UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y MATERNOS RELACIONADOS AL ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL CENTRO DE SALUD, SAN JUAN, EN EL AÑO 2018

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

Presentado por:

BACH. MED. WILSON JUNIOR TORRES HU

Asesor:

DR. EDUARDO TOMAS CHUECAS VELÁSQUEZ

IQUITOS, PERÚ

2019

UNAP

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Iquitos, a los **ocho** días del mes de **abril** del **dos mil diecinueve**, siendo las **13:00 horas**, el jurado de tesis designado según **Resolución Decanal N° 366-2018-FMH-UNAP**, con cargo a dar cuenta al Consejo de Facultad, integrado por los señores docentes que a continuación se menciona:

MC. José Wilfredo Sánchez Arenas	Presidente
MSc. Tania Lay Ríos	Miembro
Mg. DIU. Sergio Ruiz Tello	Miembro
Dr. Eduardo Tomás Chuecas Velásquez	Asesor

Se constituyeron en las instalaciones del Salón de Grados de la Facultad de Medicina Humana, para proceder a dar inicio al acto de sustentación pública de la tesis titulado: **"Factores sociodemográficos y maternos relacionados al abandono de lactancia materna exclusiva en el centro de salud, San Juan, en el año 2018"**, del bachiller en Medicina **Wilson Junior Torres Hu**, para optar el **título profesional** de **Médico Cirujano**, que otorga la **Universidad Nacional de la Amazonía Peruana**, de acuerdo a la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la UNAP.

Luego de haber escuchado con atención la exposición del sustentante y habiéndose formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas de forma ...Satisfactoria.....

El jurado llegó a la siguiente conclusión:

La tesis ha sido ...aprobado por unanimidad.....

Siendo las ...2:50 pm..... se dio por concluido el acto de sustentación pública de tesis, felicitándole al sustentante por su ...Exposicion.....

MC. José Wilfredo Sánchez Arenas
Presidente

MSc. Tania Lay Ríos
Miembro

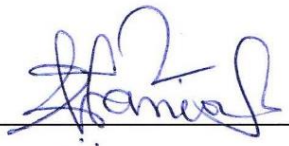
Mg. DIU. Sergio Ruiz Tello
Miembro

JURADO



DR. JOSÉ WILFREDO SÁNCHEZ ARENAS

Presidente



MG. TANIA LAY RIOS

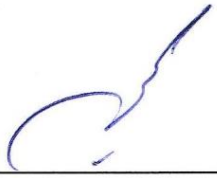
Miembro



MG. SERGIO RUIZ TELLO

Miembro

ASESOR



DR. EDUARDO TOMÁS CHUECAS VELÁSQUEZ

Asesor

DEDICATORIA

A mi madre Maritza Rossana, quien siempre creyó en mí, me dio su amor y apoyo incondicional; ella es la principal artífice de quien soy yo ahora, sin ella, nada de esto hubiera sido posible.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor Eduardo Chuecas, por la consejería brindada con experiencia en aplicación a esta tesis.

A mi mentora Graciela Meza, quien me inició en el maravilloso mundo de la investigación y la salud pública.

A mi amigo Bequer Paredes, por su apoyo desinteresado para con este proyecto de investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Páginas
Portada	1
Jurado	2
Dedicatoria	3
Agradecimiento	4
Índice	5
Resumen/Abstract	7
INTRODUCCIÓN	9
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1. Descripción de la situación de la situación problemática	10
1.2. Formulación del problema	12
1.3. Objetivos	12
1.3.1. Objetivo general	
1.3.2. Objetivos específicos	
1.4. Justificación	13
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	14
2.1. Antecedentes	14
2.2. Bases teóricas	22
2.3. Definición de términos básicos	32
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	34
3.1. Formulación de la hipótesis	34
3.2. Variables y su operacionalización	35

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA 38

4.1. Diseño metodológico 38
4.2. Diseño muestral 38
4.3. Procedimientos de recolección de datos 41
4.4. Procesamiento y análisis de datos 41
4.5. Aspectos éticos 42

CAPÍTULO V: RESULTADOS 43

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN 61

CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES 65

CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES 66

CAPÍTULO IX: FUENTES DE INFORMACIÓN 67

ANEXOS

1. Instrumentos de recolección de datos 71
2. Consentimiento informado 73

RESUMEN

Objetivo: Describir los factores sociodemográficos y maternos relacionados al abandono de lactancia materna exclusiva (LME) en el Centro de Salud San Juan en el año 2018.

Materiales y métodos: Estudio de tipo observacional, analítico, caso-control y retrospectivo. Se utilizó la fórmula para casos y controles en el cálculo del tamaño de la muestra, conformada por 180 participantes (60 casos y 120 controles). Se realizó análisis documental de las historias clínicas y encuesta directa a las madres incluidas en el estudio. El procesamiento de la información se realizó con el software estadístico EPI INFO versión 7.2.2.6.

Resultados: De las 180 mujeres, la edad predominante fue de 15-19 años, con un promedio de 25 años. El estado civil conviviente, procedencia de área urbana, educación secundaria, ama de casa y un ingreso económico bajo, fueron las características sociodemográficas más frecuentes. Se determinó que tras el abandono de la LME, el 35% fue por alimentación complementaria precoz, el 33.33% por lactancia artificial y el 31.67% por lactancia mixta. La mayoría de madres eran multíparas, tuvieron parto vaginal, llevaron un control del embarazo adecuado, se les brindó información acerca de los beneficios de la LME y todas tuvieron una actitud favorable respecto a ésta. Más de la mitad refirieron grietas en el pezón y percepción de poca producción de leche materna. La mayoría de neonatos iniciaron la lactancia antes de la hora y el personal de salud fue la principal influencia para abandonar la LME.

Conclusiones: Se concluyó que, son factores de riesgo para abandono de lactancia materna exclusiva: el control prenatal inadecuado, el iniciar la lactancia materna después de la hora, la influencia del personal de salud, la presencia de patología mamaria, la sensación de poca producción de leche, el parto por vía cesárea, la multiparidad y el antecedente de abandono de lactancia materna exclusiva en el hijo anterior.

Palabras clave: lactancia, lactancia materna, leche materna

ABSTRACT

Objective: To determine sociodemographic and maternal factors related to the abandonment of exclusive breastfeeding (EBF) at the San Juan Health Center in 2018.

Materials and methods: Observational, analytical, case-control and retrospective study. The formula for cases and controls was used in the calculation of the sample size, made up of 180 participants (60 cases and 120 controls). Documentary analysis of clinical histories and direct survey of the mothers included in the study were carried out. The information was processed with the statistical software EPI INFO version 7.2.2.6.

Results: Of the 180 women, the predominant age was 15-19, with an average of 25 years old. Marital status, urban background, secondary education, homemaker and low income were the most frequent sociodemographic characteristics. It was determined that after the abandonment of the EBF, 35% was for early complementary feeding, 33.33% for artificial lactation and 31.67% for mixed lactation. Most mothers were multiparous, delivered vaginally, had adequate pregnancy control, were given information about the benefits of EBF, and all had a favorable attitude toward EBF. More than half reported nipple cracks and perceived low breast milk production. Most newborns began breastfeeding before the hour, and health workers were the main influence on leaving EBF.

Conclusions: It was concluded that risk factors for abandonment of exclusive breastfeeding are: inadequate prenatal control, starting breastfeeding after the hour, the influence of health personnel, the presence of breast pathology, the sensation of low milk production, cesarean delivery, multiparity and the history of abandonment of exclusive breastfeeding in the previous child.

Keywords: lactation, breastfeeding, breast milk

INTRODUCCIÓN

La leche materna es el mejor alimento para el crecimiento y desarrollo óptimo de los lactantes. La lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida es de suma importancia para los niños pequeños, pues garantiza la adecuada nutrición, mejora el rendimiento psico-motriz y disminuye la morbi-mortalidad; y también para la madre, pues beneficia su salud y reduce los costos de crianza.[1,2]

Si bien es cierto que Loreto tiene una de las mejores tasas del Perú (65%), aún sigue siendo baja respecto a lo planteado por la OMS y el MINSA (67%), y ha presentado una tendencia a la baja en los últimos años.[4,5]

Debido a que existen pocos trabajos con este enfoque en esta zona de la región. Este trabajo buscó conocer cuáles son los principales factores de riesgo que han venido mermando la tasa de LME.[6]

Este es un estudio no experimental, analítico, caso-control, retrospectivo. La población de estudio fueron las madres con hijos menores de 6 meses que acudieron al control CREDE del Centro de Salud San Juan en el año 2018. La muestra estuvo conformada por 180 madres, entre casos y controles. Se realizó revisión documental de las historias clínicas y el padrón nominal de los lactantes, y se encuestaron a las madres seleccionadas para el estudio.

Este trabajo de investigación consta de ocho capítulos: el primero contiene la descripción de la situación problemática, el planteamiento del problema, los objetivos, la justificación y las limitaciones. El segundo capítulo comprende el marco teórico, con sus antecedentes, bases teóricas y definición de términos básicos. El tercer capítulo consta de la formulación de las hipótesis y la operacionalización de las variables. El cuarto capítulo describe el diseño metodológico, el diseño muestral, procedimiento de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos, y aspectos éticos. El quinto capítulo muestra los resultados del estudio. El sexto capítulo contiene las discusiones con otros autores. El sétimo capítulo contiene recomendaciones. El octavo capítulo enlista las fuentes de información. Por último, se muestran los anexos, con el instrumento de recolección de datos y el consentimiento informado aprobado por el comité de ética del Hospital Regional de Loreto.

CAPÍTULO I

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

La lactancia materna exclusiva, es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como la alimentación basada exclusivamente en leche materna, que aporta beneficios tanto para el lactante como para la madre, a corto y largo plazo; mientas que, la alimentación artificial supone la administración de fórmulas o preparados lácteos diversos para la sustitución, total o parcial de la leche materna; y la alimentación complementaria, es el uso de alimentos sólidos o líquidos diferentes a los lácteos, con el mismo fin.[1]

La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, es de vital importancia para la salud del niño, debido a que reduce la frecuencia de infecciones gastrointestinales y respiratorias, y ha demostrado beneficios para su desarrollo y ningún déficit nutricional, mientas que a largo plazo la lactancia materna exclusiva ha mostrado estar asociado a una menor tendencia a la obesidad y a la diabetes mellitus, y con mejores puntuaciones en las pruebas de desarrollo intelectual y motor, en comparación a niños con lactancia artificial o alimentación complementaria precoz; además de mostrar grandes beneficios en la salud materna.[2]

Por lo expuesto, se reconoce la importancia de la lactancia materna como factor determinante de la salud infantil y materna, haciendo que la protección, promoción y apoyo a la misma sea una prioridad de salud pública y un objetivo importante del Plan Estratégico Multisectorial para la Promoción y Protección de la Lactancia Materna 2013-2021, de nuestro país, donde se busca reforzar la aplicación de la normativa existente sobre la alimentación de los lactantes, garantizando la disponibilidad de salas de lactancia en los lugares de trabajo, y reevaluando los hospitales que hayan obtenido el certificado de “amigos de la madre y el niño” para corroborar que siguen apoyando la lactancia natural.[3]

A pesar de todo lo anterior, la prevalencia de la lactancia materna exclusiva es baja en todo el mundo, incumpliendo a lo recomendado por la OMS, informándose promedios mundiales de tan solo el 40%, España tiene una de las prevalencias más bajas de la unión europea con el 28.5% a los 6 meses, los países nórdicos, Japón, Canadá y Nueva Zelanda son los que muestran prevalencias más altas (71% a 81%) a los 3 meses, mientras que países como Reino Unido, Estados Unidos, Irlanda y Francia muestran prevalencias inferiores (15% a 43% a los 3 meses, 0,2% a 14% a los 6 meses).[4] Pese a que nuestro país, se ha destacado como regulador de la promoción de la lactancia materna exclusiva, y presenta un alto porcentaje, en comparación con el promedio mundial, ha tenido una tendencia hacia la baja, debido al mayor uso de leches de fórmula y alimentación complementaria; es así, que la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2015), ha demostrado una prevalencia del 65.2% lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses en promedio para el país, 22.2% recibieron leche en formula u otro tipo de leche y 9.2% inició alimentación complementaria, el 3.5 % otros; el uso de biberón estuvo presente en el 29.8%; en cuanto al tiempo de duración de la lactancia fue en promedio de 20.4 meses y de lactancia materna exclusiva de 4.1 meses mujeres y 4.0 meses para varones. Según el área de residencia, la duración mediana de la lactancia exclusiva fue mayor entre niñas y niños residentes del área rural (5,0 meses) que en la urbana (3,5 meses), por departamento en Ucayali (5,7 meses), Loreto (5,5 meses) y Cajamarca (5,3 meses).[5]

Son diversas las causas del abandono de la lactancia materna exclusiva por lactancia artificial y/o inicio precoz de la alimentación complementaria. La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida está influenciada por numerosos factores que en ocasiones se conocen sólo de modo parcial, que muestran variaciones geográficas y contextuales, y que probablemente actúen con diferente intensidad a lo largo de los primeros meses de la relación madre-hijo.[6]

Por todo lo expuesto, el presente estudio formula la siguiente interrogante:

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores sociodemográficos y maternos relacionados al abandono de lactancia materna exclusiva en el Centro de Salud San Juan en el año 2018?

1.3. Objetivos:

1.3.1. Objetivo general

Describir los factores sociodemográficos y maternos que están relacionados al abandono de lactancia materna exclusiva en el Centro de Salud San Juan en el año 2018.

1.3.2. Objetivos específicos:

- Determinar si los factores sociodemográficos como edad materna, estado civil, lugar de procedencia, ingreso económico familiar, grado instrucción y ocupación están relacionados al abandono de lactancia materna exclusiva.
- Determinar si los factores maternos como: actitud respecto a la lactancia materna exclusiva, asistencia al control prenatal, información acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva, tiempo de inicio de la lactancia materna, influencia de otras personas, antecedente de no lactancia exclusiva en parto anterior, patologías mamarias, poca producción de leche materna, paridad y tipo de parto, están relacionados al abandono de lactancia materna exclusiva.
- Determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y maternos relacionados al abandono de lactancia materna exclusiva.

1.4. Justificación

En los primeros años de vida del ser humano, la lactancia materna es la forma natural y más sana fuente de alimentación, debido a los beneficios para la salud de los lactantes y de las madres, a corto y largo plazo. Además, tiene beneficios sociales y económicos, como el ahorrar en la compra de leches artificiales y la disminución del ausentismo laboral de las madres en la etapa de lactancia. A largo plazo, se reducirá el costo del cuidado de la salud del binomio madre-niño, por el menor riesgo a la salud atribuible al abandono de lactancia materna.

A diferencia de la alimentación complementaria precoz (antes de los 6 meses), o de las leches artificiales, la leche materna no solo es un mero alimento, sino más bien, una sustancia muy nutritiva y compleja que fortalece el sistema inmunológico, ya que contiene anticuerpos, hormonas y enzimas necesarias para el desarrollo y crecimiento óptimo del lactante.

Como ya se mencionó anteriormente, el Perú tiene una de las mejores tasas de lactancia materna exclusiva en el mundo, sin embargo, en los últimos años ha venido decreciendo, a pesar de los denodados esfuerzos en implementar estrategias para mejorar dichas cifras.[5] En toda la amazonia, existen diversas creencias y tradiciones respecto al inicio de alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad, infringiendo a lo recomendado por el MINSA y la OMS; esto repercute en la salud y el estado de nutrición de los lactantes loretanos, por lo que se considera que es sumamente necesario realizar este estudio que nos permitirá identificar los factores sociodemográficos y maternos relacionados al abandono de lactancia materna exclusiva, y de este modo desarrollar estrategias eficientes para mejorar la tasa de lactancia materna exclusiva en Loreto.

CAPITULO II

II. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

Entre enero del 2011 y enero del 2012, se desarrolló un estudio multicéntrico observacional. El estudio buscó determinar la influencia de la educación maternal (EM) sobre el inicio precoz de la lactancia materna y su mantenimiento. Los resultados fueron: de 520 mujeres estudiadas, el 25.24% trabajaba en los servicios públicos y el 31.73% poseían estudios universitarios. El 22.49% tenían unos ingresos mensuales inferiores a los 1000 Euros. El 75.53% de las madres iniciaron de forma precoz antes de la primera hora de vida del recién nacido la LM. En el grupo de madres que habían acudido a la EM el 70.66% iniciaron la LM de forma precoz, frente al 60.63% de las mujeres que no la iniciaron (OR ajustada = 1.78, IC 95% = 1.14-2.78) concluyendo que la realización de EM por parte de la madre se asoció con el inicio precoz de la LM y el mantenimiento de ésta.[7]

En 2013, se realizó un estudio de tipo observacional longitudinal en una cohorte representativa de la población de lactantes aragoneses, nacidos desde marzo del 2009 a marzo del 2010, y controlados hasta los 12 meses de edad (N=1.602). El objetivo fue conocer la prevalencia de la lactancia materna hasta los 12 meses de edad. Los resultados fueron: un 52,4% de los casos se trataba del primer hijo y un 47,6% era el segundo o más. La edad de la madre presentó un rango de 16-47 años, con una mediana de 33 años. Según el nivel de estudios materno fue: 36,6% estudios universitarios, 35% estudios medios, 25,8% estudios básicos y 2,7% sin estudios. El 67,2% trabajaba fuera de casa. El tipo de parto fue vaginal en el 78,6% de los casos y cesárea en el 21,4%. En cuanto a la prevalencia, el 54,3% de los lactantes tomaban LM a los 6 meses. Al año, la LM persistía en el 27,8% de la muestra. Las variables maternas que se asociaron significativamente al mantenimiento de la LM fueron: tipo de parto vaginal, nivel de estudios superior, y procedencia de origen africano.[8]

Durante el 2014, realizaron un estudio prospectivo para determinar los factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna. Los resultados de este estudio fueron: se seleccionaron 452 pares en los que se constató el inicio de la LM en el 81% de los casos, persistiendo a los 3 y 6 meses el 39 y 21% total, respectivamente. Los resultados del análisis bivariado nos indican que haber alimentado al hijo previo con LA aumenta el riesgo de abandono precoz (OR = 3,13; IC del 95%: 1,56-6,26). El análisis multivariado mostró que el haber asistido a clases prenatales sobre la LM supone un factor de protección para el abandono precoz (OR = 0,68; IC 95%: 0,49-0,94), al igual que la madre tenga sensación de suficiente leche al alta (OR = 0,66; IC 95%: 0,47-0,92).[9]

En 2015**,** se realizó un estudio de tipo observacional cohorte. La población estuvo formada por 638 mujeres embarazadas seguidas desde el primer trimestre del embarazo hasta los 14 meses de edad de sus hijos. Para determinar la prevalencia y factores asociados con el abandono de lactancia materna exclusiva. Los resultados fueron: la prevalencia de la lactancia materna exclusiva fue del 84,8% al alta hospitalaria, a los 4 meses del 53,7% y a los 6 meses del 15,4%. La razón de abandono de lactancia comentada con más frecuencia fue la laboral (31,1%), seguida de la hipogalactia (19,4%). Respecto a quién aconsejó a la madre en su decisión de abandonar la lactancia materna exclusiva, el profesional sanitario fue la fuente principal, cuando el motivo aludido era la escasa ganancia de peso (70,8%); cuando los motivos implicados eran la hipogalactia y los problemas de lactancia, las decisiones fueron tomadas por la propia madre o por consejo de sus allegados en un 65,1% y un 84,2%, respectivamente. Las variables asociadas con un mayor riesgo de abandono en el periodo temprano fueron el pertenecer a una clase social baja, que la madre fuera primípara. En relación con el abandono tardío, el factor determinante para no mantener la lactancia materna exclusiva fue el tiempo de descanso laboral por maternidad.[10]

En 2015, se publicó un ensayo clínico controlado, aleatorizado y de doble ciego. Hubo 2 grupos. Seleccionaron a 100 mujeres sanas con edad gestacional entre 37-41 semanas. El objetivo fue evaluar la eficacia de una intervención de enfermería. Los resultados fueron: la edad media de las participantes fue de 32,36 años, el 45% tenía estudios universitarios, un 36% poseía estudios medios y el resto estudios primarios. El 86% de las mujeres estaba casada y un 13% eran solteras. Para 46 mujeres, este fue el parto de su primer hijo. De las mujeres multíparas, el 72,1% tuvo experiencias previas satisfactorias con la lactancia. El 73,2% de las mujeres recibió educación prenatal. El 58,4% de los partos fue por vía vaginal y el 31,6% por cesárea. Un 39,8% de las mujeres tenían problemas para dar el pecho debido a patologías mamarias. Aproximadamente un 79,9% continúa con la lactancia materna al alta hospitalaria. El abandono de lactancia materna, al alta hospitalaria**,** era de un 31,2% en el grupo control y de un 11,9% en el grupo experimental, mostrando diferencias significativas en ambos grupos. En relación con la causa de abandono, la hipogalactia fue la más frecuente, sin diferencias significativas en ambos grupos. A los 6 meses no continúan con lactancia materna un 19,3% en el grupo control frente un 15,9% en el grupo experimental.[11]

En 2017, se realizó un estudio de tipo transversal a partir de datos basales de la cohorte ELOIN. Se estudió una muestra de 2.627 niños de 4 años nacidos en 2008-2009 de la Comunidad de Madrid. Los resultados de este estudio fueron: la prevalencia de lactancia materna exclusiva y lactancia materna fue del 77,6 y del 88%, respectivamente; la lactancia materna exclusiva a los 6 meses fue del 25,4%, y la lactancia materna a los 2 años, del 7,7%. Las razones principales de finalización de la lactancia fueron la producción insuficiente de leche (36%) y la incorporación al trabajo (25,9%). Las variables asociadas con el inicio o mantenimiento de la lactancia materna exclusiva fueron: madre de más de 35 años, estatus económico medio-alto y haber participado en taller de lactancia tras el parto.[12]

En 2014, se realizó un estudio observacional, prospectivo, trasversal, comparativo, con el objetivo de identificar los factores individuales y de relaciones familiares en mujeres con hijos e 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano. La muestra fue de 230 mujeres. Los resultados fueron: los factores como la edad menor de 20 años, el estado civil soltera, el no haber recibido consejos en relación a lactancia materna y el conocimiento inadecuado de lactancia materna se portaron como factores de riesgo condicionantes de destete temprano. Para la variable motivo de abandono de la Lactancia Materna por parte de la madre se encontró motivos como: falta de leche (29.7%), inicio de actividad laboral o estudiantil (9.2%), alteraciones anatómicas del pezón (7.0%). Para la variable vía del nacimiento del hijo, se encontró que en el grupo de mujeres con destete temprano quienes tuvieron parto cesárea, fueron de 36.8% y las mujeres quienes tuvieron parto vaginal, fueron de 63.2%; para el grupo de mujeres sin destete temprano, las mujeres quienes tuvieron parto cesárea, fueron de 32.8% y las mujeres quienes tuvieron parto vaginal, fueron de 67.2%.[13]

En 2014, se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo; los resultados fueron: de 130 pacientes, 103 abandonaron la lactancia antes de los seis meses, 27 completaron hasta el sexto mes, la media de edad materna fue de 27 años, la escolaridad fue bachillerato 55.6 %; el 93.1 % cuentan con una pareja estable y el nivel socioeconómico en el 54.6 % de las familias fue bajo, el 56.92 % de los casos eran primigestas, en el 83 % de los casos se llevó un control prenatal adecuado, el 63.8 % de estos nacieron por cesárea. El 90.8% de las pacientes iniciaron la lactancia antes de la primera hora posterior al parto. Solo el 31.5 % de las madres recibieron orientación sobre la lactancia durante el embarazo, de éstas el 72.3 % tuvo un grado de información alto. Las pacientes que abandonaron la lactancia no tuvieron una adecuada capacitación por el personal de salud. Concluyeron que a menor conocimiento en la lactancia mayor índice de abandono.[14]

En 2012, se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal. Participaron 60 madres de niños menores de 6 meses que acuden al servicio de CRED a las que se les aplicó la entrevista y la encuesta. Los resultados son: el 40% tienen conocimiento medio, 16.7% conocimientos bajo y 43.3% alto, respecto a las prácticas 63.3% es adecuada y 36.7% inadecuado, acerca de la actitud 50% tienen una actitud medianamente favorable, 20% desfavorable y 30% favorable. Se concluyó: un porcentaje considerable (56.7%) de madres tiene un conocimiento medio y bajo respecto a la lactancia materna. La mayoría (80%) tienen una actitud medianamente favorable a favorable ya que considera que en los 6 primeros meses su bebe debe ser alimentado solo con leche materna.[15]

En 2014, se realizó un estudio de tipo descriptivo trasversal donde se realizó un análisis secundario de las bases de datos de Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES) durante los años 1996 a 2011. Los resultados de este estudio fueron: los datos muestran un cumplimiento de la LME menor del 50% en la Costa, a diferencia de la Sierra y Selva, donde se observa un cumplimiento mayor en todos los periodos de estudio. En el año 2006 se observa en la Costa el punto más bajo de LME con un 32.01% y en la Selva el punto más alto el año 2011 con un 69.91%. Según el tipo de residencia, la LME es significativamente menor en la zona urbana que en la rural en todos los años de estudio. De acuerdo al nivel educativo materno, se observó un menor cumplimiento de LME en aquellas con más años de estudio o mayor grado alcanzado. También, se observó que el número de controles prenatales y la edad promedio del niño influyeron en el cumplimiento de la LME. Para el año 2011, un número mayor de hijos estuvo asociado con un mayor cumplimiento de LME. Para el año 2000 y 2011, el parto por cesárea estuvo asociado con un bajo cumplimiento de LME. En el análisis ajustado pudieron demostrar que la ocurrencia de LME estuvo asociada significativamente con el estado civil de la madre, el nivel educativo de la madre y la edad del niño.[16]

En 2017 se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 70 usuarios. Los resultados fueron los siguientes: del 100% de madres de lactantes menores de 6 meses, el 34.3 % tiene de 19 a 25 años, respecto al estado civil de las madres el 62.9% son convivientes, respecto al grado de instrucción el, 65.7% tienen nivel secundario, respecto a la ocupación el 85.7% son amas de casa, y respecto al embarazo el 55.7% son primigestas. Los factores que inciden más en que se inicie tempranamente la lactancia mixta en menores de 6 meses: de los factores individuales, la producción inadecuada de leche según la madre con un 71.4%, seguido por el parto por cesárea con un 28.6%. El 18.6% refiere que no tuvo LM al momento del parto, seguido con un 19.6% de la LME en primeros hijos, fueron los más frecuentes. Dentro de los factores sociales podemos destacar que el 28.6% no tuvo orientación sobre la LME después del parto, seguido por un 21.4% que no tuvieron orientación previa sobre LME.[17]

En 2017 se realizó un estudio de diseño descriptivo observacional y trasversal en una muestra de 156 mujeres. Los resultados de este estudio fueron: más de la mitad de madres se encuentran en el grupo etario de 25 a 35 años, 60% procede de zona urbana. El 47% son solteras, el 71% tienen secundaria, el 37% son bilingües dominan el quechua y castellano, el 36% son estudiantes, el 42% de las madres tiene un ingreso económico mensual de 400 a 699 nuevos soles. Respecto a las actitudes de las madres primerizas el 51% tiene una actitud favorable, 38% están indecisas que durante los 6 primeros meses de vida, el bebé debe ser alimentado solo con leche materna, 26% no creen que la lactancia materna previene enfermedades diarreicas y respiratorias en el bebé, 33% están indecisas que la leche artificial es la mejor opción para las madres, 34% les desagrada dar de lactar porque les produce dolor en los pezones, 56% no le adicionan leche artificial para lograr una mejor nutrición y finalmente en las prácticas el 93% administra lactancia materna exclusiva.[18]

En 2011, se realizó un estudio de diseño observacional de tipo descriptivo correlacional transversal. La población estudiada constituyó un total de 137 madres usuarias de CREDE, de las cuales la población muestral lo constituyeron 101 madres seleccionadas aleatoriamente, mediante la fórmula de poblaciones finitas. Los resultados fueron: 91,1% manifestaron dedicarse a trabajos independientes, 54,5% refirieron poseer bajos ingresos económicos, 56,0% son jóvenes, 85,0% manifestaron tener pareja, 73,0% manifestaron tener de 1 a 3 hijos, 58,0% refirieron mayor grado de instrucción, 52,0% manifestaron proceder de zona urbano-marginal, 56,0% manifestaron haber interrumpido la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses de edad. Se concluyó que existe relación estadísticamente significativa entre las variables: ingreso económico, grado de instrucción, procedencia y la interrupción de la lactancia materna exclusiva. Mientras que la ocupación, la edad, el estado civil y la paridad no mostraron estar asociados a la interrupción de la lactancia materna exclusiva.[19]

En 2015, se realizó un estudio de tipo cuantitativo con diseño descriptivo, transversal y correlacional. La muestra estuvo constituida por 262 madres de niños menores de 2 años del consultorio CREDE. Los resultados fueron los siguientes: El análisis univariado indica que: 89,3% de madres, se desempeñaron en trabajos independientes; 50,4% tenían educación secundaria; 83,6% tuvieron ingreso económico bajo; 74,4% estado civil conviviente; 61,5% edad joven; 88,9% fueron de zona periurbana. Al realizar el análisis bivariado entre características sociodemográficas y nivel de conocimiento sobre lactancia materna, se encontró relación estadísticamente significativa con las variables ocupación p= 0,046, nivel educativo p=0,000; ingreso económico p= 0,011; estado civil p= 0,039 y procedencia p= 0,000. [20]

En 2016, se realizó un estudio de diseño no experimental, descriptivo y de tipo transversal, prospectivo; donde evaluaron a 201 puérperas; aplicaron un cuestionario de conocimiento que constó de 20 preguntas

extraídas de la norma de lactancia materna del MINSA. Los resultados fueron los siguientes: el 66.2% tienen 20 a 34 años de edad; el 42.8% son convivientes, el 67.2% proceden de la zona urbana, el 33.3% con instrucción secundaria y el 47.3% son multíparas. El 48.3% de las puérperas entrevistadas tienen un nivel de conocimiento adecuado sobre la lactancia materna. El nivel de conocimiento fue mejor a mayor edad de la puérpera (p=0.04), con el estado civil de casadas y solteras (p=0.000), a mayor nivel de instrucción (p=0.000); no se asoció con la procedencia (p=0.078), ni con la paridad (p=0.070).[21]

2.2. Bases teóricas

Prevalencia de la lactancia materna exclusiva.

Según la OMS/UNICEF[22], se considera que leche materna es el mejor alimento en los primeros 6 meses de vida; de acuerdo a sus propiedades y composición, cubre los requerimientos en un 95% en los primeros 4 meses; a los 6 meses disminuye hasta un 80% y a los 12 meses tan sólo el 32%, por lo cual se recomienda lactancia exclusiva los primeros 6 meses, y a partir de este mes es ideal para iniciar la alimentación complementaria.

A pesar de ello, la prevalencia de lactancia materna exclusiva es muy baja a nivel mundial; según la OMS[23], para el año 2017, a nivel mundial, solo un 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva. En el año 2016, la UNICEF[24], publicó información que indican que a nivel mundial sólo un 43% (2 de cada 5) de los niños continúan recibiendo LME a los 6 meses de vida. Las mayores tasas las presentan los países del sur de Asia con un porcentaje de LME del 60%, seguidos por el este y sur de África con un 57%. Muy preocupante resulta el hecho de que en muchas regiones este porcentaje es sólo del 30%. En Australia alrededor del 90% de las mujeres iniciaban LME, pero a los 6 meses, sólo el 2% continuaban con LME. En Estados Unidos[25], en 2013, el porcentaje de inicio de LM era del 76% y a los 6 meses la LME se reducía hasta el 16%. En Europa, los países nórdicos tienen los mejores resultados de inicio con cifras próximas al 100%, pero los porcentajes de LME a los 6 meses disminuían por debajo del 20%, muy lejos del objetivo de la OMS (50% de LME a los 6 meses). Los países con peores tasas de inicio de LM eran Francia o Irlanda con niveles del 63 y 44%. Reino Unido, por su parte, tenía un 77% de inicio de lactancia pasando a <1% de LME a los 6 meses.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2015)[26], la prevalencia lactancia materna exclusiva en promedio para nuestro país es del 65.2%, el 22.2% recibieron leche en formula u otro tipo de

leche y 9.2% inició alimentación complementaria, el 3.5 % otros; el uso de biberón estuvo presente en el 29.8%; en cuanto al tiempo de duración de la lactancia fue en promedio de 20.4 meses y de lactancia materna exclusiva de 4.1 meses mujeres y 4.0 meses para varones. Según el área de residencia, la duración mediana de la lactancia exclusiva fue mayor entre niñas y niños residentes del área rural (5,0 meses) que en la urbana (3,5 meses), por departamento en Ucayali (5,7 meses), Loreto (5,5 meses) y Cajamarca (5,3 meses).

Beneficios de la lactancia materna exclusiva.

En el año 2016, Vitora, C[27]. Et at; realizó un estudio muy importante sobre la epidemiología y sobre todo, sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva, concluyendo que estas son múltiples, tanto para los lactantes, como para las madres, las familias, la sociedad y el ambiente, y cada día hay más evidencia al respecto:

Beneficios para el Lactante:

- Reducción de la morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas, especialmente durante los dos primeros años de vida del niño.
- Reducción de la morbilidad por enfermedades gastrointestinales y por alergias, sin perjuicios del crecimiento del niño.
- Reducción de los casos de muerte súbita del lactante.
- Reducción de la incidencia de enterocolitis necrotizante, enfermedad con alta incidencia de mortalidad en prematuros.
- Prevención de las enfermedades crónicas en la vida adulta.
- Óptima calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de nutrientes.
- Adaptación a las necesidades del niño a lo largo del crecimiento y desarrollo.
- Reducción en la prevalencia de sobrepeso y obesidad y Diabetes Tipo 2, de los niños expuestos a largos períodos de lactancia.

- Mejor regulación de las señales de apetito y saciedad.
- Menor consumo de proteínas y por lo tanto una diferencia en el metabolismo energético.
- Aumento del coeficiente de inteligencia.
- Adecuado desarrollo maxilofacial y normoclusión.

Beneficios para la madre:

- Favorece la contracción del útero, evitando el sangrado.
- Favorece la recuperación del peso previo a la gestación.
- Protección contra el cáncer de mama.
- Protección contra el cáncer de ovario.

Beneficios para la familia y la sociedad

- Refuerza los lazos afectivos familiares.
- Previene el maltrato infantil.
- Contribuye al menor gasto familiar en alimentación.
- No se halla sujeta a errores de preparación.
- Promueve una menor utilización de los servicios de salud.
- Reduce las hospitalizaciones por causas relacionadas a infecciones respiratorias y diarrea.
- Menor ausentismo laboral de los responsables del cuidado del niño.

Beneficios para el ambiente:

- Es un recurso sustentable, no desperdicia recursos naturales.
- No genera residuos y no crea contaminación
- No implica gastos de producción, preparación, envasado y transporte.

Riesgos del uso de otros tipos de leches o alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad.

El uso de lactancia artificial o alimentación complementaria antes de los 6 meses puede implicar múltiples riesgos para el Lactante.

Reacciones adversas o de sensibilidad a los alimentos[28]:

Se define como reacción adversa a un alimento a la respuesta desfavorable que se produce tras la ingesta del mismo o de uno de uno de sus componentes. Estas reacciones se dividen en Tóxicas (dependen del alimento, por ejemplo, hongos venenosos) y No Tóxicas (son las que dependen del individuo), que pueden ser alergias o intolerancias alimentarias.

Excesiva carga potencial renal de solutos y osmolaridad[29]:

La carga potencial renal de solutos está determinada por todos los solutos (de origen endógeno o dietético) que requieren excreción por el riñón (proteínas, sodio, potasio, cloro, fósforo, entre otros). De no tenerse en cuenta podría ofrecerse una excesiva cantidad de solutos al riñón para su excreción, exigiendo mayor trabajo a un órgano excretor que aún no ha alcanzado su capacidad funcional máxima.
La osmolaridad de una fórmula o alimento está dada por la cantidad de sustancias que contiene en solución y por el tamaño de sus moléculas. La importancia de la osmolaridad de un alimento radica en que al ser introducido en el tubo digestivo, este responde con secreción de agua y electrolitos, para diluirlo hasta lograr una osmolaridad intraluminal similar a la del agua intersticial. Si la osmolaridad del alimento es muy elevada, puede tener lugar un flujo masivo de líquido del intersticio hacia la luz intestinal, con posibilidad de producir una diarrea osmótica y trastornos vasculares en la pared intestinal.

Mayor riesgo de obesidad en etapas tardías*:*

A nivel mundial ha aumentado la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población joven y adulta, asociándose con el aumento de las enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT) como enfermedad

Cardiovascular, diabetes tipo 2 y cáncer entre otras. Estas enfermedades de la vida adulta tienen su programación durante la vida intrauterina y durante los primeros años de vida. Las prácticas alimentarias durante los primeros mil días dejan huellas y son la génesis de muchas de las enfermedades de la vida adulta. La lactancia materna genera cierta protección contra el desarrollo de obesidad, en contraste al consumo de preparados para lactantes. Un factor que explica este riesgo es el disturbio en la regulación del apetito. La leche materna promueve la autorregulación de la ingestión del lactante tanto en el número de tomas como en el volumen de las mismas. Sin embargo, la alimentación con preparados lácteos está dirigida por la familia, adoptando un horario más regular y un mayor volumen por toma. Existen investigaciones que han demostrado que estas prácticas se asocian con exceso en la ganancia de peso en los primeros seis meses. Según la encuesta nacional sobre estado nutricional[30], prácticas de alimentación y anemia del 2011; llevada a cabo en Uruguay; los niños alimentados con leche de vaca y preparados para lactantes mostraron una ganancia de peso más acelerada en relación a los amamantados. Se demostró que el crecimiento acelerado durante el primer y segundo año de vida, luego de un bajo peso al nacer, tiene consecuencias para la salud en la vida adulta. El crecimiento acelerado es el principal factor de riesgo asociado al desarrollo de sobrepeso y obesidad en menores de 2 años.

Riesgo aumentado de anemia ferropénica[31]:

Este riesgo se presenta en aquellos lactantes que reciben leche de vaca y se debe al bajo contenido de hierro y la baja disponibilidad del mismo, así como a las micropérdidas de sangre a nivel intestinal. No se han encontrado aumentos significativos de sangre en materia fecal si la introducción de la leche de vaca se produce luego de los 12 meses. Para disminuir el riesgo de anemia ferropénica es necesario cumplir con las recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la deficiencia de hierro, del ministerio de salud (MINSA).

Enfermedades transmitidas por alimentos[32]:

Toxiinfecciones alimentarias, EDAs, parasitosis, etc; son síndromes originados por la ingestión de alimentos y/o agua conteniendo diferentes agentes etiológicos (microorganismos o sustancias producidas por ellos y/o sustancias tóxicas de diversa naturaleza y origen, así como parásitos sobre todo en la alimentación complementaria, cuando no se toma las debidas medidas de higiene) en cantidades tales que afectan la salud de los individuos o grupos de población (brotes), causando diarrea y otros cuadros. Durante la alimentación con preparados para lactantes industrializados o artesanales, puede producirse contaminación de los biberones, utensilios o del propio alimento y también en la alimentación complementaria debido al alto grado de manipulación que estos implican.

Causas frecuentes de abandono de la lactancia materna exclusiva a la lactancia mixta o lactancia artificial y/o complementaria.

a. Causas maternas:

   Las principales causas son las patologías benignas de la mama:

   Dolor al inicio de la succión: Al inicio de la lactancia, en los primeros días, el dolor es relativamente frecuente, ya que se debe a la succión en vacío de conductos, a la congestión vascular de la zona y a la compresión brusca de un pezón en erección. Desaparece en pocos días y no debe haber dolor, sino que la succión tiene que ser placentera. Es importante observar y valorar si se trata del dolor fisiológico y transitorio para tranquilizar a la madre; o si se trata de otra causa como una mala posición al pecho, la retirada incorrecta de la criatura, el uso de cremas o productos cosméticos que irritan, la existencia de grieta. En estos casos hay que corregir el error y enseñar cómo hacerlo correctamente.

   Grietas en el pezón: Al empezar con la lactancia, es posible que los pezones estén más sensibles. Para que no lleguen a producirse

grietas es conveniente transmitir: La importancia de que los pezones estén secos, no lavarse tras las tomas, ordeñarse un poco de leche sobre los pezones y dejarlos secar al aire libre o incluso con aire del secador durante unos segundos. Evitar las pomadas, salvo que por alguna razón estén indicadas. No se ha demostrado la eficacia de cremas ni de pezoneras de cera. No se debe limitar el tiempo de succión.

Congestión mamaria: Ocurre entre el 3º y 5º día después del parto. La inflamación disminuye con el amamantamiento precoz, frecuente y a demanda. Para asegurar un buen vaciado, hay que darle de mamar con más frecuencia, se puede utilizar el sacaleches para acelerar el estímulo de subida de la leche. El calor local húmedo, antes de las tomas, facilita la salida de la leche. Puede aplicarse con una ducha de agua caliente, incluso antes de la toma puede ser útil vaciar un poco el pecho manualmente. El tratamiento debe enfocarse a las medidas para reducir la inflamación, como el vaciado mamario con sacaleches, poniendo al bebé al pecho muy frecuentemente, antiinflamatorios y/o analgésicos para el dolor. Si es posible se evitará el empleo de pezoneras y dar suplementos lácteos.

Mastitis: Cuando la infección local (galactocele) se generaliza se produce la mastitis. Ésta se manifiesta con dolor, calor y enrojecimiento de la mama. Puede dar fiebre y malestar general con náuseas y vómitos. Desde el punto de vista médico, las mastitis constituyen la principal causa de destete precoz.
Pueden producirse en cualquier momento de la lactancia, aunque el 75-95% ocurren en las primeras 12 semanas.

Percepción de poca producción de leche*:* La percepción de una producción láctea insuficiente es una causa significativa de destete temprano y ocurre hasta en un 50% de las madres lactantes. Es importante el apoyo a la madre, para continuar amamantando durante estas crisis de disminución percibida de producción láctea.

Para que el crecimiento del lactante no se vea afectado se puede aumentar el número y la duración de cada toma.

Según Kramer, MS[33]; et al, en el año 2003, afirmaron que tanto el retraso en el inicio de la producción láctea, como la producción de una cantidad insuficiente para las necesidades del lactante (especialmente la percepción materna de ésta), están asociados a una menor duración y exclusividad de la lactancia materna. El retraso en el inicio de la producción láctea tras el parto se ha asociado a características maternas como la primiparidad y la obesidad, o bien a sucesos cercanos al parto como la retención placentaria, el parto por cesárea, el estrés durante el trabajo de parto y una mayor duración de este, así como a la administración de suplementos de leche artificial previos a la fase de lactogénesis II. En cambio, el aporte insuficiente de leche posterior al inicio de la producción láctea está raramente causado por factores primarios, como anormalidades del pecho o problemas hormonales tales como el síndrome de Sheehan, el déficit congénito de prolactina o la cirugía de reducción mamaria.

b. Actitudes, y experiencias

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

Según Santos LC[34]. Et al; en el año 2007, concluyó que las primíparas tienen un mayor riesgo de retraso en el inicio de la producción láctea, problemas en la técnica de la lactancia y pérdida excesiva de peso del recién nacido durante los primeros días. Por otro lado, haber amamantado con éxito a un hijo anterior se relaciona con una mayor duración de la lactancia materna. Esto puede ser debido a que las mujeres sin experiencia anterior tienen

menos habilidades para afrontar la lactancia y sus dificultades y menores niveles de autoeficacia percibida. La autoeficacia materna para la lactancia es la percepción de las madres sobre su habilidad para dar el pecho y se relaciona con la duración y exclusividad de la lactancia. Al respecto, Dennis, CL[35]. En el año 2016. Afirmó que esta variable se asocia además a uno de los principales motivos para iniciar la lactancia materna mixta o abandonar completamente la lactancia materna, ya que las madres que perciben que su leche es insuficiente tienen menores puntuaciones de autoeficacia para la lactancia materna. La autoeficacia para la lactancia materna es, además, uno de los factores modificables útiles para la planificación de actividades de promoción y apoyo a la lactancia durante la gestación y el posparto. Este factor predice si una mujer decidirá amamantar o no, el esfuerzo que dedicará a esta actividad, los modelos de pensamiento positivos o negativos y la reacción emocional ante las dificultades en la lactancia.

La experiencia de la lactancia[36]: La lactancia materna no puede explicarse simplemente mediante la decisión única sobre su inicio o no o sobre el tiempo previsto que se desea amamantar. Además de las expectativas maternas sobre el éxito en la lactancia o el valor de amamantar, la satisfacción con el resultado obtenido tras iniciar la lactancia también influye sobre las decisiones de las mujeres. La mayoría de las mujeres abandona la lactancia prematuramente por las dificultades que percibe, más que por una decisión previa. Sin embargo, los problemas o dificultades en la lactancia no son buenos predictores del abandono considerados individualmente. La menor satisfacción de la madre con la lactancia o su evaluación negativa del proceso está más fuertemente relacionada con el abandono prematuro que la existencia de problemas en sí mismo.

c. Características socio-demográficas de las mujeres[37].

   Los estudios centrados en las características socio-demográficas de las madres analizan datos que determinan la relación de las tasas de lactancia con aspectos relativamente lejanos al proceso

del amamantamiento, que probablemente no contribuyen directamente a la toma de decisiones de las mujeres. La influencia de estas variables puede variar con el tiempo en una comunidad e influir de forma distinta en diferentes poblaciones o para las diferentes modalidades de lactancia. Sin embargo, estos datos son imprescindibles para la elaboración de políticas sanitarias y deben considerarse como marcadores de riesgo de una población, ya que permiten predecir resultados en salud, controlar la evolución de los indicadores de la lactancia y evidenciar las desigualdades en salud de una población. Una mayor edad, estar casada y un mayor nivel educativo y de ingresos son variables asociadas a mayores tasas de inicio, exclusividad y duración de la lactancia materna.

d. El entorno familiar y el entorno laboral.

   Para Scott, JA. et al[38] (2006), las actitudes y prácticas de lactancia de las mujeres están influenciadas por las personas de su entorno cercano, especialmente sus parejas, aunque también por las abuelas, los profesionales de la salud y otras personas del entorno de la madre. En el posparto, las actividades que realizan las madres pueden hacerlas sentirse exhaustas y ansiosas, particularmente durante las primeras semanas. Los factores que influyen en la energía, tiempo y capacidad de resolver problemas de la madre, como la falta de apoyo del círculo de personas más cercano, incluyendo la falta de conocimientos o experiencia en lactancia, las actitudes negativas hacia la lactancia, el estrés en la relación de pareja, y la poca colaboración en las tareas del hogar de las personas que conviven con la madre, están relacionados con el abandono prematuro de la lactancia.

   En cuanto al entorno laboral, Ogbuanu C. Et al, en el año 2011, afirmó que el trabajo fuera de casa es citado frecuentemente como una razón para el abandono prematuro de la lactancia materna. Las dificultades que las mujeres encuentran en el entorno laboral incluyen una actitud negativa hacia la madre lactante y la dificultad para poder continuar con la lactancia al separarse de su hijo. Una

mayor duración de la baja maternal se asocia positivamente a la duración de la lactancia, mientras que las jornadas más intensivas influyen negativamente.

2.3. Definición de términos básicos

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)[39], se puede definir a la lactancia materna y sus variantes de la siguiente manera:

Lactancia Materna (LM): Cuando el lactante recibe leche materna (directamente u ordeñada), independientemente de recibir o no otros alimentos.

Lactancia materna exclusiva (LME): Cuando el lactante recibe solamente leche materna, directamente del pecho u ordeñada, o leche humana de otra fuente sin ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, con excepción de sales de rehidratación oral, gotas o jarabes conteniendo vitaminas, suplementos minerales o medicamentos.

Lactancia materna predominante (LMP): Cuando la fuente predominante de alimentación del lactante es la leche materna. El lactante puede recibir además líquidos (agua y bebidas a base de agua, tés, infusiones, jugos de frutas y líquidos rituales), sales de rehidratación oral, gotas o jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos).

Lactancia materna mixta o complementada: Cuando el lactante recibe, además de leche materna, cualquier alimento sólido o semisólido con la finalidad de complementarla, y no de sustituirla. En esta categoría los niños pueden recibir, además de leche materna, otro tipo de leche, pero esta no es considerada un alimento complementario.

Fórmula para lactantes: Es el producto basado en leche de vaca u otros animales y/o de otros componentes comestibles de origen animal (incluido el pescado) o vegetal, que se considere adecuado para la alimentación de los lactantes, estando destinado a ser usado cuando sea necesario como sustitutivo de la leche humana en la satisfacción de las necesidades nutricionales de dichos lactantes. Podrán presentarse en forma líquida o en polvo.

Alimentación complementaria: Proceso que se inicia cuando la LM no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto, son necesarios otros alimentos y líquidos además de la LM.

CAPITULO III

III. HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis general

H_0: Los factores sociodemográficos y maternos no están relacionados al abandono de lactancia materna exclusiva en el Centro De Salud San Juan en el año 2018.

H_1: Los factores sociodemográficos y maternos están relacionados al abandono de lactancia materna exclusiva en el Centro De Salud San Juan en el año 2018.

3.2. Hipótesis específicas

- Los factores sociodemográficos como: edad materna, estado civil, lugar de procedencia, ingreso económico familiar, grado instrucción y ocupación están relacionados al abandono de lactancia materna exclusiva, en lactantes menores de 6 meses, en el Centro De Salud San Juan en el año 2018.

- Los factores maternos como: actitud respecto a la lactancia materna exclusiva, asistencia al control prenatal, información acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva, tiempo de inicio de la lactancia materna, influencia de otras personas, antecedente de no lactancia exclusiva en parto anterior, patologías mamarias, poca producción de leche materna, paridad y tipo de parto, están relacionados al abandono de lactancia materna exclusiva, en lactantes menores de 6 meses, en el Centro De Salud San Juan en el año 2018.

3.3. Variables y su operacionalización

Variables	Definición operacional	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías	Valores de las categorías	Medio de verificación
Edad	Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nace.	Cuantitativa	Edad en años	Razón	15-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44	14-33 >33	Historia clínica
Estado civil	Parámetro demográfico que indica el status de una persona respecto al matrimonio, divorcio, viudez, soltería, etc.	Cualitativa	Referido por la madre	Nominal	Soltera Conviviente Casada Separada Viuda	Si No	Historia clínica
Procedencia	Clasificación de la zona de procedencia	Cualitativa	Lugar de procedencia	Nominal	Urbano Rural	Si No	Historia clínica
Nivel de instrucción	Nivel educativo o educacional de un individuo.	Cualitativa	Nivel educativo completado	Ordinal	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior no universitario Superior Universitario	Si No	Encuesta directa
Ocupación	Profesiones, negocios, actividades u otro medio de ganarse la vida.	Cualitativa	Actividad que ocupa la mayor parte de su tiempo	Nominal	Ama de casa Independiente Negocio familiar Profesional	Si No	Encuesta directa

Ingreso económico	Rentas o ingresos provenientes de proyectos, trabajo o inversión de capital que ingresa a la familia para su sostenibilidad.	Cuantitativa	Ingreso mensual de dinero en soles	Ordinal	Bajo Medio Alto *Sueldo mínimo Dic-2018: S/. 930.00	Menor a 1 sueldo mínimo Entre 1 a 3 sueldos mínimos Más de 3 sueldos mínimos	Encuesta directa
Control Prenatal	Entrevista o visitas programadas de la embarazada con personal de salud.	Cuantitativa	Número de controles	Razón	Adecuado Inadecuado	>o=6 < 6	Encuesta directa
Beneficios de la LME	Información recibida en el CPN acerca de los beneficios de la LME	Cualitativa	Información recibida	Nominal	Si No	Si No	Encuesta directa
Actitud frente a la lactancia materna exclusiva	Actitud de la madre frente a la información recibida acerca de la LME en el control prenatal.	Cualitativa	Actitud favorable o desfavorable	Nominal	Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Si No	Encuesta directa
Inicio de la lactancia	Tiempo transcurrido entre el nacimiento y el momento en que el recién nacido lacta por primera vez.	Cuantitativa	Tiempo en minutos u horas	Razón	Antes de la hora Después de la hora	00-59min 01-24hrs	Encuesta directa
Influencia de otras personas	Influencia del entorno en la decisión del uso de lactancia artificial o alimentación complementaria precoz	Cualitativa	Persona referida por la madre	Nominal	Esposo Madre Suegra Vecina Personal de salud	Si No	Encuesta directa
Patologías mamarias	Presencia de alguna patología de la mama relacionado a la lactancia materna, que dificulta la misma.	Cualitativa.	Afección referida	Nominal	Si No	Si No	Encuesta directa

Poca producción de leche materna	La percepción de una producción láctea insuficiente.	Cualitativa	Sensación referida	Nominal	Si No	Si No	Encuesta directa
Tipo de parto	Vía de culminación del embarazo actual	Cualitativa	Tipo de parto	Nominal	Vaginal Cesárea	Si No	Encuesta directa
Paridad	Cantidad de progenie que ha tenido una mujer.	Cualitativa	Número de hijos	Ordinal	Primípara Multípara Gran Multípara	1 hijo 2-5 hijos > 5 hijos	Encuesta directa
Antecedente de no lactancia exclusiva en el hijo anterior	Suspensión temporal o definitiva de la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses en el hijo (a) anterior	Cualitativa	Presencia del antecedente	Nominal	Si No	Si No	Encuesta directa

Fuente: Elaborado por el autor.

CAPITULO IV

IV. METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico

El estudio es de tipo observacional, analítico, caso-control y retrospectivo.

Observacional, porque la recolección de datos se realizó de las historias clínicas y encuesta directa a las madres incluidas en el estudio; además no se pudo tener control de las variables independientes.

Analítico. Porque se analizó la relación entre los factores maternos y sociodemográficos, y el abandono de lactancia materna exclusiva en lactantes menores de 6 meses

Retrospectivo, porque se utilizó la información captada en las historias clínicas, y encuesta directa a la madre de información acontecida en el pasado anterior a la investigación.

Caso Control, porque se comparó un grupo de casos en el que el problema está presente (abandono de lactancia materna exclusiva), con un grupo llamado control o de comparación en donde el problema no estuvo presente.

4.2. Diseño Muestral

Lugar de estudio

El estudio se realizó en el Centro de Salud San Juan, el cual se encuentra en el distrito de San Juan Bautista, cuya dirección legal es Jr. Los Ángeles S/N a dos cuadras de la avenida Abelardo Quiñones. Es un centro de nivel primario perteneciente al Ministerio de Salud con categoría I –4.

Tamaño de la población

El universo poblacional estuvo constituido por todas las madres con hijos de 0 a 6 meses de edad, que acuden al control CREDE en el Centro de Salud I-4, San Juan.

Tamaño de la Muestra

Para calcular el tamaño de la muestra de estudio, se utilizó la fórmula de cálculo de tamaño de muestras para casos y controles:

$$n = \left(\frac{z_{1-\alpha/2}\sqrt{2\,p(1-p)} + z_{1-\beta}\sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}}{p_1 - p_2} \right)^2$$

Dónde:
En donde: n = tamaño de la muestra.
Zα = 1.96 que equivale a una probabilidad de error tipo alfa de 5%
Zβ = 1.28 que equivale a una probabilidad de error beta de 10%
p1 = p0 R ÷ [1 + p0 (R-1)] q1 = 1 – p1= 31.2%: es la frecuencia de la exposición entre los casos; para calcularlo siguiente fórmula:

$$p_1 = \frac{w\,p_2}{(1-p_2) + w\,p_2}$$

P2 = Frecuencia relativa esperada (o proporción esperada) de la exposición de interés en los controles= 11.9%
OR (w)= Razón de momios esperada de la asociación= 2.
Entonces aplicando la fórmula:

n= 56 casos.
Los controles serán el doble de los casos.

Muestra: según la fórmula de tamaño muestral, la muestra estaría conformado por 168 pacientes; para efectos de facilitar el trabajo se redondeó a 180 pacientes.

Muestreo: la muestra estuvo conformada por 180 pacientes, de las cuales 60 fueron los casos y los otros 120 fueron los controles; haciendo una proporción del 2/1; ósea dos controles para cada caso. El muestreo fue por técnica de muestreo estratificado (la estratificación de la muestra fue según el grupo etario propuesto para la investigación, para disminuir los sesgos y la influencia de factores intervinientes).

Criterios de Inclusión

Casos:

- Madres que hayan abandonado la Lactancia Materna Exclusiva por lactancia artificial y/o alimentación complementaria antes de los seis meses de edad de su hijo.
- Mujeres de 14 a más años con hijo de entre 6 a 12 meses que asistan al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo para los controles de su hijo.
- Historia clínica accesible y con información requerida completa.
- Madres con hijos aparentemente sanos, que nacieron a término y con un peso normal (2500 g – 3999g), que no haya presentado patología determinante de la interrupción de la Lactancia Materna Exclusiva.
- Aceptación por escrita de participación en el estudio.

Controles:

- Madres que no hayan abandonado la Lactancia Materna Exclusiva antes de los seis meses de edad de su hijo.
- Mujeres de 14 a más años con hijo de entre 6 a 12 meses que asistan al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo para los controles de su hijo.
- Historia clínica accesible y con información requerida completa.
- Madres con hijos aparentemente sanos, que nacieron a término y con un peso normal (2500 g – 3999g), que no haya presentado patología determinante de la interrupción de la Lactancia Materna Exclusiva.
- Aceptación por escrita de participación en el estudio.

Criterios de Exclusión

- Madres con hijos aparentemente enfermos, que nacieron pretérmino y con un peso anormal (fuera del rango: 2500 g – 3999g), que haya presentado patología determinante de la interrupción de la Lactancia Materna Exclusiva.
- Mujeres con factores de riesgo obstétrico (diabetes gestacional, infección VIH, etc.)

- Historia clínica no disponible y/o con información requerida incompleta.
- No aceptación por escrita de participación en el estudio.

4.3. Procedimiento de Recolección de Datos

Técnica de Recolección de Datos

Análisis documental a través de la revisión de historias clínicas y encuesta directa a las madres incluidas en el estudio.

Instrumento de Recolección de Datos

Se aplicó la ficha de recolección de datos que se ha confeccionado para la presente investigación a partir de instrumentos validados de estudios anteriores. La ficha de recolección de datos estuvo conformada por dos partes, la primera destinada a recolectar información de la los factores sociodemográficos y la segunda para los factores maternos.

Procedimientos de Recolección de Datos:

- Se gestionó el permiso para tener acceso a la información mediante solicitud al Director Regional de Salud de Loreto.
- Se dispuso de la información de las Historias Clínicas y los datos estadísticos del Centro de Salud San Juan.
- Se recolectó información de los pacientes.
- Se aplicó la encuesta a las madres incluidas en el estudio, con previa aceptación y firma del consentimiento informado.

4.4. Procesamiento de Información

Para calcular la fuerza de asociación se realizó a través del cálculo de Chi cuadrado con una significancia estadística del 95% ($p< 0.05$).

Para el análisis bivariado se hizo a través del cálculo de Odds ratio (OR), con su respectivo intervalo de confianza.

El procesamiento de la información se realizó utilizando el software estadístico EPI INFO VERSION 7.2.2.6.

4.5. Aspectos Éticos

Para el desarrollo de esta investigación se gestionó la aprobación del proyecto por parte del comité de ética del Hospital Regional de Loreto. Teniendo en cuenta los lineamientos de la declaración de Helsinki, que fue promulgada por la Asociación Médica Mundial, para ser utilizada como base de principios éticos, que debe guiar a la comunidad médica dedicada a la investigación en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

Al incluir la participación directa de las madres, se solicitó la aceptación por medio de la firma del consentimiento informado. Debido a que se trató de un estudio no experimental, no existieron riesgos físicos y/o psicológicos, riesgo de muerte y/o de alteración de la calidad de vida ni daños a terceros. La información recolectada está bajo responsabilidad del investigador, quien garantiza el resguardo de la información confidencial.

CAPITULO V

V. RESULTADOS

5.1. Análisis univariado

Tabla N° 01: Variables y su operacionalización (página 35).

Tabla N° 02: Edad de las madres de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018.

Edad en años	Frecuencia	Porcentaje
15-19	52	28.89%
20-24	42	23.33%
25-29	29	16.11%
30-34	39	21.67%
35-39	14	7.78%
40-44	4	2.22%
Total	180	100.00%

Fuente: Elaborado por el autor.

- La edad promedio fue de 25.1 años, con una desviación estándar de 6.9 años.

Tabla N° 03: Estado civil de las madres de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Conviviente	124	68.89%
Soltera	36	20.00%
Casada	14	7.78%
Separada/Divorciada	6	3.33%
Viuda	0	0.00%
Total	180	100.00%

Fuente: Elaborado por el autor.

Tabla N° 04: Lugar de procedencia de las madres de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Área Urbana	173	96.11%
Área Rural	7	3.89%
Total	180	100.00%

Fuente: Elaborado por el autor.

Tabla N° 05: Nivel de instrucción de las madres de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018.

Nivel de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Sin nivel	0	0.00%
Inicial	0	0.00%
Primaria	29	16.11%
Secundaria	124	68.89%
Superior no Universitaria	21	11.67%
Superior Universitaria	6	3.33%
Total	180	100.00%

Fuente. Elaborado por el autor.

Tabla N° 06: Ocupación de las madres de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama De Casa	123	68.33%
Independiente	24	13.33%
Negocio Familiar	15	8.33%
Estudiante	11	6.11%
Profesional	7	3.89%
Total	180	100.00%

Fuente: Elaborado por el autor.

Tabla N° 07: Ingreso económico familiar de las madres de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018.

Ingreso Económico	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	98	54.44%
Medio	82	45.56%
Alto	0	0.00%
Total	180	100.00%

Fuente: Elaborado por el autor.

- El promedio de ingreso económico mensual fue de 860.33 soles, con una desviación estándar de 429.04 soles.

Tabla N° 08: Tipo de alimentación por la que se abandonó la lactancia materna exclusiva de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018.

Tipo de alimentación	Frecuencia	Porcentaje
Alimentación Complementaria Precoz	21	35.00%
Lactancia Artificial	20	33.33%
Lactancia Mixta	19	31.67%
Total	60	100.00%

Fuente: Elaborado por el autor.

Tabla N° 09: Número de controles prenatales de las madres de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018.

Control Prenatal	Frecuencia	Porcentaje
Adecuada	123	68.33%
Inadecuada	57	31.67%
Total	180	100.00%

Fuente.: Elaborado por el autor

Tabla N° 10: Información brindada en el control prenatal acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva a las madres de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018.

Información brindada	Frecuencia	Porcentaje
No	40	22.22%
Si	140	77.78%
Total	180	100.00%

Fuente: Elaborado por el autor.

Tabla N° 11: Actitud frente a los beneficios de la lactancia materna exclusiva de las madres de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018.

Actitud de la madre	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	121	67.22%
De acuerdo	59	32.78%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	0.00%
En desacuerdo	0	0.00%
Totalmente en desacuerdo	0	0.00%
Total	180	100.00%

Fuente: Elaborado por el autor.

Tabla N° 12: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el inicio de la lactancia materna en el Centro de Salud San Juan en el año 2018.

Inicio de la lactancia materna	Frecuencia	Porcentaje
Antes de la hora	156	86.66%
Después de la hora	24	13.33%
Total	180	100.00%

Fuente: Elaborado por el autor.

Tabla N° 13: Influencia de otras personas en la decisión de abandonar la lactancia materna exclusiva sobre las madres de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018.

Influencia de otras personas	Frecuencia	Porcentaje
No	133	73.89%
Si	47	26.11%
Total	180	100.00%

Fuente: Elaborado por el autor.

Tabla N° 14: Persona por la que fue influenciada la madre en la decisión de abandonar la lactancia materna exclusiva de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018.

Persona por la que fue influenciada	Frecuencia	Porcentaje
Personal de salud	39	82.98%
Madre	5	10.64%
Vecina	3	6.38%
Total	47	100.00%

Fuente: Elaborado por el autor.

Tabla N° 15: Presencia de patología mamaria en la madre que interrumpió la lactancia materna exclusiva de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018.

Presencia De Patología Mamaria	Frecuencia	Porcentaje
No	112	62.22%
Si	68	37.78%
Total	180	100.00%

Fuente: Elaborado por el autor.

Tabla N° 16: Patología mamaria de la madre que interrumpió la lactancia materna exclusiva de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018.

Patología mamaria	Frecuencia	Porcentaje
Grietas	32	47.06%
Dolor de pezón	31	45.59%
Mastitis	4	5.88%
Eversión del pezón	1	1.47%
Total	68	100.00%

Fuente: Elaborado por el autor.

Tabla N° 17: Percepción de poca producción de leche materna por la madre que interrumpió la lactancia materna exclusiva de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018.

Percepción de poca producción de leche materna	Frecuencia	Porcentaje
Si	91	50.56%
No	89	49.44%
Total	180	100.00%

Fuente. Elaborado por el autor.

Tabla N° 18: Tipo de parto que dio lugar al nacimiento de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018

Tipo de parto	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Vaginal	137	76.11%
Cesárea	43	23.89%
Total	180	100.00%

Fuente: Elaborado por el autor.

Tabla N° 19: Paridad de las madres de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018.

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Primípara	60	33.33%
Multípara	120	66.67%
Gran Multípara	0	0.00%
Total	180	100.00%

Fuente: Elaborado por el autor.

Tabla N° 20: Antecedente de abandono de la lactancia materna exclusiva en hijos anteriores de las madres de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018.

Antecedente De Abandono De Lactancia	Frecuencia	Porcentaje
No	100	55.56%
No aplica	60	33.33%
Si	20	11.11%
Total	180	100.00%

Fuente: Elaborado por el autor.

Tabla N° 21: Motivo por el que abandonó la lactancia materna exclusiva en el hijo anterior de las madres de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018.

Motivo de abandono lactancia en el hijo anterior	Frecuencia	Porcentaje
Poca producción del leche	6	30.00%
Pre eclampsia	4	20.00%
Para ganancia de peso	4	20.00%
Dolor de pezón	2	10.00%
Rechazo del pezón	2	10.00%
Madre estudiaba	2	10.00%
Total	20	100.00%

Fuente: Elaborado por el autor.

5.2. Análisis bivariado

.

Tabla N° 22: Asociación entre edad de las madres de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018 y el abandono de lactancia materna exclusiva.

	Abandono de lactancia materna exclusiva		
Edad	**Si**	**No**	**Total**
14 – 33 años	56	99	155
%	93.33%	82.50%	86.11%
> 33 años	4	21	25
%	6.67%	17.50%	13.89%
Total	60	120	180
%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: elaborado por el autor.

OR= 2.9697; IC 95%=0.9705-9.0868; X2= 3.9252; gl: 1; p-valor= 0.4756863

Esta asociación no es estadísticamente significativa. No existe relación entre las variables.

Tabla N°23: Asociación entre estado civil de las madres de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018 y el abandono de lactancia materna exclusiva.

	Abandono de lactancia materna exclusiva		
Estado civil	**Si**	**No**	**Total**
No Estable	13	29	42
%	21.67%	24.17%	23.33%
Estable	47	91	138
%	78.33%	75.83%	76.67%
Total	60	120	180
%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Elaborado por el autor.

OR= 0.8679: IC 95%= 0.4129-1.8245; X2= 0.1398: gl=1; p-valor= 0.70852813

Esta asociación no es estadísticamente significativa. No existe relación entre las variables.

Tabla N° 24: Asociación entre el lugar de procedencia de las madres de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018 y abandono de lactancia materna exclusiva.

	Abandono de lactancia materna exclusiva		
Procedencia	**Si**	**No**	**Total**
Área Rural	2	5	7
%	3.33%	4.17%	3.89%
Área Urbana	58	115	173
%	96.67%	95.83%	96.11%
Total	60	120	180
%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Elaborado por el autor.

OR= 0.7931; IC 95%= 0.1493-4.2129; X2= 0.0743; gl= 1; p-valor: 0.78514945

Esta asociación no es estadísticamente significativa. No existe relación entre las variables.

Tabla N° 25: Asociación entre nivel de instrucción de las madres de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018 y abandono de lactancia materna exclusiva.

	Abandono de lactancia materna exclusiva		
Nivel de instrucción	**Si**	**No**	**Total**
Básica	52	101	153
%	86.67%	84.17%	85.00%
Superior	8	19	27
Col%	13.33%	15.83%	15.00%
Total	60	120	180
%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Elaborado por el autor.

OR= 1.2228; IC 95%= 0.5015-2.9813; X2= 0.1961; gl=1; p-valor 0.65790502

Esta asociación no es estadísticamente significativa. No existe relación entre las variables.

Tabla N° 26: Asociación entre ocupación de las madres de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018 y abandono de lactancia materna exclusiva.

	Abandono de lactancia materna exclusiva		
Ocupación	**Si**	**No**	**Total**
En casa	48	90	138
%	80.00%	75.00%	76.67%
Fuera de casa	12	30	42
%	20.00%	25.00%	23.33%
Total	60	120	180
%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Elaborado por el autor.

OR= 1.33; IC 95%= 0.6263-2.8385; X2= 0.5590: gl=1; p-valor: 0.45466093

Esta asociación no es estadísticamente significativa. No existe relación entre las variables.

Tabla N° 27: Asociación entre ingreso económico familiar de las madres de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018 y abandono de lactancia materna exclusiva.

	Abandono de lactancia materna exclusiva		
Ingreso Económico	**Si**	**No**	**Total**
Bajo	33	65	98
%	55.00%	54.17%	54.44%
Medio	27	55	82
%	45.00%	45.83%	45.56%
Total	60	120	180
%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Elaborado por el autor.

OR=1.0342; IC 95%= 0,5549-1.9275; X2= 0.0112; gl=1; p-valor= 0.91571869

Esta asociación no es estadísticamente significativa. No existe relación entre las variables.

Tabla N° 28: Asociación entre el control prenatal de las madres de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018 y el abandono de lactancia materna exclusiva.

	Abandono de lactancia materna exclusiva		
Control prenatal	**Si**	**No**	**Total**
Inadecuada	29	28	57
%	48.33%	23.33%	31.67%
Adecuada	31	92	123
%	51.67%	76.67%	68.33%
Total	60	120	180
%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Elaborado por el autor.

OR= 3.0737, IC 95%= 1.5890-5.9459; X2=11.5533; gl=1; p-valor= 0.00067630

La razón entre el control prenatal inadecuado versus el control prenatal adecuado es de 3.07 veces mayor en las mujeres que abandonaron la LME en comparación con las mujeres que no la abandonaron. Esta asociación es estadísticamente significativa.

Tabla N° 29: Asociación entre la información brindada en el control prenatal de las madres de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018 y el abandono de lactancia materna exclusiva.

	Abandono de lactancia materna exclusiva		
Información brindada	**Si**	**No**	**Total**
No	18	22	40
%	30.00%	18.33%	22.22%
Si	42	98	140
%	70.00%	81.67%	77.78%
Total	60	120	180
%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Elaborado por el autor.

OR=1.9091, IC 95%= 0.9291-3.9229; X2=3.1500; gl=1; p-valor=0.07592696

Esta asociación no es estadísticamente significativa. No existe relación entre las variables.

Tabla N° 30: Asociación entre el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta inicio de la lactancia en el Centro de Salud de San Juan en el año 2018 y el abandono de lactancia materna exclusiva.

	Abandono de lactancia materna exclusiva		
Inicio de la lactancia	**Si**	**No**	**Total**
Después de la hora	19	5	24
%	31.67%	4.17%	13.33%
Antes de la hora	41	115	156
%	68.33%	95.83%	86.67%
Total	60	120	180
%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Elaborado por el autor

OR= 10.6585; IC 95%= 3.7385-30.3875; X2= 26.1779; gl=1; p-valor= 0.00000031

La razón entre los que iniciaron la lactancia materna después de la hora versus los que la iniciaron antes de la hora es de 10.66 veces mayor en las mujeres que abandonaron la LME en comparación con las mujeres que no la abandonaron. Esta asociación es estadísticamente significativa.

Tabla N° 31: Asociación entre influencia de otras personas sobre las madres de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018 y abandono de lactancia materna exclusiva.

	Abandono de lactancia materna exclusiva		
Influencia de otras personas	**Si**	**No**	**Total**
Si	42	5	47
%	70.00%	4.17%	26.11%
No	18	115	133
%	30.00%	95.83%	73.89%
Total	60	120	180
%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Elaborado por el autor.

OR= 53.6667; IC 95%= 18.7433-153.6611; X2= 89.8560; gl=1; p-valor= 0.0000

La razón entre las madres influenciadas por otras personas versus las que no fueron influenciadas es de 53.67 veces mayor en las mujeres que abandonaron la LME en comparación con las mujeres que no la abandonaron. Esta asociación es estadísticamente significativa.

Tabla N° 32: Asociación entre la presencia de patología mamaria de las madres de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018 y abandono de lactancia materna exclusiva.

	Abandono de lactancia materna exclusiva		
Presencia de patología mamaria	**Si**	**No**	**Total**
Si	30	38	68
%	50.00%	31.67%	37.78%
No	30	82	112
%	50.00%	68.33%	62.22%
Total	60	120	180
%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Elaborado por el autor.

OR= 2.1579; IC=1.1428-4.0746; X2= 5.7195; gl= 1; p-valor= 0.01677715

La razón entre la presencia de patología mamaria versus la ausencia de ésta es de 2.16 veces mayor en las mujeres que abandonaron la LME en comparación con las mujeres que no la abandonaron. Esta asociación es estadísticamente significativa.

Tabla N° 33: Asociación entre percepción de poca producción de leche materna por las madres de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018 y abandono de lactancia materna exclusiva.

	Abandono de lactancia materna exclusiva		
Percepción de poca producción	**Si**	**No**	**Total**
Si	37	54	91
%	61.67%	45.00%	50.56%
No	23	66	89
%	38.33%	55.00%	49.44%
Total	60	120	180
%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Elaborado por el autor.

OR= 1.9662; IC 95%= 1.0444-3.7014; X2= 4.4450; gl=1; p-valor= 0.03500373

La razón entre la percepción de poca producción de leche materna versus la ausencia de esta es de 1.97 veces en las mujeres que abandonaron la LME en comparación con las mujeres que no la abandonaron. Esta asociación es estadísticamente significativa.

Tabla N° 34: Asociación entre tipo de parto que dio lugar al nacimiento de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018 y abandono de lactancia materna exclusiva.

	Abandono de lactancia materna exclusiva		
Tipo de parto	**Si**	**No**	**Total**
Cesárea	26	17	43
%	43.33%	14.17%	23.89%
Vaginal	34	103	137
%	56.67%	85.83%	76.11%
Total	60	120	180
%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Elaborado por el autor.

OR= 4.6332; IC 95%= 2.2465-9.5557; X2: 18.7150; gl=1; p-valor= 0.00001518

La razón entre el parto por cesárea versus el parto vaginal es de 4.63 veces mayor en las mujeres que abandonaron la LME en comparación con las mujeres que no la abandonaron. Esta asociación es estadísticamente significativa.

Tabla N° 35: Asociación entre paridad de la madre de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018 y abandono de lactancia materna exclusiva.

	Abandono de lactancia materna exclusiva		
Paridad	**Si**	**No**	**Total**
Primípara	28	32	60
%	46.67%	26.67%	33.33%
Multípara	32	88	120
%	53.33%	73.33%	66.67%
Total	60	120	180
%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Elaborado por el autor.

OR= 2.4063; IC 95%= 1.2577-4.6038; X2= 7.2000; gl= 1; p-valor= 0.00729036

La razón entre estado de primípara versus multípara es de 2.41 veces mayor en las mujeres que abandonaron la LME en comparación con las mujeres que no la abandonaron. Esta asociación es estadísticamente significativa.

Tabla N° 36: Asociación entre antecedente de abandono de lactancia materna exclusiva en el hijo anterior de la madre de los niños que acudieron al Centro de Salud San Juan en el año 2018 y abandono de lactancia materna exclusiva.

	Abandono de lactancia materna exclusiva		
Antecedente de abandono de lactancia materna exclusiva	**Si**	**No**	**Total**
Si	12	8	20
%	37.50%	9.09%	16.67%
No	20	80	100
%	62.50%	90.91%	83.33%
Total	32	88	120
%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Elaborado por el autor.

OR= 6.0000 IC 95%= 2.1635-16.6394; X2= 13.6364; gl=1; p-valor= 0.00022185

La razón entre el antecedente de abandono de LME en el hijo anterior versus el antecedente de no abandono es de 6 veces mayor en las mujeres que abandonaron la LME en comparación con las mujeres que no la abandonaron. Esta asociación es estadísticamente significativa.

VI. DISCUSION

En el presente estudio, la edad de las madres iba desde 15 hasta 42 años, con una edad promedio de 25 años, siendo predominante el grupo de madres jóvenes. Similar a lo encontrado por Cuadrón Andrés, L. et al, (2013), en Aragón, España; donde las madres presentaron edades que iban de 16 a 47 años, y una mediana de 33 años; y Rodríguez León, L, (2014), en Veracruz, México donde el promedio de edad fue de 27 años.

El estado civil predominante en las madres encuestadas en este estudio fue el de conviviente (68.89%); en cambio, Molinero Díaz, P; et al, (2015), en Ciudad Real, España, describió que la mayoría de las mujeres estaban casadas (86%), siendo ambos clasificados como relaciones estables; diferente a lo que reportó Sota Peña, LE, (2017), en Cusco, Perú, donde predominaban las solteras (47%), y en su estudio dice que esto sería un factor de riesgo para abandono de LME.

Con respecto al lugar de procedencia de la madre, el 96.11% procedían de área urbana; menor el porcentaje en comparación con López Ruiz, B, (2016), en el Hospital Regional de Loreto y Sota Peña, LE, (2017), en el Hospital Antonio Lorena de Cusco, donde representó el 67.2% y el 60% respectivamente. Este contraste podría deberse a que los últimos son hospitales de referencia que reciben pacientes de toda la región.

Al tratarse de nivel de instrucción de la madre, el 68.89% de las encuestadas tenía educación secundaria; similar a lo encontrado por Sota Peña, LE, (2017), en Cusco, con 71%, y Calderón Saavedra, KA; et al, (2015), en Masusa, Loreto, con 50,4%. Este hallazgo es reconfortante, ya que demuestra que la educación en el Perú está mejorando.

Ser ama de casa resultó la ocupación más frecuente, con un 68.33% en este estudio; algo mayor fue lo encontrado por Callata Valladares, HM, (2017), en Lima, donde 85.7% eran amas de casa. Sin embargo, en contraste a lo anterior, López Gatica, VA; et al, (2011), en Belén, Loreto, reportó que el 91,1% se dedicaban a trabajos independientes. Esto se explica porque Belén es una zona de comercio, y es a lo que se dedica la mayoría de familias.

Según la economía familiar, en este estudio el 54.44% tenía ingreso económico bajo, con un promedio mensual de 860.33 soles; similar a lo encontrado por López Gatica, VA; et al, (2011), en Belén, Loreto, donde 54,5% refirieron poseer bajos ingresos económicos, y Sota Peña, LE, (2017), en Cusco, reportó que el 42% tienen ingreso económico mensual de 400 a 699 soles.

En este estudio encontramos que el CPN inadecuado es un factor de riesgo para el abandono de LME (OR= 3.0737, IC 95%= 1.5890-5.9459). Esto concuerda por lo encontrado por Juárez Figueroa, M, (2014), en México, donde el conocimiento inadecuado de lactancia materna se portó como factor de riesgo condicionante de destete temprano. También con Rius, J.M. Et al, (2014), en España, que mencionan que el haber asistido a clases prenatales sobre la LM supone un factor de protección para el abandono precoz. Es decir, a mayor conocimiento de lactancia materna, mayor la tasa de LME.

En este estudio se reportó que la actitud de la madre frente a la información brindada en el CPN acerca de la LME fue 100% favorable, ya que el 32.78% de las madres están de acuerdo, y el 67.22% están totalmente de acuerdo. De modo similar, Vásquez, R, (2012), en Lima, encontró que la mayoría (80%) tienen una actitud medianamente favorable a favorable ya que consideran que en los 6 primeros meses su bebe debe ser alimentado solo con leche materna. Esto guarda relación con lo antes mencionado respecto al conocimiento adquirido en el CPN.

Las pacientes iniciaron la lactancia antes de la primera hora posterior al parto en 90.8% en el estudio de Rodríguez León, L, (2014), en México; y 75.53% en el estudio de Martínez Galiano, JM; et al, (2013), en España. En este estudio el 86.66% de los neonatos iniciaron la lactancia antes de la hora de nacido; además se demostró que la lactancia después de la hora representaba un riesgo 10 veces mayor para el abandono temprano de LME (OR= 10.6585; IC 95%= 3.7385-30.3875).

La influencia de otras personas sobre las madres respecto a la lactancia materna es un factor de riesgo para el abandono de LME (OR= 53.6667;

IC 95%= 18.7433-153.6611). De toda la muestra, el 26.11% de madres se vio influenciada por otras personas, y de éstas, el 82.98% se vieron influenciadas por personal de salud del establecimiento. Esto es un resultando alarmante, ya que éstos deberían ser los promotores y protectores de la LME en el Perú. Resultados semejantes fueron hallados por Madalen Oribe, et al, (2015), en España, donde los que aconsejaron a la madre en su decisión de abandonar la lactancia materna exclusiva en su mayoría fue el profesional sanitario. Scott, JA. et al, (2006), en Australia, encontró otros resultados, pues las mujeres estaban influenciadas por las personas de su entorno cercano, especialmente sus parejas.

La presencia de patología mamaria es un factor de riesgo para abandono de la LME (OR= 2.1579; IC=1.1428-4.0746). De la muestra estudiada, 37.78% presentó patología mamaria; de los cuales la mayoría fueron grietas en el pezón y dolor de pezón, con 47.06% y 45.59% respectivamente. Esto coincide con lo encontrado por Molinero Diaz, P; et al; (2015), en España, donde un 39,8% de las mujeres tienen problemas para dar el pecho por la aparición de patologías mamarias, y Sota Peña, LE, (2017), en Cusco, que dijo que el 34% les desagrada dar de lactar porque les produce dolor en los pezones.

Más de la mitad de las mujeres (50.56%) tuvieron la percepción de poca producción de leche materna, según este estudio. Además constituye un factor de riesgo para abandono de LME. Esto coincide con Ramiro González, et al, (2018), y Madalen Oribe, et al, (2015), ambos en España, que indican que la hipogalactia era razón de abandono de lactancia.

Con respecto al tipo de parto, el 76.11% fueron por vía vaginal, y el 23.89% fueron por vía cesárea. Se encontró que el parto por cesárea es un factor de riesgo para abandono de LME (OR= 4.6332; IC 95%= 2.2465-9.5557). Lihim Prado, JP, (2014), en Lima, también informó que el parto por cesárea estuvo asociado con un bajo cumplimiento de LME. Cuadrón Andrés, L. Et al; (2013) en España, describió que mantenimiento de la LM tiene mayor probabilidad si el parto es vaginal.

Este estudio describió que las madres multíparas representaron el 66.67%, y las primíparas el 33.33%. El ser madre primípara se asoció a un factor de riesgo de abandono de la LME (OR= 2.4063; IC 95%= 1.2577-4.6038). Madalen Oribe, et al, (2015), en España, también concluyó que la primiparidad era un factor de riesgo de abandono de lactancia en el periodo temprano. Es decir, mientras más hijos tiene la madre menos abandono de LME.

El antecedente de abandono de LME en el hijo anterior es un factor de riesgo en las mujeres que abandonaron la LME (OR= 6.0000 IC 95%= 2.1635-16.6394). Así también, Rius, J.M. et al; (2014), en España, dicen que haber alimentado al hijo previo con LA aumenta el riesgo de abandono precoz. Según Santos LC. et al; (2007) dicen que haber amamantado con éxito a un hijo anterior se relaciona con una mayor duración de la lactancia materna.

VII. CONCLUSIONES

En el presente estudio, se encontró que, el grupo de edad predominante en las madres encuestadas fue el de 15-19 años (28.89%). La edad promedio fue de 25.1 años, con una desviación estándar de 6.9 años. El estado civil más referido fue el de conviviente con 68.89%. El 96.11% de las madres proceden de área urbana. El 68.89% de las madres tiene educación secundaria. El 68.33% de las son amas de casa. El 54.44% tiene ingreso económico bajo. Se determinó que, tras el abandono de la LME, el 35% fue por alimentación complementaria precoz, el 33.33% por lactancia artificial y el 31.67% por lactancia mixta. El 68.33% de las madres tuvieron un control del embarazo adecuado. Al 77.78% de las madres se les brindó información acerca de los beneficios de la LME. La totalidad de las madres tienen una actitud favorable respecto a la LME. El 86.66% de los recién nacidos iniciaron la lactancia antes de la hora de haber nacido. Solo el 26.11% se vieron influenciadas por otras personas para abandonar la LME, de las cuales, el 82.98% eran personal de salud. Solo el 37.78% de las madres presentaron patología mamaria, de las cuales la mayoría fueron por grietas y/o dolor de pezón. La percepción de poca producción de leche materna estuvo presente en el 50.56% de mujeres encuestadas. El 76.11% de los partos fueron por vía vaginal. El 66.67% se trataron de madres multíparas. El 44.44% refirieron haber abandonado la LME en hijos anteriores por razones como producción de leche insuficiente.

Se concluyó que, son factores de riesgo para abandono de lactancia materna exclusiva: el control prenatal inadecuado (OR= 3.0737, IC 95%= 1.5890-5.9459), el iniciar la lactancia materna después de la hora (OR= 10.6585; IC 95%= 3.7385-30.3875), la influencia del personal de salud (OR= 53.6667; IC 95%= 18.7433-153.6611), la presencia de patología mamaria, como grietas en el pezón (OR= 2.1579; IC=1.1428-4.0746), la sensación de poca producción de leche (OR= 1.9662; IC= 1.0444-3.7014), el parto por vía cesárea (OR= 4.6332; IC 95%= 2.2465-9.5557), la multiparidad (OR= 2.4063; IC 95%= 1.2577-4.6038) y el antecedente de abandono de LME en el hijo anterior (OR= 6.0000; IC 95%= 2.1635-16.6394).

VIII. RECOMENDACIONES

Considerando los resultados obtenidos en el estudio, se recomienda lo siguiente:

Se debe recalcar la importancia de la lactancia materna en los 6 primeros meses de vida en todos los niveles de atención en salud.

Se debe mejorar la cobertura de los controles prenatales y dedicar tiempo a hablar de alimentación y lactancia materna durante la consulta.

Se debe combatir la propaganda de fórmulas artificiales que insinúen el abandono de leche materna.

Se debe sancionar a los profesionales de la salud que desaconsejen la lactancia materna y promuevan el uso de fórmulas artificiales.

Se recomienda estudios a fondo para determinar las causas del abandono de lactancia materna exclusiva.

IX. FUENTES DE INFORMACIÓN

[1] World Health Organization (WHO). Infant and young child nutrition. Geneva (Switzerland): WHO; 2003.

[2] Organización Mundial de la Salud (OMS). 10 datos sobre la lactancia materna. Geneva (Switzerland): WHO; 2003.

[3] Ministerio de salud, (MINSA). Directiva Administrativa para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño. Directiva Administrativa W 201-MINSNDGSP-V.01. MINSA, 2016.

[4] Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas sanitarias mundiales, Geneva (Switzerland): WHO, 2012.

[5] Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. (ENDES, 2015); Lactancia y nutrición de niñas, niños y madres; Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI); Perú, 2015.

[6] Lihim Prado, JP; Tendencias y factores asociados a lactancia materna exclusiva en el Perú: estudio basado en datos de ENDES 1996 – 2011. Tesis Para Obtener El Grado Académico De Magister En Salud Infantil Comunitaria. Facultad De Medicina. Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2014.

[7] Martínez Galiano, JM; Delgado Rodríguez, M. El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. Rev. Assoc. Med. Bras. 2013;5 9(3):254–257.

[8] L. Cuadrón Andrés, M.P. Samper Villagrasa, M.L. Álvarez Sauras, J.J. Lasarte Velillas, G. Rodríguez Martínez. Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. Estudio CALINA. An Pediatr (Barc). 2013;79(5):312-318.

[9] J.M. Rius; J. Ortuño, C. Rivas, M. Maravall, M.A. Calzado, A. López; et al. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. An Pediatr (Barc). 2014;80(1):6-15.

[10] Madalen Oribea, Aitana Lertxundi, Mikel Basterrechea, Haizea Begiristaina, Loreto Santa Marina, María Villar; et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte. Gac Sanit. 2015;29(1):4–9.

[11] Molinero Diaz, P; Burgos Rodríguez, MJ; Mejía Ramírez de Arellano, M; Resultado de una intervención de educación para la salud en la continuidad de la lactancia materna. Enferm Clin. 2015;25(5):232-238.

[12] Ramiro González MD, Ortiz Marrón H, Arana Cañedo-Argüelles C, Esparza Olcina MJ, Cortés Rico O, Terol Claramonte M, et al. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la

lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. An Pediatr (Barc). 2018.

[13] Juárez Figueroa, M. Factores De Riesgo Para El Destete Temprano En La Unidad De Medicina Familiar 64. Tesis para obtener el título de especialista en medicina familiar. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de México. 2014.

[14] Rodríguez León, L. Factores asociados al abandono de la lactancia materna en mujeres derechohabientes, residentes de la Ciudad de Córdoba Veracruz; Tesis para obtener el título de especialista en medicina familiar. Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana; 2014.

[15] Vásquez, R. "Conocimiento, Actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al centro de Salud san Luis" – 2009. Tesis para optar el título de especialista en enfermería en Salud pública. Universidad Nacional Mayor de san Marcos facultad de Medicina Humana. Escuela de post – grado. Lima – Perú. 2012.

[16] Op. Cit. Lihim Prado, JP; Tendencias Y Factores Asociados A Lactancia Materna Exclusiva En El Perú: Estudio basado en datos de ENDES 1996 – 2011. Tesis para optar el grado Académico de Magister en Salud Infantil Comunitaria. Unidad de Postgrado, Facultad de Medicina; Universidad Nacional Mayor De San Marcos; Lima 2014.

[17] Callata Valladares, HM. Factores asociados a inicio temprano de la lactancia materna mixta en niños y niñas menores de 6 meses en el C.S. La Flor de la Red de Salud Túpac Amaru. Tesis para optar el Título de Especialista en Enfermería de Salud Pública. Unidad de Postgrado, Facultad de Medicina; Universidad Nacional Mayor De San Marcos; Lima 2014.

[18] Sota Peña, LE. Actitudes y prácticas de lactancia materna exclusiva en madres primerizas que acuden al hospital Antonio Lorena – cusco 2017. Tesis para optar al Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco. 2017.

[19] López Gatica, VA; Ríos Alava, Y; Robles Balareso, JD. Factores Sociodemográficos, Culturales Y La Interrupción De La Lactancia Materna Exclusiva En Madres Del Centro De Salud De Belén Iquitos -2011. Tesis para optar al Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2011.

[20] Calderón Saavedra, KA; Torres Carrión, PR; Vásquez Pinedo SR. Características sociodemográficas y nivel de conocimiento sobre lactancia materna en madres de Masusa, Punchana- 2015. Tesis para optar al Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2015.

[21] López Ruiz, B. Nivel De Conocimiento Sobre Lactancia Materna En Puérperas Atendidas En El Hospital Regional De Loreto, Noviembre y

Diciembre del 2015. Tesis para optar al Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2016.

[22] Declaración conjunta OMS/UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. Función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: OMS; 1989.

[23] Organización Mundial de la Salud, (OMS); 10 datos sobre la lactancia materna. Geneva (Switzerland): WHO, 2017.

[24] United Nations Children's Fund UNICEF: From the first hour of life: Making the case for improved infant and young child feeding everywhere. United Nations Children's Fund UNICEF. October 2016 ISBN: 978-92-806-4852-2.

[25] Centers for Disease Control and Prevention. Breastfeeding report card— United States 2013.

[26] Op. Cit. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. (ENDES, 2015); Lactancia y nutrición de niñas, niños y madres; Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI); Perú, 2015.

[27] Victora C, Bhal R, Barros A, Franca G, Horton S, Krasevec J, Murch S, et al Breastfeeding in the 21st century:epidemilogy, mechanisms, and lifelong effect. The Lancet Breastfeeding Series Group. Vol 387 Enero 30, 2016.

[28] American Academy of Allergy, Asthma & Immunology. Primary Prevention of Allergic Disease Through Nutritional Interventions. Parent Prevention Guidelines.2015.

[29] Moreno Villares JM, Galiano Segovia MJ, Dalmau Serra J. ¿Por qué dudamos de si la leche de vaca es buena para los niños? Parte 1. Nutrición Infantil. Acta Pediatr Esp. 2012; 7(9): 369-375.

[30] MSP, MIDES, RUANDI, UNICEF. Encuesta Nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia. Uruguay, 2011.

[31] Vásquez E, Romero E, Larrosa A, Machado A. Recomendaciones para la alimentación del niño durante los primeros 23 meses de vida. Pediatría de México. Vol. 14 Núm. 1 – 2012.

[32] Joint FAO/WHO Workshop on Enterobacter Sakazakii and other microorganisms in powdered infant formula. Ginebra: OMS, 2004.

[33] Kramer MS, Guo T, Platt RW, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Collet JP et al. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 mo of exclusive breastfeeding. Am J Clin Nutr. 2003 Aug;78(2):291-5.

[34] Santo LC, de Oliveira LD, Giugliani ERJ: Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. Birth. 2007; 34(3):212-219.

[35] Dennis CL. Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. Res Nurs Health. 2006 Aug;29(4):256-68.

[36] Cooke M, Sheehan A, Schmied V. A description of the relationship between breastfeeding experiences, breastfeeding satisfaction, and weaning in the first 3 months after birth. J Hum Lact. 2003; 19(2):145-56.

[37] Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2009 May-Jun;38(3):259-68.

[38] Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. Pediatrics. 2006 Apr;117(4):e646-55.

[39] Organización Mundial de la Salud (OMS). La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Biblioteca sede OPS, Washington DC 2010. ISBN: 978-92-75-33094-4 NLM WS120.

[41] Guía para la Elaboración de Consentimiento Informado. Comité de Ética e Investigación del Hospital Regional de Loreto (CEI-HRL); 2018

[42] Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. (ENDES, 2017); Cédula Censal; Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI); Perú, 2017.

Anexo 01

Encuesta:

Factores relacionados al abandono de Lactancia Materna Exclusiva en el Centro de Salud San Juan en el año 2018.

Factores sociodemográficos:

1. Edad: ……..
2. Estado civil:
   a. Soltera ( )
   b. Conviviente ( )
   c. Casada ( )
   d. Separada /Divorciada ( )
   e. Viuda ( )
3. Procedencia:
   a. Área urbana ( )
   b. Área rural ( )
4. Ultimo nivel y grado o año de estudios aprobado:
   a. Sin nivel ( )
   b. Inicial ( )
   c. Primaria ( )
   d. Secundaria ( )
   e. Superior no universitario ( )
   f. Superior universitario ( )
5. Ocupación:
   a. Ama de casa ( )
   b. Estudiante ( )
   c. Negocio familiar ( )
   d. Independiente ( )
   e. Profesional ( )
   f. Otros…….
6. Ingreso económico mensual de la familia:…….S/.
   a. Bajo ( )
   b. Medio ( )
   c. Alto ( )

Factores maternos:

7. ¿Has abandonado la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses de edad de tu bebe?
   Si ( ); No ( ); si es Si, ¿por cuál?
   Lactancia artificial: ( )
   Alimentación complementaria precoz: ( )
   Lactancia Mixta: ( )
8. ¿A cuántos controles prenatales asististe en tu último embarazo? …… CPN
   a. Adecuada: ( )
   b. Inadecuada: ( )
9. En el CPN ¿Le brindaron información acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva?
   Si ( ); No ( )

10. La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad es favorable para el crecimiento y desarrollo saludable de tu ti y tu bebé.
    a. Totalmente de acuerdo ( )
    b. De acuerdo ( )
    c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo ( )
    d. En desacuerdo ( )
    e. Totalmente en desacuerdo ( )
11. ¿Cuánto tiempo pasó luego del parto hasta el inicio de la lactancia materna?.....min
12. ¿Alguien de tu entorno te ha convencido para que cambies de la lactancia exclusiva por lactancia artificial o inicies precozmente la alimentación complementaria a tu bebe?
    Si ( ); No ( ); si es si, ¿Quién?
    a. Esposo/conviviente ( )
    b. Madre ( )
    c. Suegra ( )
    d. Vecina ( )
    e. Personal de salud ( )
    f. Otros: …….
13. ¿Presentó algún tipo patología mamaria por lo que interrumpió la LME?
    Si ( ); No ( ). Si es si ¿Cuál? .....
14. ¿Tuvo usted la percepción de poca producción de leche materna por lo cual interrumpió la LME?
    Si ( ); No ( ).
15. ¿Qué Tipo de parto tuvo?
    Vaginal ( )
    Cesárea ( )
16. ¿Cuántos hijos tienes? ……..hijos
    a. Primípara ( )
    b. Multípara ( )
    c. Gran multípara ( )
17. En tus anteriores hijos, ¿has abandonado la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses por la lactancia artificial y/o inicio de alimentación complementaria precoz?
    Si ( ); No ( ); Si es sí ¿Por qué? ……..

Anexo 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Institución:	FACULTAD DE MEDICINA – UNAP
Investigador:	Bach. Med. Wilson Junior Torres Hu
Título:	"**Factores sociodemográficos y maternos relacionados al abandono de Lactancia Materna Exclusiva en el Centro de Salud San Juan en el año 2018"**

Propósito del Estudio: lo estamos invitando a participar del estudio titulado "Factores relacionados al abandono de Lactancia Materna Exclusiva en el Centro de Salud San Juan en el año 2018". Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. El objetivo principal es determinar los factores sociodemográficos y maternos que están relacionados al abandono de lactancia materna exclusiva en lactantes menores de 6 meses, en el Centro De Salud San Juan en el año 2018. La identificación de estos factores de riesgo ayudará a buscar estrategias más específicas y eficientes para mejorar la tasa de lactancia materna exclusiva y esto a su vez resultará en grandes beneficios en todas las áreas de funcionamiento del recién nacido y de la madre; por otro lado, esta investigación servirá para optar el Título Profesional de Médico Cirujano.

Procedimientos:
Si usted acepta participar en este estudio le haremos una encuesta por aproximadamente 10 minutos, las cuales serán llenados en una ficha de recolección de datos pre diseñada.

Riesgos:
No existe ningún riesgo al participar de este trabajo de investigación. Sin embargo algunas preguntas le pueden causar incomodidad. Usted es libre de responderlas o no.

Beneficios:
No existe beneficio directo para usted por participar de este estudio. Se prevé que los resultados de este estudio ayuden en el diseño de estrategias más específicas y eficientes para mejorar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva, que resultan en beneficio para la comunidad.

Costos e incentivos:
Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar en beneficio de la salud pública de su comunidad.

Confidencialidad:
Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio. Sus

archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:
Las fichas de recolección de datos se destruirán una vez sistematizada la información.

Derechos del participante:
Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a mi persona al teléfono 918458404.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Presidente del Comité Institucional de Ética del Hospital Regional de Loreto Dr. Cesar Ramal Asayag al teléfono 965870530.

Consentimiento:
Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo qué cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

_____
Firma del participante

¡Muchas gracias por su valiosa colaboración!

HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS"

OFICINA DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA N° 002– CIEI – HRL – 2019

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del Hospital Regional de Loreto certifica que el proyecto de investigación, señalado a continuación fue **APROBADO**, siendo catalogado como: **ESTUDIO CON RIESGO MÍNIMO**, se detalla a continuación los siguientes datos de proyectos:

Título del Proyecto	: **"FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS Y MATERNOS RELACIONADOS AL ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA EN EL AÑO 2018".**
Código de Inscripción	**: ID- 003 -CIEI-2019**
Modalidad de investigación	: PRE-GRADO
Investigador (es)	**: Bach. Medicina: WILSON JUNIOR TORRES HU**

La APROBACIÓN considera el cumplimiento de los estándares del Instituto Nacional de Salud, las Prioridades Regionales de Investigación, el Balance riesgo/beneficio, y la confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. El investigador alcanzará un informe final al término de este. La aprobación de la ampliación y modificaciones tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta 21 de julio- 2019; **Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.**

Punchana, 17 de enero de 2019

Hospital Regional de Loreto
"Felipe Santiago Arriola Iglesias"
DR. CESAR JOHNNY RAMAL ASAYAG
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación