 2'400,000 niños y niñas, pero sólo 1



de cada 7 goza de los beneficios de la leche materna, por lo cual en los resultados obtenidos podemos afirmar que son bastantes los factores para el abandono de la LME los cuales influyen de manera significativa en la toma de decisión de la madre acerca de abandonar la LME.

En 2015 la UNICEF reportó que a nivel mundial las tasas de lactancia materna no disminuyeron, sino que en muchos países incluso han aumentado en la última década, aunque no lo esperado en México, los prejuicios y mitos son los principales obstáculos para la práctica de la lactancia materna e influyen en que sólo uno de cada siete niños en México sea amamantado según Isabel Crowley, sin embargo dentro del CIETEP el principal problema está enfocado a la falta de acuerdos en el sistema sanitario acerca de cuándo y bajo qué criterios se debe incorporar la fórmula al lactante ya que la mayor prevalencia encontrada fue en cuanto al abandono por la recomendación de pediatra.

A pesar de que el Estado de México se encuentra regido por la “Ley para la protección, apoyo y promoción a la lactancia”, la cual es de orden público e interés social, de aplicación obligatoria y observancia general y su objeto es proteger, apoyar y promover la LM y las prácticas óptimas de alimentación de lactantes, la recomendación del propio sistema de salud igualmente regido por las leyes del Estado de México contradice totalmente esta que ampara y protege la LME.

Por lo anteriormente expuesto, las autoras recomiendan que se continúe trabajando en esta misma línea de investigación, específicamente en lo relacionado a la investigación de conocimientos que posee el personal de salud que labora en instituciones públicas y privadas, acerca de la lactancia materna y posteriormente ofrecer una capacitación para asegurar el cumplimiento de la LM.

Para el cumplimiento de estrategias acerca de la LME, estas fueron divididas en dos grupos para asegurarnos de brindar información a todas las personas relacionadas con dicha praxis.



El primer grupo de estrategias es dirigido a madres y familia, para ello desarrollamos un cartel en el cual se abordaron las dudas más frecuentes que presentaban las madres acerca del tema, con la finalidad de garantizar el seguimiento de la LME hasta los seis meses de vida del lactante.

El segundo grupo de estrategias recomendamos sean dirigidas a todo el personal de salud (médicos, enfermeros, trabajadores sociales y asistentes médicos), brindando una capacitación y evaluación continua acerca del código de sucedáneos y las políticas que ampararan la LME, con el fin de proporcionar una mejor atención a la madre en un tema que a veces creemos poco importante, sin embargo no reconocemos que es parte fundamental de un desarrollo sano del lactante desde una postura holística, los beneficios son a nivel biológico, psicológico y social.



Referencias bibliográficas

1. Crowley I. La leche materna salva vidas. *Suplemento Especial El Universal* [Internet]. 2015 [04 de enero del 2016]: 1-8. Disponible en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF_SuplementoAbril2015.pdf
2. Zamora PM., Cañamero PI. Lactancia materna. 1ª edición. España. Editorial Formación Alcalá; 2008.
3. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna exclusiva. *Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA)* [Internet]. 2016 [15 de abril del 2017]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
4. Gamboa DE., López BN., Prada GG., Gallo PK. Conocimientos, Actitudes y Prácticas Relacionados con Lactancia Materna en Mujeres en Edad Fértil en una Población Vulnerable. *Revista Chilena de Nutrición* [Internet]. 2008 [10 de octubre de 2016]. Vol.35 (1): 1-4. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v35n1/art06.pdf>
5. Aguilar PM, Fernández OM. Lactancia materna exclusiva. *Revista de la facultad de medicina UNAM* [Internet]. 2007 [19 marzo del 2017] Vol.50 (4): 174-178. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2007/un074g.pdf>
6. Araya CZ. y Brenes CG. Educación prenatal: Factor asociado al éxito de la lactancia materna. *Revista Electrónica Enfermería Actual en Costa Rica* [Internet]. 2012 [26 de mayo del 2017] Vol.15 (30): 1-15. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/2967/2868>
7. Schellhorn CH., Valdez LV., et al. Manual de Lactancia Materna. 2ª edición. Chile: Ministerio de Salud de Chile; 2010.
8. Valverde MI., Mendoza CN., Peralta RI. Enfermería pediátrica. 2ª edición. México. Editorial Mc Graw Hill; 2014.
9. Hernández GE. Genealogía histórica de la lactancia materna. *Revista de Enfermería Actual En Costa Rica* [Internet]. 2009 [13 de noviembre de



- 2016]. (15): 1-6. Disponible en:
<http://www.revenf.ucr.ac.cr/genealogiahistorica.pdf>
10. Becerra BF., Peña ÁC., Puentes VA., Rodríguez CD. Lactancia Materna: Una revisión de la evaluación de esta práctica a través del tiempo. *Revista de la Facultad de Medicina* [Internet]. 2009 [13 de febrero de 2017]. Vol.57 (3): 246-257. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v57n3/v57n3a06.pdf>
11. Aguilar CJ. Lactancia materna. 1ª ed. España. Editorial Elsevier; 2005.
12. Paricio TJ. Aspectos históricos de la alimentación al seno materno. *Asociación Española de Pediatría* [Internet]. 2012 [10 de octubre de 2016]. 1-12. Disponible en: <http://www.juditquirado.com/wp-content/uploads/2014/10/JM-PARICIO-Historia-de-la-lactancia.pdf>
13. Aguayo MF., Arena AJ., Díaz MG., et al. Lactancia Materna: guía para profesionales. *Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría* [Internet]. 2004 [9 de enero de 2017]. Disponible en: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf
14. Lawrence R., Lawrence R. Lactancia materna: una guía para la profesión médica. 6ª edición. España. Editorial Elsevier Mosby; 2007.
15. Kirby IB., Edward MC., La mama, manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas. 3ª edición. Argentina. Editorial Médica Panamericana; 2001.
16. Aguayo MF., La lactancia materna. 1ª edición. Sevilla. Universidad de Sevilla; 2004.
17. Coronado IM, Sánchez NO, Rodríguez MA., Gorrita PR. Causas del abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses en San José de las Lajas. *Hospital General Docente Leopoldito Martínez* [Internet]. 2007 [30 de enero de 2017]. Disponible en: <http://files.sld.cu/enfermeria-pediatria/files/2011/03/lactancia-materna.pdf>



18. Organización Mundial de la Salud. Código Internacional de sucedáneos de la leche materna. 1ª edición. Ginebra; 1981.
19. Organización Mundial de la Salud. Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna. *Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA)* [Internet]. 2009 [20 de abril del 2017]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NMH_NHD_09_01_spa.pdf
20. Organización Mundial de la Salud. Declaración Innocenti sobre la Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna. *Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA)* [Internet]. [15 de abril del 2017]. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24807.html
21. Organización Mundial de la Salud. Iniciativa Hospital Amigo Del Niño. *Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA)* [Internet]. 2008 [15 de abril del 2017]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse_3_es.pdf?ua=1
22. Ministerio de Salud de Perú. Lactancia materna: Cumplamos los 10 pasos. [Internet] 2010 [15 de abril del 2017]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/lactancia/matcom/lm_cartillavers02.pdf
23. Real Academia Española. Definición de mito. [Internet] [21 de julio del 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=PQM1Wus%7CPQMf1C3>
24. UNICEF. Mitos y realidades de la lactancia materna. [Internet] [5 de mayo del 2017]. Disponible en: https://www.unicef.org/Mitos_de_la_lactancia_materna.pdf



25. Carrasco Y., Conte D., Hernández K. Módulo II “Lactancia Materna Exclusiva”. *Ministerio de Salud* [Internet]. 2012 [20 de mayo del 2017]: 1-23. Disponible en: <http://www.medicos.cr/web/documentos/boletines/BOLETIN%20080113/LACTANCIA%20MATERNA%20EXCLUSIVA.pdf>
26. Urquiza AR. Lactancia materna exclusiva ¿Siempre?. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* [Internet]. 2014 [13 de octubre de 2016]. Vol.60 (2): 171-176. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322014000200011&script=sci_arttext
27. Oliver RA. El abandono prematuro de la lactancia materna: Incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia. (tesis doctoral) [Internet]. 2012 [10 de octubre de 2016]. Vol.1 (1): 1-125. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/23524/1/Tesis_Oliver.pdf
28. Peraza RG., Soto MM., De La Llera SE., Alonso SS. Factores asociados al destete precoz. *Medicina General Integral* [Internet]. 1999 [13 de octubre de 2016]. Vol.15 (3): 278-284. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n3/mgi10399.pdf>
29. León CN., Lutter CH., Ross JA., Martin LU. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. *Programa De Alimentación Y Nutrición* [Internet]. 2002 [10 de octubre de 2016]: 186. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/439/746>
30. Méndez JN., García RL., Reyes BD., Trujano RL. Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna en un programa de apoyo para la misma en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán, en el periodo de septiembre a noviembre del 2014. *Nutr Hosp.* [Internet] 2015 [20 de enero de 2017]. Vol.32 (6):2618-2621. Disponible en: <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/9524.pdf>



31. Rodríguez LL. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres derechohabientes de la ciudad de Córdoba Veracruz (tesis doctoral) [Internet]. 2014 [20 de enero del 2017]. 1-67. Disponible en: <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Leonardo.pdf>
32. González CT., Escobar ZL., González CL., Rivera DJ. Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. *Revista Salud Pública De México* [Internet]. 2013 [10 de febrero de 2016]. Vol.55 (2): 160-179. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10628331014>
33. Chávez MA., Sánchez GR., Ortiz OH., Peña OB., Arocha RB. Causas de abandono de la lactancia materna. *Revista Facultad de Medicina* [Internet]. 2002 [10 de febrero de 2017]. Vol.45 (2): 1-3. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/12654/11974>
34. Cabrera AG., Carvajal R. y Mateus SJ. Conocimientos acerca de la lactancia materna en el Valle del Cauca, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* [Internet]. 2003 [10 de abril de 2017]. Vol.21 (1): 1-16. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12021103.pdf>
35. Díaz TO., Soler QM., Ramos RA., González ML. Aspectos epidemiológicos relacionados con el tipo de lactancia durante el primer año de vida. *Revista Cubana Medicina General Integral* [Internet]. 2001 [13 de octubre de 2016]. Vol.17 (4): 336-343. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_4_01/mgi05401.pdf
36. Flores DA., Bustos VM., González SR., Mendoza SH. Factores relacionados con la duración de la lactancia materna en un grupo de niños mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar* [Internet]. 2006 [13 de octubre de 2016]. Vol.8 (1): 33-39. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf061e.pdf>
37. Niño MR., Gioconda SG., Atalah SE. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Revista Chilena Pediatra* [Internet]. 2012 [13 de enero



- de 2016]. Vol.86 (2): 161-169. Disponible en:
<http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v83n2/art07.pdf>
38. López MB., Martínez GL., Zapata LN. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. *Rev. Fac. Nac.* [Internet] 2013 [20 de febrero de 2017]. Vol.31 (1): 117-126. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31n1/v31n1a14.pdf>
39. Gorrita PR., Terrazas SA., Brito LD., Ravelo RY. Algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida. *Revista Cubana de Pediatría* [Internet] 2015 [13 de diciembre de 2016]. Vol.87 (3): 285-294. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v87n3/ped04315.pdf>
40. Navarro EM., Duque LM., Trejo PJ. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. *Revista Salud Pública de México* [Internet]. 2003 [13 de marzo de 2016]. Vol.45 (4): 276-284. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10645406>
41. Oliver AR., Richart MM., Cabrero JG., et al. Factores asociados al abandono de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida. *Rev Latino Am Enfermagen.* 2003 [20 de enero de 2016]. Vol.10 (3): 79-87.
42. Delgado BA., Arroyo CM., Díaz GM., Dra. Quezada SC. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. *Bol Med Hosp Infant Mex* [Internet] 2006 [9 de junio de 2017]. Vol.13 (3): 1-11. Disponible en:
<http://salud.edomexico.gob.mx/html/Medica/LACTANCIA%20MATERNA%20Y%20ALOJAMIENTO%20CONJUNTO.PDF>
43. Silva SG. Leche materna y lactancia, siempre actual. *Revista CCAP* [Internet]. [13 de octubre de 2016]. Vol.11 (3): 5-20. Disponible en:
http://www.scp.com.co/ArchivosSCP/PDF/1_leche_materna.pdf



44. Macías RV, Ramírez RC., Martínez CE., et al. Intervención educativa sobre la lactancia materna en el servicio de neonatología del Hospital Infantil del Estado de Sonora. *Clínica Hospital Infantil De Sonora* [Internet]. 2014 [20 de marzo del 2017] Vol.31 (2): 85-89. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2014/bis142d.pdf>
45. Ulunque UA., Uria GE., Vairo GJ., Vargas AA., Santander LA. Conocimiento sobre Lactancia Materna en Madres de los Centros de Salud Pacata y Jaihuayco del 2008 al 2009. *Revista Científica De Ciencia Médica* [Internet]. 2010 [10 de octubre de 2016]. Vol.13 (2): 73-76. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v13n2/a05.pdf>
46. Valenzuela DA., Soto TM., García PM., Herrera PL. Capacitación del personal de enfermería en lactancia materna. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* [Internet] 2008 [5 de mayo de 2017]. Vol.16 (2): 109-114. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2008/eim082i.pdf>
47. Pinilla GE., Orozco VL., Camargo FF., et al. Lactancia materna ineficaz: prevalencia y factores asociados. *Rev Univ Ind Sant.* [Internet] 2011 [25 de junio de 2017]. Vol.43 (3): 271-279. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3438/343835703007.pdf>
48. Abreu CB., Arada RA., Jiménez PM., et al. Estrategia educativa para capacitar asistentes de enfermería sobre lactancia materna. *Revista De Ciencias Médicas* [Internet] 2009 [9 de enero de 2017]. Vol.13 (3): 1-11. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000300005
49. Cubero ZA., Brenes CG. Educación prenatal: factor asociado al éxito de la lactancia materna. *Revista de Enfermería Actual en Costa Rica* [Internet]. 2012 [10 de octubre de 2016]. Vol.21: 1-16. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44824928008>
50. Sevilla PR., Zalles CL., Cruz GW. Lactancia Materna vs Nuevas Fórmulas Lácteas Artificiales: Evaluación del Impacto en el Desarrollo, Inmunidad,



- Composición Corporal en el Par Madre/Niño. *Gaceta Médica Boliviana* [Internet]. 2011 [13 de octubre de 2016]. Vol.34 (1): 6-10. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v34n1/a02.pdf>
51. Gobierno del estado de México. Ley para la protección, apoyo y promoción a la lactancia materna del estado de México. *Gaceta del Gobierno* [Internet]. 2014 [20 de febrero del 2017] 1-16. Disponible en: <http://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/pdf/ley/vig/leyvig218.pdf>
52. Ramos BK. Causas del abandono de la lactancia materna. México. Publicado en CIETEP; 2005.
53. Gerrish K., Lacey A. Investigación en enfermería. 5ª edición. España. Editorial Mc Graw Hill; 2008.
54. Hernández SR., Fernández CC., Baptista LP. Metodología de la investigación. 5ª edición. México. Editorial Mc Graw Hill; 2010.
55. Supo J. Cómo empezar una tesis. 1ª edición. Perú. Bioestadístico Eril; 2015.
56. Supo J. Seminarios de investigación científica: Metodología de la investigación para las ciencias de la salud. 2ª edición. Createspace Independent Publishing Platform; 2014.

CAPÍTULO VII

Anexos

Anexo I.- Instrumentos

	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA		
INSTRUMENTO ALVAREZ & SUAREZ FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA LACTANTES DE 0 A 6 MESES			
<p>OBJETIVO GENERAL DEL INSTRUMENTO: Identificar los factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en binomio madre – lactante, que se presentan dentro de los primeros 6 meses de edad del lactante.</p>			
DATOS GENERALES DE LA MADRE		DATOS GENERALES DEL LACTANTE	
Edad		Edad en meses	
Grado de estudios		Via de nacimiento	
Ocupación		SDG	
Ingreso mensual			
Número de hijos			

SECCION 1

OBJETIVO: Identificar los conocimientos que tiene la madre acerca de la lactancia materna exclusiva.
INSTRUCCIONES: Responda a la siguiente pregunta marcando con una X la respuesta que considere correcta.

PREGUNTA	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	OPCIÓN 3
1. ¿Qué es la lactancia materna exclusiva?	Dar líquidos y alimentos durante los primeros 6 meses de vida.	Dar leche materna y otros líquidos durante los primeros 6 meses de vida.	Dar solo leche materna durante los primeros 6 meses de vida.

SECCION 2

OBJETIVO: Identificar los factores que limitan la lactancia materna exclusiva, en el binomio madre-lactante que acuden al CIETEP.
INSTRUCCIONES: Responda a la siguiente pregunta marcando con una X la respuesta que considere según su experiencia.

PREGUNTAS	SI	NO
1 ¿Usted presenta alguna enfermedad que limite amamantar a su bebé?		
2 ¿Se encuentra en algún tratamiento farmacológico que limite amamantar a su bebé?		
3 ¿A notado que su pezón se encuentre invertido?		
4 ¿Su bebé presenta alguna enfermedad que lo limite a alimentarse de leche materna?		
5 ¿Su bebé ha tenido problemas para succionar adecuadamente?		
6 ¿Su bebé rechazo ser alimentado con leche materna al nacimiento o posterior a él?		
7 ¿Considera que la información proporcionada por parte de su institución de salud fue suficiente acerca de la lactancia materna?		



Continuación instrumentos

8	¿En la comunidad donde habita se acostumbra alimentar a los bebés solo con leche materna?			
9	¿Sus familiares y/o conocidos le han recomendado incorporar formula u otros líquidos a la dieta de su bebé antes de los seis meses?			
10	¿Llevó a cabo la recomendación anterior?			
11	¿Su pediatra le ha recomendado incorporar formula u otros líquidos a la dieta de su bebé antes de los seis meses?			
12	¿Llevó a cabo la recomendación anterior?			
13	¿Su bebé permaneció hospitalizado después de su nacimiento?			

PREGUNTA	MATERNA	FÓRMULA	MIXTA	NO APLICA
14 Si la respuesta anterior fue afirmativa, mencione con qué tipo de leche fue alimentado su bebé:				

PREGUNTA	RURAL	URBANA
15 La zona en donde usted habita es:		

SECCION 3

↔

OBJETIVO: Evaluar la presencia de factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en binomio madre-lactante.



INSTRUCCIONES: Responda a la siguiente pregunta marcando con una X la respuesta que considere según su experiencia.

PREGUNTA S	SIEMPRE	CA SI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CA SI NUNCA	NUNCA
1 ¿Se ha sentido estresada al amamantar a mi bebé?					
2 ¿Considera que su producción de leche es suficiente para alimentar a su bebé?					
3 ¿Su bebé queda satisfecho posterior a cada toma?					

*Elaborado y validado por: P. L. E. Marisol Alvarez Angeles y P. L. E. Karla Suárez Martínez
*Aeesorado por: Dr. Javier Alonso Trujillo y L. E. O Teresa Amézquita Fuentes



Continuación instrumentos

	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA																									
INSTRUMENTO ALVAREZ & SUÁREZ FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA LACTANTES DE 7 A 36 MESES																										
<p>OBJETIVO GENERAL DEL INSTRUMENTO: Identificar los factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en binomio madre – lactante, que se presentaron dentro de los primeros 6 meses de edad del lactante.</p>																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">DATOS GENERALES DE LA MADRE</th> <th colspan="2">DATOS GENERALES DEL LACTANTE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Edad</td> <td></td> <td>Edad en meses</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Grado de estudios</td> <td></td> <td>Vía de nacimiento</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ocupación</td> <td></td> <td>SDG</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ingreso mensual</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Número de hijos</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	DATOS GENERALES DE LA MADRE		DATOS GENERALES DEL LACTANTE		Edad		Edad en meses		Grado de estudios		Vía de nacimiento		Ocupación		SDG		Ingreso mensual				Número de hijos					
DATOS GENERALES DE LA MADRE		DATOS GENERALES DEL LACTANTE																								
Edad		Edad en meses																								
Grado de estudios		Vía de nacimiento																								
Ocupación		SDG																								
Ingreso mensual																										
Número de hijos																										
<p>SECCION 1</p> <p style="text-align: center;">↔</p>																										
<p>OBJETIVO: Identificar los conocimientos que tiene la madre acerca de la lactancia materna exclusiva. INSTRUCCIONES: Responda a la siguiente pregunta marcando con una X la respuesta que considere correcta.</p>																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">PREGUNTA</th> <th style="width: 25%;">OPCIÓN 1</th> <th style="width: 25%;">OPCIÓN 2</th> <th style="width: 35%;">OPCIÓN 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ¿Qué es la lactancia materna exclusiva?</td> <td>Dar líquidos y alimentos durante los primeros 6 meses de vida.</td> <td>Dar leche materna y otros líquidos durante los primeros 6 meses de vida.</td> <td>Dar solo leche materna durante los primeros 6 meses de vida.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PREGUNTA	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	OPCIÓN 3	1. ¿Qué es la lactancia materna exclusiva?	Dar líquidos y alimentos durante los primeros 6 meses de vida.	Dar leche materna y otros líquidos durante los primeros 6 meses de vida.	Dar solo leche materna durante los primeros 6 meses de vida.																		
PREGUNTA	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	OPCIÓN 3																							
1. ¿Qué es la lactancia materna exclusiva?	Dar líquidos y alimentos durante los primeros 6 meses de vida.	Dar leche materna y otros líquidos durante los primeros 6 meses de vida.	Dar solo leche materna durante los primeros 6 meses de vida.																							
<p>SECCION 2</p> <p style="text-align: center;">↔</p>																										
<p>OBJETIVO: Identificar los factores que limitaron la lactancia materna exclusiva, en el binomio madre-lactante que acuden al CIETEP. INSTRUCCIONES: Responda a la siguiente pregunta marcando con una X la respuesta que considere según su experiencia.</p>																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 55%;">PREGUNTA S</th> <th style="width: 20%;">SI</th> <th style="width: 25%;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 ¿Usted presentó alguna enfermedad que limitó amamantar a su bebé?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 ¿Se encontraba en algún tratamiento farmacológico que limitó amamantar a su bebé?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 ¿Notó que su pezón se encontraba invertido?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 ¿Su bebé presentó alguna enfermedad que limitó alimentarse de leche materna?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 ¿Su bebé tuvo problemas para succionar adecuadamente?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 ¿Su bebé rechazó ser alimentado con leche materna al nacimiento o posterior a él?</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PREGUNTA S	SI	NO	1 ¿Usted presentó alguna enfermedad que limitó amamantar a su bebé?			2 ¿Se encontraba en algún tratamiento farmacológico que limitó amamantar a su bebé?			3 ¿Notó que su pezón se encontraba invertido?			4 ¿Su bebé presentó alguna enfermedad que limitó alimentarse de leche materna?			5 ¿Su bebé tuvo problemas para succionar adecuadamente?			6 ¿Su bebé rechazó ser alimentado con leche materna al nacimiento o posterior a él?							
PREGUNTA S	SI	NO																								
1 ¿Usted presentó alguna enfermedad que limitó amamantar a su bebé?																										
2 ¿Se encontraba en algún tratamiento farmacológico que limitó amamantar a su bebé?																										
3 ¿Notó que su pezón se encontraba invertido?																										
4 ¿Su bebé presentó alguna enfermedad que limitó alimentarse de leche materna?																										
5 ¿Su bebé tuvo problemas para succionar adecuadamente?																										
6 ¿Su bebé rechazó ser alimentado con leche materna al nacimiento o posterior a él?																										



Continuación instrumentos

7	¿Considera que la información proporcionada por parte de su institución de salud fue suficiente acerca de la lactancia materna?			
8	¿En la comunidad donde habita se acostumbra alimentar a los bebés solo con leche materna?			
9	¿Sus familiares y/o conocidos le recomendaron incorporar fórmula u otros líquidos a la dieta de su bebé antes de los seis meses?			
10	¿Llevó a cabo la recomendación anterior?			
11	¿Su pediatra le recomendó incorporar fórmula u otros líquidos a la dieta de su bebé antes de los seis meses?			
12	¿Llevó a cabo la recomendación anterior?			
13	¿Su bebé permaneció hospitalizado después de su nacimiento?			

PREGUNTA		MATERNA	FÓRMULA	MIXTA	NO APLICA
14	Si la respuesta anterior fue afirmativa, mencione con qué tipo de leche fue alimentado su bebé:				

PREGUNTA		RURAL	URBANA
15	La zona en donde usted habita es:		

SECCION 3

OBJETIVO: Evaluar la presencia de factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en binomio madre-lactante.

INSTRUCCIONES: Responda a la siguiente pregunta marcando con una X la respuesta que considere según su experiencia.

PREGUNTA S	SIEMPRE	CA SI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CA SI NUNCA	NUNCA
1 ¿Se sintió sentido estresada al amamantar a mi bebé?					
2 ¿Considera que su producción de leche fue suficiente para alimentar a su bebé?					
3 ¿Su bebé quedaba satisfecho posterior a cada toma?					

*Elaborado y validado por: P. L. E. Marisol Alvarez Angeles y P. L. E. Karla Suárez Martínez
*Aseesorado por: Dr. Javier Alonso Trujillo y L. E. O Teresa Amézquita Fuentes

Anexo II.- Cartel “Preguntas frecuentes durante el periodo de lactancia materna exclusiva”

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

PREGUNTAS FRECUENTES DURANTE EL PERIODO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA
Elaboró: Alvarez Angeles Marisol y Suárez Martínez Karla

¿Qué tipo de alimentación debo realizar durante la lactancia materna?
Realice una alimentación equilibrada y suficiente, en calidad y cantidad, además, incluir alimentos de cada grupo, respetar horas de cada comida y tomar abundantes líquidos.

¿Puedo seguir dándole leche materna a mi bebé si tomo medicamentos?
No todos los medicamentos están contraindicados durante la lactancia, su médico deberá informarle si existe contraindicación, si este es el caso, suspéndala temporalmente pero es importante que continúe con la extracción de leche para mantener la producción láctea y pueda reanudarla al terminar el tratamiento.

¿La leche materna debe ser el único alimento para el niño de 0 a 6 meses?
Si. La pancita de su bebé aún no esta preparado para recibir otros alimentos, además la leche materna contiene más de 200 componentes que favorecerá su adecuado crecimiento y desarrollo.

¿Cómo saber si la cantidad de leche materna es suficiente para mi bebé?
Si el bebé muestra un aumento de peso y talla en sus controles, indica que esta recibiendo la cantidad necesaria de nutrientes.

¿Cuál es la importancia de brindar leche materna?
Para el bebé
• Lo protege contra enfermedades.
• Es el alimento ideal ya que se adapta a sus necesidades.
• Favorece un mejor desarrollo de su cerebro y sus sentidos.
Para la mamá
• Recuperación más rápida después del parto.
• Disminuye probabilidad de desarrollar cáncer de mama y ovario

¿Qué puedo hacer si la producción de leche es poca?
La succión de su bebé favorecerá que baje la leche, mientras más le ofrezca el pecho, la producción será mayor. Como complemento, realice masajes con las yemas de los dedos, haciendo pequeños círculos del exterior al centro de cada mama.