

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA EN MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA. HOSPITAL
GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2020**

Tesis presentada por la Bachiller:
Camargo Coaguila, Kristel Marelia
para optar el Título Profesional de:
Médico Cirujana

Asesor:
Dr. Alpaca Cano, Cesar Guillermo

Arequipa - Perú
2020



Universidad Católica
de Santa María

AREQUIPA-PERÚ

(51 54) 382038 <http://www.ucsm.edu.pe> [facebook.com/ucsm.edu.pe/](https://www.facebook.com/ucsm.edu.pe/)

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO N° 039 - FMH-2020

Visto el Borrador de Tesis titulado:

“FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATENA EXCLUSIVA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL. HOSPITAL GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2020”

Presentado por el (la) Sr(ta):

CAMARGO COAGUILA, KRISTEL MARELLA

Nuestro dictamen es:

Favorable

OBSERVACIONES:

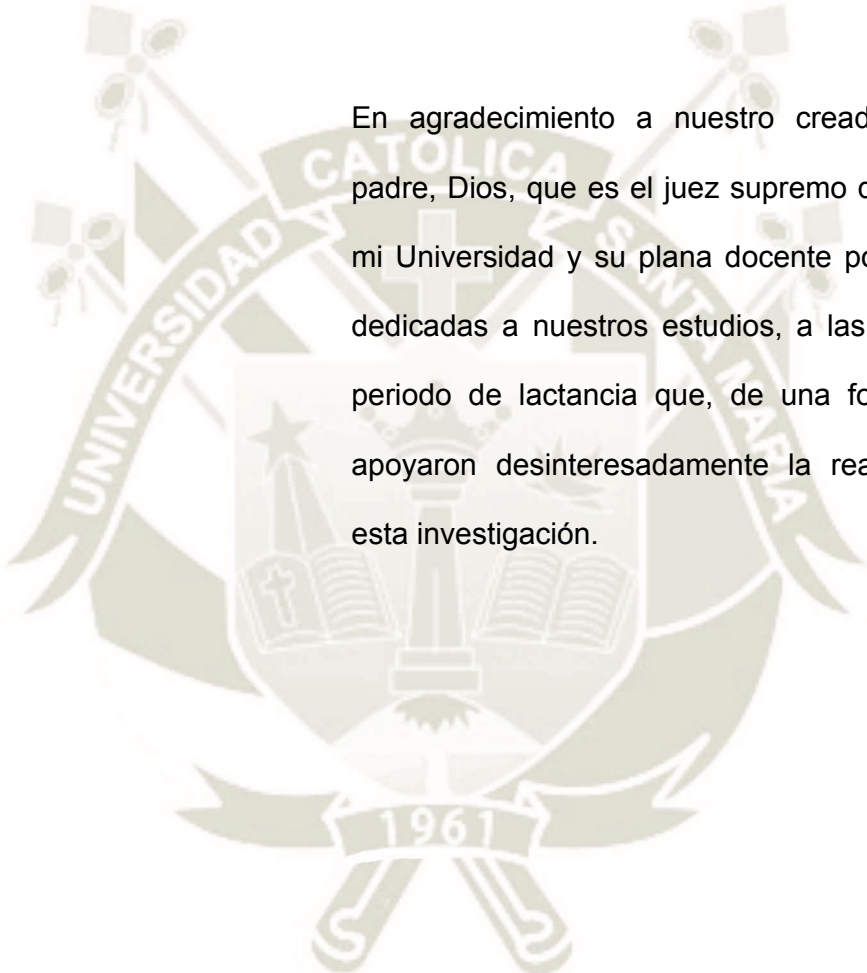
Ha cumplido con hacer las modificaciones sugeridas

Arequipa, *09/03/2020*

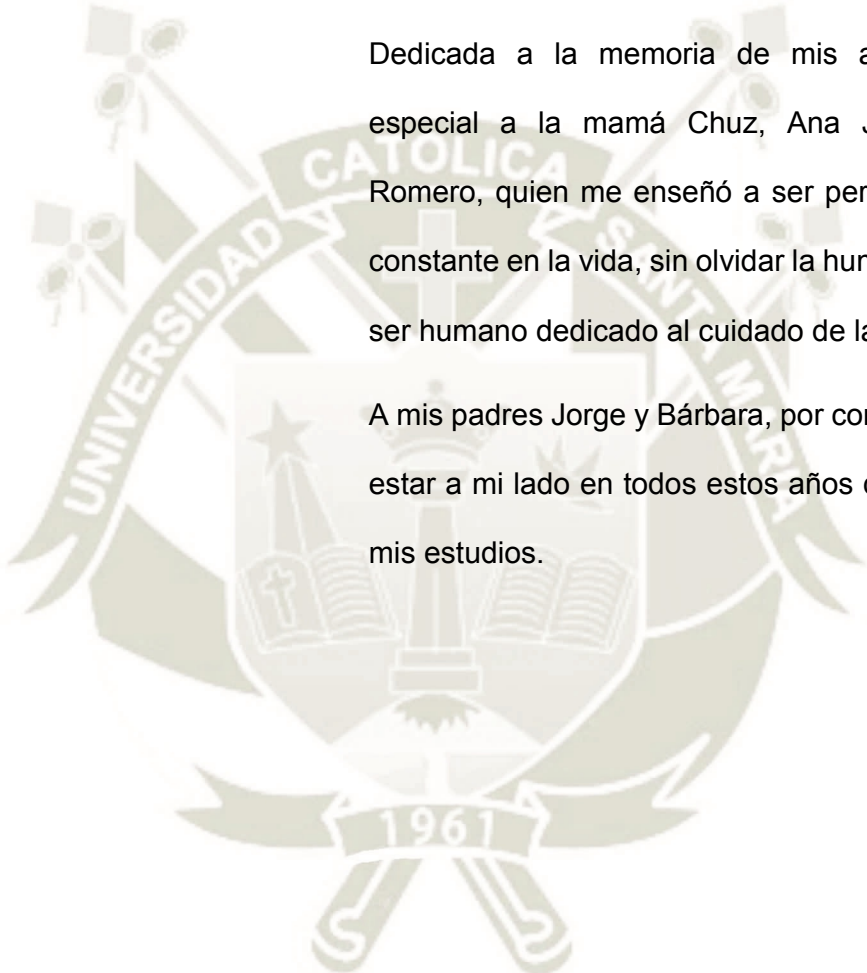
[Signature]
DR. LUIS ANTONIO BELTRÁN CHICATA
LUIS ANTONIO BELTRÁN CHICATA
MÉDICO - CIRUJANO C.M.P. 9526
PEDIATRA REG. N° 3588

[Signature]
DR. WALTER MANUEL FERNANDEZ DELGADO
Dr. Walter M. Fernández Delgado
MÉDICO PEDIATRA
C.M.P. 15534 - R.E. 8373

N. Fuentes
DRA. NANCY FUENTES CHICATA
DRA. NANCY FUENTES CHICATA
MÉDICA - PEDIATRA
C.M.P. 16680 R.N.E. 7754

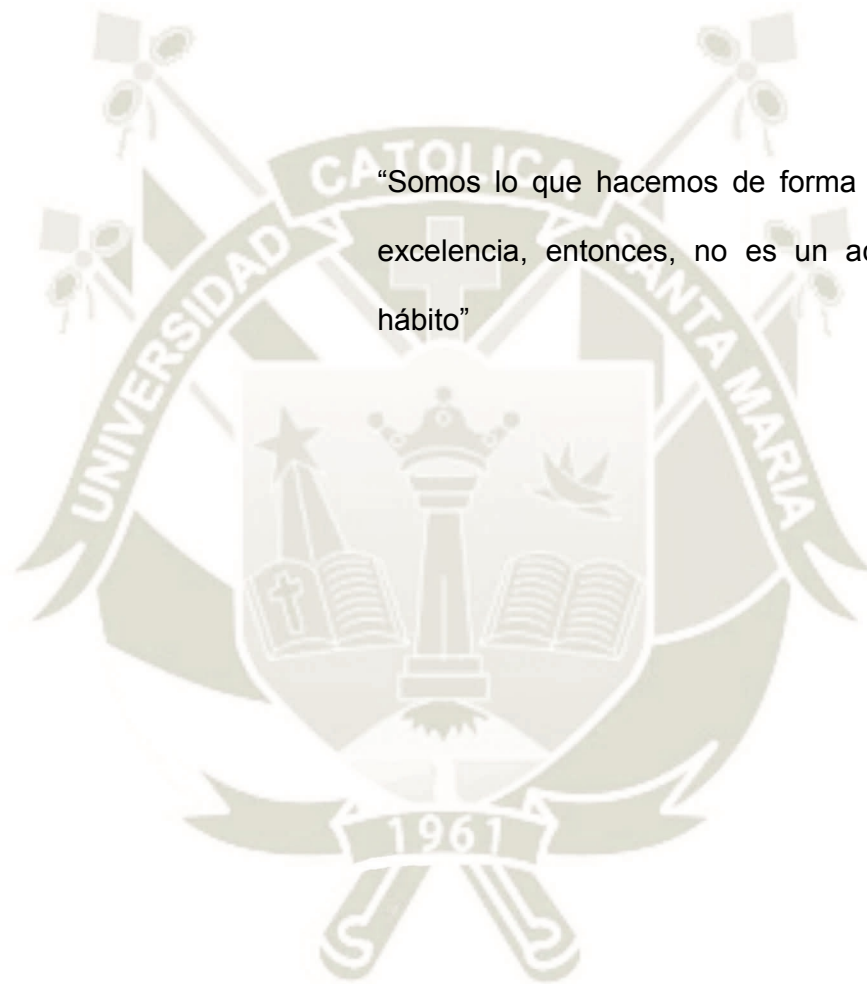


En agradecimiento a nuestro creador y único padre, Dios, que es el juez supremo de la vida, a mi Universidad y su plana docente por las horas dedicadas a nuestros estudios, a las madres en periodo de lactancia que, de una forma u otra apoyaron desinteresadamente la realización de esta investigación.

A large, faint watermark of the Universidad Católica de Santa María logo is centered on the page. It features a shield with a cross, a book, and a lamp, with the university's name and the year 1961.

Dedicada a la memoria de mis abuelos, en especial a la mamá Chuz, Ana Jesús Mitta Romero, quien me enseñó a ser perseverante y constante en la vida, sin olvidar la humildad de un ser humano dedicado al cuidado de la vida.

A mis padres Jorge y Bárbara, por confiar en mí y estar a mi lado en todos estos años dedicados a mis estudios.



“Somos lo que hacemos de forma repetida. La
excelencia, entonces, no es un acto, sino un
hábito”

Aristóteles

RESUMEN

Identificar los factores asociadas al abandono de la Lactancia Materna Exclusiva (LME) en mujeres en periodo de lactancia en el Hospital Goyeneche de Arequipa, 2020.

Se encuestó una muestra de 100 madres lactantes que cumplieron criterios de selección, aplicando una ficha de datos. Se trata de un estudio de campo observacional, prospectivo, transversal según Douglas Altman donde se comparan variables mediante prueba chi cuadrado.

De las 100 madres evaluadas, 30% abandonó la LME. Hubo proporciones similares de edades entre las madres que abandonaron la LME y las madres adherentes, predominando en ambos grupos las madres de 20 a 39 años (93.33% entre las no adherentes y 88.57% entre las adherentes; $p > 0.05$). En ambos grupos predominaron las mujeres convivientes (56.67% en las que abandonaron, 64.29% en las adherentes; $p > 0.05$). Aunque las madres no adherentes tuvieron mayor proporción de formación superior (43.33%) que las adherentes (31.43%), en ambos grupos predominó la educación secundaria (46.67% en las que abandonaron la LME, 51.43% en las adherentes; $p > 0.05$). Las madres adherentes se ocuparon más en labores del hogar (80% comparada con 66.67% en las madres que abandonaron), y hubo más empleadas en las madres que abandonaron (20%, comparado con 1.43% en las adherentes; $p < 0.05$). En ambos grupos predominó la procedencia urbana, con 73.33% de casos en las madres que abandonaron y 82.86% entre las adherentes ($p > 0.05$). El 50% de madres que abandonaron ya tuvieron partos previos, comparado con 52.86% en las adherentes ($p > 0.05$). Hubo más controles inadecuados en las que abandonaron (23.33%) que en las adherentes (10%; $p > 0.05$). El 20% de madres que no recibieron consejería abandonaron la LME, comparado con 22.86% entre las madres adherentes ($p > 0.05$). El 40% de madres que abandonaron la LME tuvieron alguna patología, comparado con 17.14% de madres adherentes ($p < 0.05$). El 46.67% de madres que abandonaron la LME tuvieron experiencias previas negativas, mientras que en las madres adherentes el 91.89% tuvo experiencias previas positivas ($p < 0.05$).

Existe una alta tasa de abandono de la LME, relacionado a la ocupación materna, la presencia de patologías y experiencias previas negativas con la lactancia.

PALABRAS CLAVE: lactancia materna exclusiva, deserción.

ABSTRACT

To identify the factors associated with the abandonment of Exclusive Breastfeeding (EBF) in breastfeeding women at the Goyeneche Hospital in Arequipa, 2020.

A sample of 100 nursing mothers who met selection criteria was surveyed, applying a data sheet. This is an observational, prospective, cross-cutting field study according to Douglas Altman where variables are compared using chi squared test.

Of the 100 mothers evaluated, 30% abandoned the EBF. There were similar proportions of ages among mothers who left the EBF and adherent mothers, with mothers between 20 and 39 years old prevailing in both groups (93.33% among non-adherents and 88.57% among adherents; $p > 0.05$). In both groups, cohabiting women predominated (56.67% in those who abandoned, 64.29% in the adherents; $p > 0.05$). Although non-adherent mothers had a higher proportion of higher education (43.33%) than adherent (31.43%), secondary education prevailed in both groups (46.67% in those who dropped the EBF, 51.43% in adherent; $p > 0.05$). Adherent mothers were more engaged in household chores (80% compared to 66.67% in mothers who abandoned), and there were more employees in mothers who abandoned (20%, compared with 1.43% in adherents; $p < 0.05$). In both groups, urban origin predominated, with 73.33% of cases in mothers who abandoned and 82.86% among adherents ($p > 0.05$). 50% of mothers who left already had previous deliveries, compared with 52.86% in the adherent ($p > 0.05$). There were more inadequate controls in those who dropped out (23.33%) than in the adherents (10%; $p > 0.05$). 20% of mothers who did not receive counseling abandoned the EBF, compared with 22.86% among adherent mothers ($p > 0.05$). 40% of mothers who left the EBF had some pathology, compared with 17.14% of adherent mothers ($p < 0.05$). 46.67% of mothers who left the EBF had negative previous experiences, while in the adherent mothers 91.89% had positive previous experiences ($p < 0.05$).

There is a high rate of abandonment of EBF, related to maternal occupation, the presence of pathologies and previous negative experiences with breastfeeding.

KEY WORDS: exclusive breastfeeding, desertion.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna (LM) es una práctica reconocida por diferentes organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), como uno de los factores que más contribuyen con la salud y la alimentación de los niños, especialmente si se ofrece en forma exclusiva hasta el sexto mes de vida y con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años (1).

Está demostrado que la lactancia materna tiene beneficios en el conocimiento y en la salud tanto para los bebés como para sus madres. Es especialmente importante durante los primeros seis meses de vida, ya que contribuye a evitar la diarrea y la neumonía, dos de las principales causas de muerte en los lactantes. Las madres que amamantan presentan un riesgo menor de padecer cáncer de ovario y de mama, dos de las principales causas de muerte entre las mujeres (2).

A pesar de sus beneficios y ventajas, es un hecho el abandono de la LME por una proporción elevada de mujeres a nivel mundial. Según la OMS, tan solo un 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida (1).

En el año 1994 el Hospital Goyeneche III-1 fue declarado hospital amigo de la lactancia materna, y promueve la LME entre todas las mujeres gestantes y púerperas por un tiempo mínimo de 6 meses, pudiendo prolongar la lactancia hasta los 2 años. Sin embargo, a pesar de difundir las ventajas de la LME para la madre y el lactante, muchas mujeres deciden dejar la LME y comenzar a complementar o reemplazar la leche materna con leche artificial o introducen precozmente alimentos o líquidos, hecho que he podido observar directamente durante los años de estudios clínicos y en la práctica del internado.

Con el presente estudio se busca conocer la frecuencia de abandono de la LME y los factores relacionados, que podrán ser detectados y prevenidos para lograr que cada vez más mujeres adopten la LME como método de alimentación de sus niños durante los primeros 6 meses de vida.

Luego de realizar el estudio hemos encontrado un porcentaje altamente significativo en el abandono de la lactancia materna exclusiva, y es preocupante porque la leche materna es la mejor manera de alimentar al neonato y lactante menor.

Los resultados de la presente investigación servirán para mejorar las actividades y programas respecto a la lactancia materna y evaluar las falencias que se presentan en el hospital y lograr reducir el porcentaje de abandono de la lactancia materna.



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS.....	1
CAPÍTULO II RESULTADOS.....	5
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	28
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	34
CONCLUSIONES.....	35
RECOMENDACIONES	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
ANEXOS.....	40
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	41
Anexo 2 Matriz de sistematización de información.....	42
Anexo 3 Proyecto de investigación.....	46

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 01 Frecuencia de abandono de la lactancia materna exclusiva en las madres evaluadas	6
Tabla N° 02 Influencia de la edad materna en el abandono de la LME	8
Tabla N° 03 Influencia del estado civil de la madre en el abandono de la LME	10
Tabla N° 04 Influencia del nivel de instrucción de la madre en el abandono de la LME	12
Tabla N° 05 Influencia de la ocupación de la madre en el abandono de la LME	14
Tabla N° 06 Influencia de la procedencia de la madre en el abandono de la LME	16
Tabla N° 07 Influencia de la paridad previa de la madre en el abandono de la LME	18
Tabla N° 08 Influencia de los controles prenatales en el abandono de la LME	20
Tabla N° 09 Influencia de la consejería en lactancia en el abandono de la LME	22
Tabla N° 10 Influencia de las patologías maternas en el abandono de la LME	24
Tabla N° 11 Influencia de la experiencia previa en lactancia en el abandono de la LME	26

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico N° 01 Frecuencia de abandono de la lactancia materna exclusiva en las madres evaluadas	7
Gráfico N° 02 Influencia de la edad materna en el abandono de la LME	9
Gráfico N° 03 Influencia del estado civil de la madre en el abandono de la LME11	
Gráfico N° 04 Influencia del nivel de instrucción de la madre en el abandono de la LME	13
Gráfico N° 05 Influencia de la ocupación de la madre en el abandono de la LME15	
Gráfico N° 06 Influencia de la procedencia de la madre en el abandono de la LME	17
Gráfico N° 07 Influencia de la paridad previa de la madre en el abandono de la LME	19
Gráfico N° 08 Influencia de los controles prenatales en el abandono de la LME21	
Gráfico N° 09 Influencia de la consejería en lactancia en el abandono de la LME	23
Gráfico N° 10 Influencia de las patologías maternas en el abandono de la LME25	
Gráfico N° 11 Influencia de la experiencia previa en lactancia en el abandono de la LME	27



CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio.
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Hospital Goyeneche de Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural durante el primer bimestre del año 2020.

2.3. **Unidades de estudio:** Mujeres en edad reproductiva que se encuentran en periodo de lactancia atendidas en el Hospital Goyeneche.

2.4. **Universo:** Todas las mujeres en edad reproductiva que se encuentran en periodo de lactancia atendidas en el Hospital Goyeneche Arequipa durante el periodo de estudio.

2.5. **Muestra:** se estudió una muestra establecida de manera no probabilística intencional en 100 mujeres. Además, cumplieron los criterios de selección.

Criterios de selección:

• **Criterios de Inclusión**

- Mujeres en periodo de lactancia
- Que hayan acudido para atención de parto al Hospital Goyeneche

- Control de puerperio o del lactante hasta al menos 6 meses de edad y que iniciaron la ablactancia conjuntamente con lactancia materna.
- Participación voluntaria en la investigación.

- **Criterios de Exclusión**

- Registros incompletos

3. Tipo de investigación: Se trata de un estudio de campo.

4. Diseño de investigación: Observacional, prospectivo, transversal.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Se solicitó autorización a la dirección del Hospital Goyeneche y a la Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia y de Pediatría para la realización del estudio.

Se contactó a las madres que acudieron a control del puerperio en el Servicio de Obstetricia o en la consulta de Pediatría o niño sano hasta los 6 meses, para explicar el motivo del estudio y solicitar su participación voluntaria, para lo que firmaron un consentimiento informado. Se entregó una ficha de datos sociodemográficos clínicos, y se determinó la adherencia a la lactancia a través de un cuestionario previo.

Se consideró abandono de la lactancia materna exclusiva si durante los primeros seis meses de edad del niño se suspendió la lactancia materna y se administró leche en fórmula, alimentos sólidos u otro tipo de líquidos (mates, agua, excluyendo los medicamentos).

5.2. Validación de los instrumentos

La ficha de datos no requiere de validación por tratarse de un instrumento para recolectar información.

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Recolección

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento.

b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados de manera consecutiva y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

d) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. La comparación de variables cualitativas entre grupos se realizó con la prueba de independencia chi cuadrado. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.22.0.



CAPÍTULO II RESULTADOS

FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA. HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2020

Tabla N° 01

Frecuencia de abandono de la lactancia materna exclusiva en las madres evaluadas

	N°	%
Abandono	30	30.00%
Adherente	70	70.00%
Total	100	100.00%

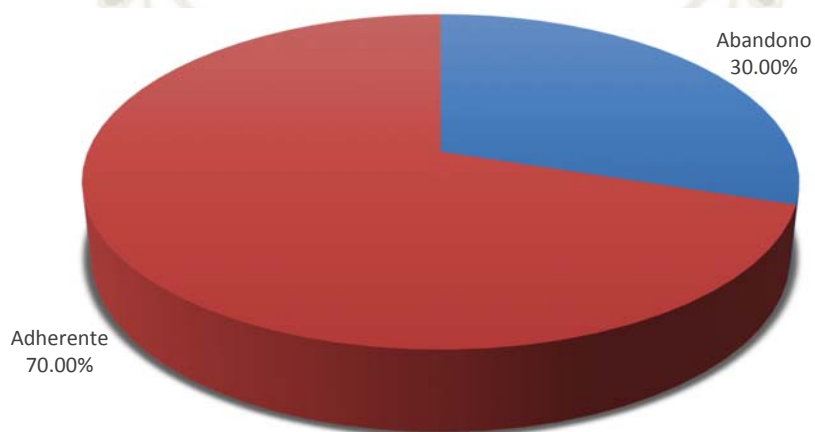
Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla N° 01** se muestra la frecuencia de abandono de la LME; de las 100 madres evaluadas, 30% abandonó la LME.

**FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN
MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA. HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2020**

Gráfico N° 01

**Frecuencia de abandono de la lactancia materna exclusiva en las madres
evaluadas**



Fuente: Elaboración propia

FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA. HOSPITAL GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2020

Tabla N° 02
Influencia de la edad materna en el abandono de la LME

Edad	Abandono		Adherente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 20 años	1	3.33%	4	5.71%	5	5.00%
20-29 años	15	50.00%	31	44.29%	46	46.00%
30-39 años	13	43.33%	31	44.29%	44	44.00%
40-49 años	1	3.33%	4	5.71%	5	5.00%
Total	30	100.00%	70	100.00%	100	100.00%

Chi² = 0.63

G. libertad = 3

p = 0.89

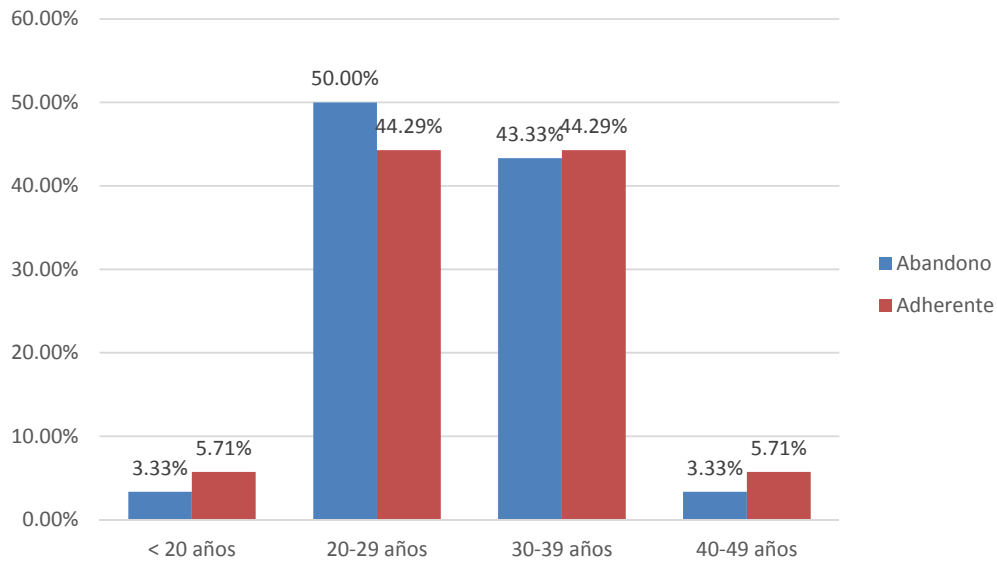
Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla N° 02** se muestra la influencia de la edad materna en el abandono de la LME; hubo proporciones similares de edades entre las madres que abandonaron la LME y las madres adherentes.

**FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN
MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA. HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2020**

Gráfico N° 02

Influencia de la edad materna en el abandono de la LME



Fuente: Elaboración propia

FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA. HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2020

Tabla N° 03

Influencia del estado civil de la madre en el abandono de la LME

E. civil	Abandono		Adherente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Conviviente	17	56.67%	45	64.29%	62	62.00%
Casada	5	16.67%	14	20.00%	19	19.00%
Soltera	5	16.67%	11	15.71%	16	16.00%
Separada	3	10.00%	0	0.00%	3	3.00%
Total	30	100.00%	70	100.00%	100	100.00%

Chi² = 7.33

G. libertad = 3

p = 0.06

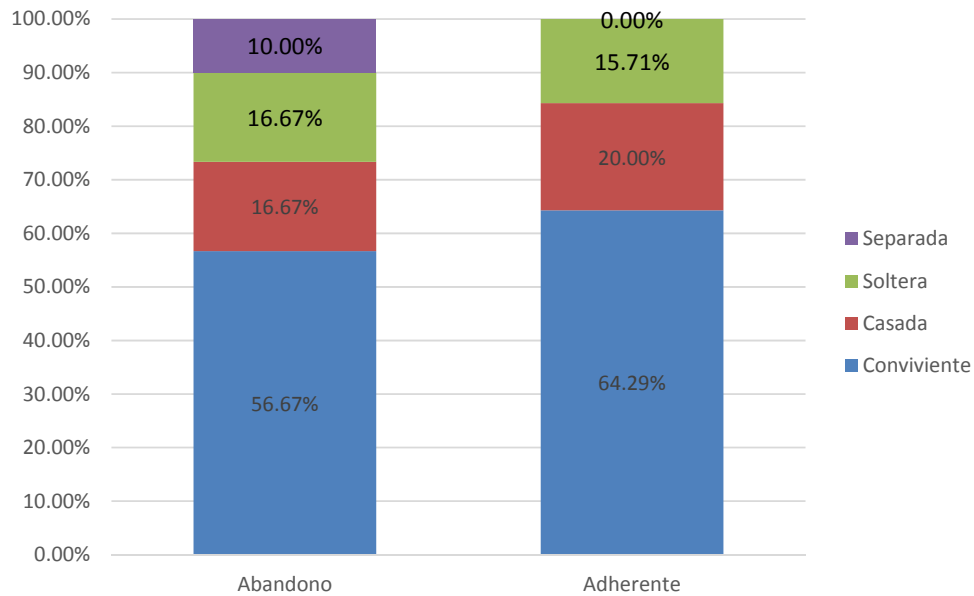
Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla N° 03** se muestra la influencia del estado civil en la adherencia de la LME; en ambos grupos predominaron las mujeres convivientes, con un 56.67% las madres que abandonaron y 64.29% en las adherentes.

**FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN
MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA. HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2020**

Gráfico N° 03

Influencia del estado civil de la madre en el abandono de la LME



Fuente: Elaboración propia

FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA. HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2020

Tabla N° 04

Influencia del nivel de instrucción de la madre en el abandono de la LME

Instrucción	Abandono		Adherente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Lletrada	1	3.33%	0	0.00%	1	1.00%
Primaria	1	3.33%	5	7.14%	6	6.00%
Secundaria	14	46.67%	36	51.43%	50	50.00%
Técnico	1	3.33%	7	10.00%	8	8.00%
Superior	13	43.33%	22	31.43%	35	35.00%
Total	30	100.00%	70	100.00%	100	100.00%

Chi² = 4.95

G. libertad = 4

p = 0.29

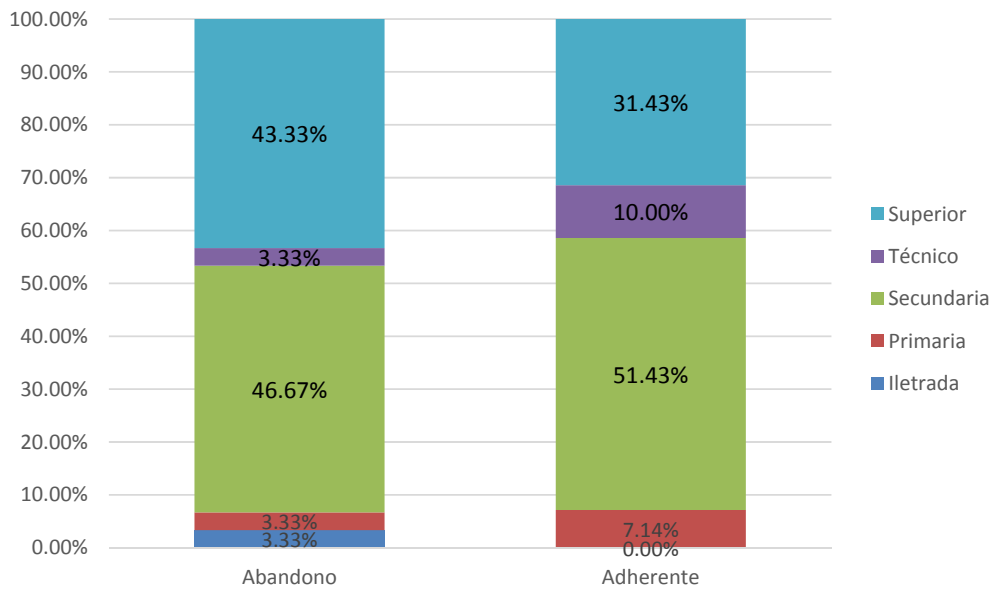
Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla N° 04** las madres no adherentes tuvieron mayor proporción de formación superior (43.33%) que las adherentes (31.43%) y en ambos grupos predominó la educación secundaria (46.67% en las que abandonaron la LME, 51.43% en las adherentes).

**FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN
MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA. HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2020**

Gráfico N° 04

Influencia del nivel de instrucción de la madre en el abandono de la LME



Fuente: Elaboración propia

FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA. HOSPITAL GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2020

Tabla N° 05

Influencia de la ocupación de la madre en el abandono de la LME

Ocupación	Abandono		Adherente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Su casa	20	66.67%	56	80.00%	76	76.00%
Independiente	4	13.33%	11	15.71%	15	15.00%
Empleada	6	20.00%	1	1.43%	7	7.00%
Obrera	0	0.00%	2	2.86%	2	2.00%
Total	30	100.00%	70	100.00%	100	100.00%

Chi² = 11.77

G. libertad = 3

p = 0.01

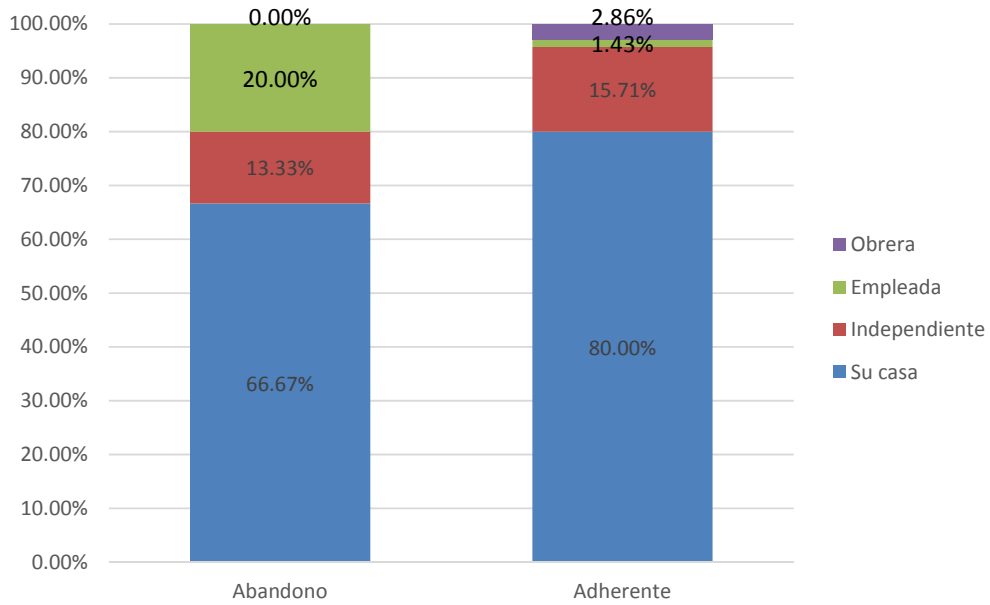
Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla N° 05** se muestra la influencia de la ocupación en el abandono de la LME; las madres adherentes se ocuparon más en labores del hogar (80% comparada con 66.67% en las madres que abandonaron), y hubo más empleadas en las madres que abandonaron (20%, comparado con 1.43% en las adherentes).

**FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN
MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA. HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2020**

Gráfico N° 05

Influencia de la ocupación de la madre en el abandono de la LME



Fuente: Elaboración propia

FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA. HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2020

Tabla N° 06

Influencia de la procedencia de la madre en el abandono de la LME

Procedencia	Abandono		Adherente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Rural	3	10.00%	8	11.43%	11	11.00%
Semirrural	5	16.67%	4	5.71%	9	9.00%
Urbana	22	73.33%	58	82.86%	80	80.00%
Total	30	100.00%	70	100.00%	100	100.00%

Chi² = 3.08

G. libertad = 2

p = 0.21

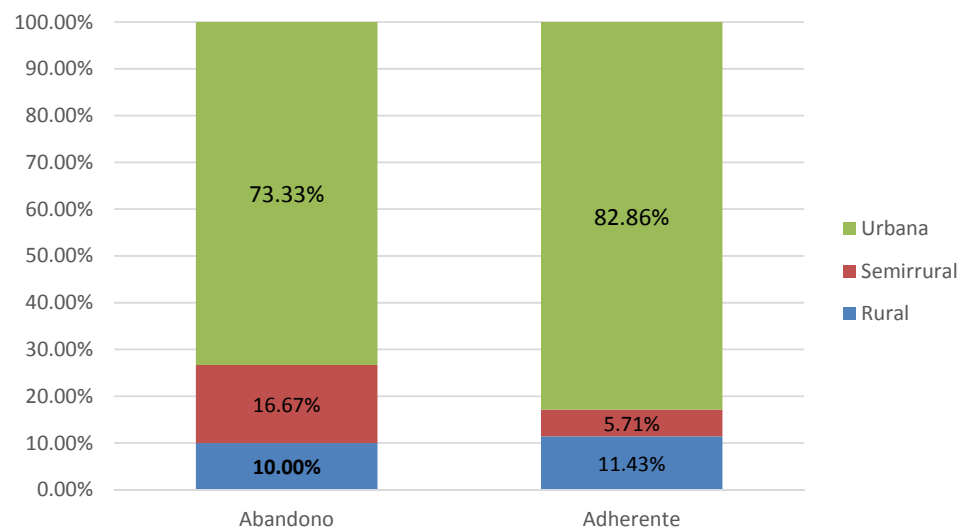
Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla N° 06** se muestra que en ambos grupos predominó la procedencia urbana, con 73.33% de casos en las madres que abandonaron y 82.86% entre las adherentes, y entre las que abandonaron 16.67% eran de medio semirrural y 10% de medio rural, y en las adherentes 5.71% eran de área semirrural y 11.43% de área rural.

**FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN
MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA. HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2020**

Gráfico N° 06

Influencia de la procedencia de la madre en el abandono de la LME



Fuente: Elaboración propia

FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA. HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2020

Tabla N° 07

Influencia de la paridad previa de la madre en el abandono de la LME

Paridad	Abandono		Adherente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguno	15	50.00%	33	47.14%	48	48.00%
Uno	4	13.33%	12	17.14%	16	16.00%
Dos a más	11	36.67%	25	35.71%	36	36.00%
Total	30	100.00%	70	100.00%	100	100.00%

Chi² = 0.23

G. libertad = 2

p = 0.89

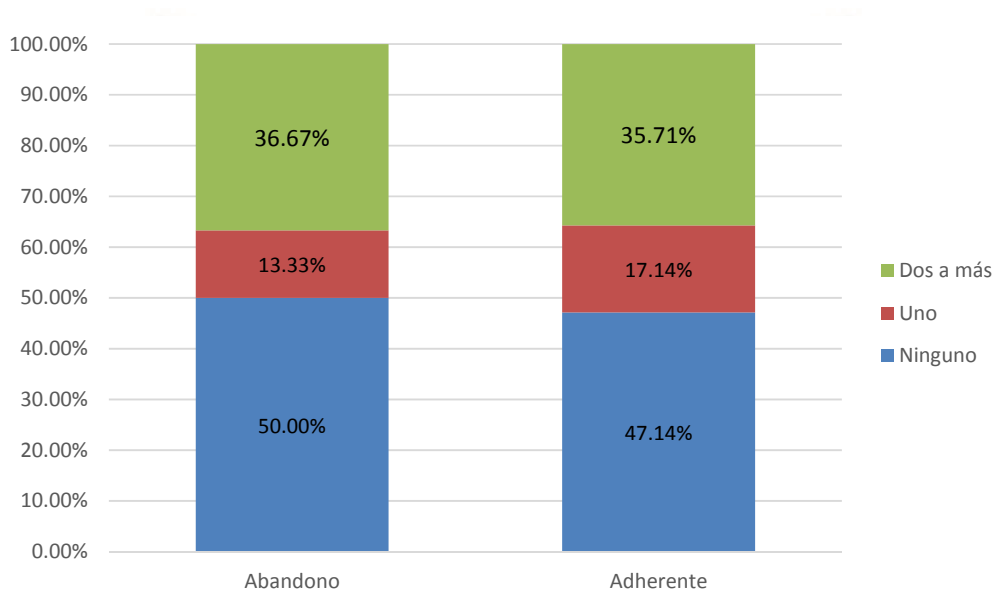
Fuente: Elaboración propia

La **Tabla N° 07** muestra la influencia de la paridad previa en el abandono de la LME; 50% de madres que abandonaron la LME ya tuvieron partos previos, uno en 13.33% y dos a más en 36.67%, comparado con 52.86% en las adherentes, con un parto en 17.14% y dos a más partos en 35.71%.

**FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN
MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA. HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2020**

Gráfico N° 07

Influencia de la paridad previa de la madre en el abandono de la LME



Fuente: Elaboración propia

FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA. HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2020

Tabla N° 08

Influencia de los controles prenatales en el abandono de la LME

CPN	Abandono		Adherente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Inadecuado	7	23.33%	7	10.00%	14	14.00%
Adecuado	23	76.67%	63	90.00%	86	86.00%
Total	30	100.00%	70	100.00%	100	100.00%

Chi² = 3.10

G. libertad = 1

p = 0.08

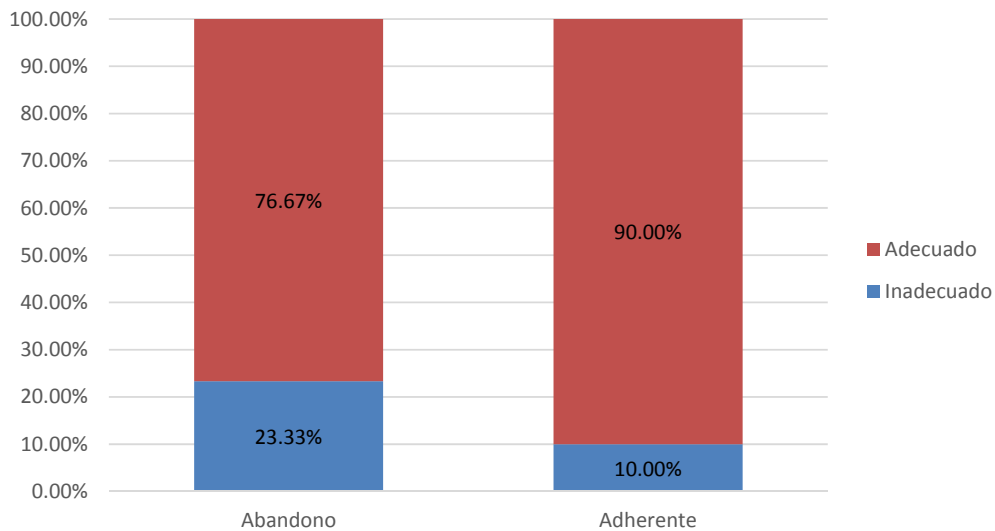
Fuente: Elaboración propia

La **Tabla N° 08** muestra la influencia de los controles prenatales en el abandono de la LME; hubo más controles inadecuados en las que abandonaron (23.33%) que en las adherentes (10%).

**FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN
MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA. HOSPITAL GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2020**

Gráfico N° 08

Influencia de los controles prenatales en el abandono de la LME



Fuente: Elaboración propia

FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA. HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2020

Tabla N° 09

Influencia de la consejería en lactancia en el abandono de la LME

Consejería	Abandono		Adherente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
No	6	20.00%	16	22.86%	22	22.00%
Si	24	80.00%	54	77.14%	78	78.00%
Total	30	100.00%	70	100.00%	100	100.00%

Chi² = 0.10

G. libertad = 1

p = 0.75

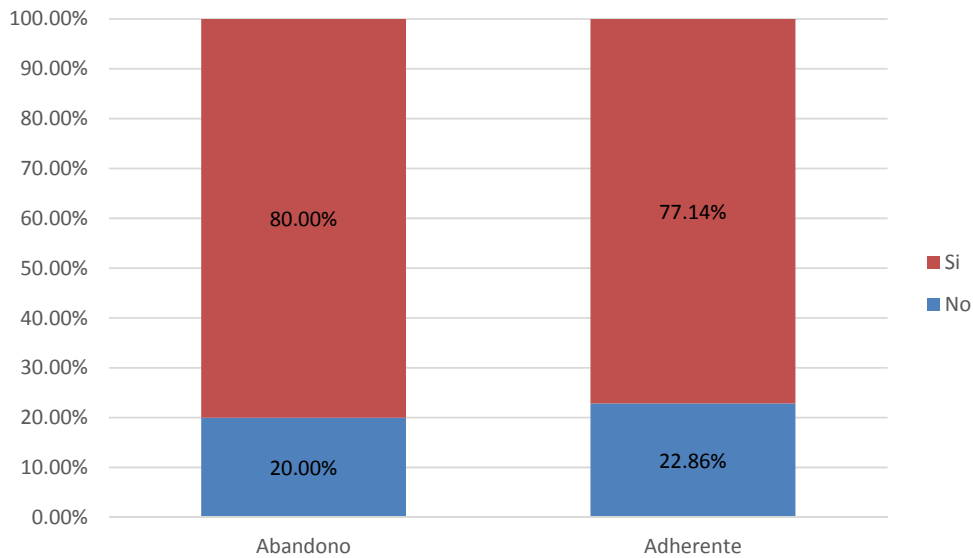
Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla N° 09** se aprecia la influencia de la consejería en lactancia materna en el abandono de la LME; el 20% de madres que no recibieron consejería abandonaron la LME, comparado con 22.86% entre las madres adherentes.

**FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN
MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA. HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2020**

Gráfico N° 09

Influencia de la consejería en lactancia en el abandono de la LME



Fuente: Elaboración propia

FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA. HOSPITAL GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2020

Tabla N° 10
Influencia de las patologías maternas en el abandono de la LME

Patologías	Abandono		Adherente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
No	18	60.00%	58	82.86%	76	76.00%
Poca leche	7	23.33%	3	4.29%	10	10.00%
Mastitis	0	0.00%	6	8.57%	6	6.00%
Alt. Pezón	1	3.33%	1	1.43%	2	2.00%
Apendicitis	1	3.33%	0	0.00%	1	1.00%
Preeclampsia	1	3.33%	0	0.00%	1	1.00%
Otra	2	6.67%	2	2.86%	4	4.00%
Total	30	100.00%	70	100.00%	100	100.00%

Chi² = 17.44

G. libertad = 6

p = 0.01

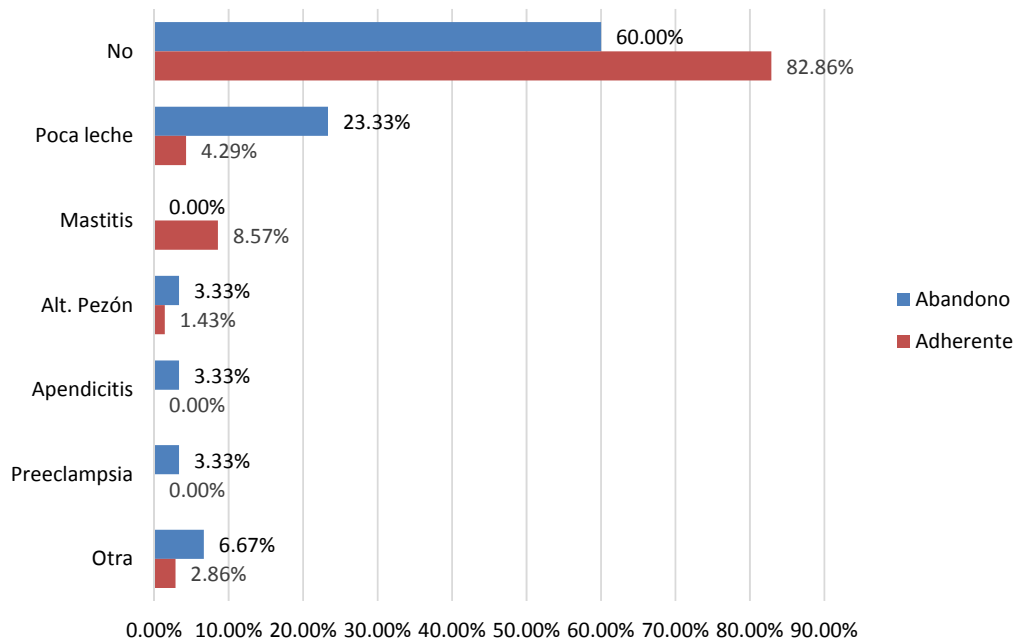
Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla N° 10** se muestra la influencia de las patologías maternas en el abandono de la LME; el 40% de madres que abandonaron la LME tuvieron alguna patología, sobre todo la poca producción de leche (23.33%), mientras que 17.14% de madres adherentes tuvieron patologías, entre las cuales el 8.57% fueron mastitis.

**FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN
MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA. HOSPITAL GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2020**

Gráfico N° 10

Influencia de las patologías maternas en el abandono de la LME



Fuente: Elaboración propia

FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA. HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2020

Tabla N° 11

Influencia de la experiencia previa en lactancia en el abandono de la LME

Exp. previa	Abandono		Adherente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Positiva	8	53.33%	34	91.89%	42	80.77%
Negativa	7	46.67%	3	8.11%	10	19.23%
Total	15	100.00%	37	100.00%	52	100.00%

Chi² = 10.22

G. libertad = 6

p < 0.05

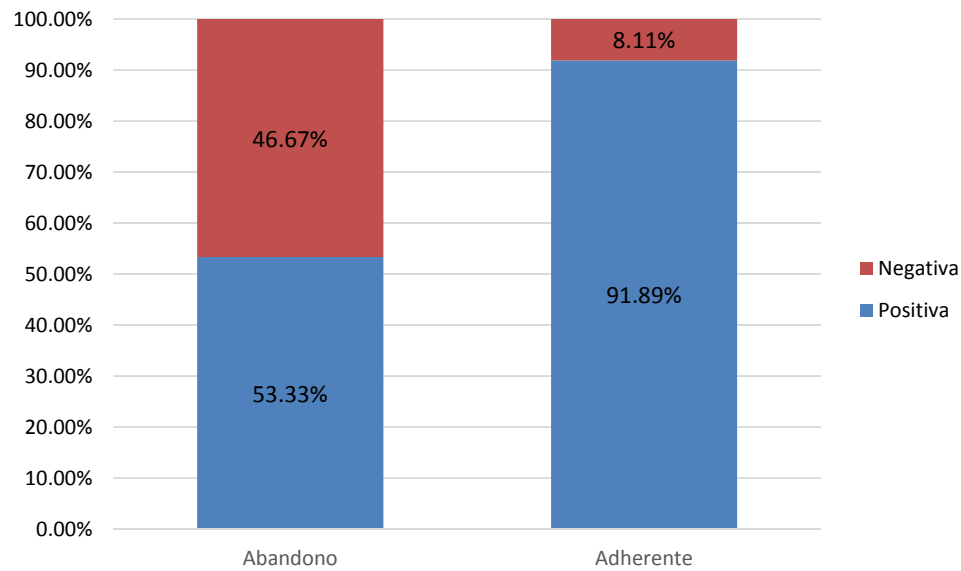
Fuente: Elaboración propia

La **Tabla N° 11** da a conocer que el 46.67% de madres que abandonaron la LME tuvieron experiencias previas negativas, mientras que en las madres adherentes el 91.89% tuvo experiencias previas positivas.

**FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN
MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA. HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2020**

Gráfico N° 11

Influencia de la experiencia previa en lactancia en el abandono de la LME



Fuente: Elaboración propia



El trabajo de investigación presentado, se realizó para establecer la relación que existe entre los factores señalados en la hipótesis, que se asocian con el abandono de la lactancia materna, investigación realizada en el Hospital Goyeneche III-1, para lo cual se tomó una muestra de 100 madres lactantes que cumplieron criterios de selección, aplicando una ficha de datos, los cuales nos permitirán comparar variables mediante prueba del test del chi cuadrado.

En la **Tabla y Gráfico N° 01** se muestra la frecuencia de abandono de la LME; de las 100 madres evaluadas, 30% abandonó la LME; la investigación de González realizada entre el año 2013 a 2015 conto con 255 lactantes menores de 6 meses y obtuvo un abandono del 57.6% (21), Laghi en su investigación encontró igualmente un elevado porcentaje de abandono de la LME aproximadamente un 70% (20), si bien el 30% encontrado no es un alto porcentaje es significativo dado que el hospital Goyeneche está declarado hospital amigo de la lactancia materna y promueve dicha práctica en todos los ambientes de pediatría y ginecobstetricia. Si hacemos un paralelo frente a las diferentes investigaciones traídas a la presente, nuestro número es menor y eso es alentador por lo que significaría seguir trabajando en este importante aspecto.

En la **Tabla y Gráfico N° 02** se muestra la influencia de la edad materna en el abandono de la LME; hubo proporciones similares de edades entre las madres que abandonaron la LME y las madres adherentes, predominando en ambos grupos las madres de 20 a 39 años (93.33% entre las no adherentes y 88.57% entre las adherentes), sin diferencias significativas ($p > 0.05$).

Datos encontrados en similitud a Chumpitaz, donde se encontró que las madres entre 20 a 29 años y 30 a 39 años tienen similar porcentaje de abandono (17), mientras que Pacheco 2017 observo que el mayor porcentaje en relación a la edad lo representan las madres con una edad entre 20 a 35 años con un 88,8% de adherencia que; seguido de madres entre 36 a 59 años con un 5,6% y madres entre 14 a 19 años con un 5,6% , por lo que este autor afirma que la edad de las madres lactantes favorece significativamente la lactancia materna exclusiva (18), esta diferenciación entre nuestro estado de arte y la investigación realizada corresponde a realidades muy diferentes, ya que el hospital Goyeneche trabaja denodadamente sin hacer exclusión de ningún grupo etario.

La **Tabla y Gráfico N° 03** muestran la influencia del estado civil en la adherencia de la LME; aunque hubo más madres separadas entre las que abandonaron (10%), y no hubo casos en las adherentes, en ambos grupos predominaron las mujeres convivientes (56.67% en las que abandonaron, 64.29% en las adherentes), y las diferencias no alcanzaron significado estadístico ($p > 0.05$).

Por el contrario el autor Pacheco, 2017 afirma que el estado civil de las madres lactantes favorece significativamente la lactancia materna exclusiva debido a que el mayor porcentaje de madres adherentes a la LME en relación al estado civil lo representan las madres lactantes convivientes o unión estable con un 91,1% (18), y Chumpitaz, obtiene como resultado un 53.3% de abandono en madres convivientes contra un 36.7% en madres casadas (17), estos resultados de los autores mencionados no concuerdan con nuestra investigación ya que el estado civil no mantiene una vinculación directa con la LME se podría suponer que los resultados de nuestra investigación se deben al empoderamiento de la mujer en pleno siglo XXI.

La influencia del grado de instrucción de las madres en la adherencia se muestra en **Tabla y Gráfico N° 04**; aunque las madres no adherentes tuvieron mayor proporción de formación superior (43.33%) que las adherentes (31.43%), en ambos grupos predominó la educación secundaria (46.67% en las que abandonaron la LME, 51.43% en las adherentes), y las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$); a diferencia de García y Chumpitaz que en la investigación encontraron que no tener estudios o solo primaria está asociado al abandono de la LME (17,19), de igual forma Pacheco afirma que el grado de instrucción de las madres lactantes favorece significativamente la lactancia materna exclusiva (18), la diferencia puede deberse a que los estudios fueron realizados en diferentes regiones de nuestro país y por lo consiguiente son diferentes realidades.

La **Tabla y Gráfico N° 05** muestran la influencia de la ocupación en el abandono de la LME; las madres adherentes se ocuparon más en labores del hogar (80% comparada con 66.67% en las madres que abandonaron), y hubo más empleadas en las madres que abandonaron (20%, comparado con 1.43% en las adherentes), siendo las diferencias significativas ($p < 0.05$); de igual forma Chumpitaz arroja como resultado que el 49% de mujeres que abandonaron son empleadas a

diferencia del 5% de mamás que son amas de casa (17), Gonzales obtuvo un 15.3% de abandono por incorporación al centro de trabajo y 17.7% por incorporación al estudio (21).

La ocupación laboral o las actividades realizadas por las investigadas si marcan una gran diferencia, porque el sistema laboral del Perú solo guarda 45 días de pre y post natal y al incorporarse a sus actividades se dificulta continuar con la LME, mientras que en la de ocupación su casa o actividades no abandonan la LME y eso nos conduce que el estado debería poner mayor énfasis en la PEA y buscar otros mecanismos alternativos para esta población en estado de vulnerabilidad que aun así velan por el mejor desarrollo de sus hijos.

La influencia de la procedencia en el abandono de la LME se muestra en la **Tabla y Gráfico N° 06**; en ambos grupos predominó la procedencia urbana, con 73.33% de casos en las madres que abandonaron y 82.86% entre las adherentes, y entre las que abandonaron 16.67% eran de medio semirural y 10% de medio rural, y en las adherentes 5.71% eran de área semirural y 11.43% de área rural, diferencias no significativas ($p > 0.05$); en los resultados encontrados por Pacheco, quien señala que el mayor porcentaje en relación a la procedencia lo representan las madres lactantes que son provenientes de la sierra con un 79,9%; seguido de madres provenientes de la costa con un 20,1% esto conduce a afirmar que la procedencia de las madres lactantes favorece significativamente la lactancia materna exclusiva (20), esto podría deberse a que en la sierra por patrones culturales sumado al factor económico no es fácil acceder a una leche artificial, favoreciendo al desarrollo del lactante, prologándose esta hasta los dos años de edad, no siendo así en la costa, según los resultados obtenidos en nuestro estado de arte y el presente trabajo no se encuentra mayor diferencia y esto supone que el principio del hospital Goyeneche cumple su función en forma satisfactoria al menos en este aspecto.

La **Tabla y Gráfico N° 07** muestran la influencia de la paridad previa en el abandono de la LME; no se encontraron diferencias, puesto que 50% de madres que abandonaron ya tuvieron partos previos, uno en 13.33% y dos a más en 36.67%, comparado con 52.86% en las adherentes, con un parto en 17.14% y dos a más partos en 35.71%, diferencias no significativas ($p > 0.05$); al contrario de Laghi que

encontró en su investigación que las mujeres primíparas tenían una frecuencia significativamente más alta de abandono de LME comparadas con las multíparas 95% frente a un 50% (20), esto se debería a que las madres primíparas empezarían a experimentar su condición de madre por primera vez y ellos conlleva a cambios biológicos y psicológicos que podrían bien no ser aceptados o comprendidos en ese momento a diferencia de las que ya pasaron esta significativa etapa de su vida.

En la **Tabla y Gráfico N° 08** se muestra la influencia de los controles prenatales en el abandono de la LME; hubo más controles inadecuados en las que abandonaron (23.33%) que en las adherentes (10%), aunque las diferencias no alcanzaron significado estadístico ($p > 0.05$).

Al paralelo del autor Pacheco, en su investigación encuentra que haber cumplido con todos los controles prenatales favorece significativamente la adherencia a la LME (18), esta diferencia puede deberse a que durante los controles prenatales se brindan charlas a las gestantes sobre la importancia de la lactancia materna, de mismo modo se les enseña la técnica correcta para amamantar, pero al ser el Hospital Goyeneche amigo de la lactancia esta labor de concientización se da constantemente antes, durante y después del parto cumpliendo así el rol primogénito de esta institución.

En la **Tabla y Gráfico N° 09** se aprecia la influencia de la consejería en lactancia materna en el abandono de la LME; el 20% de madres que no recibieron consejería abandonaron la LME, comparado con 22.86% entre las madres adherentes, diferencias no significativas ($p > 0.05$); en el estudio de García si se obtiene una asociación entre no recibir consejería y el abandono de LME (19), la diferencia puede deberse a que pese a no tener controles ni consejería adecuada al momento del parto, las madres una vez internadas en el Hospital Goyeneche se les brinda toda la consejería sobre los beneficios e importancia, incidiendo en la permanente educación, capacitación en la técnica correcta de lactancia por el personal de pediatría y ginecología.

La **Tabla y Gráfico N° 10** muestran la influencia de las patologías maternas en el abandono de la LME; el 40% de madres que abandonaron la LME tuvieron alguna patología, sobre todo la poca producción de leche (23.33%), mientras que 17.14%

de madres adherentes tuvieron patologías, entre las cuales el 8.57% fueron mastitis. Las diferencias fueron significativas ($p < 0.05$);

Revisando a González, 2015, presenta en su investigación que la hipogalactia fue la causa más frecuente por las que se abandona la lactancia materna, con un 47.1%, y la enfermedad materna un 12.01% (21), Laghi 2013 muestra que las madres que percibían que su hijo no se satisfacía con la lactancia materna y las que tenían problemas con el pezón tenían mayor probabilidad de haber abandonado la LME precozmente (20) y Gorrita presenta como principal causa de abandono que la madre no abastecía la alimentación del con un porcentaje del 40%, seguido de un 23% de madres que afirman que el lactante no subía de peso (22). Por lo que nuestro estado del arte queda demostrado la igualdad de datos obtenidos para diferentes realidades.

La influencia de la experiencia previa en lactancia entre madres que tuvieron partos previos, en el abandono de la LME, se muestra en la **Tabla y Gráfico N° 11**; el 46.67% de madres que abandonaron la LME tuvieron experiencias previas negativas, mientras que en las madres adherentes el 91.89% tuvo experiencias previas positivas, diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$).

Toda experiencia negativa en cualquier situación deviene en actos que no podrían ser óptimos para los propósitos propuestos en nuestra investigación, que nos dice que frente a un estado diferente de salud optan por una salida fácil y de inmediata decisión.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Primera.** - Se encontró una frecuencia de abandono de la LME de 30% entre mujeres en periodo de lactancia atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa, 2020.
- Segunda.** - Las mujeres en periodo de lactancia que dan de lactar atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa, 2020 fueron predominantemente jóvenes, convivientes, con educación secundaria o superior, de ocupación en labores de hogar y procedencia urbana, más de la mitad tuvo partos previos; los controles prenatales fueron adecuados y la mayoría recibió consejería en lactancia materna, hubo pocas patologías maternas y experiencias previas positivas con la lactancia.
- Tercera.** - La ocupación de la madre, la presencia de patologías maternas y una experiencia previa negativa con la lactancia materna fueron factores asociados al abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en mujeres atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa, 2020.

RECOMENDACIONES

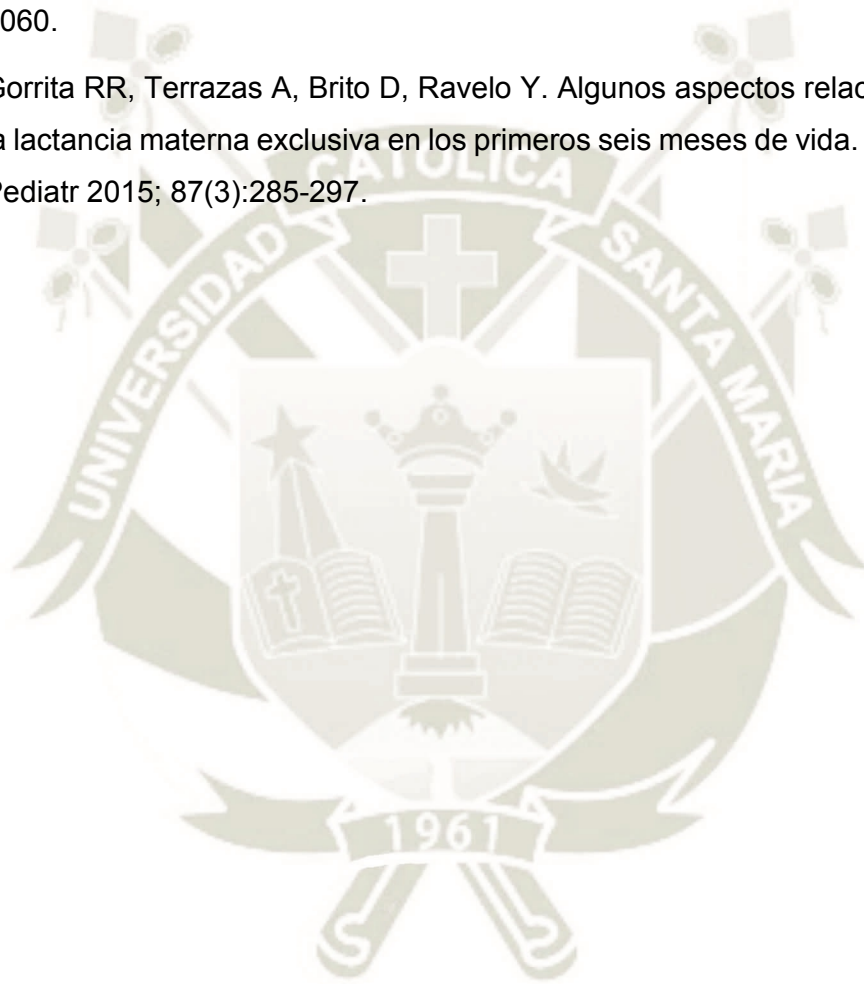
- 1) Se recomienda implementar nuevas estrategias en los servicios de pediatría, ginecoobstetricia y enfermería para poder concientizar a la población objetivo de la imperiosa necesidad de la exclusividad de la lactancia materna.
- 2) Se recomienda al personal del servicio de pediatría del hospital Goyeneche, procurar una mejor y fluida comunicación con las madres en periodo de lactancia, poniendo mayor énfasis en las madres primigestas, a fin de solucionar sus dudas y ayudarlas a mejorar la técnica de lactancia.
- 3) A la Universidad Católica de Santa María, en el área de ciencias de la salud para que un mayor número de estudiantes realicen trabajos avocados a la LME y su repercusión en el desarrollo del binomio madre-hijo y este en un mejor desarrollo de la sociedad a futuro.

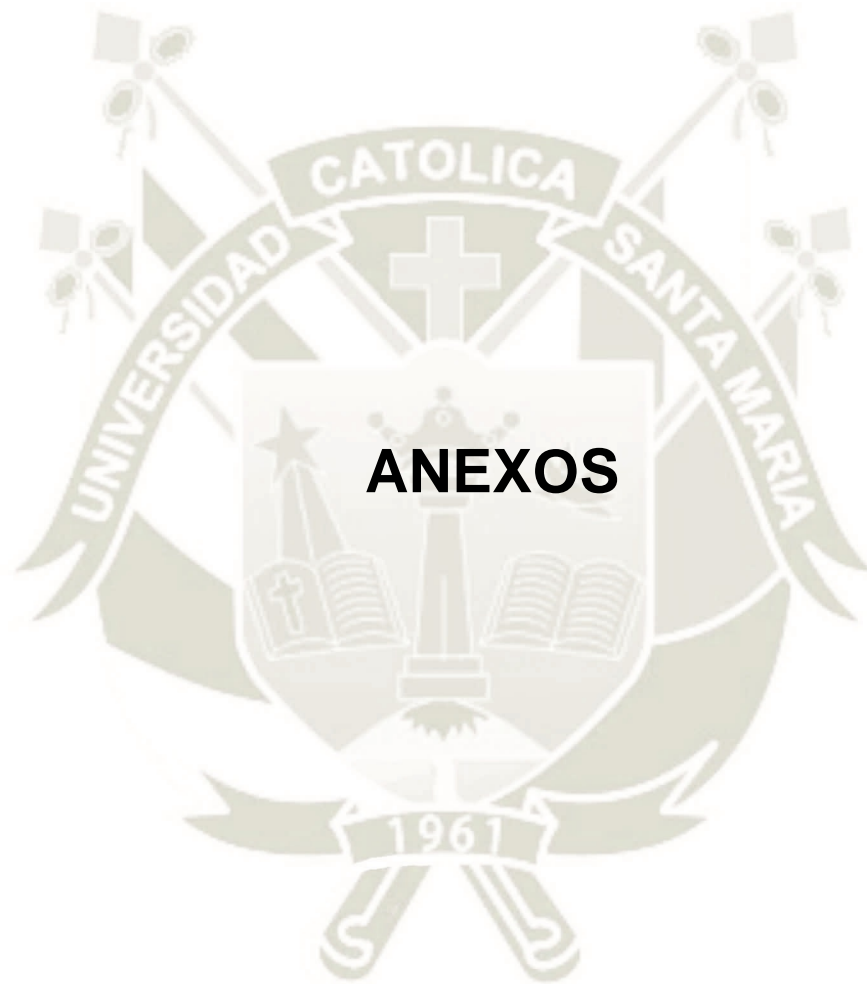
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Organización Mundial de la Salud OMS. Lactancia materna exclusiva. [Internet] Disponible en: https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
- 2) Ministerio de salud. Documento técnico. Curso Taller “Promoción y apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud amigos de la madre y el niño.” 2009
- 3) Centro de Promoción y Estudios en Nutrición. Evaluación de la situación de lactancia materna y alimentación complementaria en el Perú. Cepren. Red peruana de lactancia materna. Proyecto Linkages, AED Washington D.C. <http://www.lactared.com.pe/index3.htm> D Perú, con acceso el 29-Dic-2019.
- 4) Ministerio de Salud (Perú). Lactancia Materna. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/Nino/nino-lactancia.asp>., con acceso el 29-Dic-2019.
- 5) Rocha AM, Olivera R, Leal I. La influencia de la lactancia materna en la salud infantil, el bienestar y el desarrollo. Una revisión teórica y empírica. Rev Fac Nac Salud Pública. 2014;32(2):103-14.
- 6) López DM. Fomento de la Lactancia Materna, Centro de Salud de Ermitagaña. Memoria del Trabajo Fin de Grado en Enfermería. Escuela Universitaria de Estudios Sanitarios, Osasun Ikasketen Unibertsitate Eskola. 2013
- 7) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. Lactancia Materna. Cartillas informativas. 2019. Disponible en: http://www.unicef.org/peru/_files/notas_prensa/carpetasinformativas/lactancia_materna.pdf, con acceso el 29-Dic-2019.
- 8) Nino R, Silva G, Atalah E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Rev. chil. pediatr. 2012; 83(2):161-169.
- 9) Aguilar S, Ayerbe R. Lactancia materna basada en la evidencia. Garnata 2012; 91 (22): 41-45.
- 10) Hedberg K, Häggkvist AP, Ness M, Kylberg E et al. Expansion of the Ten Steps to Successful Breastfeeding into Neonatal Intensive Care: Expert Group

- Recommendations for Three Guiding Principles. *JJ Hum Lact*, 2012;28(3):289–296
- 11) Belintxon-Martín M y cols. El comienzo de la lactancia: experiencias de madres primerizas. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2011, 34(3):409-418.
 - 12) Hauff LE, Leonard AS, Rasmussen KM. Associations of maternal obesity and psychosocial factors with breastfeeding intention, initiation, and duration. *Am J Clin Nutr*, 2014; 99(3):524-534
 - 13) Avalos MM. Comportamiento de algunos factores biosociales en la lactancia materna en los menores de un año. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 2011; 27(3):323-331.
 - 14) Félix JA, Martínez E, Sotelo EI. Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Pediatría de México*, 2011;13(2):47-56
 - 15) Ruiz Silva MD, Pouymiro Brooks Y, Dumas Nico YA. Lactancia materna exclusiva a menores de seis meses pertenecientes al Policlínico Docente Municipal de Santiago de Cuba. *Medisan.* 2014;18(2):226-34.
 - 16) Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista chilena de pediatría*, 2017; 88(1): 07-14.
 - 17) Chumpitaz LK, Rada YV. Factores condicionantes del abandono de lactancia materna exclusiva en madres de niños de 6 meses, Hospital I Edmundo Escomel EsSalud, Arequipa 2018. Tesis para optar el título profesional de licenciadas en enfermería. Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Agustín, 2019.
 - 18) Pacheco R, Perez DY, Machaca YB. Factores que favorecen la lactancia materna exclusiva en madres lactantes del Centro de Salud Zamácola, Arequipa 2017. Tesis para optar el título de licenciadas en obstetricia. Universidad Ciencias de la Salud, 2017.
 - 19) García A. Bajo nivel de conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna asociado al abandono de la lactancia materna exclusiva, Hospital de Moyobamba - Perú 2017. Tesis para optar el título de médico cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad privada Antenor Orrego, 2019.

- 20) Laghi A, Yaipen A, Risco RV, Pereyra R. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una muestra de madres de Lima, Perú, 2013. Archivos de medicina, 2015; 11 (3):11. doi: 10.3823/1261
- 21) González I, Hoyos AJ, Torres II, González I, Almanza DR, de León MC. Abandono de la lactancia materna exclusiva, causas y consecuencias. Policlínico José L. Dubrocq. Año 2015. Rev.Med.Electrón. 2017; 39(5):1052-1060.
- 22) Gorrita RR, Terrazas A, Brito D, Ravelo Y. Algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida. Rev Cubana Pediatr 2015; 87(3):285-297.





Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha N° _____

1. Durante los 6 primeros meses dio a su bebé:

Solo leche materna Fórmula Leche materna y fórmula Leche materna y mates o agua

2. Hasta qué edad dio de lactar solo leche materna a su bebé:

_____ meses

3. Grupo de estudio: Con Abandono Adherente

4. Edad: _____ años

5. E. civil: Soltera Conviviente Casada Separada

6. Nivel de Instrucción: Ilustrada Primaria Secundaria
Superior Profesional

7. Ocupación: Estudiante Su casa Empleada Obrera
independiente

8. Procedencia: Urbana semirrural rural

9. Partos previos: _____ Ninguno Uno Dos a más

10. Controles prenatales: Adecuados (4 a más) Inadecuados (0 a 3)

11. Recibió Consejería en LM: No Sí

12. Tuvo alguna enfermedad que le dificultó dar de lactar:

No mastitis endometritis

otra _____

13. Experiencia previa con la lactancia: Ninguna Experiencia positiva
experiencia negativa

Observaciones:

.....

Anexo 2

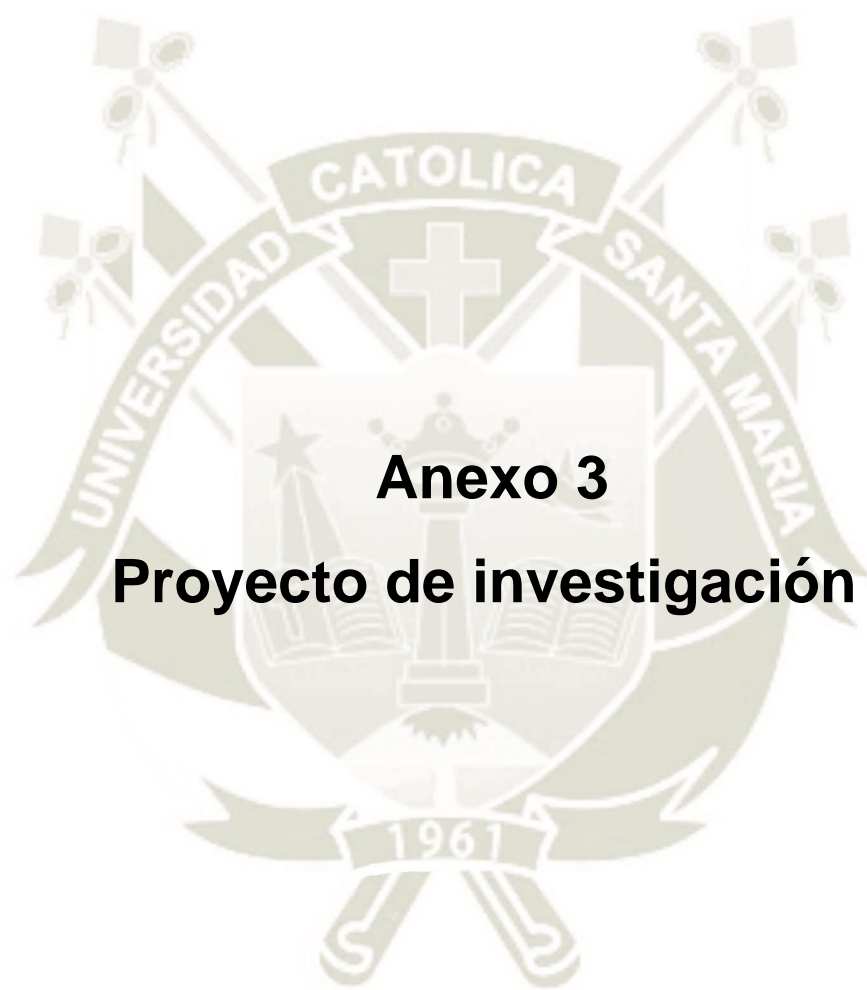
Matriz de sistematización de información

N°	Tipo lact	Edad LM	Cat edad	Grupo	Edad	Ct edad	E civil	Instrucc	Ocupac	Proced	Parto previo	CPN	Consejeria	Enfermedad difi	Experienc previa LM	Observac
1	LM y fórmula	4	3-6 meses	Abandono	24	20-29 años	Conviviente	Técnico	Su casa	Urbana	Ninguno	Adecuado	Si	Poca leche	-	Bb se llenaba de gases
2	Solo LM	2	< 3 meses	Adherente	30	30-39 años	Casada	Secundaria	Su casa	Urbana	Ninguno	Adecuado	Si	No	-	-
3	LM y fórmula	3	3-6 meses	Abandono	34	30-39 años	Casada	Superior	Empleada	Urbana	2 a más	Adecuado	Si	No	Positiva	No saciaba
4	Solo LM	9	7-12 meses	Adherente	32	30-39 años	Conviviente	Secundaria	Su casa	Semirrural	1	Adecuado	Si	No	Positiva	-
5	LM y fórmula	1	< 3 meses	Abandono	35	30-39 años	Conviviente	Secundaria	Su casa	Rural	2 a más	Adecuado	Si	Poca leche	Positiva	-
6	Solo LM	14	13-18 meses	Adherente	35	30-39 años	Conviviente	Secundaria	Su casa	Urbana	2 a más	Inadecuado	Si	No	Positiva	-
7	Solo LM	14	13-18 meses	Adherente	32	30-39 años	Casada	Superior	Independiente	Urbana	Ninguno	Adecuado	Si	No	-	-
8	Solo LM	24	19-24 meses	Adherente	34	30-39 años	Conviviente	Secundaria	Independiente	Urbana	Ninguno	Adecuado	Si	Poca leche	-	-
9	Solo LM	20	19-24 meses	Adherente	34	30-39 años	Conviviente	Primaria	Su casa	Urbana	1	Adecuado	Si	No	Positiva	-
10	Solo LM	18	13-18 meses	Adherente	27	20-29 años	Conviviente	Superior	Independiente	Urbana	Ninguno	Adecuado	Si	Poca leche	-	-
11	Solo LM	18	13-18 meses	Adherente	36	30-39 años	Conviviente	Secundaria	Independiente	Urbana	2 a más	Adecuado	Si	No	Positiva	-
12	Solo LM	5	3-6 meses	Adherente	31	30-39 años	Conviviente	Secundaria	Su casa	Urbana	1	Adecuado	Si	No	Positiva	-
13	Solo LM	12	7-12 meses	Adherente	26	20-29 años	Conviviente	Superior	Su casa	Urbana	1	Adecuado	Si	No	Positiva	-
14	LM y fórmula	4	3-6 meses	Abandono	28	20-29 años	Conviviente	Superior	Empleada	Urbana	1	Adecuado	No	No	Positiva	-
15	Solo LM	10	7-12 meses	Adherente	34	30-39 años	Casada	Superior	Su casa	Rural	1	Adecuado	Si	No	Positiva	-
16	LM y fórmula	10	7-12 meses	Abandono	27	20-29 años	Conviviente	Superior	Su casa	Urbana	1	Adecuado	Si	No	Positiva	-
17	Solo LM	5	3-6 meses	Adherente	37	30-39 años	Conviviente	Primaria	Su casa	Rural	1	Adecuado	Si	No	Positiva	-
18	Solo LM	5	3-6 meses	Adherente	23	20-29 años	Casada	Superior	Su casa	Urbana	Ninguno	Adecuado	Si	No	-	-
19	Solo LM	12	7-12 meses	Adherente	35	30-39 años	Soltera	Primaria	Su casa	Semirrural	1	Adecuado	Si	Mastitis	Positiva	-
20	LM y fórmula	3	3-6 meses	Abandono	20	20-29 años	Conviviente	Secundaria	Empleada	Semirrural	Ninguno	Adecuado	Si	No	-	-
21	Solo LM	19	19-24 meses	Adherente	30	30-39 años	Casada	Superior	Independiente	Urbana	Ninguno	Adecuado	No	Prematuro	-	-
22	LM y fórmula	6	3-6 meses	Abandono	22	20-29 años	Soltera	Superior	Su casa	Urbana	Ninguno	Adecuado	No	No	-	-
23	Solo LM	6	3-6 meses	Adherente	26	20-29 años	Conviviente	Secundaria	Su casa	Urbana	Ninguno	Adecuado	Si	No	-	-

24	Solo LM	6	3-6 meses	Adherente	32	30-39 años	Conviviente	Primaria	Su casa	Urbana	1	Adecuado	Si	No	Positiva	-
25	Solo LM	12	7-12 meses	Adherente	43	40-49 años	Casada	Secundaria	Su casa	Urbana	2 a más	Adecuado	Si	No	Positiva	-
26	LM y fórmula	1	< 3 meses	Abandono	23	20-29 años	Casada	Secundaria	Su casa	Urbana	Ninguno	Inadecuado	Si	Cansancio	-	-
27	Solo LM	6	3-6 meses	Adherente	21	20-29 años	Soltera	Técnico	Su casa	Urbana	Ninguno	Inadecuado	Si	No	-	-
28	Solo LM	6	3-6 meses	Adherente	36	30-39 años	Casada	Secundaria	Su casa	Urbana	2 a más	Adecuado	Si	No	Positiva	-
29	Solo LM	6	3-6 meses	Adherente	20	20-29 años	Soltera	Secundaria	Su casa	Urbana	Ninguno	Inadecuado	Si	Enfermedad del bb	-	-
30	Solo LM	6	3-6 meses	Adherente	41	40-49 años	Casada	Secundaria	Su casa	Urbana	1	Adecuado	Si	No	Positiva	-
31	Solo LM	18	13-18 meses	Adherente	23	20-29 años	Conviviente	Secundaria	Su casa	Urbana	2 a más	Adecuado	Si	No	Positiva	-
32	LM y fórmula	4	3-6 meses	Abandono	31	30-39 años	Conviviente	Superior	Empleada	Urbana	Ninguno	Adecuado	Si	No	-	-
33	LM y agua	1	< 3 meses	Abandono	20	20-29 años	Soltera	Secundaria	Independiente	Rural	Ninguno	Adecuado	Si	No	-	-
34	LM y fórmula	1	< 3 meses	Abandono	34	30-39 años	Conviviente	Secundaria	Su casa	Semirrural	2 a más	Inadecuado	Si	Preeclampsia	Positiva	-
35	Solo LM	12	7-12 meses	Adherente	20	20-29 años	Conviviente	Secundaria	Su casa	Urbana	Ninguno	Adecuado	No	No	-	-
36	Solo LM	17	13-18 meses	Adherente	24	20-29 años	Conviviente	Superior	Obrera	Urbana	Ninguno	Adecuado	Si	No	-	-
37	LM y fórmula	1	< 3 meses	Abandono	32	30-39 años	Conviviente	Secundaria	Su casa	Urbana	Ninguno	Inadecuado	Si	No	-	-
38	Solo LM	8	7-12 meses	Adherente	25	20-29 años	Conviviente	Secundaria	Independiente	Rural	Ninguno	Inadecuado	Si	No	-	-
39	LM y fórmula	3	3-6 meses	Abandono	19	< 20 años	Conviviente	Secundaria	Su casa	Urbana	Ninguno	Inadecuado	Si	No	-	-
40	Solo LM	8	7-12 meses	Adherente	29	20-29 años	Conviviente	Secundaria	Su casa	Urbana	Ninguno	Adecuado	Si	No	-	-
41	Fórmula	1	< 3 meses	Abandono	28	20-29 años	Conviviente	Superior	Empleada	Urbana	2 a más	Adecuado	Si	Pezón no formado	Negativa	-
43	LM y fórmula	3	3-6 meses	Abandono	37	30-39 años	Conviviente	Superior	Independiente	Urbana	1	Adecuado	No	Poca leche	Negativa	-
44	LM y fórmula	1	< 3 meses	Abandono	31	30-39 años	Casada	Secundaria	Independiente	Urbana	1	Adecuado	Si	Poca leche	Negativa	-
45	Solo LM	15	13-18 meses	Adherente	26	20-29 años	Conviviente	Superior	Su casa	Urbana	1	Adecuado	Si	No	Positiva	-
46	Solo LM	22	19-24 meses	Adherente	21	20-29 años	Conviviente	Superior	Su casa	Urbana	1	Adecuado	Si	No	Positiva	-
47	Solo LM	23	19-24 meses	Adherente	34	30-39 años	Conviviente	Superior	Su casa	Urbana	1	Inadecuado	No	No	Positiva	-
48	Solo LM	24	19-24 meses	Adherente	42	40-49 años	Conviviente	Superior	Su casa	Urbana	2 a más	Adecuado	Si	No	Positiva	-
49	LM y fórmula	12	7-12 meses	Abandono	36	30-39 años	Soltera	lletrada	Su casa	Semirrural	2 a más	Inadecuado	Si	No	Positiva	-
50	Solo LM	16	13-18 meses	Adherente	37	30-39 años	Conviviente	Secundaria	Su casa	Urbana	2 a más	Adecuado	Si	No	Positiva	-
51	Solo LM	6	3-6 meses	Adherente	24	20-29 años	Conviviente	Técnico	Su casa	Rural	Ninguno	Adecuado	Si	No	-	-
52	LM y fórmula	1	< 3 meses	Abandono	21	20-29 años	Conviviente	Superior	Su casa	Urbana	Ninguno	Adecuado	Si	Poca leche	-	-
53	Solo LM	12	7-12 meses	Adherente	19	< 20 años	Conviviente	Secundaria	Su casa	Urbana	2 a más	Adecuado	No	No	Positiva	-

54	Solo LM	14	13-18 meses	Adherente	26	20-29 años	Conviviente	Técnico	Su casa	Urbana	Ninguno	Adecuado	No	No	-	-
55	Solo LM	6	3-6 meses	Adherente	21	20-29 años	Conviviente	Secundaria	Obrera	Rural	2 a más	Adecuado	No	Mastitis	Negativa	-
57	Solo LM	12	7-12 meses	Adherente	19	< 20 años	Soltera	Secundaria	Su casa	Urbana	Ninguno	Adecuado	No	No	-	-
58	LM y fórmula	4	3-6 meses	Abandono	28	20-29 años	Conviviente	Secundaria	Su casa	Urbana	2 a más	Adecuado	No	No	Negativa	-
59	Solo LM	7	7-12 meses	Adherente	28	20-29 años	Conviviente	Secundaria	Su casa	Urbana	2 a más	Inadecuado	No	No	Positiva	-
60	Solo LM	6	3-6 meses	Adherente	26	20-29 años	Conviviente	Superior	Su casa	Urbana	Ninguno	Adecuado	Si	No	-	Bb no agarraba
61	Solo LM	8	7-12 meses	Adherente	39	30-39 años	Conviviente	Secundaria	Su casa	Urbana	2 a más	Adecuado	Si	No	Positiva	-
62	Solo LM	12	7-12 meses	Adherente	31	30-39 años	Conviviente	Técnico	Independiente	Urbana	2 a más	Adecuado	Si	Mastitis	Negativa	-
63	LM y fórmula	12	7-12 meses	Abandono	24	20-29 años	Conviviente	Secundaria	Su casa	Semirrural	Ninguno	Adecuado	No	Otra	-	-
64	Solo LM	10	7-12 meses	Adherente	35	30-39 años	Casada	Secundaria	Su casa	Urbana	Ninguno	Adecuado	Si	No	-	-
65	Solo LM	24	19-24 meses	Adherente	35	30-39 años	Soltera	Superior	Su casa	Urbana	2 a más	Adecuado	Si	No	Positiva	-
66	Solo LM	16	13-18 meses	Adherente	21	20-29 años	Soltera	Técnico	Su casa	Urbana	2 a más	Adecuado	Si	No	Positiva	-
67	LM y fórmula	1	< 3 meses	Abandono	24	20-29 años	Separada	Superior	Su casa	Urbana	Ninguno	Adecuado	No	No	-	No saciaba
68	LM y fórmula	1	< 3 meses	Abandono	31	30-39 años	Soltera	Secundaria	Su casa	Rural	2 a más	Inadecuado	Si	Poca leche	Positiva	-
69	Solo LM	19	19-24 meses	Adherente	18	< 20 años	Conviviente	Secundaria	Su casa	Urbana	Ninguno	Adecuado	Si	No	-	-
70	Solo LM	26	> 24 meses	Adherente	32	30-39 años	Soltera	Secundaria	Su casa	Rural	2 a más	Adecuado	Si	No	Positiva	-
71	Solo LM	17	13-18 meses	Adherente	25	20-29 años	Conviviente	Técnico	Su casa	Urbana	Ninguno	Adecuado	No	Poca leche	-	-
72	Solo LM	20	19-24 meses	Adherente	26	20-29 años	Conviviente	Superior	Independiente	Urbana	Ninguno	Adecuado	Si	No	-	-
73	Solo LM	15	13-18 meses	Adherente	27	20-29 años	Casada	Superior	Su casa	Urbana	Ninguno	Adecuado	Si	No	-	-
74	Solo LM	18	13-18 meses	Adherente	25	20-29 años	Soltera	Superior	Su casa	Urbana	Ninguno	Adecuado	No	No	-	-
75	Solo LM	26	> 24 meses	Adherente	31	30-39 años	Conviviente	Secundaria	Independiente	Urbana	2 a más	Inadecuado	No	No	Positiva	-
76	Solo LM	10	7-12 meses	Adherente	23	20-29 años	Conviviente	Secundaria	Su casa	Urbana	Ninguno	Adecuado	Si	No	-	-
77	LM y fórmula	1	< 3 meses	Abandono	33	30-39 años	Separada	Secundaria	Su casa	Urbana	2 a más	Adecuado	Si	No	Negativa	No saciaba
79	Solo LM	15	13-18 meses	Adherente	38	30-39 años	Conviviente	Secundaria	Independiente	Urbana	2 a más	Adecuado	No	No	Negativa	-
80	LM y fórmula	4	3-6 meses	Abandono	36	30-39 años	Separada	Superior	Su casa	Urbana	2 a más	Adecuado	Si	Apendicitis	Negativa	-
81	LM y fórmula	4	3-6 meses	Abandono	21	20-29 años	Soltera	Secundaria	Su casa	Semirrural	Ninguno	Adecuado	Si	No	-	No saciaba
82	Solo LM	20	19-24 meses	Adherente	33	30-39 años	Conviviente	Superior	Su casa	Urbana	Ninguno	Adecuado	No	No	-	-
83	LM y fórmula	4	3-6 meses	Abandono	21	20-29 años	Conviviente	Secundaria	Su casa	Urbana	Ninguno	Inadecuado	Si	Poca leche	-	-
84	Fórmula	3	3-6 meses	Abandono	48	40-49 años	Conviviente	Primaria	Su casa	Urbana	2 a más	Adecuado	Si	No	Negativa	Poco agarre

85	Solo LM	17	13-18 meses	Adherente	29	20-29 años	Conviviente	Superior	Su casa	Semirrural	Ninguno	Adecuado	No	No	-	-
86	Solo LM	12	7-12 meses	Adherente	25	20-29 años	Casada	Superior	Su casa	Urbana	Ninguno	Adecuado	No	No	-	-
87	Solo LM	5	3-6 meses	Adherente	18	< 20 años	Soltera	Secundaria	Su casa	Semirrural	Ninguno	Adecuado	No	No	-	-
88	Solo LM	24	19-24 meses	Adherente	31	30-39 años	Casada	Superior	Empleada	Rural	2 a más	Adecuado	Si	No	Positiva	-
89	Solo LM	12	7-12 meses	Adherente	22	20-29 años	Conviviente	Secundaria	Independiente	Rural	2 a más	Adecuado	Si	No	Positiva	-
90	Solo LM	24	19-24 meses	Adherente	23	20-29 años	Conviviente	Técnico	Su casa	Urbana	Ninguno	Adecuado	Si	Mastitis	-	-
91	Solo LM	8	7-12 meses	Adherente	27	20-29 años	Soltera	Secundaria	Su casa	Urbana	Ninguno	Adecuado	Si	Pezón agrietado	-	-
92	Solo LM	14	13-18 meses	Adherente	36	30-39 años	Conviviente	Primaria	Su casa	Urbana	2 a más	Adecuado	Si	No	Positiva	-
93	LM y fórmula	9	7-12 meses	Abandono	32	30-39 años	Casada	Superior	Independiente	Urbana	Ninguno	Adecuado	Si	No	-	-
94	Solo LM	11	7-12 meses	Adherente	34	30-39 años	Soltera	Secundaria	Su casa	Urbana	Ninguno	Adecuado	Si	No	-	-
95	Solo LM	22	19-24 meses	Adherente	36	30-39 años	Conviviente	Secundaria	Su casa	Urbana	2 a más	Adecuado	Si	No	Positiva	-
96	Solo LM	12	7-12 meses	Adherente	24	20-29 años	Casada	Superior	Su casa	Urbana	Ninguno	Adecuado	Si	Mastitis	-	-
97	LM y fórmula	4	3-6 meses	Abandono	31	30-39 años	Casada	Superior	Empleada	Urbana	2 a más	Adecuado	Si	No	Positiva	No saciaba
98	Solo LM	8	7-12 meses	Adherente	26	20-29 años	Conviviente	Superior	Su casa	Urbana	Ninguno	Adecuado	Si	Mastitis	-	-
99	Solo LM	12	7-12 meses	Adherente	30	30-39 años	Conviviente	Secundaria	Su casa	Urbana	2 a más	Adecuado	Si	No	Positiva	-
100	Solo LM	9	7-12 meses	Adherente	32	30-39 años	Conviviente	Secundaria	Su casa	Urbana	2 a más	Adecuado	Si	No	Positiva	-
101	Solo LM	18	13-18 meses	Adherente	46	40-49 años	Casada	Secundaria	Su casa	Urbana	2 a más	Adecuado	Si	No	Positiva	-
102	LM y fórmula	1	< 3 meses	Abandono	22	20-29 años	Conviviente	Superior	Su casa	Urbana	Ninguno	Adecuado	Si	No	-	-
103	Solo LM	10	7-12 meses	Adherente	33	30-39 años	Conviviente	Secundaria	Su casa	Urbana	2 a más	Adecuado	Si	No	Positiva	-



Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA EN MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA. HOSPITAL
GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2020**

Proyecto de Tesis presentada por la Bachiller:

Camargo Coaguila, Kristel Marelia

para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujana

Asesor:

Dr. Alpaca Cano, Cesar Guillermo

Arequipa - Perú

2020

I. PREÁMBULO

La lactancia materna (LM) es una práctica reconocida por diferentes organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), como uno de los factores que más contribuyen con la salud y la alimentación de los niños, especialmente si se ofrece en forma exclusiva hasta el sexto mes de vida y con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años (1).

Está demostrado que la lactancia materna tiene beneficios en el conocimiento y en la salud tanto para los bebés como para sus madres. Es especialmente importante durante los primeros seis meses de vida, ya que contribuye a evitar la diarrea y la neumonía, dos de las principales causas de muerte en los lactantes. Las madres que amamantan presentan un riesgo menor de padecer cáncer de ovario y de mama, dos de las principales causas de muerte entre las mujeres (2).

A pesar de sus beneficios y ventajas, es un hecho el abandono de la LME por una proporción elevada de mujeres a nivel mundial. Según la OMS, tan solo un 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida (1).

En el año 1994 el Hospital Goyeneche fue declarado hospital amigo de la lactancia materna, y promueve la LME entre todas las mujeres gestantes y púerperas por un tiempo mínimo de 6 meses, pudiendo prolongar la lactancia hasta los 2 años. Sin embargo, a pesar de difundir las ventajas de la LME para la madre y el lactante, muchas mujeres deciden dejar la LME y comenzar a complementar o reemplazar la leche materna con leche artificial o introducen precozmente alimentos o líquidos, hecho que he podido observar directamente durante los años de estudios clínicos y en la práctica del internado.

Con el presente estudio se busca conocer la frecuencia de abandono de la LME y los factores relacionados, que podrán ser detectados y prevenidos para lograr que cada vez más mujeres adopten la LME como método de alimentación de sus niños durante los primeros 6 meses de vida.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuáles son los factores asociados al abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en mujeres en periodo de lactancia atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa, 2020?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Obstetricia - Pediatría
- Línea: Lactancia materna exclusiva

b) Análisis de Variables

Variable	Indicador	Valores o categorías	Tipo de variable
<i>Variable dependiente</i>			
Abandono de LME	Adherencia a la LME durante los primeros 6 meses	Con Abandono / Adherente	Ordinal
<i>Variables independientes</i>			
Edad materna	Fecha de nacimiento	Años	De razón
Estado civil	Unión civil declarada	Soltera, conviviente, casada, separada	Ordina
Instrucción	Último año de educación aprobado	lletrada, primaria, secundaria, superior	Ordinal

Ocupación	Grupo ocupacional	Ama de casa, estudiante, empleada, profesional, obrera, independiente	Nominal
Procedencia	Zona de residencia habitual	Urbana, semirural, rural	Ordinal
Paridad	Partos previos	Primípara, múltipara	De razón
Controles prenatales	Carné de control	Adecuados (≥ 4)/ Inadecuados (< 4)	De razón
Consejería en LM	Recibió consejería sobre lactancia en el parto o puerperio	Recibió / No recibió	Nominal
Patología materna	Enfermedades durante el puerperio	Ninguna, mastitis, endometritis, otra	Nominal
Experiencia con la lactancia	Percepción subjetiva de la madre	Experiencia positiva, experiencia negativa	Ordinal

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la frecuencia de abandono de la LME en mujeres en periodo de lactancia en el área de hospitalización del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2020?
2. ¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas de mujeres en periodo de lactancia atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa, 2020?
3. ¿Cuáles de las características de las madres son factores asociados al abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en mujeres atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa, 2020?

- d) **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo.
- e) **Nivel de investigación:** es un estudio observacional, prospectivo, transversal según Douglas Altman.

1.3. Justificación del problema

El presente estudio busca establecer los factores relacionados al abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en mujeres en periodo de lactancia atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa; aunque se han realizado estudios sobre lactancia materna, ninguno ha abordado el abandono en el grupo de mujeres en periodo de lactancia, lo que hace a la investigación **original**.

Tiene **relevancia científica** puesto que la lactancia materna exclusiva es una práctica recomendada por la OMS y la UNICEF, pero es un hecho que muchas mujeres abandonan esta práctica, por lo que conocer qué características de las mujeres favorecen una conducta negativa de abandono para poder realizar acciones de prevención, lo que redundaría en su **relevancia práctica**.

Al beneficiar a las mujeres en periodo de lactancia para promocionar la LME se mejorará la salud del binomio madre-niño, lo que impacta en su **relevancia social**.

El estudio es **contemporáneo** debido al interés permanente en la evaluación de perfiles epidemiológicos.

Es **factible** de realizar por su diseño prospectivo y la presencia de una población motivada.

Cumple la **motivación personal** de realizar una investigación en el campo de la promoción de la salud y realizará así una importante **contribución académica** al generar nuevos conocimientos que servirán de fundamento para el desarrollo de estudios posteriores.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Lactancia materna exclusiva

La Lactancia Materna en forma Exclusiva (LME) es cuando el niño(a) no ha recibido ningún alimento sólido ni líquido (agua, té y otros), ni otro tipo de leche que no fuera la materna durante los primeros seis meses de vida (1).

La leche materna constituye por sí sola el mejor alimento para cubrir las necesidades calóricas y nutricionales del recién nacido; es un acto de amor y simbiosis de instinto y cultura, que le confieren una especial vulnerabilidad por diferentes factores científicos, sociológicos y desinterés sanitario (1).

La leche materna no es sólo un alimento, es un fluido vivo y cambiante, capaz de adaptarse a los diferentes requerimientos del niño a lo largo del tiempo (modificando su composición y volumen); dentro de sus componentes presentan proteínas (lactoalbúmina, lactoglobulina y caseína), aminoácidos esenciales, grasas, hidrato de carbono, vitaminas (A, C, D, tiamina, riboflavina, niacina, biotina, ácido pantoténico y piridoxina en cantidades apropiadas para satisfacer los requerimientos del niño), minerales, lactoferrina, lactoperoxidasa, lisozima, complemento C3, C4, componentes celulares, componentes del sistema inmune como la inmunoglobulina A, confiándole a este alimento capacidad antibacteriana; también posee propiedades antivirales al presentar múltiples factores tales como anticuerpos anti-secretores, interferón, entre otros; cuenta además, con enzimas útiles para la digestión, hormonas que favorecen el crecimiento de sustancias tróficas para el desarrollo anatómico y funcional del intestino (2).

Los niños que son amamantados temprana y frecuentemente a libre demanda aumentan mejor de peso, sus madres producen más leche y la duración de la lactancia se prolonga. Los estudios en países de ingresos medios y bajos sugieren que el aplanamiento precoz en la curva de crecimiento, se presenta en niños que no han sido alimentados de forma exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida con leche materna, ya sea en forma inadecuada o insuficiente (1).

Según la OMS y el MINSA la lactancia materna es una práctica saludable por ser: **Segura**, ya que contiene factores que protegen, previenen y combaten infecciones como la diarrea, neumonía y reducen el riesgo de alergias particularmente el asma; **suficiente, porque** contiene los nutrientes necesarios en las cantidades adecuadas y de calidad sin igual; **sostenible**, al contribuir a la seguridad alimentaria de la familia y **satisfactoria**, porque al lactar se crean lazos especiales de apego entre la madre y su niño (1,2).

2.2. Situación de la lactancia materna en el Perú

Ningún país en el mundo cumple plenamente las normas recomendadas para la lactancia materna, según se indica en un nuevo informe de UNICEF y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en colaboración con el Colectivo Mundial para la Lactancia Materna, una nueva iniciativa para aumentar las tasas mundiales de amamantamiento (3).

La Tarjeta de Puntuación Mundial para la Lactancia Materna, que evaluó las prácticas de lactancia materna en 194 naciones, encontró que sólo el 40% de los niños menores de seis meses reciben lactancia materna exclusiva (únicamente leche materna) y sólo 23 países, entre ellos el Perú, registran índices exclusivos de lactancia materna por encima del 60% (3).

Según la información proporcionada por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2016, a nivel nacional, la proporción de niños y niñas con lactancia materna exclusiva en el Perú es del 69.8%. Las regiones de Huancavelica (100%), Pasco (87.3%) y Loreto (77.7%) son las que registran los índices más altos, a diferencia de las regiones de Tumbes (29.6%), Ica (40.5%) y Madre de Dios (45.3%) y Arequipa (40%) que presentan menores índices. De acuerdo al área de residencia, en el área urbana, la proporción de niños con lactancia materna exclusiva es del 63.2% mientras que en el área rural sube a 84.3% mostrando una diferencia de más de 20 puntos porcentuales (4).

De acuerdo a la misma fuente, en el año 2012, el 54.8% de recién nacidos empezó a lactar dentro de la primera hora de haber nacido. Para el 2016, esta cifra disminuyó a 50.5%. En este mismo año, se encontró que en el quintil superior de riqueza sólo el 27.9% de bebés empezaba a lactar dentro de la

primera hora de haber nacido, en comparación de aquellos pertenecientes al quintil inferior de riqueza que llegaban al 72% (4).

Los patrones de alimentación en el niño influyen en su estado nutricional condicionando su potencial de desarrollo y crecimiento; por esta razón es importante crear conciencia sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva; sin embargo, el inicio temprano de la leche en biberón sin las medidas de higiene y esterilización adecuadas, limita los beneficios de la lactancia materna, al exponer al niño a sustancias contaminantes del medio ambiente. Por esta razón es importante tener conocimiento sobre las técnicas de lactancia materna (3).

2.3. Beneficios de la lactancia materna

2.3.1. Beneficios nutricionales

- La leche materna, a diferencia de las leches adaptadas que se mantienen constantes, varía su composición adaptándose en todo momento a las necesidades del niño (5).
- Las necesidades nutricionales son distintas en un recién nacido que a la edad de 5 o 6 meses (5).
- Son diferentes tanto en cantidad como en la calidad de la leche que se ha de aportar (5).
- La composición de la leche varía durante el período de lactancia, los primeros 2 a 7 días se produce calostro, un líquido rico en inmunoglobulinas, proteínas, minerales y carotenoides. Es muy importante este líquido ya que contiene grandes cantidades de anticuerpos, que la madre le traspasa al lactante que tiene un sistema inmune poco desarrollado. Luego se secreta una leche de transición y después de 7 ó 21 días finalmente se secreta la leche madura (5).
- Agua: La leche materna contiene un 88% de agua aportando la cantidad necesaria que el bebé necesita durante el período de lactancia durante los primeros 6 meses de vida. Por ello, los bebés que están bajo

lactancia exclusivamente durante los primeros 6 meses de vida no necesitan beber agua en forma adicional (5).

- Proteínas: Constituyen el 0.9 % de la leche materna (0.9 g. /100 ml.) contiene iguales cantidades de lactoalbúmina y caseína. La leche de vaca contiene 3,5% de proteínas, principalmente caseína (6).
- Grasas: Las grasas o lípidos de la leche materna forman el 3% a 5 % de la misma son el componente más variable de la leche materna. La grasa representa entre un 40% a 50 % del total de calorías de la leche materna y él bebe es capaz de absorberlas fácilmente (más del 90% de las grasas de la leche son absorbidas por el recién nacido) (6).
- La composición de las grasas se ve afectada por las grasas que consume la madre, por lo que es muy importante que consuma pescado para proveer de ácidos grasos omega (6).
- La leche de las primeras mamadas contiene un menor aporte de grasa, este aumenta a medida que el bebé succiona la leche, llegando al máximo contenido al final de la mamada, y sirve de señal para que el lactante deje de mamar. En la noche también aumenta el contenido de grasas (6).

2.3.2. Ventajas Biológicas

- El niño alimentado a pecho presenta un número menor de enfermedades que el alimentado con leches maternizadas.
- Existen, en la leche materna, gran cantidad de factores biológicos que lo protegen contra distintos tipos de patología.
- Contiene una cantidad importante de inmunoglobulinas, sustancias activas frente a gérmenes agresores, que logran disminuir la incidencia de diversas enfermedades. Destacaremos entre ellas algunas como son la difteria, tétanos, estreptococias, estafilococias, otitis, enteritis, etc. ...
- Contiene, asimismo, unos azúcares que favorecen el crecimiento del Lactobacilo bífidos que además de ayudar a hacer la digestión disminuye la proliferación excesiva de otros gérmenes y hongos.

- También aporta enzimas específicas para digerir otros nutrientes (6).

2.3.3. Ventajas psicológicas

- La alimentación "al pecho" posibilita un contacto íntimo entre madre e hijo. Se ve prolongada, en el exterior, la relación establecida durante la gestación.
- Con ello, se le facilita al niño el reconocimiento de la madre y la posibilidad de establecer un "diálogo" de miradas y caricias.
- Esta forma de actuar consigue la comunicación y la seguridad afectiva. Son los dos motores fundamentales del desarrollo psicológico y físico de su hijo (6).

2.3.4. Ventajas físicas

- La ausencia de manipulación evita la posibilidad de contaminación y que un error adultere la composición de la leche.
- No necesita ser hervida y está disponible en todo momento.
- Su temperatura es ideal.
- Evita en trasiego de cacharros que significa la preparación del biberón.
- Decir, por último, que, desde el punto de vista de la economía familiar, la alimentación materna presenta obvias ventajas (6).

2.4. Impacto de la lactancia materna en el desarrollo intelectual de los niños

El recién nacido tiene complejas competencias, en su comportamiento que le permiten ser un participante activo en su propia experiencia social desde muy temprano. Esto es de importancia crítica y es en este contexto que el niño desarrolle un concepto de sí mismo y de los otros, de las reglas de interacción y del intento comunicativo de su comportamiento y el de los demás (16).

La lactancia materna ayuda en el crecimiento psicológico proporcionando el ambiente interactivo óptimo para el niño y más aún sobre el desarrollo directo del Sistema Nervioso Central (SNC) proporcionándole al niño una mayor capacidad intelectual (3).

La lactancia materna debe ser valorizada por sus amplios efectos sobre la niñez desde todos los aspectos y no observar únicamente el alcance de las implicancias simplista de consideraciones nutricionales, sino como todo un conjunto de valores indispensables en el desarrollo integral de los niños y por ende de la sociedad en general (4,7).

La estimulación táctil y vestibular que el contacto corporal y la atención de la madre le proporcionan al niño en el proceso de amamantamiento son claramente importantes para las otras áreas del desarrollo y esta situación proporciona una experiencia de aprendizaje directa basada en la interacción. La autoestima materna, competencia y confianza en el rol materno y un aumento del sentimiento de valorización personal, son grandes avances psicológicos que han sido demostrados en madres que amamantan exitosamente a sus bebés. Muchos estudios relacionaron la lactancia materna como un importante componente del vínculo madre hijo (7).

Se debe continuar insistiendo, que la lactancia materna es un eje integrador en el cual confluyen una serie de aspectos sociales, políticos y culturales que hacen del acto mismo de amamantar una verdadera integración de todos los aspectos inherentes al ser humano (7).

Dar de mamar es el mejor regalo para comenzar la vida de un niño; dar el pecho hace crecer el amor entre la madre y el hijo. El contacto con la piel suave y caliente de la madre le dan tranquilidad y placer a ambos. La madre que da de lactar no deja nunca a su hijo desprotegido ni aún en las primeras horas del parto; esta es la mejor forma de estrechar su vínculo con él, apenas recién nacido (16).

El periodo de la lactancia se prepara psicológicamente desde bien temprano en la gestación; se debe persuadir a la futura madre de las ventajas y no ocultarle las dificultades. La madre siempre debe buscar la posición que le sea más cómoda para ella y el niño (4).

Se debe recordar que durante la lactancia hay que extremar los cuidados higiénicos; las mamas voluminosas y péndulas se deben mantener con un sostén de tamaño apropiado.

La lactancia materna es el mejor método de alimentación de los lactantes, por razones tanto económica, como higiénica y afectiva. La leche materna es un recurso material de bajo costo, el cual contiene proteínas que favorecen la respuesta inmunitaria y elementos que fomentan la respuesta del cerebro (4).

Por la gran importancia de la lactancia materna se ha creado el alojamiento conjunto, que favorece el contacto precoz de la madre e hijo y se impulsa la alimentación a través del seno materno (4).

La lactancia materna es la única que asegura al niño pequeño una alimentación adecuada y lo protege de las infecciones, a la vez que le proporciona la oportunidad para la formación de los lazos afectivos entre él y su madre, que a su vez son la base de la seguridad e independencia futura del niño. La lactancia materna condiciona ventajas para el lactante y la madre, debido a que la leche de la especie humana, es balanceada, estéril, se encuentra a una temperatura adecuada y está siempre al alcance del bebito; además a través de ella la madre le transmite anticuerpos, es de menor costo y no necesita de preparación (7).

2.5. Técnica de la lactancia

Al observar al niño que lacta, hay que fijarse en lo siguiente:

1. La posición de la madre, su lenguaje corporal y su tensión.
2. La posición del bebé, cuya superficie ventral debe estar contra la de su madre. El brazo de posición, si no está envuelto en la mantilla, debe rodear el tórax de la madre. Si el bebé ha de torcer el cuello, no podrá tragar ni abarcar bien la areola. La cabecita debe estar sobre el brazo, que con su movimiento la lleva hacia el pecho.
3. La posición de la mano de la madre en el pecho (de modo que no impida al niño mamar).
4. La posición de los labios sobre la areola (a unos 2 o 3 centímetros de la base del pezón).

5. El labio inferior no debe estar vuelto para dentro (con lo que el bebé chuparía su propio labio).
6. Lo que sucede al presentar el pecho y ayudar al bebé a tomarlo.
7. La respuesta del bebé, que abre mucho la boca al estimular el labio.
8. El movimiento de los músculos maceteros durante la succión y los sonidos de deglución.
9. La madre está cómoda y no le duele (4, 10).

Sin embargo, es fundamental comprender el mecanismo de la succión en el recién nacido para poder reconocer la succión ineficaz. Al ofrecer el pecho al lactante, éste abre mucho la boca y extiende la lengua mientras el pezón entra en la boca. En un movimiento rítmico, la lengua asciende hacia el paladar duro, arrastrando el pezón y la areola hacia dentro de la boca, y creando una "tetina" alargada. Las mejillas, con sus bolas de grasa, llenan la boca, y aumentan la presión negativa porque no se colapsan. La lengua se mueve de forma ondulante a lo largo de la "tetina", comprimiendo los senos galactóforos bajo la areola y "ordeñándolos" hacia el pezón. La leche fluye del pezón y es deglutida cuando se desencadena el reflejo de deglución. Si la lengua fibrila descoordinadamente, puede no ser igual de efectiva para estimular la eyección. Si el lactante no puede coordinar la succión y la deglución, se atraganta. A veces, si la eyección es fuerte, el primer chorro le produce atragantamiento. El problema se soluciona parando y volviendo a empezar. Si la leche fluye en abundancia con el primer apoyo (*let-down*, reflejo de eyección), tal vez tenga que exprimir manualmente los primeros mililitros para que el bebé no se atragante. Normalmente, el flujo se modera en seguida. El problema es sólo temporal, o se limita a las ocasiones en que el niño lleva mucho tiempo sin mamar (4, 10).

Posición para la extracción manual de la leche. La areola se comprime entre los pulgares y los otros dedos. Con la areola firmemente agarrada, se ejerce presión hacia la pared torácica, y luego libera la presión. La comprensión ordeña los senos galactóforos. Hay dos posiciones habituales de la mano con las que la

madre ofrece el pecho. Cuidando algunos detalles, cualquiera de ellas funciona (no hay una correcta y otra incorrecta). En la presa en tijeras, el pulgar y el índice se colocan por encima de la areola y los otros tres dedos soportan el pecho por debajo, lo que permite cierta compresión de la areola. Hay que tener cuidado de que la mano no impida al bebé tomar una porción suficiente de la areola en la boca. Esta presa se ha usado durante siglos, y aparece en dibujos y pinturas antes incluso de la era cristiana. Si la mano es grande, o el pecho pequeño, puede no funcionar tan bien como la presa palmar. La presa palmar consiste en colocar el pulgar sobre el pecho y los demás dedos por debajo. Se la ha llamado "presa en C", pero también puede ser una "presa en V" según el tamaño del pecho y de la mano. Ofrece un firme apoyo para el pecho y la posibilidad de dirigirlo hacia la boca del bebé, y evita el tener que presionarlo para apartarlo de la naricita (8).

Si el pulgar ejerce excesiva presión, el pezón se inclina hacia arriba, lo que causa abrasión de la parte inferior del pezón. Es mejor que el pezón se coloque horizontalmente en la boca. También es aceptable una ligera inclinación hacia abajo. Se puede introducir la presa palmar cuando hay dolor del pezón, erosiones o grietas (8).

2.6. Contraindicaciones e inconvenientes de la lactancia

Al revisar las contraindicaciones de la lactancia materna, es importante fijarse en aquellos problemas que no tengan solución y supongan un riesgo considerable para el niño o para la madre. Las contraindicaciones son médicas; los inconvenientes suelen ser sociales (11). El médico debe tener una clara comprensión de las ventajas de la lactancia materna, para poder valorar los riesgos para una pareja madre-hijo concreta. La relación riesgo/beneficio sólo puede ser determinada por el médico que está en posición de sopesar todos los datos, usualmente el pediatra del niño, el obstetra de la madre o el médico de familia (9).

a) Contraindicaciones absolutas

- Metabolopatías: galactosemia y alactasia.
- Madre HIV seropositiva. El virus de la inmunodeficiencia humana se ha aislado en la leche materna. Esta contraindicación es discutible en los países subdesarrollados. La OMS recomienda que las madres infectadas por HIV en los países subdesarrollados mantengan la lactancia al pecho; ya que, sus beneficios superan el riesgo de transmitir el virus.
- Madre seropositiva a HTLV-I (infección por el virus de la leucemia humana de células T). Este virus se transmite a través de la leche materna.
- Madre seropositiva a citomegalovirus con recién nacido prematuro.
- Madre que tome fármacos contraindicados en la lactancia (clase C), entre los cuales se encuentran los antineoplásicos, los inmunosupresores y los radiofármacos (9).

b) Contraindicaciones relativas

- En la fenilcetonuria es posible una lactancia materna parcial con controles periódicos de fenilalanina; dado que, la leche materna contiene concentraciones bajas de fenilalanina.
- No es una contraindicación la hepatitis B. La lactancia materna no supone un riesgo mayor de infección por VHB. Los hijos de madres HbsAg positivas deben recibir inmunoglobulina específica (IGHB) y vacuna contra la hepatitis B al nacer.
- La hepatitis C no es una contraindicación. Existe un mínimo riesgo teórico de transmisión, pero éste no ha sido demostrado por ningún estudio. La decisión de amamantar debe basarse en la carga viral. Si la hepatitis C va asociada a una infección concurrente por HIV estará contraindicada la lactancia materna (9).

2.1.1. Cáncer de mama

Una madre recién diagnosticada de cáncer de mama no debe dar el pecho para poder recibir un tratamiento definitivo inmediato, pues los niveles de prolactina son muy altos durante la lactancia, y el papel de la prolactina en el progreso del cáncer de mama es aún discutido. Aunque la prolactina endógena puede no ser un factor de riesgo en sí misma, podría, junto a los esteroides sexuales, contribuir a la aceleración del crecimiento maligno. No todos los bultos en la mama lactante son cánceres, ni siquiera tumores benignos. La mama lactante está llena de bultos, que cambian de un día a otro. Si existe una masa localizada y el médico cree que debe ser prudente una biopsia, ello puede hacerse sin destetar al niño, bajo anestesia local (12).

En las mujeres postmenopáusicas que han dado el pecho unilateralmente, el riesgo de cáncer es significativamente mayor en la mama no usada, y creen que la lactancia materna puede ayudar a proteger al pecho contra el cáncer (13).

2.1.2. Tuberculosis materna

Es una contraindicación si la madre está afectada de tuberculosis activa no tratada. En el caso de tratamiento con fármacos antituberculosos, se recomienda precaución, ya que algunos pasan a la leche materna; por ejemplo, la rifampicina requiere de monitoreo de la función hepática en el niño; la isoniazida alcanza concentraciones significativas en leche, por lo que hay riesgo teórico de neurotoxicidad, y se aconseja administrar conjuntamente con piridoxina. La OMS considera a la pirazinamida compatible con la lactancia. Para otros fármacos como capreomicina y rifabutina están contraindicados en la lactancia (14).

2.1.3. Enfermedades tiroideas

No hay datos que avalen que el hipertiroidismo puede afectar la producción de leche o la lactancia en general. Hay consenso generalizado entre sociedades especializadas en dar tratamiento sin interrumpir la lactancia; conviene administrar la medicación inmediatamente tras una toma de pecho. En el tratamiento del hipertiroidismo el propiltiouracilo o el metimazol a dosis

controladas no alteran la función tiroidea ni el normal desarrollo del lactante. La radioactividad del Yodo 131 se concentra en la leche materna y su larga vida media obliga a interrumpir la lactancia tanto en dosis de diagnóstico como de tratamiento. Los betabloqueantes son necesarios para controlar el estado de tirotoxicosis; el propranolol o el metoprolol a la dosis mínima suficiente son compatibles con la lactancia (14).

Durante el embarazo se produce un aumento en la demanda de hormona tiroidea de entre un 30 y 50%. Luego del parto, en ocasiones un hipotiroidismo no controlado puede llegar a producir hipogalactia. Esto sucede porque la presencia de la hormona tiroidea es un requisito fundamental para que se inicie la producción de leche. Si esto se da, el tratamiento hormonal sustitutivo permitiría mantener la lactancia. El tratamiento farmacológico del hipotiroidismo no contraindica la lactancia (14).

2.1.4. Radioterapia de la mama

La radiación ionizante es carcinógena para el tejido mamario. También hay una relación lineal con la dosis recibida. La radiación suele causar destrucción de los lobulillos, condensación del citoplasma en las células que bordean los conductos y fibrosis. Se ha publicado un caso de lactancia materna con éxito en una mujer de 36 años con un embarazo previo y seis años de experiencia de lactancia, que había sufrido radiación por un carcinoma (14).

2.1.5. Virus de la hepatitis B

Se ha descrito en varias partes del mundo la transmisión de la hepatitis B de madres cuya sangre contiene el antígeno de la hepatitis B a sus hijos. La transmisión de un agente infeccioso desde la madre a su hijo se denomina transmisión vertical, cuando se produce en útero a través de la placenta, en el parto o poco después del parto (14).

La transmisión a partir de las madres que sufren una hepatitis B aguda durante el embarazo es muy diferente. El antígeno de la hepatitis B se

encuentra en la leche materna. No se ha documentado la transmisión por esta vía (14).

Actualmente, todos los recién nacidos de madres portadoras o con enfermedad activa reciben la inmunoglobulina antihepatitis B (HBIG 0,5 ml i.m.) inmediatamente en la sala de partos, así como la primera dosis de vacuna humana de la hepatitis B, seguida de una segunda dosis a la edad de una semana o más. La HBIG no debe retrasarse, y se ha de administrar entre una hora después del parto y no más de 12 horas. Esto disminuye el riesgo de adquirir la infección casi a cero, y en todos los países se permite la lactancia de los niños así protegidos. El recién nacido debe recibir un total de tres dosis de 10 µg (0,5 ml, la mitad de la dosis de adulto) de vacuna HB, uno y seis meses después de la dosis al nacer (5).

El Comité de Enfermedades Infecciosas de la American Academy of Pediatrics recomienda que todos los recién nacidos, independientemente de la situación de su madre, sean inmunizados con la vacuna humana de la hepatitis B, empezando poco después del parto, y recibiendo la primera dosis en el hospital o en la primera visita ambulatoria. Las dos dosis siguientes deben administrarse al mes y a los seis meses. Existen dos productos en el mercado, y la dosis debe ser la adecuada para cada producto. Los hijos de madres portadoras de la hepatitis B que han recibido la HBIG y la vacuna pueden tomar el pecho (5).

2.1.6. Virus de la hepatitis C

El virus de la hepatitis C (HCV) es el principal agente causal de las formas transmitidas por vía sanguínea de la hepatitis no A no B (NANBH), reconocida desde principios de los años 50. Sus dos principales vías de contagio son las transfusiones de sangre o derivados y el abuso de drogas parenterales (14).

A causa de la posible transmisión del HCV en la leche materna, el alto riesgo de enfermedad hepática crónica y la ausencia de un tratamiento efectivo, no se recomienda la lactancia materna cuando una madre es portadora del HCV (14).

2.1.7. Infección por citomegalovirus

La leche materna y las secreciones cervicales son, de acuerdo con algunos autores, potenciales fuentes de infección para los niños. El riesgo de infección por CMV o de consecuencias graves para el hijo de una madre lactante cuya leche contenga CMV es despreciable, porque la leche también contiene anticuerpos apropiados que protegen al lactante. El riesgo de la leche que contiene CMV es para un receptor de leche donada, como un prematuro u otro lactante de alto riesgo, que recibe los virus, pero no una dosis diaria de anticuerpos porque toma leche de distintas donantes. Es una contraindicación la madre seropositiva a citomegalovirus con recién nacido prematuro (15).

2.1.8. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

Se ha descrito una embriopatía asociada con el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), que se manifiesta con estancamiento ponderal, microcefalia, hipertelorismo, frente prominente, puente nasal plano, ojos oblicuos, fisuras palpebrales alargadas, escleróticas azules y labios abiertos. Estos hallazgos son similares a los descritos en el síndrome alcohólico fetal (13).

El virus puede adquirirse in útero, a partir de la sangre infectada durante el expulsivo, o en el período postnatal. La cesárea no parece alterar la tasa de transmisión en los embarazos de alto riesgo (13).

Se ha aislado el HIV de la sangre, semen, secreciones vaginales, saliva, lágrimas, líquido cefalorraquídeo, líquido amniótico, orina y leche. Solamente la sangre, el semen, las secreciones vaginales y, posiblemente, la leche materna, se han visto implicados en casos de contagio. La búsqueda cuidadosa no ha encontrado casos de contagio en los contactos domésticos no sexuales (14).

Se debe recomendar la lactancia materna en los países en desarrollo, aunque la madre tenga el SIDA. Como en cualquier otra situación clínica, el pediatra y el obstetra deben revisar conjuntamente todos los datos del caso y ayudar a la madre (a los padres) a tomar una decisión fundada a la luz de los conocimientos actuales y de las opciones médicas (14).

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1.A nivel local

Autor: Chumpitaz LK, Rada YV

Título: Factores condicionantes del abandono de lactancia materna exclusiva en madres de niños de 6 meses, Hospital I Edmundo Escomel EsSalud, Arequipa 2018.

Fuente: Tesis para optar el título profesional de licenciadas en enfermería. Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Agustín, 2019.

Resumen: “Estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, diseño correlacional y de corte transversal. Cuya muestra fueron 60 madres de niños de 6 meses. Para la recolección de datos se utilizó como método la encuesta, como técnica la entrevista y los instrumentos: ficha individual de datos personales además de un cuestionario de factores condicionantes del abandono de la lactancia materna exclusiva, ambos creados por las investigadoras. Los resultados fueron: 48.3% de las madres tiene edades entre 30-39 años, 51,7% tuvieron parto eutócico, 55% tienen 2-3 hijos, 83.3% tuvieron problemas para lactar, siendo el más relevante la poca secreción de leche con un 73.3%. Así mismo el 88,3% de las madres no presentaron mastitis. En cuanto a los factores sociales, 53.3% de las madres son convivientes, 55% tienen un grado de instrucción superior, 83% trabajan y 33.3% tienen un ingreso económico medio. El nivel de conocimiento sobre lactancia materna en un 35% fue muy bueno y por último en cuanto a los factores culturales, el 40% presenta creencias adecuadas con respecto a la lactancia materna. Concluyendo se encontró relación significativa entre el factor biológico: problemas propios de la madre y el factor socioeconómico: ocupación con el abandono de lactancia materna exclusiva en madres de niños de 6 meses del Hospital I Edmundo Escomel. Sin embargo, los otros factores no presentan relación significativa con el abandono de lactancia materna exclusiva, por lo cual se acepta la hipótesis parcialmente” (17).

Autor: Pacheco R, Pérez DY, Machaca YB

Título: Factores que favorecen la lactancia materna exclusiva en madres lactantes del Centro de Salud Zamácola, Arequipa 2017.

Fuente: Tesis para optar el título de licenciadas en obstetricia. Universidad Ciencias de la Salud, 2017.

Resumen: “La lactancia materna exclusiva es la alimentación que brinda la madre a su hijo menor de 6 meses de edad en el cual solo recibe leche materna; este es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida; el Objetivo es determinar los factores que favorecen la lactancia materna exclusiva en madres lactantes del Centro de Salud Zamácola, Arequipa 2017 Metodología: Enfoque cuantitativo de estudio observacional, prospectivo, transversal y analítico de diseño descriptivo, se aplicó el muestreo probabilístico quedando conformada la muestra por 179 madres con niños de 6 meses. La técnica utilizada para el presente estudio fue mediante un cuestionario en el que se recopilan datos generales de la madre. Resultados: Los Factores sociodemográficos dentro de sus dimensiones: se afirma que las madres lactantes tienen edades entre 20 a 35 años con un 88.8%, procedentes de la sierra con un 79.9%; y según su estado civil son convivientes con un 91.1% según su grado de instrucción con un nivel secundario de 69.3%. De los resultados de los servicios de salud se deduce que son favorables la mayoría de las madres, manifiestan haber asistido a sus controles prenatales completos 99.4%. Así mismo, la mayoría de las madres lactantes asistieron a sus sesiones de Psicoprofilaxis 57.5% y en el caso de consejería sobre lactancia materna el 89.4%. Como Conclusión: general y dando respuesta al objetivo general, se ha podido determinar los factores que favorecen la lactancia materna, en cuanto a los factores sociodemográficos edad, procedencia, estado civil y grado de instrucción son favorables para la lactancia materna exclusiva (18).

3.2.A nivel nacional

Autor: García A

Título: Bajo nivel de conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna asociado al abandono de la lactancia materna exclusiva, Hospital de Moyobamba - Perú 2017.

Fuente: Tesis para optar el título de médico cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad privada Antenor Orrego, 2019.

Resumen: “Objetivo: Establecer si el bajo nivel de conocimiento de los beneficios de la LME está asociado a su abandono, en un hospital de Moyobamba-Perú. Material y Métodos: Se realizó un trabajo analítico, observacional, prospectivo, de casos y controles. La muestra del estudio fue de 162 mujeres con sus respectivos hijos de 6 meses de edad, estas mujeres tuvieron entre 15 a 40 años de edad. Se realizó el análisis de las variables, bajo nivel de conocimiento, abandono de la LME, y variables intervinientes socioeconómicas. Se utilizaron las pruebas estadísticas: Chi cuadrado, se calculó el Odds ratio y regresión logística para las variables intervinientes. Resultados: La frecuencia del bajo nivel de conocimiento de la lactancia materna en la muestra estudiada es de 41.4%, El bajo nivel de conocimiento y el abandono de la lactancia materna exclusiva presentan Odds ratio 1.5 y un p 0.15, no haber dado LME al hijo anterior y tener ingresos económicos mayores al sueldo mínimo se asociaron de manera significativa con el abandono de la lactancia materna exclusiva. $P < 0.05$ Conclusiones: no existe asociación significativa entre el bajo nivel de conocimiento sobre los beneficios de la LM y su abandono, $p > 0.05$ (19).

Autor: Laghi A, Yaipen A, Risco RV, Pereyra R.

Título: Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una muestra de madres de Lima, Perú, 2013.

Fuente: Archivos de medicina, 2015; 11 (3):11. doi: 10.3823/1261

Resumen: “Estudio transversal analítico que evaluó, a través de una encuesta, a madres de lactantes entre 6-24 meses de un distrito periférico de Lima, Perú,

2013. Se preguntó por la edad en la que se suspendió la LME y se definió como abandono si esta fue previa a cumplir los seis meses de edad. Se evaluaron variables sociodemográficas, factores relacionados a la gestación y parto, así como factores propiamente relacionados a la lactancia. Se calcularon las razones de prevalencia crudas y ajustadas con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%), a través de regresión de Poisson simple y múltiple, respectivamente. De 109 madres incluidas en el análisis, 85,3% eran mayores de 18 años y todas presentaban un ingreso económico familiar menor a 250 dólares americanos. Aproximadamente, 70% abandonó la LME. Se encontró asociación con ser primípara (RP: 1,54; IC95%: 1,20-1,98), presentar problemas con el pezón (RP: 1,58; IC95%: 1,07-2,33) y que perciban que su hijo se encuentra insatisfecho con la LME (RP: 1,35; IC95%: 1,01-1,79) (20).

3.3.A nivel internacional

Autor: González I, Hoyos AJ, Torres II, González I, Almanza DR, de León MC

Título: Abandono de la lactancia materna exclusiva, causas y consecuencias. Policlínico José L. Dubrocq. Año 2015.

Fuente: Rev.Med.Electrón. 2017; 39(5):1052-1060.

Resumen: “Se realizó una investigación descriptiva en el Policlínico de Contreras “José Luis Dubrocq”, de Matanzas (Cuba), de enero 2013 a febrero 2015. La muestra fue de 255 madres con lactantes menores de 6 meses, que cumplieron los criterios de inclusión. Las variables estudiadas: tipo de lactancia, edad de abandono de la lactancia materna exclusiva, causas, consecuencias y valoración nutricional. Para la recogida de la información se aplicó un cuestionario y se revisaron las historias clínicas. Se tuvo en cuenta el consentimiento informado y la voluntariedad. La lactancia artificial fue la más utilizada, con un 57,6 %. La edad de dos meses predominó en el abandono de la lactancia materna, para un 38,4 %. La hipogalactia prevaleció como causa para abandonarla (47,1 %). Hubo un 63,2 % de incidencia de enfermedades alérgicas en niños con lactancia artificial, mayor presencia de infecciones respiratorias agudas, con un 87,1 %; enfermedades diarreicas agudas (51,7 %),

y malnutridos el 48,3 %. Se encontró el 63,8% de niños normopeso con lactancia materna exclusiva (21).

Autor: Gorrita RR, Terrazas A, Brito D, Ravelo Y

Título: Algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida.

Fuente: Rev. Cubana Pediatr. 2015; 87(3):285-297.

Resumen: 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 lactancia materna. Al 4to. mes, solo el 41,6 % disfrutaba de lactancia materna exclusiva, y al 6to. mes únicamente el 13,3 %. Las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, los episodios de sibilancias y los síndromes febriles, fueron las entidades más frecuentes, y hubo mayor número de enfermos en aquellos sin lactancia materna exclusiva. Las causas más frecuentemente expuestas de abandono de la lactancia fueron que el bebé no se llenara (40 %), y que no tenía suficiente leche lo señaló el 32,6% (22).

4. **Objetivos.**

4.1. **General**

Identificar los factores asociadas al abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en mujeres en periodo de lactancia en el Hospital Goyeneche de Arequipa, 2020.

4.2. **Específicos**

- 1) Conocer la frecuencia de abandono de la LME en mujeres en periodo de lactancia atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa, 2020.
- 2) Describir las características sociodemográficas y clínicas de mujeres en periodo de lactancia que dan de lactar atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa, 2020.
- 3) Establecer las características de las madres que son factores asociados al abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en mujeres atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa, 2020.

5. **Hipótesis**

La edad, el estado civil, la instrucc

ón, ocupación, procedencia, el número de partos previos, los controles prenatales, la consejería en lactancia materna, la presencia de patologías en el puerperio las experiencias previas con la lactancia, están asociados al abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en mujeres atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa.



III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de investigación.
- Material de escritorio.
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: La presente investigación se realizará en el Hospital Goyeneche de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizará en forma coyuntural durante el primer bimestre del año 2020.

2.3. Unidades de estudio: Mujeres en edad reproductiva que se encuentran en periodo de lactancia atendidas en el Hospital Goyeneche.

2.4. Población: Todas las mujeres en edad reproductiva que se encuentran en periodo de lactancia atendidas en el Hospital Goyeneche Arequipa durante el periodo de estudio.

Muestra: se estudiará una muestra establecida de manera no probabilística intencional en 200 mujeres. Además, deberán cumplir los criterios de selección.

Criterios de selección:

♦ Criterios de Inclusión

- Mujeres en periodo de lactancia.
- Que hayan acudido para atención de parto al Hospital Goyeneche

- Control de puerperio o del lactante hasta al menos 6 meses de edad y que iniciaron la ablactancia conjuntamente con lactancia materna.
- Participación voluntaria en la investigación.
- ♦ **Criterios de Exclusión**
 - Registros incompletos.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se solicitará autorización a la dirección del Hospital Goyeneche y a la jefatura del servicio de Gineco-Obstetricia y de Pediatría para la realización del estudio.

Se contactará a las madres que acudan a control del puerperio en el servicio de Obstetricia o en la consulta de pediatría o niño sano hasta los 6 meses, para explicar el motivo del estudio y solicitar su participación voluntaria, para lo que firmarán un consentimiento informado. Se entregará una ficha de datos sociodemográficos clínicos, y se determinará la adherencia a la lactancia a través de un cuestionario previo.

Se considerará abandono de la lactancia materna exclusiva si durante los primeros seis meses de edad del niño se suspendió la lactancia materna y se administró leche en fórmula, alimentos sólidos u otro tipo de líquidos (mates, agua, excluyendo los medicamentos).

3.2. Recursos

- a) Humanos
 - Investigadora.
 - Asesor.
- b) Materiales
 - Fichas de investigación.
 - Material de escritorio.

- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.
- c) Financieros
- Autofinanciado.

3.3. Validación de los instrumentos

No se requiere de validación por tratarse de una ficha de recolección de datos.

3.4. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

c) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. La comparación de variables cualitativas entre grupos independientes se realizará con la prueba chi cuadrado. La asociación de factores con el abandono de la LME se realizará con cálculo de Odds Ratio con intervalos de confianza al 95%. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.22.0.

IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Diciembre 2019				Enero 2020				Febrero 2020				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1. Elección del tema	X	X											
2. Revisión bibliográfica			X	X									
3. Aprobación del proyecto					X	X							
4. Ejecución							X	X	X	X			
5. Análisis e interpretación											X		
6. Informe final													X

Fecha de inicio: 01 de diciembre 2019

Fecha probable de término: 25 de febrero 2020

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Organización Mundial de la Salud OMS. Lactancia materna exclusiva. [Internet] Disponible en: https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
- 2) Ministerio de salud. Documento técnico. Curso Taller “Promoción y apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud amigos de la madre y el niño.” 2009
- 3) Centro de Promoción y Estudios en Nutrición. Evaluación de la situación de lactancia materna y alimentación complementaria en el Perú. Cepren. Red peruana de lactancia materna. Proyecto Linkages, AED Washington D.C. <http://www.lactared.com.pe/index3.htm> Perú, con acceso el 29-Dic-2019.
- 4) Ministerio de Salud (Perú). Lactancia Materna. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/Nino/nino-lactancia.asp>., con acceso el 29-Dic-2019.
- 5) Rocha AM, Olivera R, Leal I. La influencia de la lactancia materna en la salud infantil, el bienestar y el desarrollo. Una revisión teórica y empírica. Rev Fac Nac Salud Pública. 2014;32(2):103-14.
- 6) López DM. Fomento de la Lactancia Materna, Centro de Salud de Ermitagaña. Memoria del Trabajo Fin de Grado en Enfermería. Escuela Universitaria de Estudios Sanitarios, Osasun Ikasketen Unibertsitate Eskola. 2013
- 7) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. Lactancia Materna. Cartillas informativas. 2019. Disponible en: http://www.unicef.org/peru/_files/notas_prensa/carpetasinformativas/lactancia_materna.pdf, con acceso el 29-Dic-2019.
- 8) Nino R, Silva G, Atalah E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Rev. chil. pediatr. 2012; 83(2):161-169.
- 9) Aguilar S, Ayerbe R. Lactancia materna basada en la evidencia. Garnata 2012; 91 (22): 41-45.
- 10) Hedberg K, Häggkvist AP, Ness M, Kylberg E et al. Expansion of the Ten Steps to Successful Breastfeeding into Neonatal Intensive Care: Expert Group

- Recommendations for Three Guiding Principles. *JJ Hum Lact*, 2012;28(3):289–296
- 11) Belintxon-Martín M y cols. El comienzo de la lactancia: experiencias de madres primerizas. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2011, 34(3):409-418.
 - 12) Hauff LE, Leonard AS, Rasmussen KM. Associations of maternal obesity and psychosocial factors with breastfeeding intention, initiation, and duration. *Am J Clin Nutr*, 2014; 99(3):524-534
 - 13) Avalos MM. Comportamiento de algunos factores biosociales en la lactancia materna en los menores de un año. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 2011; 27(3):323-331.
 - 14) Félix JA, Martínez E, Sotelo EI. Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Pediatría de México*, 2011;13(2):47-56
 - 15) Ruiz Silva MD, Pouymiro Brooks Y, Dumas Nico YA. Lactancia materna exclusiva a menores de seis meses pertenecientes al Policlínico Docente Municipal de Santiago de Cuba. *Medisan.* 2014;18(2):226-34.
 - 16) Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista chilena de pediatría*, 2017; 88(1): 07-14.
 - 17) Chumpitaz LK, Rada YV. Factores condicionantes del abandono de lactancia materna exclusiva en madres de niños de 6 meses, Hospital I Edmundo Escomel EsSalud, Arequipa 2018. Tesis para optar el título profesional de licenciadas en enfermería. Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Agustín, 2019.
 - 18) Pacheco R, Perez DY, Machaca YB. Factores que favorecen la lactancia materna exclusiva en madres lactantes del Centro de Salud Zamácola, Arequipa 2017. Tesis para optar el título de licenciadas en obstetricia. Universidad Ciencias de la Salud, 2017.
 - 19) García A. Bajo nivel de conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna asociado al abandono de la lactancia materna exclusiva, Hospital de Moyobamba - Perú 2017. Tesis para optar el título de médico cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad privada Antenor Orrego, 2019.

- 20) Laghi A, Yaipen A, Risco RV, Pereyra R. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una muestra de madres de Lima, Perú, 2013. Archivos de medicina, 2015; 11 (3):11. doi: 10.3823/1261
- 21) González I, Hoyos AJ, Torres II, González I, Almanza DR, de León MC. Abandono de la lactancia materna exclusiva, causas y consecuencias. Policlínico José L. Dubrocq. Año 2015. Rev.Med.Electrón. 2017; 39(5):1052-1060.
- 22) Gorrita RR, Terrazas A, Brito D, Ravelo Y. Algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida. Rev Cubana Pediatr 2015; 87(3):285-297.

