

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

**SEDE - JAÉN**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**TESIS**

**FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL ABANDONO DE LA LACTANCIA  
MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN - 2014**

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

**Por:**

**Dika Meva Díaz Espinoza**

**Asesora:**

**Dorsis Bringas Abanto**

**Jaén - Perú  
Diciembre de 2014**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**SEDE JAÉN**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**TESIS**

**FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL ABANDONO DE LA LACTANCIA  
MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN – 2014**

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

**Por:**

**Dika Meva Díaz Espinoza**

**Asesora:**

**Doris Bringas Abanto**

**Jaén - Perú  
Diciembre de 2014**

COPYRIHT © 2014 by  
DIKA MEVA DÍAZ ESPINOZA  
Todos los derechos reservados

**FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL ABANDONO DE LA  
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN – 2014**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**SEDE JAÉN**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**TESIS**

**FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL ABANDONO DE LA LACTANCIA  
MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN – 2014**

**Por:**  
**Dika Meva Díaz Espinoza**

**Jurado Evaluador:**

-----  
MCs. Edita Díaz Villanueva  
Presidente

-----  
Lic. Enf. Milagro de Jesús Portal Castañeda  
Secretaria

-----  
Lic. Enf. Marleny Miranda Castro  
Vocal

-----  
Mcs. Manuela Cabellos Alvarado  
Accesitaria

Doris Bringas Abanto  
Asesora

**A:**

Mi padre Segundo Díaz Quiroz, por su confianza, su amor incondicional, sus esfuerzos y trabajo, porque me sostuvo con ánimo en el peregrinar de estos años

Mi madre Gloria Espinoza H. por confiar en mí, por estar presente en mi mente

Mis queridos hermanos Eswin, Kevin y Sandy, por ser mi motivo para seguir adelante

## CONTENIDO

Ítem	Página
AGRADECIMIENTOS.....	viii
LISTA DE ABREVIACIONES.....	ix
GLOSARIO.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	01
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	
2.1 Antecedentes de la investigación.....	06
2.2 Marco Teórico	
2.2.1 Lactancia materna.....	08
2.2.2 Beneficios de la lactancia materna exclusiva.....	10
2.2.3 Factores que intervienen en el abandono de la LME.....	12
2.2.4 Visualización del abandono de la LME en diferentes contextos.....	21
2.2.5 Conceptualización de la adolescencia.....	26
2.2.6 Embarazo en la adolescencia.....	29
2.2.7 Teoría de la adopción del rol maternal.....	31
CAPÍTULO III: DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS....	35
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	41
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	65
LISTA DE REFERENCIAS	
ANEXOS	

## LISTA DE ILUSTRACIONES

Tablas	Página
1. Características socio-demográficas de las madres adolescentes atendidas en el Hospital General de Jaén – 2014.....	41
2. Factores psicológicos: conflictos internos que intervienen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes. Hospital General de Jaén – 2014.....	46
3. Percepción del embarazo, factor psicológico que interviene en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes atendidas en el Hospital General de Jaén – 2014. ....	48
4. Escasa confianza de la madre, factor psicológico que interviene en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescente atendidas en el Hospital General de Jaén – 2014.....	49
5. Autoimagen y sexualidad, factores psicológicos que intervienen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes atendidas en el Hospital General de Jaén – 2014.....	50
6. Problemas psicológicos que intervienen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes atendidas en el Hospital General de Jaén – 2014.....	51
7. Factores socioculturales que intervienen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes atendidas en el Hospital General de Jaén – 2014.....	54
8. Factores educacionales que intervienen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes atendidas en el Hospital General de Jaén – 2014.....	58
9. Problemas de salud, que intervienen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes atendidas en el Hospital General de Jaén – 2014.....	62



## **AGRADECIMIENTO**

A las madres adolescentes atendidas en el Hospital General de Jaén, quienes con su apoyo reflejado en su veracidad, permitieron el desarrollo de esta investigación.

A mi asesora Doris Bringas Abanto, por su apoyo perseverante y dedicado, por sus orientaciones, recomendaciones y sugerencias, que hicieron posible el desarrollo del presente trabajo de investigación.

A mis tíos Manuel y Marleny, por su apoyo y confianza durante el desarrollo de mis estudios superiores.

A todas aquellas personas, que sin su participación directa no hubiera sido posible terminar mis estudios superiores.

## **LISTA DE ABREVIACIONES**

ASPEC:	Asociación de Consumidores y Usuarios.
CEPREN:	Centro de Promoción y Estudios en Nutrición.
EE.SS:	Establecimiento de Salud.
IBCLC:	Consultores Internacionales en Lactancia Materna.
LH:	Leche Humana.
LM:	Lactancia Materna.
LME:	Lactancia Materna Exclusiva.
MINSA:	Ministerio de Salud.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
OPS:	Organización Panamericana para la Salud.
RNBP:	Recién Nacido de Bajo Peso al Nacer.
UNICEF:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

## GLOSARIO

**Destete.** El término literalmente significa "quitar la teta" y se refiere a la sustitución de la leche humana por otros alimentos.

**Lactancia artificial.** Consiste en alimentar al bebé con fórmulas lácteas adaptadas. Éstas se consiguen modificando la leche de vaca para intentar que se parezca al máximo a la leche de la madre.

**Fórmula láctea.** Es un producto sucedáneo de la leche materna fabricado industrialmente con fines de satisfacer las necesidades nutricionales del lactante desde el nacimiento y adaptado a sus características fisiológicas.

**Biberón.** Es un recipiente que se utiliza para dar leche, agua y demás líquidos a los bebés o niños.

**Interrupción temprana de la lactancia materna exclusiva.** Es la introducción de otro tipo de leche, bebida o alimento mucho antes de los seis meses de edad.

**Rol maternal.** Según Ramona Mercer, es un proceso evolutivo – interactivo. La madre se siente vinculada a su hijo, adquiere competencia en los cuidados asociados a su rol, experimentando placer y gratificación.

## RESUMEN

El presente estudio de investigación de tipo descriptivo – cuantitativo, de corte transversal; se realizó con el objetivo de determinar los factores que intervienen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes atendidas en el Hospital General de Jaén. La población en estudio estuvo constituida por 50 madres adolescentes de 10 – 19 años de edad, según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con niños menores de 6 meses, identificadas entre los meses de enero a junio del 2014; de las cuales 22 madres adolescentes abandonaron la lactancia materna exclusiva, que representa la muestra y al 44% de la población total de madres adolescentes. Para la recolección de datos se empleó como técnica la entrevista con la madre adolescente y como instrumento un cuestionario. La validez del instrumento se realizó mediante el juicio de expertos y una prueba piloto; y la confiabilidad mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach. Resultados: Los factores socio-demográficos que caracterizan a las madres adolescentes son: edad entre 18 – 19 años (63,7%), madres solteras (50%), procedencia urbana (100%), grado de instrucción secundaria incompleta (68,2%), ocupación estudiante y ama de casa (36,4%) respectivamente, religión católica (86,4%), solventan sus gastos con apoyo de sus padres (45,5%) y su pareja (54,5%) y viven junto con ellos (45,5%) respectivamente, tienen un ingreso mensual de s/. 400.00 – s/. 700.00 (90,9%). Entre los factores psicológicos tenemos: el deseo de no dar de lactar (77,3%), inexperiencia en materia de lactancia (95,5%), embarazo no deseado – pensó en abortarlo (63,6%), escasa confianza de la madre para cuidar al bebé (54,5%) y dar de lactar a su bebé (81,8%), las mamas tienden a caerse – nivel estético (90,9%), vergüenza de dar de lactar en público (54,5%), ansiedad y depresión (90,9%) respectivamente, problemas conyugales (45,5%). Y los principales factores socioculturales son: incorporación de la madre a los estudios (9,1%), uso de biberón (95,5%), mitos y creencias sobre lactancia: no debería dar de lactar si consume alimentos fríos (95,5%). Los conocimientos deficientes sobre la lactancia materna exclusiva (68,2%) y la poca preparación en la técnica de amamantamiento (27,3%) ocasionaron problemas de salud en la madre – producción insuficiente (50%) – dolor (45,5%) y problemas de salud en el niño – diarreas (59,1%). Se concluye que los factores socio-demográficos, psicológicos, socioculturales y educacionales intervienen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes.

**Palabras clave:** lactancia materna exclusiva, madres adolescentes, abandono de la lactancia materna exclusiva.

## ABSTRACT

The present study of descriptive research - quantitative, cross-section; He was held with the objective of determining the factors that intervene in the abandonment of exclusive breastfeeding in teenage mothers treated in the General Hospital of Jaén. The study population consisted of 50 teenage mothers of 10 - 19 years of age, according to the OMS classification, with children younger than 6 months, identified during the months of January to June 2014; of which 22 teen mothers abandoned breastfeeding exclusively, which represents the sample and 44% of the total population of teenage mothers. For the collection of data was used as a technical interview with the teenage mother and as an instrument a questionnaire. The validity of the instrument is carried out by expert opinion and a test pilot; and reliability using Cronbach's alpha coefficient. Results: The socio-demographic factors that characterize adolescent mothers are: age between 18 - 19 years (63,7%), single mothers (50%), urban origin (100%), incomplete secondary education (68,2%) degree, occupation student and housewife (36,4%) respectively, Catholic religion (86,4%), solved their expenses with the support of his parents (45,5%) and his partner (54,5%) and live together with them (45,5%) respectively, have a monthly income of s/. 400.00 - s/. 700.00 (90,9%). Psychological factors have: the desire not to give breastfeeding (77,3%), inexperience in the field of lactation (95,5%), pregnancy unwanted - thought to abort it (63,6%), lack of confidence of the mother to take care of the baby (54,5%) and give breastfeeding your baby (81,8%), moms tend to fall - aesthetic (90,9%), shame of breastfeeding in public (54,5%), anxiety and depression (90,9%) respectively, marital problems (45,5%). And the main socio-cultural factors are: incorporation of the mother to studies (9,1%), use of bottle (95,5%), myths and beliefs about breastfeeding: should not give breastfeeding if you eat cold food (95,5%). Poor knowledge on exclusive breastfeeding (68,2%) and little preparation technique of breastfeeding (27,3%) caused health problems in mother - insufficient production (50%) - pain (45,5%) and health problems in the child - diarrhea (59,1%). It is concluded that socio-demographic, psychological, socio-cultural and educational factors involved in the abandonment of exclusive breastfeeding in adolescent mothers.

**Key word:** exclusive breastfeeding, teen mothers, abandonment of the exclusive breastfeeding.

# **CAPÍTULO I**

---

**INTRODUCCIÓN**

---

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

La leche materna es el alimento óptimo para el crecimiento y el desarrollo del niño, por ser un producto especie-específico con una composición diferente a cualquier otra leche animal, modificada o no, que cambia de acuerdo a las necesidades del lactante<sup>1</sup>.

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) para una alimentación infantil óptima, tal como se encuentran establecidas en la *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño* son: lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida e iniciar la alimentación complementaria, adecuada y segura, a partir de los 6 meses de edad, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años de edad o más.<sup>2, 3</sup> Sin embargo, por diversas razones sociales, económicas y culturales, en muchos países ha disminuido la duración de la lactancia natural, como se comprueba en los resultados de un estudio realizado en el 2011, donde se concluye que la mayoría de las madres abandonan la lactancia materna exclusiva entre el primer y cuarto mes, y que los factores que se asociaron con frecuencia al abandono son: una edad menor de 20 años, ser madre estudiante, un nivel de escolaridad primario y la primiparidad.<sup>4</sup>

La duración de la lactancia, a diferencia del inicio, está fuertemente afectada por la determinación de la madre de continuar el amamantamiento. Madres físicamente capaces de

amamantar pueden percibir que su bebé requiere más leche de la que son capaces de producir. El volumen disponible para el niño puede reflejar uno o más de tres factores: capacidad intrínseca de la madre para la lactancia, efectividad de la succión del bebé y la “capacidad socialmente determinada” de la madre (actitudes culturales hacia la lactancia). Aunque el rol relativo de cada factor puede variar entre individuos, las limitaciones culturales sobre la conducta del amamantamiento, son siempre determinantes importantes en el abandono de la lactancia materna.<sup>5</sup>

A nivel internacional, entre los motivos de abandono de la lactancia materna exclusiva (LME) podemos destacar la existencia, aún al día de hoy, de falsos mitos y miedos que aparecen durante el embarazo o el propio inicio de la lactancia; como el miedo a perder libertad, sus condiciones físicas o a sufrir deformaciones y problemas en el pecho. A estos miedos e inquietudes se suele unir la falta de apoyo tanto en el ámbito familiar como, en algunos casos, en el ámbito sanitario.<sup>6</sup> Las madres manifestaron que el abandono de la lactancia materna exclusiva se dio por alguna de las siguientes razones: el llanto del niño, no deseo de dar de lactar, grietas en las mamas, medicación, trabajo, miedo, mala experiencia previa, enfermedades maternas y del niño. Mientras el abandono de la lactancia materna fue más frecuente en el grupo menor de 20 años y el de 35 años a más, al analizar la ocupación de la madre señalaron que entre las estudiantes el porcentaje de abandono alcanzó el 66,7%.<sup>7, 8</sup> Sin embargo, en otros estudios, las madres refirieron la hipogalactia como causa del cese de la lactancia materna exclusiva, seguido de enfermedad materna e indicación médica.<sup>4, 6, 9, 10</sup>

A nivel de Perú, en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – 2013, las madres fueron interrogadas sobre la práctica de lactancia, inicio, frecuencia y el uso de alimentación complementaria de cada hija e hijo nacido vivo desde enero 2008. Con respecto a la lactancia



materna exclusiva, el 72,3% de niñas y niños menores de seis meses de edad tuvieron lactancia exclusiva, el uso del biberón en niñas y niños menores de seis meses de edad representó el 22,5%. La duración mediana de la lactancia exclusiva fue 4,4 meses, entre niñas y niños la duración fue mayor en las mujeres (4,9 meses) que en los hombres (4 meses); guardó una relación con el nivel de educación de la madre, fue mayor entre las madres sin educación (5 meses) en comparación con las madres con educación superior (1 mes).<sup>11</sup>

En Chiclayo, se realizó un estudio titulado: “Nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva en el Hospital Regional Docente Las Mercedes”, donde se obtuvo que el nivel de conocimientos es deficiente con respecto a su importancia y el tiempo que se debe brindar lactancia materna exclusiva; mientras otras madres adolescentes refirieron que en algún momento dejaron de brindar leche materna a sus hijos por motivo de enfermedad del bebé.<sup>12</sup>

En lo cotidiano, durante las prácticas clínicas realizadas en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Jaén, se ha podido observar el exagerado reemplazo de la leche materna por las fórmulas lácteas como consecuencia del abandono de la lactancia materna exclusiva; logrando identificar algunas razones en el grupo de madres adolescentes, quienes mencionaban que: tenían vergüenza enseñar la mama al momento de dar de lactar, no tenían leche por tener las mamas muy pequeñas, presentaban grietas que producían dolor al momento de dar de lactar, las mamas tienden a “caerse”, no tenían tiempo por que trabajaban y/o aún estudiaban, mientras otras madres referían que no tenían ganas de dar de lactar por ser producto de un embarazo no deseado.

Actualmente, existe una gran preocupación con respecto a las madres adolescentes por ser un

grupo que día a día se incrementa y a la vez es el grupo que no cumple con su rol maternal, brindar lactancia materna exclusiva, ante esta situación se formuló la siguiente interrogante:

*¿Qué factores intervienen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes atendidas en el Hospital General de Jaén – 2014?*

La hipótesis planteada fue: Los factores sociodemográficos, psicológicos, educacionales y socioculturales intervienen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes atendidas en el Hospital General de Jaén.

El objetivo general que guió el estudio fue determinar los factores que intervienen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes atendidas en el Hospital General de Jaén y los objetivos específicos estuvieron orientados a: caracterizar los factores sociodemográficos de las madres adolescentes e identificar los factores maternos que intervienen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes atendidas en el Hospital General de Jaén.

De esta manera, se pretende que el análisis de los datos obtenidos permita generar información básica, así como recomendaciones que ayuden a la intervención pertinente y oportuna de este problema, a través de estrategias, en beneficio de la población afectada.

El contenido del estudio se ha organizado en cuatro capítulos. En el Capítulo I se detalla la introducción; Capítulo II: Marco teórico, donde se describen los antecedentes de la investigación y las bases conceptuales del problema en estudio; Capítulo III: Diseño de contrastación de la hipótesis; Capítulo IV: Resultados y Discusión; Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones. Finalmente se presentan la lista bibliográfica y anexos.

# **CAPÍTULO II**

---

**MARCO TEÓRICO**

---

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes de la Investigación**

A continuación, se presentan algunos estudios realizados acerca del abandono de la lactancia materna exclusiva en los últimos años:

Flores, Rosadio, Soto<sup>14</sup> realizaron una investigación de tipo descriptivo titulado “Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en Chosica – Perú en el año 2004”; los resultados del estudio, nos muestran que el 55,9% del total de madres encuestadas corresponde a madres que abandonaron la lactancia materna exclusiva. En cuanto a las prácticas asociadas tenemos que: el 44,1% incorporó otros líquidos a la lactancia materna exclusiva, el 46,1% no daba de lactar a su bebé si estaba de mal humor, el 37,7% no daba de lactar si su bebé rechazaba el pecho. Concluyendo que existe una relevante significancia estadística entre las características sociodemográficas, prácticas y orientación de las madres, que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva.

Gómez, Díaz, Manrique<sup>15</sup> realizaron un estudio de casos y controles titulado “Factores asociados con lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes en madres adolescentes” realizado en Medellín en el año 2010; se obtuvo como resultado que las principales razones para no alimentar de manera exclusiva fueron: 23% no tenía suficiente leche, 24,2% le dio sed al niño, 14% el niño no quiso o no le gustó, 10,7% no le bajó leche, 6,7% se le secó la leche y

3,9% tenía que trabajar o estudiar.

Camargo, Latorre, Porras<sup>16</sup> realizaron un estudio de cohorte sobre los “Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva” realizado en Colombia en el año 2011; se obtuvo como resultado una alta incidencia en el abandono de la lactancia materna exclusiva (95%), identificando factores como: los conocimientos deficientes sobre la lactancia materna (LM), el uso de biberón, el estrato socioeconómico bajo, la información recibida durante la estancia hospitalaria.

Niño, Silva, Atalah<sup>17</sup> realizaron un estudio de corte transversal sobre “Factores asociados a la lactancia materna exclusiva” realizado en Chile en el año 2012; se obtuvo como resultado que las principales causas de destete fueron: 27,2% por decisión materna, 24,1% por percepción de hambre, 17,3% por factores estéticos y 13% por enfermedad del niño. Por tanto, se concluyó que el destete muchas veces está relacionado con percepciones maternas más que con datos objetivos.

Lara, Ortiz<sup>18</sup> realizaron una investigación de tipo descriptivo titulado “Factores relacionados con la interrupción temprana de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes” realizado en Ecuador en el año 2012; concluyeron que la poca preparación y la inmadurez propia de esta etapa de la adolescencia muchas veces determinan el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva. Además, señalan que las tasas más altas de fracaso de lactancia materna se encuentran entre las madres que no han sido correctamente informadas sobre sus ventajas, la conducta a seguir, ni sobre las dificultades que conlleva la lactancia artificial. Muchas de ellas no consiguieron dar el pecho a su hijo porque desconocen las bases fundamentales para emprender con éxito la lactancia materna.

## **2.2 Base Teórica**

### **2.2.1 Lactancia materna**

El Ministerio de Salud (MINSA) en el marco de sus políticas sectoriales, promueve, protege y apoya a la lactancia materna, considerada como la primera y mejor práctica de alimentación; y a la leche materna como la principal fuente de alimentación de las niñas y los niños hasta los veinticuatro meses de vida.<sup>24</sup>

De la Declaración de Innocenti: *“Todas las madres tienen derecho a amamantar y sus hijos a ser amamantados de forma exclusiva hasta los 6 meses y junto con otros alimentos hasta los 2 años”*; se desprende el concepto de lactancia materna como un proceso único que promueve una nutrición ideal para los niños contribuyendo a su crecimiento y desarrollo saludable.<sup>6, 25</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que la primera leche o calostro, la que se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto, tiene un valor especial para la nutrición y la salud del recién nacido por su elevado contenido en minerales, proteínas y vitaminas solubles en grasa y por sus propiedades antiinfecciosas. En realidad es la primera inmunización del niño y por su escaso volumen permite organizar progresivamente su tríplico funcional, succión-deglución-respiración. La leche de transición, es la leche que se produce entre el 4º y el 15º día postparto, días en los que se produce un aumento brusco en la producción de leche, este tipo de leche va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura; la leche que tiene una gran variedad de componentes: agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas.<sup>2, 6, 26</sup>

En el ámbito de promoción de la salud, el Ministerio de Salud (MINSA) menciona que la

lactancia materna exclusiva es segura porque contiene factores que protegen, previenen y combaten infecciones como la diarrea, neumonía y reducen el riesgo de alergias particularmente el asma.<sup>24</sup> Mientras para los estudiosos la lactancia materna exclusiva, es brindar leche materna durante los seis primeros meses del niño, sin hacer mención de introducir o no una alimentación complementaria durante este período. Para efectos del presente estudio se tendrá en cuenta la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS): el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos, los primeros seis meses de vida.<sup>2</sup>

A la fecha, la Sociedad Civil organizada: Centro de Promoción y Estudios en Nutrición (CEPREN/ Red Peruana de Lactancia Materna), Liga de la Leche – Perú, IBFAN-Perú, Asociación de Consumidores y Usuarios (ASPEC) y los Consultores Internacionales en Lactancia Materna (IBCLC); han logrado en los últimos años propiciar la aprobación de leyes complementarias que favorecen la lactancia natural y que varias empresas comercializadoras de sucedáneos de la leche materna sean amonestados por el Ministerio de Salud en el año 2004. El estado peruano actualizó su normatividad y están vigentes leyes que apoyan decididamente la lactancia materna: Reglamento de Alimentación Infantil y otros.<sup>27</sup>

*Ruth A. Lawrence 1991: "La lactancia materna es el regalo más precioso que una madre puede dar a su hijo."*<sup>26</sup>

### **2.2.2 Beneficios de la lactancia materna exclusiva**

Dar pecho exclusivamente en los primeros seis meses de vida es la garantía de que la madre y el bebé se benefician con las ventajas innumerables de la lactancia materna, ningún alimento es mejor que la leche materna en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de sus nutrientes.<sup>28</sup> La composición de la leche se va adecuando a las necesidades del niño, a medida que éste crece y se desarrolla.<sup>29</sup> Un estudio publicado en 2003, declara que la lactancia materna (LM) es la medida más eficaz y equitativa para la reducción de las muertes infantiles (1,3 millones de muertes por año).<sup>30</sup>

#### **Beneficios para la salud del niño**

El niño amamantado recibe el único alimento cuya composición y equilibrio de nutrientes se adaptan dinámicamente a sus requerimientos cambiantes durante las diferentes etapas de su crecimiento en los primeros dos años y provee nutrientes esenciales específicos para el sistema nervioso central que crece aceleradamente en ese período.<sup>6, 29</sup> Su aporte nutricional es satisfactorio en todo sentido, proteínas, hidratos de carbono, lípidos y todos los minerales, cuya absorción es óptima. Las propiedades antiinfecciosas de la leche humana proveen barreras físicas y bioquímicas que disminuyen la exposición del lactante a agentes patógenos ambientales; los agentes bioactivos que contiene potencian el sistema inmunitario del lactante, esta acción sobre el sistema inmunitario del lactante se extiende más allá del destete.<sup>2</sup> Los niños amamantados son más armónicos en sus patrones de desarrollo sensorial, emocional y psicomotor y presentan mayor coeficiente intelectual. Tienen mejor respuesta inmunitaria ante la mayoría de las vacunas, mejor desarrollo cognitivo tanto los niños nacidos de término y con peso normal como los niños de pre-término y/o de bajo peso.<sup>30, 31</sup>



La lactancia materna (LM) logra postergar la presentación de la enfermedad celíaca y prevenir su desarrollo, también actúa como factor protector ante la introducción de gluten en la dieta después del 7º mes y durante la lactancia. Hay una reducción de la dermatitis atópica en menores de 2 años, con antecedentes familiares de atopía, cuando reciben lactancia materna exclusiva (LME) al menos por 3 meses. En prematuros y recién nacidos de bajo peso al nacer (RNBP), el efecto protector de la lactancia materna (LM) y de la leche humana (LH) se extiende a sepsis neonatal, causa de morbilidad y mortalidad en este grupo. También tienen efecto protector ante la retinopatía de la prematuridad, causa de ceguera en niños prematuros. La lactancia materna también tiene un efecto analgésico frente a procedimientos dolorosos en recién nacidos y en lactantes.<sup>30</sup>

Por lo mencionado, recalcaremos que los niños amamantados con leche materna, serán más sanos, alegres y seguros, a la vez que su cerebro desarrollará mejor, todo esto se logrará mediante una buena relación afectiva entre la madre y el niño.<sup>32</sup>

### **Beneficios para la salud de la madre**

Existen numerosos beneficios con el amamantamiento: prevención de anemia, ya que al mamar, la oxitocina contrae el útero en el posparto, lo cual disminuye el sangrado y causa la amenorrea de la lactancia materna, que contribuye también al espaciamiento del embarazo.<sup>2,26</sup>

Pese a la movilización del calcio materno durante la lactancia, los mecanismos hormonales que modifican su metabolismo aumentan su absorción y depósito luego del destete y disminuyen el riesgo de fractura de cadera posmenopáusica en las mujeres que amamantaron por tiempos prolongados. También se ha observado que las mujeres que amamantaron tenían 15% menor riesgo de diabetes tipo II y que amamantar por al menos 12 meses tenía un efecto protector sobre artritis reumatoide. Amplios estudios poblacionales demuestran disminución

del riesgo de cáncer de mama pre-menopáusico y cáncer de ovario. La lactancia materna también mejora la autoestima materna, favorece el apego, culmina su ciclo reproductivo, produce sentimientos positivos de satisfacción personal y de ésta manera reduce el riesgo de depresión posparto.<sup>6,30</sup>

### **Beneficios para la familia**

Ahorro no sólo en la compra de fórmulas, biberones, tetinas y combustible necesario para una preparación segura del alimento artificial, y en algunas poblaciones de América Latina por la necesidad de comprar agua segura, sino también por los gastos en salud que generan el mayor número y la gravedad de episodios de morbilidad por falta de una lactancia óptima además de un modelo de crianza útil para la descendencia; fortaleciendo lazos afectivos y contribuyendo a espaciar los nacimientos.<sup>30</sup>

### **Beneficios para la sociedad en general**

Disminuye la morbilidad y la mortalidad materna e infantil, las hospitalizaciones y el gasto en atención de patologías, el ausentismo laboral materno por enfermedad del niño, el uso de combustibles contaminantes contribuyendo al cuidado del medio ambiente; ahorra agua potable y evita la producción de desechos contaminantes (latas, plástico, transporte a distancia de alimentos infantiles) y mejora la satisfacción de las familias<sup>30</sup>

## **2.2.3 Factores que intervienen en el abandono de la lactancia materna exclusiva**

### **Factores socio-demográficos**

La edad es uno de los indicadores importantes en las reacciones de la madre, cuánto más joven es la madre es mayor su inexperiencia para la alimentación del bebé. Así también, el grado de instrucción de la madre para ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores que le

permitirán un mejor desenvolvimiento y adquirir nuevas conductas a lo largo de su existencia, es lo que determinará la continuación o la interrupción del amamantamiento.<sup>18, 31</sup>

El estado civil, viene a ser la situación o condición jurídica en la que se encuentran las madres dentro de la sociedad: madre soltera, es la mujer que tiene hijos sin estar casada o sin apoyo de una pareja; casada, es estado civil que adquiere la mujer en el momento que contrae matrimonio; divorciada, es una causa de disolución del matrimonio y viuda, es el estado de haber perdido al cónyuge por fallecimiento.<sup>31</sup>

En relación al nivel socioeconómico, estudios demuestran que el embarazo en adolescentes ocurre más en poblaciones de clases bajas y nivel medio. Existen diversas situaciones en las jóvenes que se embarazan a temprana edad; la mayoría permanecen solteras y dependen económica y afectivamente de la familia, suele ser obstáculo en su desarrollo personal, así como la pérdida de oportunidades para ella y la posibilidad de otro embarazo al continuar soltera, mientras continúan con el apoyo familiar. En relación al ingreso económico, la mayor parte es aportado por los padres de los adolescentes, a esto se suman otros familiares, como son los tíos, hermanos y abuelos.<sup>20, 22</sup>

### **Factores psicológicos**

Se sabe bien que la mujer tiene un rol importantísimo dentro de la sociedad, pero es ella misma o la sociedad, quién hace desistir de su rol maternal. Tenemos por ejemplo a las madres que dejan de dar el pecho cuando el niño enferma o al enfermar ellas, toman esta decisión a causa del dolor que sufren o ante el miedo de transmitir una infección a su hijo.<sup>31</sup> Las mujeres que dan a luz por cesárea inician la lactancia materna usualmente a las 4 horas después del parto atribuyéndolo a la sedación; además, suelen dar el pecho menos tiempo que las que han

tenido un parto normal, pero no tendría que ser así.<sup>10</sup>

Ser el niño producto de un embarazo no deseado, se manifiesta en dos formas: el rechazo del niño, provocando que el lactante tome menos leche y que falle la producción de leche; o el abandono por parte de la madre al no cumplir su rol maternal y dando la responsabilidad de ello a otras personas (abuelas, tías, adopción, etc.). La inexperiencia de las madres en materia de lactancia, es decir, cuando una madre no sabe poner correctamente el niño al pecho ni recibe ayuda para ello, el abandono de la lactancia está prácticamente asegurada.<sup>10, 31</sup>

La falta de confianza de la madre en su capacidad para amamantar a su hijo y producir leche en cantidad suficiente, puede ser grave motivo de preocupación, lo cual a su vez, puede inhibir la bajada temprana de la leche y su flujo normal. Existe un grupo de mujeres que están dispuestas a sacrificar la lactancia en beneficio de su estética, muchas mujeres temen que la lactancia arruine la figura del pecho, mientras otras se avergüenzan de amamantar en público.<sup>29, 31</sup>

Las mujeres suelen presentar temor para enfrentar el embarazo, el parto y la lactancia, viéndose reflejada en la ansiedad por falta de apoyo; si a esto agregamos una mala experiencia familiar en relación a la lactancia, el hecho de amamantar provoca temor, dudas e incertidumbre, podemos tener un abandono precoz de la lactancia materna o dificultad en la instalación de ésta en forma efectiva ya sea por falta de contención, insatisfacción económica de las necesidades básicas. El proceso de adaptación a su nueva realidad física, emocional, exceso de trabajo propio de la atención del recién nacido, la falta de apoyo emocional, en ocasiones inexistentes o la apreciación de ella de esta situación, la no comprensión de su mayor labilidad emocional, etc., provocan ocasionalmente una depresión en la madre, lo que

constituye un gran riesgo para la lactancia. Generalmente las madres no reconocen sus síntomas depresivos.<sup>10, 20, 22</sup>

Rechazo del pecho y huelga de lactancia, en ambos casos, el niño “no quiere el pecho”; y la madre suele tener la sensación de que el niño “la rechaza a ella” o que su “leche no es buena o suficiente”.<sup>26</sup> Los niños pueden rechazar el pecho por muchos motivos: falso rechazo, después del parto los recién nacidos suelen mamar bien en el curso de las primeras dos horas pero las siguientes ocho a diez horas muchas veces están como adormilados y casi no maman; muchos bebés sufren al nacer un hematoma o una fractura de clavícula, que suelen ser dolorosos, lo mismo puede ocurrir más adelante con las vacunas; cuando el bebé está mal colocado al pecho puede producirse un exceso de oxitocina y la leche sale a chorro provocando que el niño se atraganta; algunas maniobras en sala de partos (sondajes, aspiraciones, tetinas, introducción del dedo a la boca) constituyen una desagradable experiencia y provocan aversión oral y es totalmente normal que un niño sólo tome un pecho cada vez, a veces quieren el segundo pecho y a veces no.<sup>10</sup>

La crisis de los tres meses, como lo llama el Dr. González, no es una crisis del niño sino de la madre. El niño está perfectamente y no le pasa nada, pero la madre se asusta y cree que no tiene leche; suele ocurrir entre los dos y cuatro meses, pero no tiene fecha fija.<sup>10</sup> Sin embargo, toda madre tiene derecho a decidir libremente y de manera autónoma como alimentar a su bebé.<sup>28</sup>

Los dos conflictos psicológicos, según menciona la enfermera Saona en su estudio, realizado a aquellas madres que no dieron el pecho y las que fracasaron fueron los siguientes: tenían un conflicto en aceptar el papel biológico de la madre en relación con el niño frente a los otros

papeles que la sociedad ofrece a las mujeres, el papel maternal se considera una actitud general en la sociedad americana de clase media. Y tenían un conflicto en cuanto al funcionamiento del pecho en sí, esto es, como órgano para la alimentación de los hijos frente a órgano sexual, confiriendo al pecho el mismo valor psicológico que al pene en el varón. De este modo, dar el pecho se convertía en una amenaza de “castración”.<sup>5</sup>

### **Factores socioculturales**

La lactancia materna es el fenómeno biocultural por excelencia. En los humanos, además de un proceso biológico, la lactancia es un comportamiento determinado por la cultura.<sup>32</sup>

Dentro de estos factores están las madres que interrumpen la lactancia cuando se reincorporan al trabajo o a sus estudios. Los nuevos valores sociales consideran a la lactancia materna como anticuada, signo de atraso o como una vulgar práctica campesina, es por eso que el biberón se ha convertido en un signo de posición. Se suma a estos factores los problemas conyugales, es decir, si la pareja no es participativa y comprensiva desde el comienzo del embarazo y no se compromete con el proceso de crianza de su hijo puede llegar a hacer exigencias a la mujer, que harán disminuir o suspender la lactancia para satisfacerlo (labores domésticas, sociales, laborales y sexuales).<sup>31</sup>

La evaluación cultural incluye el momento de la alimentación, los tipos de alimentos dados a los niños y las prácticas de destete. Los primeros alimentos sólidos o semisólidos dados por las madres varían ampliamente a través de las culturas, así como el momento de introducirlos. El destete es un proceso durante el cual las madres presentan gradualmente a sus bebés alimentos asignados culturalmente mientras continúan amamantándolos. Empieza con la introducción de fuentes de alimento diferentes a la leche materna y termina con la última lactada. Las razones

dadas para el destete precoz son similares en muchas culturas: leche insuficiente, retorno al trabajo, enfermedad de la madre, etc.<sup>35</sup>

Alimentos “calientes” y “fríos”, para muchos grupos culturales la alimentación implica un balance que debe mantenerse para mantener la salud o para restaurarla cuando ocurre la enfermedad. El balance entre fuerzas energéticas opuestas está basado en la teoría griega de los humores corporales; durante el último trimestre del embarazo se cree que el feto es caliente, por lo tanto la madre está en un estado caliente; una vez que el niño nace, acompañado por una pérdida de sangre, existe una condición “fría” para ambos. Para corregir este desequilibrio las mujeres creen que necesitan calentar humoralmente los alimentos; para reemplazar calor y energía, se necesitan mantas extras y ropas tibias. Las culturas tradicionales han usado las hierbas ampliamente.<sup>5, 35</sup>

Envolver y cargar al niño en la espalda o a un lado de la madre es una práctica ancestral usada todavía hoy para calmar al niño y mantener su temperatura corporal, esta práctica tipifica a las mujeres que practican el amamantamiento sin restricciones. Estar cargado durante las actividades diarias ofrece muchas oportunidades de estimulación táctil, visual y social. En la mayoría de las culturas los infantes duermen con sus madres o cerca de ellas.<sup>35</sup>

Realmente los ritos pueden tener un efecto significativo si el individuo cree en ellos. Comer cierta comida o rezar a un santo patrón para aumentar la producción de leche son ritos culturales que funcionan para algunas personas; los investigadores llaman a esto el efecto placebo, que está basado en la observación de que si uno cree que una acción particular tendrá un efecto deseado, lo tendrá. La religión también influye en la alimentación de la mujer que amamanta, en sus prácticas de lactancia y por cuánto tiempo debe de dar de lactar.<sup>5, 29, 35</sup>

La noción de que el semen contamina la leche materna, un vestigio del pensamiento medieval europeo, esto asume que hay una conexión fisiológica entre el útero y el pecho y que la leche de la madre se contaminará por contacto sexual y enfermará al bebé. Un resultado negativo es que los hombres presionan a las mujeres para acortar el amamantamiento.<sup>35</sup> Como se describe anteriormente, los efectos de la cultura sobre el amamantamiento son muy notorios e influyentes en el rol maternal.

### **Factores educacionales**

Como muestran numerosos estudios, las tasas más altas de fracaso de lactancia materna se encuentran entre las madres que no han sido correctamente informadas sobre sus ventajas o sobre la conducta a seguir, ni sobre las dificultades que conlleva la lactancia artificial. Es en esta misma población donde se encuentra la proporción más alta de mujeres que dejan de dar el pecho prematuramente, debido a creencias erróneas en torno a la lactancia materna que aún se conservan en algunas comunidades. La experiencia nos muestra igualmente que muchas madres no consiguen dar el pecho a su hijo porque desconocen las bases fundamentales para emprender con éxito la lactancia materna.<sup>31</sup>

Utilización inapropiada de la publicidad sobre fórmulas lácteas unida a la cultura del biberón. El uso temprano del biberón, puede confundir la succión y causar el rechazo del bebé al pecho con el consiguiente destete precoz. Al introducir un suplemento se reduce el número, la frecuencia y la eficacia de las tomas, siendo éstos precisamente los tres factores clave en la estimulación de la producción láctea. La introducción de un suplemento conlleva pues, inevitablemente, a una disminución de la producción de leche materna, se instaura así un círculo vicioso donde el aporte suplementario acarrea una hipoproducción de leche materna, que a su vez conduce a la madre a aumentar las cantidades de aporte suplementario, y así



sucesivamente. De esta manera, al cabo de un cierto tiempo que puede ser muy corto, la madre se encuentra ante la imposibilidad total de dar el pecho a su hijo.<sup>9,10,31</sup>

Están relacionados con los pensamientos, las sensaciones, los sentimientos y las emociones de la madre, así, todo aquello que contribuye a crear y a mantener un ambiente físico y psicoafectivo agradable favorece la lactancia materna. La madre soltera requiere de un gran apoyo de las personas o grupo que la rodean. Generalmente el padre de ese hijo no asume su responsabilidad, la mujer asume sola el proceso de embarazo, parto y post-parto con lo que le resulta difícil enfrentar la lactancia y continuar con su vida normal.<sup>6,10</sup> Al contrario, ésta se perturba de manera importante cuando la madre se ve sometida a condiciones comprometedoras, desagradables o dolorosas, ya sea en el aspecto físico o emocional.

El mantenimiento de la lactancia se ve comprometido en todas aquellas mujeres que no tienen confianza en sí mismas y no reciben consejo ni alivio, o en aquellas a quién no se les enseña cómo poner el niño al pecho cuando no saben cómo hacerlo. Lo mismo ocurre en aquellas madres que no reciben ayuda técnica y psicológica cuando sus niños o ellas mismas enferman.<sup>31</sup>

Como consecuencia, de una inadecuada información sobre lactancia materna y una escasa orientación en la técnica de amamantar, se presentan problemas de salud en la madre y el niño.

Comúnmente el dolor es el principal síntoma de los problemas de lactancia. Dar pecho no debería doler, el dolor indica que algo va mal, y la causa más frecuente es la mala posición, mal acoplamiento de la boca-pezones-areola al mamar.<sup>10</sup> Cerca del 3% de mujeres que intentan dar de lactar, tienen pezones invertidos o no protractiles. Tenemos una clasificación del pezón de acuerdo a su protractilidad: Protractil, el pezón se proyecta hacia afuera, es lo normal;

Retráctil, es vez de protruir, el pezón se retrae; Seudoinvertido – inversión simple, el pezón retraído, protruye; Invertido – inversión completa, el pezón retraído no responde a la maniobra o se retrae más, por adherencias. (Riordan y Auerbach, 1998).<sup>27</sup>

Grietas, las que aparecen por presión o tracción exagerada del pezón o roce de la lengua con la punta del pezón, éstas se presentan como una irritación severa o pequeña solución de continuidad del tejido que cubre el pezón y/o la areola.<sup>26, 30</sup>

Una congestión mamaria primaria, donde ambas mamas están aumentadas de tamaño, duras y sensibles, lo que es resultado de un aumento de la vascularización y de la producción de leche, suele deberse a mamadas infrecuentes o insuficientes en relación al aumento de la producción de leche por la mama, continúa con una congestión mamaria secundaria, donde las mamas se encuentran muy duras, dolorosas, calientes y en algunas ocasiones, enrojecidas,<sup>10, 15</sup> conllevan a presentar una mastitis, que viene a ser la infección del tejido mamario rodeando los ductos lácteos, los síntomas se manifiestan en un área sensible y enrojecida de la mama acompañados de fiebre, escalofríos, dolor de cabeza y malestar general;<sup>32, 36</sup> también a ello se puede sumar una infección producida mayoritariamente por el hongo *Cándida albicans*, suele ubicarse en la zona del pezón y de la areola que se caracteriza por el color rosado, en casos severos podría comprometer los conductos mamarios. Cabe mencionar las infecciones en el lactante: orales (micosis), respiratorias (neumonía), intestinales (diarrea), urinarias, entre otras.<sup>10, 26</sup>

La retención de leche suele evidenciarse como nódulos mamarios sensibles, son producidos por mal vaciamiento del área que drena uno o más conductos. Generalmente las madres suelen referir que su niño es intolerante a la lactosa, pero hay que entender que el intestino delgado del lactante no se encuentra preparado para digerir una cantidad excesiva de lactosa, por ello el

niño presentará molestias como: irritabilidad, inquietud, regurgitaciones, cólicos, deposiciones frecuentes y líquidas.<sup>10, 26, 31</sup>

La producción insuficiente de la leche se convierte en uno de los temores más generalizados de las madres que van a dar el pecho, hipogalactia. Entre las principales causas tenemos: hipotiroidismo, la presencia de hormona tiroidea es requisito previo para la producción de leche; retención de la placenta, los estrógenos y gestágenos producidos por la placenta inhiben la producción de leche, de modo que una retención parcial puede tener hipogalactia; agenesia del tejido mamario, las mamas no se han desarrollado normalmente durante el embarazo; Síndrome de Sheehan, es la necrosis de la hipófisis por falta del riego sanguíneo durante el parto, debido a la pérdida de sangre, como no hay prolactina ni oxitocina, no sale nada de leche. Déficit congénito de prolactina, es hereditario y sumamente raro, se han descrito media docena de casos en todo el mundo.<sup>6, 10, 32</sup>

#### **2.2.4 Visualización del abandono de la lactancia materna exclusiva (LME) en diferentes contextos.**

##### **Contexto histórico**

Cada cultura y época, de acuerdo a sus conocimientos, creencias y valores, desarrolla maneras propias de enfrentar la crianza y la lactancia. Si bien la mayoría de los pueblos ha respetado y estimulado la lactancia aprovechando sus ventajas, en muchas ocasiones, épocas y lugares la lactancia se ha visto entorpecida por diversas circunstancias, teniendo que recurrir a diversas alternativas de sustitución.<sup>32</sup>

En el Manual de Lactancia Materna, se describe, como los avances de la industria química y el desarrollo de la pasteurización durante el siglo XIX, lentamente consiguieron modificaciones

más o menos aceptables de adaptación de la leche de vaca para la alimentación infantil, con productos químicamente similares a ella, y que, administrados en condiciones adecuadas, comenzaron a dar resultados nutricionales aparentemente satisfactorios.

Confluyeron en este proceso: un profundo desconocimiento de las ventajas de la lactancia materna; el enorme despliegue de recursos por la competencia industrial; la ideología dominante, que ensalzaba el progreso y la tecnología, e imponía la creencia que lo artificial era mejor que lo natural. Una fuerte corriente cultural, asociada a movimientos de liberación femenina, que destacan a la mujer más como símbolo de belleza y erotismo, que por su rol de madre, favorecieron una desvalorización social del tiempo dedicado a la lactancia; el chupete y la mamadera surgieron como símbolos de liberación y status social. El ingreso masivo de la mujer al campo laboral, con sistemas y leyes laborales insuficientes para proteger la lactancia, instala el amamantamiento como un problema, cuya solución más recurrida fue la alimentación artificial.<sup>29</sup>

Ante la necesidad de disminuir las altas tasas de mortalidad materna y perinatal, se traslada el nacimiento a los hospitales, y los equipos de salud introdujeron prácticas de atención que entorpecieron la lactancia: partos muy instrumentalizados, separación de madre e hijo al nacer, demora en la primera mamada, uso frecuente de mamaderas y horarios rígidos de alimentación, y la negación a otorgar a las mujeres posibilidades de intervención válida en su parto y en la crianza de sus hijos. Además, políticas inadecuadas e insuficientes de protección y promoción de la lactancia, y notoria falta de investigación.<sup>32</sup>

### **Contexto social**

La problemática de la maternidad adolescente constituye una realidad con características

propias y concretas; en los últimos años existe un marcado aumento de embarazos en adolescentes entre 14 y 19 años y junto con ello una disminución de la práctica de la lactancia materna, la que no alcanza a llegar a los 6 meses de vida de los lactantes.<sup>10</sup>

El amamantamiento es una experiencia satisfactoria tanto para la madre como para el hijo por el contacto piel con piel que se produce entre ambos, la madre es extraordinariamente sensible durante la lactancia y su mayor preocupación gira en torno a la alimentación y cuidado de su hijo. Sin embargo, en las madres adolescentes, debido fundamentalmente a la etapa de la vida que están viviendo, al desconocimiento y falta de experiencia les provoca “angustia”. La madre adolescente, es una mujer joven, necesita vivir esa etapa de su vida, ya que la maternidad temprana no la hace mujer adulta; no está preparada, en un corto tiempo debe lograr metas, asumir su sexualidad, su salud reproductiva, autocuidado, relaciones afectivas con la familia, con su pareja y con su hijo.<sup>29</sup>

Son tareas y desafíos que las jóvenes nunca han abordado y llevan a estas madres adolescentes a sentirse recargadas de trabajo y con una carga emocional muy fuerte, lo que constituye un gran riesgo para la lactancia materna. Las mujeres adolescentes que son madres por lo general eligen terminar sus estudios una vez que ha nacido su hijo. Las abuelas suelen ayudarlas haciéndose cargo de sus nietos, alimentándolos tempranamente con fórmulas, lo que quiebra la relación de la madre con el niño.

Es en este grupo de madres, donde el equipo de salud debe reafirmar los valores de la maternidad y apoyar a la adolescente en su rol de madre a pesar de las dificultades con que se enfrenta frecuentemente. Es necesario motivarla para que amamante a su hijo, considerando que la experiencia le aportará muchos beneficios a ella como mujer y a su hijo, que le ayudará

a sentir un gran amor por ese pequeño niño que tanto depende de ella, la necesidad de leche materna que tiene el niño, la importancia de ésta y las formas de administrarla aun cuando la madre no esté presente (por ejemplo extracción). Ésta asesoría también debe abarcar aspectos más personales, como la forma de relacionarse con su familia, la conveniencia de suspender momentáneamente sus estudios o actividades y consejos sobre nutrición para una buena lactancia, sin alterar su propio desarrollo.<sup>29, 32</sup>

### **Contexto tecnológico**

Entre 1860 y 1910 aproximadamente, los avances científicos y las innovaciones tecnológicas crearon muchas opciones nuevas en la alimentación infantil que parecieron aumentar la supervivencia infantil. El biberón y el chupón, cada uno de los cuales podía ser limpiado concienzudamente, hicieron la alimentación artificial más fácil y más segura. Las granjas lecheras a gran escala produjeron abundantes suministros de leche de vaca, que fue comercializada primero como leche evaporada enlatada y luego como leche condensada (altamente azucarada para retardar su deterioro) o en forma desecada. Las primeras investigaciones sobre la composición de la leche humana y la leche de vaca los convencieron de que "...los esfuerzos combinados de la vaca y el ingenio del hombre" podían construir un alimento igual a la leche humana.<sup>32, 33</sup>

Entonces supervisar la alimentación infantil se convirtió en un principal foco de la recientemente emergente especialidad de la pediatría. La publicidad comercial promovía el uso de leches infantiles manufacturadas tanto entre las madres como entre los médicos.

En 1981, la 54° Asamblea Mundial de la Salud aprueba el *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*, con el fin de evitar que las estrategias

comerciales de las empresas comercializadoras de sucedáneos de la leche materna tengan como resultado que las madres decidan dejar de amamantar de forma natural, total o parcialmente a sus hijos, reemplazando su leche por productos artificiales.<sup>27</sup>

La decisión de muchas madres en el mundo de alimentar a sus bebés con leches artificiales es tomada por la influencia de diversas razones, entre ellas se mencionan: aspectos culturales (perjuicios personales, sociales y estructurales en contra de la lactancia materna), como las actitudes de la familia y los amigos íntimos, las actitudes con respecto al amamantamiento en lugares públicos y las prácticas laborales; la disponibilidad de formulas lácteas subsidiadas como un factor económico contribuyó intencionadamente a que las mujeres de grupos de bajos ingresos decidieran alimentar a sus hijos con fórmulas lácteas; y el grado en que cada país haya adoptado el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un factor que contribuye en la decisión acerca de la alimentación del recién nacido, especialmente para las mujeres de países de ingresos bajos y medianos.<sup>5,27</sup>

### **Contexto cultural**

La cultura, es decir el medio en el cual se desenvuelve la madre ejerce una gran influencia sobre el concepto que ésta tiene acerca de la lactancia materna y la manera en que alimentará a su bebé. Por esto las actitudes respecto de la lactancia no pueden comprenderse sino a la luz del contexto cultural específico en el cual tienen lugar.<sup>34</sup>

Cada cultura y época, de acuerdo a sus conocimientos, creencias y valores, desarrolla maneras propias de enfrentar la crianza y la lactancia. Si bien la mayoría de los pueblos ha respetado y estimulado la lactancia aprovechando sus ventajas, en muchas ocasiones, épocas y lugares la

lactancia se ha visto entorpecida por diversas circunstancias.

El calostro ha sido un blanco preferente de creencias erradas, siendo muchas veces considerado poco útil, inservible o incluso dañino, provocando que en muchos lugares sea desechado, el propio Aristóteles concluye que no debe ser consumido por el recién nacido. Hoy, aún se escucha decir que es una leche delgada y que no satisface al niño.

Las madres también han sido culturalmente afectadas por ideas que han contribuido al abandono del amamantamiento, se ha señalado, por ejemplo, que la lactancia las debilita, se les ha prohibido alimentos que pueden dañar la leche o al niño, y se las ha purgado cuando el lactante se ha enfermado. Desde los tiempos de Galeno y Efeso se les ha restringido las relaciones sexuales por corromper la leche. Para Hipócrates la leche era una modificación de la sangre menstrual del útero, que llega allí mediante conexiones internas, idea que subsistió hasta la era moderna. Los cánones de belleza en diversas épocas, han destacado el aspecto lúdico de los pechos, o idealizado los pechos pequeños, promoviendo su inviolabilidad, e imponiendo vestidos muy ajustados, influyendo en las madres para que eviten la lactancia.<sup>29</sup>

Muchas rutinas en la atención del nacimiento, han contribuido a dificultar la lactancia materna. Las drogas y medicamentos para el dolor, el manejo activo del parto, la separación del niño en las primeras horas después del nacimiento, y horarios rígidos de lactancia, etc., son un ejemplo de estas prácticas.<sup>29, 35</sup>

### **2.2.5 Conceptualización de la adolescencia**

Etimológicamente, adolescencia deriva del término latino "*adolescere*" que significa crecer y es definida como la etapa de desarrollo entre la niñez y la edad adulta que se caracteriza por el



esfuerzo para alcanzar ciertas metas relacionadas con las expectativas de la cultura.<sup>19</sup> Para Freud, la adolescencia es una revolución sexual y afectiva; y para Piaget es una revolución intelectual.<sup>20</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha escogido las edades de los 10 a los 19 años para representar el período de la adolescencia, ya que este rango engloba el intervalo desde el comienzo de la pubertad a la mayoría de edad para efectos legales y la finalización de los estudios secundarios, siendo útil para estadísticas de población y planeación de salud. Mientras el comienzo de la adolescencia se considera anunciado por los primeros cambios puberales, su término esta menos claramente definido y varia grandemente de una a otra cultura. En la mayoría de las culturas occidentales la madurez se asocia con la adquisición de un grado apropiado de independencia, identidad sexual, una satisfactoria vocación, una identidad personal firme y positiva, la adquisición de un conjunto de valores éticos y morales y el desempeño de un rol definido en la sociedad.<sup>21</sup>

Suele considerarse a la adolescencia como un período de crecimiento y desarrollo, de comienzo y duración variables, que demarca el final de la niñez y crea los cimientos de la maduración, teniendo implicaciones a nivel biológico, psicológico y social.

Desde el punto vista biológico su iniciación está anunciada por el comienzo de cambios morfológicos y fisiológicos. Un cambio físico importante es el inicio de la pubertad, el proceso que lleva a la madurez sexual o fertilidad, es decir, la capacidad para reproducirse.<sup>20,21</sup>

Es necesario mencionar las características sexuales primarias, que vienen a ser los órganos necesarios para la reproducción, que en la mujer son los ovarios, las trompas de Falopio, el útero, el clítoris y la vagina, durante la pubertad esos órganos se agrandan y maduran; y los

caracteres sexuales secundarios, son signos fisiológicos de la maduración sexual que no involucran de manera directa a los órganos sexuales, suelen ser el tejido de los senos y el vello púbico en las niñas. Los pezones crecen y sobresalen, las areolas (las zonas pigmentadas que rodean los pezones) se agrandan y los senos adoptan primero una forma cónica y luego una redondeada. El vello púbico al principio es lacio y sedoso, con el tiempo se vuelve grueso, oscuro y rizado.<sup>19</sup>

El estirón del crecimiento adolescente implica un aumento rápido de la estatura, peso y crecimiento muscular y óseo. Tanto la hormona de crecimiento como las hormonas sexuales (andrógenos y estrógeno) contribuyen a este patrón normal del crecimiento puerperal (Susman y Rogol, 2004). Como el estirón de crecimiento de las niñas ocurre por lo regular dos años antes que el de los varones, suelen ser más altas, pesadas y fuertes. La pelvis de la niña se ensancha para facilitar la maternidad y bajo su piel se acumulan capas de grasa lo que le da una apariencia más redonda. Esos sorprendentes cambios físicos tienen ramificaciones psicológicas, a la mayoría de las adolescentes les preocupa más su apariencia que cualquier otro aspecto de su cuerpo.<sup>19, 21</sup>

El principal signo de madurez sexual en las niñas es la menstruación, el desprendimiento mensual del tejido del revestimiento del útero. La primera menstruación, llamada menarquía, ocurre bastante tarde en la secuencia del desarrollo femenino, su momento normal puede variar entre los 10 años y los 16 años y medio.<sup>19, 20</sup>

Desde el punto de vista psicológico, la adolescencia es quizás la época más complicada en todo el ciclo de la vida humana, por la aceleración en el desarrollo cognoscitivo, la reestructuración de la personalidad y la adquisición de roles laborales y parenterales de tipo

adulto.<sup>21</sup> Pero es necesario hacer hincapié, que la imagen corporal juega un papel importante en el desarrollo de la personalidad. El adolescente intenta experimentar sus propios deseos más allá del estrecho círculo de las relaciones familiares y para ello necesita imaginarse reprimido por los padres, lo esté o no. La fantasía de represión de sus iniciativas es estructurante para su afectividad, que obtiene una base firme para iniciar experiencias adultas. La represión real puede precipitar prematuramente los tanteos de la joven en el mundo adulto.<sup>20</sup>

Socialmente es un período de preparación intensificada para la asunción de un rol adulto y su terminación queda sancionada cuando se otorga al adolescente prerrogativas adultas plenas, cuya naturaleza y momento de concesión varían ampliamente de una a otra sociedad. El interés social tiene únicamente carácter grupal.<sup>22</sup>

#### **2.2.6 Embarazo en la adolescencia**

Un embarazo no deseado es uno de los principales riesgos asociados a la práctica de la sexualidad en la adolescencia. El embarazo en la adolescencia se define como: Gestación que ocurre durante los primeros años ginecológicos de la mujer y cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parenteral.<sup>20</sup>

El embarazo adolescente es un fenómeno psicosocial al que debe prestársele atención por los riesgos que supone para la vida y salud de la madre y del niño por nacer.<sup>22</sup> En estudios sobre este tema se encuentran que entre las adolescentes hay mayor probabilidad de que el niño y la madre presenten problemas de salud. Es decir, además de la difícil situación que implica un embarazo a corta edad, debido a que limita el grado de oportunidades, educación y empleo de la mujer, está el grave riesgo biológico que supone. Este riesgo biológico tiene que ver con la

inmadurez de su estructura pélvica y su sistema reproductor. Solo a partir de los 20 años la pelvis y el esqueleto de la mujer están desarrollados.<sup>23</sup>

El alto porcentaje de embarazos en la población adolescente refleja la menor capacidad que tienen las adolescentes para el aplazamiento de las relaciones sexuales y la reproducción, y el menor acceso que tienen a métodos de planificación de la familia.

El embarazo en la adolescencia significa una desviación del curso habitual de desarrollo, puesto que las adolescentes embarazadas enfrentan dos procesos simultáneamente: las transformaciones físicas de la etapa y los cambios radicales fruto de la gestación. De esta manera antes que la adolescente se haya acomodado a su cuerpo de adulta, su cuerpo nuevamente experimenta una transformación. Estas dramáticas alteraciones físicas producen consigo secuelas psicológicas en la joven adolescente. La adolescente embarazada se enfrenta a la difícil tarea de continuar su desarrollo físico, emocional y de identidad mientras se prepara para su rol de madre; estas tareas, además de empezar a establecer una independencia con la familia pueden entrar en conflicto con la adquisición del rol materno.<sup>20, 22</sup>

Estas jóvenes madres muchas veces sienten poca satisfacción por su vida y felicidad en general, además tienen baja autoestima y mayores niveles de depresión. También se describe que son menos capaces de encontrar soluciones a sus problemas dentro o fuera de la familia y que carecen de relaciones cercanas confiables.

Una investigación refiere, que existe menor probabilidad que una madre adolescente termine la secundaria, asista a una universidad, encuentre un trabajo estable, se case o pueda mantenerse por su cuenta en un futuro, en comparación con las madres que tienen hijos más tardíamente. Así también, un estudio revela que las madres adolescentes tienen más

probabilidades de terminar siendo madres solteras quince años después de dar a luz. Se piensa que esto se puede deber a factores psicológicos, pues estas adolescentes pueden carecer de recursos personales para desarrollar relaciones íntimas a largo plazo, ya que la socialización y el desarrollo de la adolescente ha sido “abortado” por el rol de madre.<sup>22</sup>

Las madres adolescentes que poseen una representación del padre del bebé como cercano afectivamente a su hijo, tienden a ser menos intrusivas con éste. En consecuencia una relación cercana con el padre del bebé tiene un impacto positivo en la madre.<sup>20</sup>

Características de la maternidad en madres adolescentes son: la baja autoestima presente en las madres adolescentes con frecuencia se encuentra asociada a vivencias tempranas, las madres que tienen poca confianza en ellas mismas en su rol de madres tienen actitudes parentales desfavorables, como valorar el castigo físico, y poca empatía con la necesidad de los niños.<sup>22</sup>

### **2.2.7 Teoría de la adopción del rol maternal**

Ramona T. Mercer, con su Teoría adopción del rol maternal, propone la necesidad de que los profesionales de Enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción del rol maternal.<sup>37</sup> Sus estudios se basan en la maternidad no tradicional en las madres adolescentes, madres añosas, madres enfermas y madres con niños portadores de defectos, familias que experimentan estrés ante parto, padres de alto riesgo y madres que sufren parto por cesárea, otros autores ya habían trabajado en este punto pero se centraban en la aceptación del embarazo y del primer mes después del parto, Mercer amplía este período hasta los doce meses después del parto.<sup>31</sup>

La autora habla que la adopción del rol maternal y la interacción del niño y su madre son importantes en las primeras horas después del parto, es un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante el embarazo y proceso del parto, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de sus cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro de dicho rol. Una vez que se ha desarrollado el rol maternal por medio de la vinculación madre – hijo, se va acentuando con el pasar del tiempo un sentimiento de gratificación por parte de la madre *“Es la satisfacción, disfrute, premio o placer que la mujer experimenta al interaccionar con su hijo y al realizar las tareas habituales propias de la maternidad”*<sup>31, 38</sup>

Para establecer esta teoría, Mercer realizó los siguientes supuestos:

- La forma en que una madre define y percibe los acontecimientos viene determinada por un núcleo del sí mismo, relativamente estable, adquirido a través de la socialización a lo largo de su vida. Las percepciones sobre sus hijos y otras respuestas referentes a la maternidad a lo largo de su vida constituyen el mundo real ante el que responde.
- Las respuestas conductuales de la madre están influidas, además por la socialización de ella, por su nivel evolutivo y las características innatas de su personalidad.
- El compañero de rol de la madre, es su hijo, en él se reflejará su competencia y el éxito de su rol en su crecimiento y desarrollo.
- El niño se considera como un compañero activo del proceso de toma de rol de la madre, y afecta y es afectado por la representación del rol.
- La identidad materna se desarrolla paralelamente a su vinculación y dependen el uno del otro.

De acuerdo con Mercer, el rol materno es algo que debe aprender la madre y va a depender de su entorno social, familiar, cultural; es por eso que todos estos factores afectarán de una manera u otra la lactancia materna exclusiva, actividad principal del rol materno.<sup>38</sup>

Es necesario, hacer mención de la Teoría del Vínculo Materno o del Apego de M. Klaus y J. Kennel. El apego y la lactancia natural han cobrado mucha importancia en las últimas dos décadas, tanto a nivel mundial como nacional, debido a que, un buen apego favorece los lazos afectivos entre la madre y su hijo y se relaciona con mayor duración y mejor calidad de la lactancia natural, lo que a futuro, estimula un mejor desarrollo psicomotor y una salud óptima para el niño.<sup>39</sup>

# **CAPÍTULO III**

---

**DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

---



## **CAPÍTULO III**

### **DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo – cuantitativo, porque describe los factores que intervienen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes, es decir, identifica las causas directas que justifican el problema de estudio; mediante la obtención de datos susceptibles a ser medidos e interpretados.

El diseño empleado durante el proceso de investigación fue de corte transversal, porque se hizo la recolección de datos en un solo momento y en un tiempo único.

La unidad de análisis en este estudio de investigación fue cada una de las madres adolescentes que abandonaron la lactancia materna exclusiva, entre los meses de enero – junio del 2014, atendidas en el Hospital General de Jaén.

La población muestral para el presente estudio realizado en el Hospital General de Jaén; fueron las madres adolescentes comprendidas entre 10 y 19 años, según la definición de la Organización Mundial de la salud (OMS), con niños menores de seis meses; población que se obtuvo de los datos estadísticos del Hospital y del Sistema Integral de Salud.

Para identificar exclusivamente a las madres adolescentes que abandonaron la lactancia materna exclusiva (muestra); anticipadamente se tuvo acceso al padrón nominal de los niños atendidos en el servicio de Atención Integral del Niño Sano del Hospital General de Jaén,

entre los meses de enero – junio del 2014, de donde se identificaron a los niños menores de seis meses (360), y de estos niños, se ingresaron los datos de la madre (DNI) al Sistema Integral de Salud, obteniendo la fecha de nacimiento de la madre y por ende la edad materna (50 madres adolescentes). Posteriormente se aplicó el cuestionario a todas las madres adolescentes identificadas con niños menores de seis meses (población =50). Para tal fin, se llenaron los datos generales del niño (a), enfocándose en la interrogante I.3 del cuestionario y los factores socio-demográficos II.A (ver anexo).

Leche recibida	n	%	
Leche materna	28	56,0	
Otro tipo de leche/ otro tipo de alimento	04	8,0	ABANDONARON
Leche materna más otro tipo de leche	18	36,0	LME
Total	50	100,0	

Se muestra el tipo de leche que recibe el niño menor de seis meses o el tipo de leche que recibió el niño antes de cumplir los seis meses de edad; para obtener este dato se tuvo en cuenta la edad actual del niño, quienes para el mes de octubre (mes de aplicación del instrumento) se encontraban entre los 4 y 9 meses de edad. La pregunta formulada fue: Antes de cumplir los seis meses ¿qué tipo de leche recibe o recibió su bebé? o ¿le dio algún otro alimento?

El 56% del total de madres adolescentes encuestadas brindaron solo leche materna, es decir, lactancia materna exclusiva; mientras que un 36% brindó leche materna más otro tipo de leche, es decir, brindó lactancia mixta y un 8% brindó otro tipo de leche o alimento.

Recordando que para fines del estudio, se tuvo en cuenta la definición de la Organización Mundial de Salud: lactancia materna exclusiva cuando el lactante recibe solamente leche del

pecho de su madre o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos; los primeros seis meses de vida.<sup>2</sup> Entonces, estos dos últimos grupos, que suman el 44% del total de madres adolescentes no cumplieron con los requisitos de la Organización Mundial de Salud (OMS), para considerar a la alimentación brindada a su niño (a) como lactancia materna exclusiva y después de considerar los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo una muestra de 22 madres adolescentes.

Los criterios de inclusión fueron:

- Madres adolescentes comprendidas entre los 10 a 19 años de edad, según la definición de la Organización Mundial de la Salud.
- Madres adolescentes atendidas en el Hospital General de Jaén, 2014.
- Madres adolescentes que abandonaron la lactancia materna exclusiva.

Los criterios de exclusión fueron:

- Madres mayores de 19 años de edad.
- Madres adolescentes que no son atendidas en el Hospital General de Jaén.
- Madres adolescentes que brindan lactancia materna exclusiva.

El presente estudio se realizó en el servicio de Atención Integral del Niño Sano (AINS) del Hospital General de Jaén II – 1, de dependencia orgánica de la Dirección de Salud (DISA) – Jaén, en este servicio se atienden a todos los niños asegurados y no asegurados, al Sistema Integral de Salud (SIS). Además, se tuvo que realizar visitas domiciliarias a las madres

adolescentes identificadas que no fueron contactadas dentro del Hospital.

La recolección de datos se realizó durante todo el mes de octubre, para el mismo se solicitó el permiso respectivo al Director del Hospital General de Jaén, lo cual permitió el ingreso específicamente al servicio de Atención Integral del Niño Sano (AINS) para contactar al grupo en estudio. Luego, se comunicó a las participantes los objetivos de la investigación; y las que aceptaron participar se les hizo firmar el consentimiento informado.

Se utilizó como técnica la entrevista con la madre adolescente, la cual se realizó luego de haber explicado sobre el propósito del estudio e informado sobre los datos a recolectar; utilizando como instrumento un cuestionario que fue aplicado por la investigadora, el que estuvo conformado preguntas cerradas, las que estuvieron diseñadas para cumplir con los objetivos propuestos. Cabe recalcar que para obtener una buena respuesta por parte de las madres adolescentes se empleó imágenes en las preguntas que lo ameritaban (grietas, mastitis, micosis).

La validez del contenido del instrumento (cuestionario) se determinó mediante el juicio de expertos (una Socióloga, una Psicóloga y dos Enfermeras), esta técnica permitió obtener información y opiniones de profesionales calificados en el tema de estudio; y una prueba piloto que se aplicó a ocho madres adolescentes con características semejantes a las de la muestra. La confiabilidad del instrumento se realizó mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach (ver anexo).

La recogida de información se sometió a un proceso de consistencia manual a fin de revisar y eliminar la información errónea; luego se codificó y almacenó en un sistema computarizado utilizando el software estadístico SPSS v.21 y el procesamiento de datos culminó con la

presentación de resultados en tablas simples, además de los indicadores estadísticos pertinentes. Las técnicas utilizadas para el análisis de la información, se realizaron en base a la distribución de frecuencia. Dicho análisis se realizó describiendo la información obtenida por la muestra y se contrastó con los antecedentes y la teoría empleada.

El presente estudio se apoyó en las consideraciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y se tomaron todas las precauciones necesarias para preservar la integridad física y psicológica de las madres adolescentes que participaron, siendo estos principios éticos los siguientes:

- Autonomía, se respetó la decisión de participar o no en el estudio o de abandonarlo en el momento que lo desee.
- Beneficencia, se buscó el bien para las madres adolescentes que participaron en esta investigación, puesto que se espera que los resultados sirvan de base para actuar en aquellos factores que contribuyen al abandono de la lactancia materna exclusiva; además tuvieron seguridad en cuanto a su integridad social, emocional y cultural.
- Justicia, se trató a las madres adolescentes de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, iguales derechos para todas las que participaron en el estudio sin discriminación de ningún tipo, las participantes tuvieron derecho a la confidencialidad y al anonimato.
- Consentimiento informado, estuvo destinado a informar de forma oral y/o escrita la naturaleza de la investigación, los objetivos, los riesgos, los beneficios y el tiempo que debe invertir la madre adolescente, expresó voluntariamente su participación a través de la firma de un documento que detalla los pormenores.

# **CAPÍTULO IV**

---

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

---

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1 Características socio-demográficas de las madres adolescentes en estudio.

Tabla 01. Características socio-demográficas de las madres adolescentes atendidas en el Hospital General de Jaén – 2014.

Edad de la Madre	n	%
15 años	1	4,5
16 años	3	13,6
17 años	4	18,2
18 años	6	27,3
19 años	8	36,4
Total	22	100,0
<b>Procedencia</b>		
Urbano del mismo Jaén	22	100,0
<b>Estado Civil</b>		
Madre Soltera	11	50,0
Casada	2	9,1
Conviviente	9	40,9
Total	22	100,0
<b>Grado de Instrucción</b>		
Secundaria Completa	2	9,1
Secundaria Incompleta	15	68,2
Superior Completa	5	22,7
Total	22	100,0
<b>Canasta Básica</b>		
Menos de 400	1	4,5
400 - 700	20	90,9
700 a más	1	4,5
Total	22	100,0

Ocupación	n	%
Ama de casa	8	36,4
Estudiante	8	36,4
Trabaja fuera de casa	2	9,1
Trabaja y estudia	1	4,5
Solo cuida a su bebe	3	13,6
Total	22	100,0
Religión		
Católica	19	86,4
Adventista	3	13,6
Total	22	100,0
Cómo solventa sus gastos		
Con apoyo de sus padres	10	45,5
Con apoyo de su pareja	12	54,5
Total	22	100,0
Con quién vive Ud. actualmente		
Sola con su bebé	1	4,5
Con su pareja	10	45,5
Con sus padres	10	45,5
Con sus suegros y su pareja	1	4,5
Total	22	100,0

### Edad de la madre

Al momento de la entrevista, las madres adolescentes en un 36,4% tenían 19 años y un 27,3% tenían 18 años, datos que muestran una ascendencia de embarazo adolescente al aumentar la edad de las mismas. El alto porcentaje de embarazos en la población adolescente refleja la menor capacidad que tienen las adolescentes para el aplazamiento de las relaciones sexuales y la reproducción, y el menor acceso que tienen a métodos de planificación de la familia.<sup>20, 22</sup>

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), son adolescentes aquellas comprendidas entre 10 y 19 años de edad; cuanto más joven es la madre es mayor su inexperiencia para la alimentación del bebé.<sup>18, 21, 31</sup> El grupo de madres adolescentes en estudio estuvo comprendido



entre estos rangos de edad (15 – 19 años de edad).

Estos resultados tienen gran similitud con el estudio realizado por Félix<sup>4</sup> en el 2011, donde concluye que los factores que se asocian con frecuencia al abandono de la lactancia materna exclusiva son una edad menor de 20 años; y con en el estudio realizado por Lara, Ortiz<sup>18</sup> en Ecuador en el año 2012, quienes manifiestan que la poca preparación y la inmadurez propia de esta etapa de la adolescencia muchas veces determinan el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva.

Estos resultados nos muestran que a menor edad materna, mayor es el riesgo de abandonar la lactancia materna exclusiva.

### **Estado civil**

El mayor porcentaje de madres adolescentes entrevistadas (50%) son madres solteras y el 40,9% se encuentran conviviendo con su pareja. Generalmente el padre de ese hijo no asumió su responsabilidad, la mujer asume sola el proceso de embarazo, parto y post-parto con lo que le resulta difícil enfrentar la lactancia y continuar con su vida normal.<sup>6, 10</sup> Ser madre soltera a temprana edad significa depender económica y afectivamente de la familia.<sup>20, 22</sup>

Los resultados muestran que la mitad de madres adolescentes entrevistadas son madres solteras, que aún viven y dependen económicamente de sus padres.

### **Grado de instrucción**

El 68,2% de las madres adolescentes entrevistadas tienen secundaria incompleta y el 22,7% tienen superior completa (Instituto). Es importante resaltar que en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar realizada en el 2013, se identificó que la duración mediana de la lactancia

materna exclusiva guarda una relación con el nivel de educación de la madre, fue mayor entre las madres sin educación (hasta los 5 meses) en comparación con las madres con educación superior (sólo fue en el primer mes).<sup>11</sup>

Estos resultados se sustentan en diversas investigaciones donde afirman, que existe una menor probabilidad que una madre adolescente termine la secundaria. Además, el grado de instrucción influye en la adquisición de nuevos conocimientos y conductas, y a su vez lo que determina la continuación o la interrupción del amamantamiento.<sup>18, 22, 31</sup>

### **Canasta básica familiar**

La canasta básica familiar fluctúa entre los s/.400,00 – s/. 700,00 en el cual se encuentra el 90,9% de las madres adolescentes entrevistadas. La satisfacción de las necesidades básicas de estas madres adolescentes proviene generalmente de los padres ya que en muchos de los casos siguen viviendo en casa de éstos.

Estos resultados muestran que a mayor disponibilidad económica para comprar las fórmulas lácteas mayor es la probabilidad de abandonar tempranamente la lactancia materna exclusiva.

### **Ocupación**

El 36,4% de madres adolescentes entrevistadas son estudiantes y un mismo porcentaje son amas de casa, resultados que coinciden con el estudio realizado por Gascón, Pineda, Martínez<sup>7</sup> en el 2005 en Colombia, al analizar la ocupación de la madre señalaron que entre las estudiantes el porcentaje de abandono de la lactancia materna exclusiva alcanzó el 66,7%.

Las mujeres adolescentes que son madres, por lo general eligen terminar sus estudios una vez que ha nacido su hijo o dedicarse a trabajar, ya que aún cuentan con el apoyo de sus padres

para el cuidado del bebé y el sustento económico, dejando de lado el proceso de amamantamiento.<sup>10, 29</sup> Se suman las madres adolescentes que viven junto a su pareja, es decir, la pareja puede llegar a hacer exigencias a la mujer, que harán disminuir o suspender la lactancia para satisfacerlo, principalmente por las labores domésticas.<sup>31</sup>

Los resultados muestran que por lo general las madres adolescentes decidieron continuar con sus estudios por la influencia de sus padres, mientras que las madres que decidieron convivir con su pareja se dedican más tiempo a las labores de la casa, abandonando precozmente la lactancia materna exclusiva.

### **Religión**

El 86,4% de las madres adolescentes entrevistadas profesan la religión católica y el 13,6% la religión adventista.

La religión también suele influir en la alimentación de la mujer que amamanta, en sus prácticas de lactancia y el tiempo que lacta.<sup>5, 29, 35</sup> Sin embargo, para las madres adolescentes en estudio no hubo influencia de su religión en el abandono de la lactancia materna exclusiva.

### **Solvencia de gastos y con quién vive**

El 54,5% de madres adolescentes entrevistadas refieren que el ingreso económico proviene de su pareja y el 45,5% solventa sus gastos con apoyo de sus padres. De las cuales, el 45,5% vive con su pareja y con sus padres, respectivamente.

Esta realidad nos muestra que la mayoría de las parejas de las madres adolescentes tienen un trabajo de donde obtienen un ingreso económico. También existe un considerable porcentaje que reciben ayuda económica de sus familiares, y que en muchos casos siguen viviendo en

casa de estos, situación que favorece la estabilidad económica y por tanto la continuidad de los estudios, generando el temprano abandono de la lactancia materna.

#### 4.2 Factores maternos que intervienen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes.

Tabla 02. Factores psicológicos: conflictos internos que intervienen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes. Hospital General de Jaén - 2014.

Conflictos internos	n	%
<b>No deseo dar pecho</b>		
Porque Ud. está enferma	4	18,2
Porque siente dolor en los pechos al dar de mamar	17	77,3
Porque su bebé rechaza el pecho	1	4,5
Total	22	100,0
<b>Percepción del parto</b>		
Normal	12	54,5
Cesárea	8	36,4
No podía dar a luz	1	4,5
Demoró en nacer su bebe	1	4,5
Total	22	100,0
<b>Primer hijo - inexperiencia</b>		
Si	21	95,5
No	1	4,5
Total	22	100,0

#### No deseo dar pecho

Un porcentaje elevado (77,3%) de madres adolescentes refirieron que no deseaban dar leche materna a su bebé porque sintieron dolor en los pechos al momento de dar de lactar y el 18,2% no dio de lactar cuando ella se encontraba enferma. Resultados que tienen alguna similitud con los resultados del estudio hecho por Niño, Silva, Atalah<sup>17</sup> en el año 2012 en Chile; donde

obtuvieron como resultado que la principal causa de destete fue por decisión materna (27,2%).

Estos resultados señalan que la mayoría de madres adolescentes tuvieron una mala enseñanza en la técnica del amamantamiento y por ende presentaron dolor en las mamas, algunas de ellas llegaron a presentar grietas en los pezones; estas situaciones provocaron la decisión de no continuar brindando lactancia materna exclusiva e incorporaron fórmulas lácteas en la alimentación del niño.

### **Percepción del parto**

En el 54,5% de las madres adolescentes entrevistadas su parto fue normal y en el 36,8% fue por cesárea. Las mujeres que dan a luz por cesárea inician la lactancia materna usualmente a las cuatro horas después del parto atribuyéndolo a la sedación; además, suelen dar el pecho menos tiempo que las que han tenido un parto normal.<sup>10</sup>

Estos resultados ponen de manifiesto que las mujeres que trajeron al mundo a su hijo (a) por una intervención quirúrgica (cesárea), están propensas a abandonar la lactancia materna antes de que su hijo cumpla los seis meses de edad.

### **Inexperiencia en materia de lactancia**

El 95,5% de madres adolescentes entrevistadas refieren que su bebé es su primer hijo, por lo tanto no tienen experiencia en el tema de lactancia.

La experiencia nos muestra que muchas madres no consiguen dar el pecho a su hijo porque desconocen las bases fundamentales para emprender con éxito la lactancia materna.<sup>31</sup> Siendo uno de los factores la primiparidad.

Las madres adolescentes en estudio abandonaron la lactancia materna exclusiva por

inexperiencia en la técnica del amamantamiento o falta de importancia del tema de lactancia, se suma a esto la falta de experiencia en el cumplimiento de los roles maternos; es decir, una adolescente no se encuentra preparada para ser madre aún, mucho menos sabe como criar a un hijo (a).

Tabla 03. Percepción del embarazo, factor psicológico que interviene en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes atendidas en el Hospital General de Jaén – 2014.

Fue un embarazo deseado	n	%
Si	15	68,2
No	7	31,8
Total	22	100,0
<b>Formas de expresar un embarazo no deseado</b>		
<b>Pensó en abortarlo</b>		
Si	14	63,6
No	8	36,4
Total	22	100,0
<b>Siente rechazo hacia su bebé</b>		
Si	8	36,4
No	14	63,6
Total	22	100,0
<b>Abandono de su bebé</b>		
Si	8	36,4
No	14	63,6
Total	22	100,0

### **Embarazo no deseado**

El 31,8% de las madres adolescentes entrevistadas refirió que su bebé fue producto de un embarazo no deseado, mientras el 68,2% refiere que fue un embarazo deseado, este dato tiene mucha controversia en las formas de demostrarlo, para lo cual se procedió con otras interrogante, obteniendo que el 63,6% de las entrevistadas pensó en algún momento en

abortarlo, pero cuando nació, no sintió rechazo hacia su bebé ni lo abandonó por más de una semana, a diferencia del 36,4% de las encuestadas que no pensó en abortarlo, pero cuando nació, sintió rechazo hacia su bebé y lo abandonó por más de una semana.

Los resultados de este estudio indican que existe un elevado número de embarazos no deseados en las adolescentes (expresados en diferentes formas: rechazo o abandono del bebé) ya que muchas de ellas se encontraban estudiando o porque ven su futuro frustrado y en ocasiones tienen que renunciar a muchas de sus aspiraciones para dedicarse a ser madres.

Tabla 04. Escasa confianza de la madre, factor psicológico que interviene en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescente atendidas en el Hospital General de Jaén – 2014.

Cuidado del bebé	n	%
Solo Ud.	1	4,5
Ud. y abuela	12	54,5
Ud. y pareja	9	40,9
Total	22	100,0
Con quién duerme su bebé		
Con Ud.	17	77,3
Solo en su cuna	4	18,2
Solo en su cuarto	1	4,5
Total	22	100,0
Miedo dar seno a su bebé		
Si	18	81,8
No	4	18,2
Total	22	100,0

#### **Escasa confianza de la madre**

El 54,5% de madres adolescentes entrevistadas presentaron escasa confianza para cuidar a su bebé, por lo que el cuidado lo asumió la abuela materna y el 40,9% participó del cuidado el padre de su hijo (a). Para continuar valorando la falta de confianza materna, se procedió a

realizar otras interrogantes, teniendo que el 18,2% de bebés duermen solos en su cuna y no bajo el calor materno y un 81,8% del total de las madres adolescentes encuestadas tuvo al principio miedo a dar de lactar.

Como se mencionaba en la tabla 03, el hecho de ser un embarazo no deseado ha generado de que otras personas participen en el cuidado del bebé; a esto se suma la reincorporación de la madre a los estudios o al trabajo o vivir aún con los padres. El hecho de que los infantes duermen con sus madres o cerca de ellas, es una práctica usada para el amamantamiento sin restricciones.<sup>10, 20, 22, 29, 31, 35</sup>

De esta manera se deduce que la falta de confianza materna genera el incumplimiento de los roles maternos por parte de las madres adolescentes, entre ellos brindar lactancia materna exclusiva.

Tabla 05. Autoimagen y sexualidad, factores psicológicos que intervienen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes atendidas en el Hospital General de Jaén – 2014.

Dar de lactar, hace que las mamas tienden a caerse	n	%
Si	20	90,9
No	2	9,1
Total	22	100,0
Vergüenza a dar de lactar en público		
Si	12	54,5
No	10	45,5
Total	22	100,0

### **Autoimagen y sexualidad**

El 90,9% de madres adolescentes entrevistadas manifestó que las mamas tienen a caerse por el hecho de dar de lactar. Y un 54,5% sintió vergüenza al dar de lactar en público, tan solo



porque otras personas estaban mirando sus senos. Resultados que tienen alguna similitud con el estudio realizado por Niño, Silva, Atalah<sup>17</sup> en Chile en el año 2012; quienes mencionan que dentro las principales causas de destete están los factores estéticos (17,3%).

Existen mujeres que están dispuestas a sacrificar la lactancia en beneficio de su estética, como sucede con las adolescentes, ya que muchas de ellas temen que la lactancia arruine la figura del pecho. Los movimientos de liberación femenina destacan a la mujer más como símbolo de belleza y erotismo, haciendo que la mujer se avergüence de amamantar en público.<sup>29, 31</sup>

Estos resultados revelan que existe una muy significativa controversia entre mantener la lactancia materna o que se arruina la figura de los pechos; claro está que la madre adolescente prefiere muchas veces sacrificar la lactancia que sufrir problemas en el pecho.

Tabla 06. Problemas psicológicos que intervienen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes atendidas en el Hospital General de Jaén – 2014.

Signos de ansiedad	Si		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Se sentía nerviosa cuando daba de lactar	17	77,3	5	22,7	22	100,0
Le preocupa que el dinero no alcance	20	90,9	2	9,1	22	100,0
Falta de apoyo y afecto de su pareja o familia	9	40,9	13	59,1	22	100,0
Mala experiencia familiar	6	27,3	16	72,7	22	100,0
Signos de depresión	Si		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
En los últimos meses ha llorado con facilidad	17	77,3	5	22,7	22	100,0
Sufre de dolores de cabeza continuamente	20	90,9	2	9,1	22	100,0
En los últimos meses se ha sentido sola	13	59,1	9	40,9	22	100,0
Tiene problemas para conciliar el sueño	18	81,8	4	18,2	22	100,0
Disminución del apetito en últimos meses.	2	9,1	20	90,9	22	100,0

Problemas conyugales	Sí		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Presencia del padre durante el embarazo	12	54,5	10	45,5	22	100,0
El padre se compromete en la crianza	14	63,6	8	36,4	22	100,0
El padre se muestra cariñoso con Ud.	12	54,5	10	45,5	22	100,0
Le pide que le dedique más tiempo a él	3	13,6	19	86,4	22	100,0
Se molesta cuando el bebé llora.	4	18,2	18	81,8	22	100,0

### **Ansiedad**

Para considerar a una persona como ansiosa, debe presentar algún signo de ansiedad. A continuación se muestran los porcentajes de los principales signos de ansiedad presentados por las madres adolescentes durante la lactancia:

- Al 90,9% le preocupaba que el dinero que recibía no alcance.
- El 77,3% se sentía nerviosa cuando daba de lactar.
- El 40,9% sintió que le hacía falta el apoyo y afecto de su pareja y de su familia.
- Al 27,3% le preocupaba presentar los mismos problemas que presentaron sus familiares al dar de lactar.

Las madres adolescentes suelen presentar temor, dudas e incertidumbre, para enfrentar la lactancia, viéndose reflejada en la ansiedad por falta de apoyo, por una mala experiencia familiar en relación a la lactancia o una insatisfacción económica; provocando un abandono precoz de la lactancia materna exclusiva.<sup>10, 20, 22</sup>

Estos resultados ponen de manifiesto que la mayoría de las madres adolescentes encuestadas presentaron más de dos signos de ansiedad durante la lactancia, lo que influyó en la decisión de abandonar la lactancia.

## **Depresión**

Para considerar a una persona como depresiva, debe presentar algún signo de depresión. A continuación se muestran los porcentajes de los principales signos de depresión presentados por las madres adolescentes durante la lactancia:

- El 90,9% sufrió continuamente de dolores de cabeza.
- El 81,8% presentó problemas para conciliar el sueño.
- El 77,3% lloró con facilidad en los últimos meses.
- El 59,1% se sintió sola.
- El 9,1% presentó disminución de su apetito.

Estas jóvenes madres muchas veces sienten poca satisfacción por su vida y felicidad en general, además tienen baja autoestima y mayores niveles de depresión. El proceso de adaptación a su nueva realidad física, emocional, exceso de trabajo propio de la atención del recién nacido, la falta de apoyo emocional, provocan ocasionalmente una depresión en la madre lo que constituye un gran riesgo para la lactancia.<sup>10, 20, 22</sup>

En conclusión, estos resultados muestran que la mayoría de las madres adolescentes encuestadas presentaron más de tres signos de depresión durante la lactancia, lo que influyó en la decisión de abandonar la lactancia.

## **Problemas conyugales**

A continuación se muestran los porcentajes de los principales problemas conyugales, presentados por las madres adolescentes durante la lactancia:

- El 45,5% refirieron que el padre de su bebé no estuvo presente durante el embarazo y no hubo muestra de cariño hacia ellas.

- El 36,4% refirieron que el padre no se mostró comprometido en la crianza de su hijo.
- El 18,2% afirmaban que el padre de su bebé se molestaba cuando el bebé lloraba.
- El 13,6% afirmaban que el padre de su bebé les exigían más tiempo para ellos.

Estos resultados muestran que la mayoría de madres adolescentes presentaron algún tipo de problema conyugal durante la lactancia, que lamentablemente influyó en la decisión de abandonar precozmente la lactancia materna exclusiva e incorporar alguna fórmula láctea en la alimentación de su hijo.

Tabla 07. Factores socioculturales que intervienen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes atendidas en el Hospital General de Jaén – 2014.

Recibió fórmula láctea el bebé	n	%
Porque tenía que volver a los estudios	2	9,1
Porque no tenía leche	20	90,9
Total	22	100,0

Respuesta al llanto del bebé	n	%
Lo carga y lo arrulla para calmarlo	22	100,0

Nuevos Valores Sociales		
Es buena para el bebé	16	72,7
Es saludable	6	27,3
Anticuada	0	0,0
Signo de atraso	0	0,0
Total	22	100,0

Uso de los Avances Tecnológicos		
Biberón	21	95,5
Cuchara	1	4,5
Total	22	100,0

Mitos y Creencias sobre la lactancia	Si		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tener relaciones sexuales contamina su leche	2	9,1	20	90,9	22	100,0
Consume más alimentos, tendrá más leche	22	100,0	0	0	22	100,0
Considera al calostro como leche que no sirve	2	9,1	20	90,9	22	100,0
No debería dar de lactar; si consume alimentos fríos	21	95,5	1	4,5	22	100,0

### **Motivo por lo que recibió fórmula láctea el bebé**

El 90,9% de las madres adolescentes entrevistadas refirieron que el motivo por el que su bebé recibió fórmula láctea fue porque ella no tenía suficiente leche.

La decisión de muchas madres de alimentar a sus bebés con fórmulas lácteas es tomada por la disponibilidad de éstos; justificadas por leche insuficiente, retorno a los estudios o enfermedad de la madre.<sup>5, 27, 35</sup>

Los resultados muestran que la mayoría de las madres adolescentes encuestadas tuvieron la percepción de que no tenían leche, por lo que decidieron incorporar otro tipo de leche u otro tipo de alimento en la alimentación de su bebé, viéndose interrumpida la lactancia materna exclusiva.

### **Respuesta al llanto del bebé**

El 100% de madres adolescentes tiene como mejor respuesta al llanto de su niño, cargarlo y arrullarlo para calmarlo.

Cargar al niño es una práctica ancestral para calmar al niño y mantener su temperatura corporal.<sup>35</sup> Considerando, que el niño llora por muchas razones y entre ellas está el hecho de que “siente hambre”; la acción de cargarlo y arrullarlo por las madres adolescentes no favorece la lactancia materna.

### **Nuevos Valores Sociales**

El 72,7% de madres adolescentes entrevistadas manifestó que era buena para el bebé y el 27,3% opinó que era saludable. Los resultados muestran la opinión que tienen las entrevistadas sobre lactancia materna.

El objetivo fue mostrar los nuevos valores sociales que consideran a la lactancia materna como anticuada, un signo de atraso o como una vulgar práctica campesina<sup>31</sup>; no se pudo reflejar exactamente con esta pregunta, pero si en la siguiente interrogante con respecto al uso o no del biberón.

### **Uso de los Avances Tecnológicos**

El 95,5% de madres adolescentes entrevistadas emplearon el biberón para alimentar a su bebé. Resultados que tienen similitud con el estudio realizado por Camargo, Latorre, Porras<sup>16</sup> en Colombia en el año 2011; obtuvieron como resultado una alta incidencia en el abandono de la lactancia materna exclusiva (95%) fue por el uso de biberón.

Estos datos se contradicen con los obtenidos anteriormente, donde los nuevos valores sociales consideran a la lactancia materna como anticuada, un signo de atraso o como una vulgar práctica campesina y es por eso que el biberón se ha convertido en un signo de posición. Los resultados ponen de manifiesto que la introducción de los avances tecnológicos (biberón y fórmula láctea) en la alimentación del bebé, generan el abandono temprano de la lactancia materna.

### **Mitos y Creencias sobre la lactancia**

A continuación se muestran los porcentajes de los diferentes mitos y creencias, que aún tienen las madres adolescentes durante la lactancia:

- El 100% de madres adolescentes encuestadas consideró que al consumir más alimentos como avena, sopas, verduras, etc. tuvieron más leche.
- El 95,5% consideró que al consumir alimentos fríos “no se debería dar de lactar”, por lo tanto descartó la leche.

- El 9,1% consideró que al tener relaciones sexuales se contamina la leche y consideró también al calostro (primera leche) como leche que no sirve, respectivamente.

Los mitos y creencias con respecto a la lactancia, está fuertemente influenciada por la cultura de la madre, por ejemplo: la afirmación de que el semen contamina la leche materna; el calostro considerado poco útil, inservible o incluso dañino; y la prohibición de alimentos que pueden dañar la leche o al niño.<sup>5, 29,35</sup>

Estos resultados muestran que la cultura influye mucho en el proceso de amamantamiento, el cual se ve interrumpido si acontece alguna de las situaciones antes mencionadas, reemplazando la leche materna por algún otro alimento en el momento que se debería estar alimentando sólo con leche materna.

Tabla 08. Factores educacionales que intervienen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes atendidas en el Hospital General de Jaén – 2014.

Información brindada por el personal de salud	n	%
Mala	1	4,5
Regular	9	40,9
Buena	12	54,5
Total	22	100,0
<b>Duración de la LME</b>		
Hasta los 6 meses	7	31,8
Desconozco la edad	15	68,2
Total	22	100,0
<b>El tipo de pezones afecto al momento de dar de lactar</b>		
Si	14	63,6
No	8	36,4
Total	22	100,0
<b>Beneficios/ ventajas de la lactancia</b>		
Garantiza el crecimiento y desarrollo del bebé	16	72,7
Fortalece el vinculo afectivo madre-hijo	5	22,7
Ayuda a que el bebe no llore	1	4,5
Total	22	100,0
<b>En el EE.SS donde se atendió recibió orientación sobre</b>		
LME	5	22,7
La forma de dar de mamar	6	27,3
Como colocar el bebé al pecho	1	4,5
Como debe coger el pecho el bebé	3	13,6
Crianza del bebé con amor	1	4,5
NA	6	27,3
Total	22	100,0

#### **Información brindada por el personal de salud acerca de la lactancia materna exclusiva**

El 54,5% de las madres adolescentes entrevistadas consideró como buena la información brindada por el personal de salud y el 40,9% consideró como regular la información brindada.

Las tasas más altas de fracaso de lactancia materna se encuentran entre las madres que no han



sido correctamente informadas sobre sus ventajas o sobre la conducta a seguir.<sup>31</sup> El grupo en estudio consideró como buena la información brindada por del personal de salud (54,5%), pero esto no se ve reflejado en los siguientes resultados.

### **Duración de la lactancia materna exclusiva (LME)**

El 68,2% de madres adolescentes entrevistadas desconocieron la edad promedio en que debe brindarse lactancia materna exclusiva. Resultados que coinciden con el estudio realizado por Delgado, Nombera<sup>12</sup> en Chiclayo en el 2013; donde concluyeron que el nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva es deficiente con respecto a su importancia y hasta el tiempo que se debe brindar lactancia materna exclusiva.

La Organización Mundial de la Salud, establece que lactancia materna exclusiva es brindar leche materna durante los seis primeros meses del niño, sin la introducción de otro tipo de alimento.<sup>2</sup>

Existe una contradicción con los resultados obtenidos y la supuesta buena información brindada por el personal de salud. Lo que se esperaba era que más del 50% de madres adolescentes conozcan hasta cuándo debe brindarse lactancia materna exclusiva y no que desconozcan la edad, por lo tanto la lactancia materna exclusiva se interrumpió antes de cumplir el niño (a) los seis meses de edad.

### **El tipo de pezones afectó al momento de dar de lactar**

El 63,6% de madres adolescentes entrevistadas afirmaban que el tipo de pezón que tienen afectó al momento de dar de lactar. Cerca del 3% de mujeres que intentan dar de lactar, tienen pezones invertidos o no protráctiles, es común observar este tipo de pezones en las

adolescentes por la falta del crecimiento y desarrollo de las mamas.<sup>27</sup>

Se muestra la controversia que existe entre el tipo de pezón que se tiene y la técnica de dar de lactar. El personal de salud durante los controles prenatales debe identificar este problema y su función es enseñarle a la madre diferentes maniobras, para ayudar a que el pezón se proyecte hacia afuera; y por ende contribuir a la lactancia materna eficaz sin complicaciones en la salud de la madre, pero eso no fue lo que sucedió con el grupo en estudio, las madres abandonaron la lactancia materna exclusiva porque dar de lactar les produjo dolor en los pezones.

### **Beneficios/ ventajas de la lactancia**

El 72,7% de madres adolescentes entrevistadas reconoció que la lactancia materna garantiza el crecimiento y desarrollo del bebé; y el 22,7% reconoció que la lactancia fortalece el vínculo afectivo madre – hijo.

Es necesario mencionar algunas otras alternativas que no fueron reconocidas como beneficios de la lactancia: reduce la hemorragia post parto y la mortalidad materna, es fácil de obtener y no se tiene que gastar. Otros beneficios de la lactancia tenemos: provee nutrientes esenciales específicos para el sistema nervioso central de bebé, los niños amamantados son más armónicos en sus patrones de desarrollo sensorial, emocional, psicomotor e intelectual, disminuye la morbilidad y la mortalidad materna e infantil, mejora la autoestima materna, previene la anemia, menos riesgo de cáncer, etc.<sup>6, 30,31</sup>

Los resultados muestran el escaso conocimiento que poseen las madres adolescentes en cuanto a los beneficios que ofrece la lactancia materna tanto a la madre, al niño (a), familia y comunidad; por ende la importancia de brindar lactancia materna exclusiva por sus beneficios fue mínima.

### **En el Establecimiento de Salud dónde se atendió recibió orientación**

A continuación se muestran los porcentajes de los diferentes temas en que fueron orientadas las madres adolescentes durante el control prenatal y la lactancia:

- El 27,3% de madres adolescentes hizo mención de que no se les preparó en materia de lactancia. No obstante, el mismo porcentaje recibió orientación sobre la forma de dar de mamar.
- El 22,7% recibió orientación en lactancia materna exclusiva en forma general.
- Al 13,6% se le enseñó la forma como debe coger el pecho el bebé.
- Al 4,5% se les enseñó a colocar el bebé al pecho y la crianza del bebé con amor.

Lara, Ortiz<sup>18</sup> realizaron una investigación en Ecuador en el año 2012; señalan que las tasas más altas de fracaso de lactancia materna se encuentran entre las madres que no han sido correctamente informadas sobre sus ventajas o sobre la conducta a seguir, así como las dificultades que conlleva la lactancia artificial. Muchas de ellas no consiguen dar el pecho a su hijo porque desconocen las bases fundamentales para emprender con éxito la lactancia materna.

Los resultados muestran que las orientaciones recibidas por del personal de salud durante el control prenatal y durante la lactancia no sobrepasan el 50% de lo necesario para influir profundamente en la decisión de mantener la lactancia materna exclusiva.

Como consecuencia de una inadecuada información sobre lactancia materna y una escasa orientación en la técnica de amamantar, se presentan problemas de salud en la madre y el niño.

Tabla 09. Problemas de salud, que intervienen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes atendidas en el Hospital General de Jaén – 2014.

Problemas de salud maternos	n	%
Producción insuficiente	11	50.0
Dolor	10	45.5
Grietas	1	4.5
Total	22	100.0
Su bebé es intolerante a la lactosa		
Si	2	9.1
No	20	90.9
Total	22	100.0
Problemas de salud del lactante		
Diarreas	13	59.1
Infecciones respiratorias: gripe, neumonía, etc.	7	31.8
Micosis oral	2	9.1
Total	22	100.0

### Problemas de salud maternos

El 50% de madres adolescentes entrevistadas refirieron una producción insuficiente de leche y el 45,5% presentó dolor al momento de dar de lactar. Cabe reconocer que en el estudio realizado por Gómez, Díaz, Manrique<sup>15</sup> en Medellín en el 2010; se obtuvo como resultado que las razones para no alimentar de manera exclusiva fue que la madre no tenía suficiente leche (23%).

Los resultados corroboran que una inadecuada información en materia de lactancia tiene como consecuencia problemas de salud en la madre, como la producción insuficiente de leche por la falta de estímulo seguido de una mastitis o por el mal acoplamiento de la boca-pezones-areola al mamar generando dolor, todo ello pone en riesgo la continuidad de la lactancia materna durante los seis primeros meses del niño (a).

### **Su bebé es intolerante a la lactosa**

El 9,1% de madres adolescentes entrevistadas refirieron que sus bebés fueron intolerantes a la lactosa y que su leche les hacía daño.

Generalmente la madres suelen referir que su niño es intolerante a la lactosa, pero hay que entender que el intestino delgado del lactante no se encuentra preparado para digerir una cantidad excesiva de lactosa, por ello el niño presentará molestias como: irritabilidad, inquietud, regurgitaciones, cólicos, deposiciones frecuentes y líquidas.<sup>10, 26, 31</sup>

En las madres adolescentes no se identificó un porcentaje elevado sobre la percepción de que su niño (a) sea intolerante a la lactosa, por lo tanto su contribución en el abandono de la lactancia materna exclusiva fue mínima.

### **Problemas de salud del lactante**

El 59,9% de niños (as) presentaron diarreas; el 31,8% infecciones respiratorias como gripe o neumonía y el 9,1% hongos en la boca, según refirieron las madres adolescentes encuestadas.

Los resultados muestran que todos los hijos (as) de las madres adolescentes, presentaron al menos un problema de salud, atribuyéndolo a la leche materna, lo que sustentó el motivo de interrumpir la lactancia materna exclusiva.

# **CAPÍTULO V**

---

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

---

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES**

- Los factores socio-demográficos que caracterizan a las madres adolescentes atendidas en el Hospital General de Jaén son: la mayoría se encuentran entre 18 – 19 años de edad, un alto porcentaje son madres solteras, proceden de la zona urbana, tienen el grado de instrucción de secundaria incompleta, ocupación estudiante y ama de casa, profesan la religión católica, solventan sus gastos a través de sus padres y su pareja y viven junto con ellos. Tienen un ingreso mensual de s/. 400.00 – s/. 700.00.
- Los factores psicológicos que intervinieron en el abandono de la lactancia materna exclusiva (LME) en madres adolescentes fueron: el deseo materno de no dar de lactar, la inexperiencia en materia de lactancia, ser un embarazo no deseado, escasa confianza de la madre para cuidar y dar de lactar a su bebé, las mamas tienden a caerse (nivel estético), vergüenza de dar de lactar en público, ansiedad, depresión y problemas conyugales.
- Entre los factores socioculturales que intervinieron en el abandono de la lactancia materna exclusiva (LME) en madres adolescentes están: la incorporación de la madre a los estudios, los nuevos valores sociales, el uso del biberón, los mitos y creencias sobre lactancia.

- Los conocimientos deficientes sobre la lactancia materna exclusiva y la poca preparación en la técnica de amamantamiento ocasionaron problemas de salud en la madre y el niño, son factores que intervinieron en el abandono de la lactancia materna exclusiva (LME) en madres adolescentes.
- Los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación han permitido verificar que la hipótesis de que los factores socio-demográficos, psicológicos, socioculturales y educacionales intervienen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes es aceptada.



## RECOMENDACIONES

- La madre adolescente es un ser humano que aún no ha logrado la madurez suficiente en todos sus aspectos, por lo tanto, se la debe de tratar lo más sutilmente posible, para así poder identificar sus problemas y actuar sobre ellos.
- En la atención integral de niño se debe identificar los factores maternos que intervienen en el abandono de la lactancia materna exclusiva, y actuar sobre ello, basándonos en la Teoría adopción del rol maternal de Ramona T. Mercer, el cual esta aplicado a las madres adolescentes.
- Se sugiere al sector salud que para prevenir el abandono de la lactancia materna exclusiva en la madre adolescente, es necesario diseñar y desarrollar estrategias que permitan hacer más viable el entendimiento sobre la alimentación del niño solo con leche materna hasta los seis meses de edad y la importancia del mismo.
- Se recomienda hacer uso de entrevistas con preguntas abiertas; pues estas, proporcionan mayor información ya que la madre puede expresar libremente sus experiencias e inquietudes, tanto de sí misma como la de su hijo (a). Y realizar visitas domiciliarias, porque proporcionan mayor información del contexto en el que vive.

- A las próximas investigaciones dirigidas a madres adolescentes, se recomienda también tomar en cuenta las sugerencias de los expertos, muy distintos a nuestra profesión (psicología y sociología), ya que las percepciones para con este grupo en estudio son muy distintas con respecto al trato, es decir, al momento de direccionar las preguntas. Es mucho más accesible obtener una información verdadera con una comunicación horizontal (tú – tú) que cuando existe una barrera (Ud.), claro está sin faltar el respeto.
- Se recomienda capacitar y actualizar a los profesionales de salud en el tema de lactancia materna exclusiva; para así abordar dicho tema desde el proceso de gestación, en los controles prenatales, en el parto mismo, en alojamiento conjunto y en el período de lactancia.

## LISTA DE REFERENCIAS

1. Cairo J. Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y factores asociados en niños nacidos sanos. Copyright © [seriada en línea] 2000; 61(3): [8páginas]. Disponible en:  
URL: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v61\\_n3/pdf/a04v61n3.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v61_n3/pdf/a04v61n3.pdf)  
Consultado Junio 7, 2014.
2. 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. Washington, D.C: OMS; 2010.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Ginebra: OMS; 2003.
4. Félix J, Martínez E, Sotelo E. Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. Pediatría de México [seriada en línea] 2011; 13 (2): [5 páginas]. Disponible en:  
URL:<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=121&IDARTICULO=31318&IDPUBLICACION=3393>  
Consultado Junio 18, 2013.
5. Saona R. Aspectos socioculturales de la lactancia materna, sociología y antropología. Psicología de la madre y el niño que lacte. En: ponencia presentada en el curso de actualización en lactancia materna CEPREN. Perú; 2013.
6. Segura P. Dificultades en el mantenimiento de la lactancia materna. [Trabajo de fin de Máster en Ciencias de la Enfermería]. Universidad de Almería; 2012 – 2013.
7. Gascón E, Pineda V, Martínez I. Causas de no inicio y de abandono de lactancia materna en una zona rural. Enfermería integral [seriada en línea] 2005(jun): [3paginas]. Disponible en:

URL:<http://www.enfervalencia.org/ei/70/articulos-cientificos/08.%20LACTANCIA.pdf>

Consultado Junio 18, 2013

8. Durán R, Villegas D, Sobrado Z, Almanza M. Factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna. Rev Cubana Pediatr [seriada en línea] 1999; 71(2): [8páginas]. Disponible en:  
URL:[http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol71\\_2\\_99/ped299.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol71_2_99/ped299.pdf)  
Consultado Junio 22, 2014.
9. Pino J, López M, Medel A, Ortega A. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva. RevChilNutr [seriada en línea] 2013 (Marzo); 40(1): [7 páginas]. Disponible en:  
URL:[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182013000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182013000100008&script=sci_arttext)  
Consultado Junio 18, 2014.
10. Gónzales C. Un regalo para toda la vida. Guía de la lactancia materna. 1ª ed Argentina: Editorial Planeta S.A; 2012. p.125-148, 110-111.
11. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Lactancia y nutrición de niñas, niños y madres. Perú: ENDES; 2013.
12. Delgado L, Nombera F. Nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva en el Hospital Regional Docente las Mercedes. [Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013.
13. Chávez A, Sánchez R, Ortiz B, Arocha B. Causas del abandono de la lactancia materna. ISSSTE [seriada en línea] 1999: [3 páginas]. Disponible en:  
URL:<http://laactanciamaterna.wordpress.com/2012/10/12/causas-del-abandono-de-la-lactancia-materna/>

Consultado Noviembre 12, 2013.

14. Flores P, Rosadio C, Soto M. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. Chosica, Perú; 2004. Disponible en:  
URL:<http://www.buenastareas.com/ensayos/Factores-De-Abanono-De-La-Lactancia/5412264.html>  
Consultado Mayo 12, 2014.
15. Gómez L, Díaz C, Manrique R. Factores asociados con lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes en madres adolescentes. Rev. salud pública [seriada en línea] 2013; 15 (3): [12página]. Disponible en:  
URL:<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/27896>  
Consultado Junio 18, 2014.
16. Camargo F, Latorre J, Porras J. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. Hacia la Promoción de la Salud [seriada en línea]2011 (enero – junio); 16(1): [17páginas]. Disponible en:  
URL:[http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/revista16\(1\)\\_5.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/revista16(1)_5.pdf)  
Consultado Octubre 20, 2013
17. Niño R, Silva E, Atalah E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Rev. chil. pediatr. [seriada en línea] 2012 (abril); 83 (2): [9 páginas]. Disponible en:  
URL:<http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v83n2/art07.pdf>  
Consultado Junio 2, 2013
18. Lara V, Ortiz S. Factores relacionados con la interrupción temprana de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al Centro de Salud N°1 de la ciudad de Tulcán. [Trabajo para obtener el título de Licenciatura en Enfermería]. Ecuador: Universidad Técnica del Norte; 2012.
19. Papalia F. Desarrollo Humano. México, D.F: Editorial Mc Graw HilEducation; 2012. p. 354-359

20. Sánchez M. Madres adolescentes: Una problemática sociofamiliar. [Tesis para obtener el Grado de Licenciada en Trabajo Social]. Pachuca, Hidalgo: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2005.
21. Castro C, Maldonado O, Benguigui Y. La niñez, la familia y la comunidad. Washington, D.C: Editorial OPS/PALTEX; 2004. p. 247-248
22. Castro M. Representaciones de apego en madres adolescentes de nivel socioeconómico bajo. [Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2009.
23. Rico M, Flores M. Formando habilidades intelectuales y socioemocionales del niño en sus tres primeros años. Lima, Perú: Editorial Southern; 2008. p. 28-29.
24. MINSA. Reglamento de Alimentación Infantil. D.S N° 009-2006-SA. Directiva sanitaria para la implementación de lactarios en establecimientos y dependencias del Ministerio de Salud. Perú; 2006. (Agosto. 22, 2006)
25. Geijo J. Lactancia Materna. [Diapositivas]. Madrid; 2007. 39 diapositivas
26. Gobierno de La Rioja. La lactancia materna: Información para amamantar.[seriada en línea]. Venezuela; 2007.  
Disponible en: URL:<http://www.riojasalud.es/ficheros/lactancia-castellano.pdf>  
Consultado octubre 10, 2013.
27. Red Peruana de Lactancia Materna. (CEPREN). Área de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos. Curso Virtual de actualización en Lactancia Materna. Perú: CEPREN; 2013.
28. Vega S. Magnificas madres excelentes abuelas. 1° ed. Lima, Perú: Editorial AB; 2007. p. 31-32, 49-57

29. Ministerio de salud. Manual lactancia materna. 3° ed. Chile; 2010. p. 15-16.
30. Ageitos M, Pugin E, Valdés V. Lactancia. En: Meneghello, editor. 6ª ed. Editorial Médica Panamericana; 2013. p.192-200.
31. Chalco L. Jhakely J. Factores maternos y laborales que intervienen en la interrupción temprana de la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro materno infantil tablada de Lurín. [Tesis para optar el título Profesional de Licenciada en Enfermería]. Lima, Perú: Universidad Privada San Juan Bautista; 2008.
32. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Barcelona: Editorial © Ergon; 2004. p.7-12,20
33. Braschi R. Aspectos emocionales y psíquicos de la lactancia materna. En: ponencia presentada en el curso de actualización en lactancia materna CEPREN. Perú; 2013.
34. Carvajal M. La alegría de amamantar: Guía práctica para la lactancia. Editorial Norma; 2005. p. 120-125
35. Riordan J. El contexto cultural de la lactancia materna. En: ponencia presentada en el curso de actualización en lactancia materna CEPREN. Perú; 2013.
36. Cilla, F. Lactancia Materna. Extraído del curso impartido por la Dra. Baeza en el Colegio de Médicos. [Diapositiva]. 59 diapositivas. Disponible en:  
URL:[http://www.uv.es/previnfad/sesiones/GpapA10\\_lactanciam.pdf](http://www.uv.es/previnfad/sesiones/GpapA10_lactanciam.pdf)  
Consultado Junio 22, 2014.
37. Cabrera J. Adopción del rol materno. [Diapositiva]. 17 diapositivas. Disponible en:  
URL:[http://es.slideshare.net/dikadiazespinoza/savedfiles?s\\_title=adopcion-del-rol-materno-2010&user\\_login=malucs](http://es.slideshare.net/dikadiazespinoza/savedfiles?s_title=adopcion-del-rol-materno-2010&user_login=malucs)  
Consultado Junio 22, 2014.

38. Cuidar Enfermería. Teoría de Ramona Mercer: Rol Maternal. [Diapositiva]. 34 diapositivas. Disponible en:  
URL:<http://issuu.com/luis281/docs/ramona--www.cuidarenfermeria.com#download>  
Consultado Mayo 2, 2014.
39. Pinto F. Apego y lactancia natural. Rev Chil Pediatr [seriada en línea] 2007; 78 (Supl 1): 96-102. Disponible en:  
URL:<http://www.scielo.cl/pdf/rcp/Supl1/art78.pdf>  
Consultado Junio 2, 2013
40. Lactancia materna: un asunto feminista. [en línea]. Wabaorg.my; 2009. Disponible en:  
URL:<http://www.wabaorg.my/resou.htm>.  
Consultado Junio 18, 2012.
41. Padilla J, Chegne C. Prevalencia y factores determinantes, en caries de aparición temprana en niños de 15 – 36 meses de edad, con lactancia artificial exclusiva y mixta, en el distrito de baños del inca. [Proyecto de tesis para optar por el título de cirujano dentista]. Cajamarca; 2011.



---

# **ANEXOS**

---

## ANEXO 01

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada participante:

Los Establecimientos de Salud recomiendan que, como mínimo se amamante durante los 6 primeros meses de vida de manera exclusiva y, hasta los 2 años o más con el complemento de otros alimentos. Sin embargo, el actual ritmo de vidas, hace que mantener la lactancia durante este tiempo sea, en algunos casos imposible.

Este estudio se enmarca dentro de un proyecto de Tesis de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca. Su principal objetivo es: **Determinar los factores que intervienen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes atendidas en el Hospital General de Jaén.** Por tal motivo se necesita contar con su consentimiento para la aplicabilidad de este instrumento que es de suma importancia para la recolección de datos acorde con el tema de investigación.

Se le agradece por su colaboración, la cual se aplica sólo con fines de estudio y la información recopilada será de carácter reservado y se le garantizará el anonimato.

*Por tal motivo doy mi consentimiento para que puedan recoger datos para el tema de investigación.*

---

*FIRMA DE LA PARTICIPANTE*

**ANEXO 02**  
**Cuestionario**

Nº de cuestionario \_\_\_\_

Se le agradece por su colaboración, la cual se aplica sólo con fines de estudio y la información recopilada será de carácter reservado y se le garantizará el anonimato. Marcar con un aspa "X" en el paréntesis ( ), puedes tener más de una respuesta en algunas de las preguntas\*

**I. Datos generales del niño (a)**

1. ¿Es su primer hijo? Si ( ) No ( )
2. Edad de su niño \_\_\_\_ meses
3. Antes de cumplir los seis meses ¿qué tipo de leche recibe o recibió su bebe? ¿le dio algún otro alimento?
  - a. Leche materna ( )
  - b. Otro tipo de leche/ otro alimento ( )
  - c. Leche materna más otro tipo de leche ( )

**II. Factores que intervienen en el abandono de la lactancia materna exclusiva.**

**Datos de la madre**

**A. Factores socio-demográficos**

1. Edad \_\_\_\_ años
2. Procedencia
  - a. Rural - del campo ( )
  - b. Urbana - del mismo Jaén ( )
  - c. Periurbana - alrededor de Jaén ( )
3. Estado civil
  - a. Soltera ( )
  - b. Casada ( )
  - c. Conviviente ( )
  - d. Viuda ( )
4. Grado de instrucción
  - a. No sabe leer, ni escribir ( )
  - b. Primaria: completa ( ) incompleta ( )
  - c. Secundaria: completa ( ) incompleta ( )
  - d. Superior: completa ( ) incompleta ( )
5. ¿Cuánto dinero gastas en?
 

Alimentación s/____	$\Sigma$ :s/____
Vestido y calzado s/____	
Vivienda s/____	
Salud s/____	
Educación s/____	
Otros s/____	

*Rango de acuerdo a la suma total*

  - a. < s/.400
  - b. s/.400 - s/.700
  - c. > s/.700 - más
6. Ocupación
  - a. Ama de casa ( )
  - b. Estudiante ( )
  - c. Trabaja fuera de casa ( )
  - d. Trabaja y estudia ( )
  - e. Solo cuida a su bebé ( )
7. Religión
  - a. Católica ( )
  - b. Adventista ( )
  - c. Mormón ( )
  - d. Otra.....
8. ¿Cómo solventa sus gastos? \*
  - a. Sola ( )
  - b. A través de su madre ( )
  - c. A través de su padre ( )
  - d. A través de sus padres ( )
  - e. A través de su pareja ( )
  - f. A través de sus suegros ( )
  - g. Otros.....
9. ¿Con quién vive Ud. actualmente? \*
  - a. Sola con su bebé ( )
  - b. Con su pareja ( )
  - c. Con sus padres ( )
  - d. Con sus suegros ( )
  - e. Con sus padres y su pareja ( )
  - f. Con sus suegros y su pareja ( )
  - g. Otros.....

\* Se tomará en cuenta uno o ambos padres.

**B. Factores psicológicos**

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Por qué motivo Ud. no daba leche materna a su bebé? *           <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Porque no tiene ganas ( )</li> <li>b. Porque su bebé está enfermo ( )</li> <li>c. Porque Ud. está enferma ( )</li> <li>d. Porque siente dolor en los pechos al dar de mamar ( )</li> <li>e. Porque su bebé rechaza el pecho ( )</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. ¿Cómo fue su parto?           <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Normal ( )</li> <li>b. Cesárea ( )</li> <li>c. No podía dar a luz ( )</li> <li>d. Demoró en nacer su bebé ( )</li> </ol> </li> <li>3. Inexperiencia en materia de lactancia <i>(considerar respuesta de la pregunta 1.1)</i></li> </ol>
---	---

4. Embarazo no deseado	4.1 ¿Fue un embarazo deseado? Si ( ) No ( ) 4.2 ¿En algún momento pensó en abortarlo? Si ( ) No ( ) 4.3 ¿A veces, siente rechazo hacia su bebé o que no lo quiere? Si ( ) No ( ) 4.4 ¿En alguna oportunidad dejó encargado a su bebé por más de una semana? Si ( ) No ( )	
Escasacoinfianza de la madre	5.1 ¿Quién cuida a su bebé? a. Sólo usted ( ) b. Usted y abuela ( ) c. Usted y pareja ( ) d. Usted y tías ( ) e. Otras personas.....	5.2 ¿Con quién duerme su bebé? a. Con usted ( ) b. Solo en su cuna ( ) c. Solo en el cuarto ( )
5.	5.3 ¿Al principio tenía miedo de dar su seno a su bebé? Si ( ) No ( )	
6. Auto-imagen y sexualidad	6.1 ¿Cree que dar de lactar, hace que las mamas tiendan a caerse? Si ( ) No ( ) 6.2 ¿Le avergüenza que otras personas, miren sus senos cuando Ud. da de lactar? Si ( ) No ( )	
7. Ansiedad De 2 a más respuestas afirmativas.	7.1 ¿Se sentía nerviosa cuando daba de lactar? Si ( ) No ( ) 7.2 ¿Le preocupa que el dinero que recibe no alcance? Si ( ) No ( ) 7.3 ¿Siente que le hace falta apoyo y afecto por parte de su pareja o familia? Si ( ) No ( ) 7.4 ¿Alguien en su familia presentó problemas al dar de lactar (heridas en el pezón, dolor, etc.)? Si ( ) No ( )	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Si</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px;">No</div>
8. Depresión De 3 a más respuestas afirmativas.	8.1 ¿En los últimos meses, ha llorado con facilidad? Si ( ) No ( ) 8.2 ¿Sufre de dolores de cabeza continuamente? Si ( ) No ( ) 8.3 ¿En los últimos meses se ha sentido sola? Si ( ) No ( ) 8.4 ¿Tiene problemas para conciliar el sueño? Si ( ) No ( ) 8.5 ¿Su apetito ha disminuido en los últimos meses? Si ( ) No ( )	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Si</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px;">No</div>
9. Problemas conyugales	9.1 ¿El padre de tu bebé estuvo a su lado durante todo el embarazo? Si ( ) No ( ) 9.2 ¿El padre de tu bebé se compromete en la crianza? Si ( ) No ( ) 9.3 ¿El padre de tu bebé, aún se muestra cariñoso con ud.? Si ( ) No ( ) 9.4 ¿El padre de tu bebé, te pide que le dediques más tiempo a él? Si ( ) No ( ) 9.5 ¿El padre de tu bebé, se molesta cuando su bebé llora? Si ( ) No ( )	

### C. Factores Socio-culturales

1. ¿Por qué su niño empezó a recibir fórmula u otro tipo de alimento?* a. Porque tenía que volver al trabajo ( ) b. Porque tenía que volver a los estudios ( ) c. Porque no tenía leche ( )	2. ¿Cómo responde Ud. al llanto de su bebé?* a. Le brinda el pecho ( ) b. Lo carga y lo arrulla para calmarlo ( ) c. Lo deja que lllore y que se calme sólo ( ) d. No lo carga para que no se acostumbre a brazos ( ) e. Le da chupón para que se calme ( )
3. ¿Qué piensa o qué opina de la lactancia materna?* a. Es una costumbre anticuada ( ) b. Es un atraso ( ) c. Es una vulgar práctica campesina ( ) d. Es buena para el bebé ( ) e. Es saludable ( )	4. ¿Qué usa para alimentar a su bebé?* a. Biberón ( ) b. Jeringa ( ) c. Taza ( ) d. Cuchara ( )

5. Mitos y creencias sobre la lactancia	<p>5.1 ¿Considera que al tener relaciones sexuales con su pareja, contaminará su leche? Si ( ) No ( )</p> <p>5.2 ¿Considera que si consume más alimentos como avena, sopas, verduras, etc. tendrá más leche? Si ( ) No ( )</p> <p>5.3 ¿Considera al calostro como leche que no sirve? Si ( ) No ( )</p> <p>5.4 ¿Considera que al consumir alimentos fríos (helados, agua helada, etc.) No debería dar de lactar a su bebé, por lo tanto debe descartar su leche? Si ( ) No ( )</p>
6. Influencia religiosa	<p>La religión a la que perteneces influye en:*</p> <p>a. Los alimentos que debe consumir para dar de lactar ( )</p> <p>b. En el tiempo que debe dar lactar ( )</p> <p>c. Que si le reza a un santo producirá más leche ( )</p> <p>d. No influye ( )</p>

#### D. Factores Educativos

<p>1. ¿Cómo considera la información brindada por parte del personal de salud acerca de lactancia materna exclusiva?</p> <p>a. Mala ( )</p> <p>b. Regular ( )</p> <p>c. Buena ( )</p>	<p>2. La lactancia materna exclusiva debe brindarse:</p> <p>a. Hasta los 3 meses ( )</p> <p>b. Hasta los 4 meses ( )</p> <p>c. Hasta los 5 meses ( )</p> <p>d. Hasta los 6 meses ( )</p> <p>e. Desconozco la edad ( )</p>
<p>3. ¿Usted cree que el tipo de pezones que tiene afectó al momento de dar de lactar? Si ( ) No ( )</p>	
<p>4. ¿Cuáles son los beneficios de la lactancia tanto para la mamá y el bebé?*</p> <p>a. Garantiza el crecimiento y desarrollo del bebé ( )</p> <p>b. Reduce la hemorragia post parto y la mortalidad materna ( )</p> <p>c. Fortalece el vínculo afectivo madre-hijo ( )</p> <p>d. Ayuda a que el bebé no llore ( )</p> <p>e. Es fácil de obtener y no se tiene que gastar ( )</p> <p>f. No tiene beneficios ( )</p>	<p>5. En el establecimiento de salud donde se atendió recibió orientación sobre la Lactancia materna, relacionado a:*</p> <p>a. Lactancia materna exclusiva ( )</p> <p>b. La forma de dar de mamar ( )</p> <p>c. Cómo colocar al bebé al pecho ( )</p> <p>d. Cómo debe de coger el pecho el bebé ( )</p> <p>e. Lactancia materna a libre demanda ( )</p> <p>f. Crianza del bebé con amor ( )</p> <p>g. Extracción de leche ( )</p> <p>h. Ningún tema ( )</p>

#### 6. Problemas de salud Maternos

6.1 Durante la lactancia presentó alguno de los siguientes problemas:\*

- a. Producción insuficiente de la leche ( )
- b. Dolor ( )
- c. Grietas ( ) *Visualizar imágenes*
- d. Mastitis ( ) *Visualizar imágenes*
- e. Micosis mamaria ( ) *Visualizar imágenes*
- f. VIH - Sida ( )
- g. Otros: .....

#### Lactante

6.2 ¿Considera que su bebé es intolerante a la lactosa o le hace daño su leche? Si ( ) No ( )

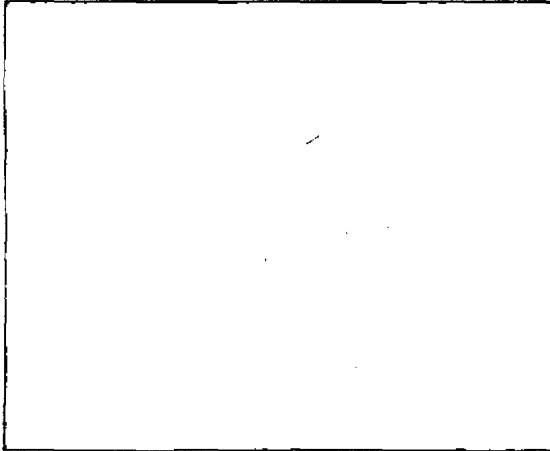
6.3 ¿Durante la lactancia su bebé presentó alguno de los siguientes problemas?\*

- a. Diarreas ( )
- b. Infecciones respiratorias: gripe, neumonía, etc. ( )
- c. Hongos en la boca: micosis ( ) *Visualizar imágenes*

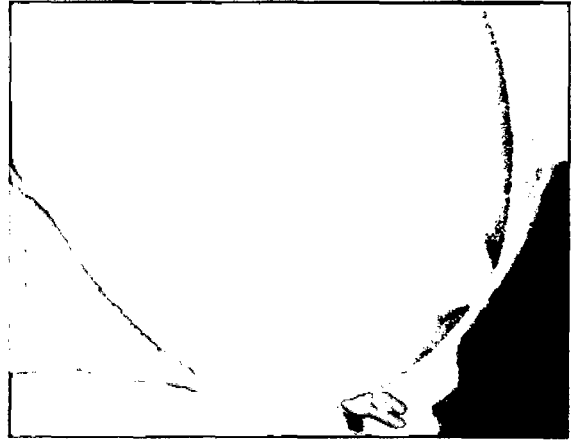
**ANEXO 03**

**PROBLEMAS DE SALUD**

**Grietas**



**Mastitis**



**Micosis mamaria**



**Hongos en la boca - Micosis**



## ANEXO 04

### CONFIABILIDAD POR DOS MITADES:

#### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	1,000
		N de elementos	1 <sup>a</sup>
	Parte 2	Valor	1,000
		N de elementos	1 <sup>b</sup>
	N total de elementos		2
Correlación entre formas			-,318 <sup>c</sup>
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual		-,933 <sup>c</sup>
	Longitud desigual		-,483 <sup>c</sup>
Dos mitades de Guttman			-,933

a. Los elementos son: par3

b. Los elementos son: par4

c. La correlación entre las formas (mitades) de la prueba es negativa, lo cual viola los supuestos del modelo de fiabilidad. Las estimaciones de aquellos estadísticos que sean funciones de este valor puede que no estén comprendidas en los intervalos teóricamente posibles.

#### INTERPRETACIÓN

**ES SIGNIFICATIVA LA EVALUACION DE ITEMS, PERO CON UNA CORRELACION NEGATIVA.**

### CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

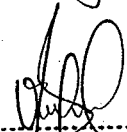
Yo, Ruth Vanesa Alarcón Clavo, identificado con DNI:  
43470881, de profesión: Psicóloga  
Ejerciendo actualmente como: Psicóloga, en la institución:  
Hospital General de Jaén.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación de instrumento (Cuestionario) a los efectos de su aplicación.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems		✓		
Redacción de los ítems			✓	
Amplitud del contenido			✓	
Claridad y precisión			✓	
Pertinencia		✓		

En Jaén a los 13 días del mes de Agosto 2014

  
Ruth Vanesa Alarcón Clavo  
LIC. EN PSICOLOGÍA  
C.Ps.P. N° 14523

Firma



### MATRIZ DE EVALUACION POR JUICIO DE EXPERTOS


N°	ITEMS	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica	X	
2	La secuencia de presentación de los ítems es óptima	X	
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems es aceptable	X	
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	X	
5	Los ítems reflejan el problema de investigación	X	
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.	X	
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación	X	
8	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación	X	
9	El instrumento abarca las variables e indicadores.	X	
10	Los ítems permitirán contrastar la hipótesis.	X	

**SUGERENCIAS:**

✓ Disminuir el número de preguntas.

.....

Fecha: 13/08/14

  
 Ruth Vanesa Alarcón Clavo  
 LIC. EN PSICOLOGÍA  
 C.Ps.P. N° 14523

Nombre y firma del experto

### CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Miriam Cecilia Torres Terrones, identificado con DNI: 26729904, de profesión: Socióloga

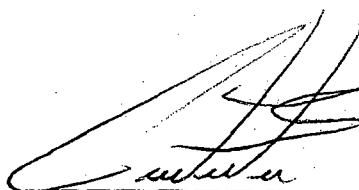
Ejerciendo actualmente como: coordinadora de centros productivos, en la institución: Universidad Nacional de Cajamarca Sede Jaén.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación de instrumento ( Cuestionario ) a los efectos de su aplicación.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems		X		
Redacción de los ítems			X	
Amplitud del contenido		X		
Claridad y precisión		X		
Pertinencia		X		

En Jaén a los 15 días del mes de Agosto 2014



Firma

### MATRIZ DE EVALUACION POR JUICIO DE EXPERTOS

N°	ITEMS	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica	✓	
2	La secuencia de presentación de los ítems es óptima	✓	
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems es aceptable	✓	
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	✓	
5	Los ítems reflejan el problema de investigación	✓	
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.	✓	
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación	✓	
8	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación	✓	
9	El instrumento abarca las variables e indicadores.	✓	
10	Los ítems permitirán contrastar la hipótesis.	✓	

**SUGERENCIAS:**

Combinar con herramientas de investigación cualitativa  
como entrevistas y grupos focales

Fecha: 15/08/14



Nombre y firma del experto

Miriam Cecilia Torres Terrones

### CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, María Milagros Llanos Tantaleón, identificado con DNI: 42730012, de profesión: Lic. Enfermería

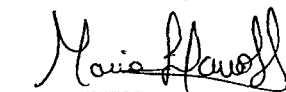
Ejerciendo actualmente como: Lic. Enfermería, en la institución: Hospital General de Jaén.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación de instrumento ( Cuestionario ) a los efectos de su aplicación

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems			X	
Redacción de los ítems		X		
Amplitud del contenido			X	
Claridad y precisión		X		
Pertinencia			X	

En Jaén a los 19 días del mes de Agosto 2014



Firma

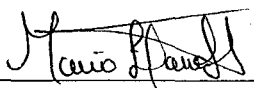
### MATRIZ DE EVALUACION POR JUICIO DE EXPERTOS

Nº	ITEMS	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica	X	
2	La secuencia de presentación de los ítems es óptima	X	
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems es aceptable	X	
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	X	
5	Los ítems reflejan el problema de investigación	X	
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.	X	
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación	X	
8	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación	X	
9	El instrumento abarca las variables e indicadores.	X	
10	Los ítems permitirán contrastar la hipótesis.	X	

**SUGERENCIAS:**

- Direccional las preguntas en tono mesurado.
  - Adicionar alternativas de respuestas.
- .....
- .....

Fecha: 19/08/14



Nombre y firma del experto

### CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, NURY GARCÍA SOLÍS, identificado con DNI: 41667161 de profesión: ENFERMERA.

Ejerciendo actualmente como: ENFERMERA EN CUBO, en la institución: HOSPITAL GENERAL DE JAÉN.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación de instrumento ( QUESTIONARIO ) a los efectos de su aplicación

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems			✓	
Redacción de los ítems	✓			
Amplitud del contenido		✓		
Claridad y precisión		✓		
Pertinencia			✓	

En Jaén a los 19 días del mes de AGOSTO 2014

MINISTERIO DE SALUD  
 GOBIERNO REGIONAL DE CALAMARCA  
 HOSPITAL GENERAL DE JAÉN  
 NURY GARCÍA SOLÍS  
 ENFERMERA  
 C.E.P. 46072

Firma

### MATRIZ DE EVALUACION POR JUICIO DE EXPERTOS

Nº	ITEMS	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica	✓	
2	La secuencia de presentación de los ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems es aceptable	✓	
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		✓
5	Los ítems reflejan el problema de investigación	✓	
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación	✓	
8	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación	✓	
9	El instrumento abarca las variables e indicadores.	✓	
10	Los ítems permitirán contrastar la hipótesis.	✓	

**SUGERENCIAS:**

Se requiere incluir en variables e ítems algunos otros aspectos de importancia y que ayudaran a medir el problema de investigación.

Mejorar redacción de ítems de forma que éstos sean mucho más claros y comprensibles. Mejor orden de los mismos.

Fecha: 19/08/2014

  
 NURY Y. García Solís  
 LIC. EN ENFERMERIA  
 C.C.P. 65022

Nombre y firma del experto