



**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua  
Facultad de Ciencias Médicas  
UNAN – León**



**Tesis Para Optar al Título de  
Doctor en Medicina y Cirugía**

Factores que influyen en el abandono de la Lactancia Materna  
Exclusiva en Villa 15 de Julio, Chinandega en el periodo de Febrero-  
Abril del 2007.

**AUTORES:**

Bra. Alicia María Sánchez Cálix  
Bra. Patricia María Morales Sánchez.

**TUTOR:**

Dr. Mario Orozco  
Pediatra.

**ASESOR:**

Dr. Juan Centeno Chavarría.  
Msc. Salud Pública

**LEON, DICIEMBRE DEL 2007**



## **AGRADECIMIENTO**

---

❖ **A Dios**

Nuestro Padre Celestial, por habernos dado la oportunidad de llegar a este momento.

❖ **A nuestros padres**

Por apoyarnos incondicionalmente, animarnos con sus consejos a seguir adelante y deseos de vernos triunfar.

❖ **A nuestros docentes**

Por su dedicación, por transmitirnos sus valiosos conocimientos que nos ha dado la pauta para enfrentarnos a la realidad del trabajo.

❖ **A las madres**

Que nos brindaron su confianza y colaboración, siendo las principales protagonistas de nuestro estudio.

En general a todas las personas que de una u otra manera hicieron posible la realización de este estudio.



## DEDICATORIA

---

❖ **A Dios**

Por darme muchas bendiciones durante la trayectoria de mi carrera, y así poder llegar al final de este curso que ahora me dará pautas para realizar nuevas metas y logros.

❖ **A mis padres**

*Francisco Morales y Felipa Sánchez Mendoza.*

Por haber confiado en mí, darme todo el apoyo necesario para lograr este éxito en mi vida y por haberme dado la mejor herencia: Mi formación intelectual.

❖ **A mis hijas**

*María Alejandra Picado Morales e Ibis Patricia Lanzas Morales* que son la fuente de mis alegrías, son gran parte de mi vida. Y que sufrieron tanto el abandono para poder culminar esta carrera.

❖ **A mi esposo**

*Enrique Lanzas Orezco*, quien me brindo su apoyo incondicional en el periodo más importante para la culminación de este primer paso de mi carrera.

*Patricia María Morales Sánchez*



## **DEDICATORIA**

---

❖ **A Dios**

Por permitir alcanzar una mas de mis metas, como es la de culminar mi carrera, por la vida y por los de mas regalos preciados.

❖ **A mis padres**

*Felipe Sánchez G. y Marilú Cáliz Láinez*

Por apoyarme siempre y haber cultivado en mi la semilla que hoy esta dando frutos, guiarme en la vida con buenas costumbres y principios.

❖ **A mi esposo**

*Luis Enrique Castro Esquivel*, por ser mi brazo derecho y por apoyarme siempre.

❖ **A mi hija**

*Maisa Camila Castro S.*, por ser mi inspiración y la luz que me guiará a nuevas metas y etapas importantes en mi vida.

A todas y a cada una de las personas que de una u otra forma participaron en la culminación de mi tesis.

*Alicia María Sánchez Cáliz*



## ÍNDICE

	Páginas
INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
HIPOTESIS.....	8
OBJETIVOS.....	9
MARCO TEÓRICO.....	10
DISEÑO METODOLÓGICO.....	29
RESULTADOS.....	32
DISCUSION DE RESULTADOS.....	34
CONCLUSIONES.....	37
RECOMENDACIONES.....	38
BIBLIOGRAFIA.....	39
ANEXOS.....	



---

## INTRODUCCION

---

La historia de la lactancia materna es tan antigua como la humanidad y se considera un componente fundamental en la alimentación infantil, en la que la supervivencia del niño depende exclusivamente de la aplicación de una adecuada lactancia. Se entiende por lactancia materna el proceso de alimentación de la madre a su hijo utilizando la secreción de sus mamas. (1)

Los efectos beneficiosos por todos incluyen aspectos biológicos, nutricionales, inmunológicos y psicológicos entre otros. En la esfera afectiva la lactancia materna produce un impacto inigualable al facilitar el vínculo con la madre, la adaptación social y un desarrollo psicomotor mejor que los lactantes alimentados con otras formulas.

En los últimos años la práctica de la lactancia materna ha disminuido, no solo en Nicaragua sino en todo Latinoamérica, debido a diversos factores socio-económicos y culturales. Siendo los procedimientos de los servicios de salud los que han contribuido al surgimiento de este fenómeno en tanto que no han brindado el apoyo suficiente para mostrar, preparar, orientar y apoyar un amamantamiento exitoso (2).

Muchos autores y médicos han afirmado desde hace tiempo que para los infantes la leche materna es superior a la de vaca u otros sustitutos y leches artificiales (3).

El amamantamiento ofrece una gran cantidad de beneficios; fisiológicos, nutricional inmunológico, afectivo y económico y como un método de planificar (exclusividad, frecuencia de 10 a 12 amamantamientos al día y que la madre no haya menstruado). El impacto de lactancia materna exclusiva sobre la salud infantil se evidencia con la disminución de la morbimortalidad y en el mejor estado



nutricional en niños y niñas alimentados al pecho materno entre los que eran con biberón y otros.

El abandono de la lactancia materna se ha convertido en un problema mundial por causa de factores que influyen en el abandono de la lactancia materna y obstaculizan una alimentación saludable y un mejor estilo de vida según el informe mundial sobre el estado de la infancia publicada por UNICEF en el 2004. (1, 4,5)

En Nicaragua el Ministerio de Salud en conjunto con diversas organizaciones de la sociedad civil y con el apoyo de ONG desde hace varios años vienen realizando esfuerzos importantes para la recuperación de esta práctica. Además las recomendaciones internacionales abogan por la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y complementado con otros alimentos hasta los dos años (6).

Al conocer los principales factores que impiden la lactancia materna exclusiva traerá beneficios para el niño, ya que esta proporciona el alimento ideal para su sano crecimiento, protección inmunológica, mayor coeficiente intelectual, menos problema se lenguaje mayor autoestima en las madres la recuperación fisiológica después del parto es más rápida, previene el cáncer de mama y ovario-cérvix, proporcionándole satisfacción emocional.



## **ANTECEDENTES**

---

Muchos autores han afirmado desde hace tiempo que la leche materna es superior a cualquier otro alimento u otros sustituyentes (ejemplo: leche de vaca). Durante el siglo XIX se realizaron en Europa diversos estudios médicos, cuyo resultado indicaban que los índices de mortalidad y de morbilidad infantil eran más bajos entre los niños alimentado al pecho que entre los que eran con biberón a partir de la segunda guerra mundial se obtuvieron progresos sustanciales en la elaboración de sustitutos de la leche materna pareciéndose mas a la composición de la leche materna (2,4)

Hasta hace 100 años la lactancia materna era la forma más aceptada para alimentar a todos los niños, en los países desarrollados su declinación comenzó en la década de los treinta con la masificación de las fórmulas a base de leche de vaca. En los años 70 esta tendencia empezó a cambiar y se da un resurgimiento de la lactancia siendo el grupo de mayor incidencia las mujeres con un nivel de escolaridad alto y con mayor ingreso económicos.

1979 – 1983 se consientizó a las madres a través muchas actividades educativas (talleres, charlas y jornadas populares de salud). En 1980 se culmino con la promulgación de la ley de promoción de la lactancia materna. No obstante en los últimos 15 años se ha efectuado cantidad de investigación científica acerca de la propiedad única de la leche materna. (3, 7,8,)

En los últimos años ha existido una alarmante tendencia a la declinación en la práctica de la lactancia materna a nivel mundial. En Cuba, en 1990 solo el 62.7 % de los niños recibían lactancia materna exclusiva y a los 90 días la prevalecía de este modo de alimentación se reducía a un 24.5% Según declaraciones de la OMS-UNICEF en reunión conjunta sobre la alimentación del lactante y niño pequeño celebrada en Ginebra en 1979, la lactancia materna forma parte integrante del proceso reproductivo, es la forma natural e ideal de alimentar al



lactante y constituye una base biológica y la única para el desarrollo del niño, se inicia un movimiento mundial para la promoción y apoyo de la lactancia materna.

El 1ro de agosto de 1990, en Florencia, Italia se firma la Declaración de Inocente que llama a emprender las acciones necesarias para beneficiar la práctica de la lactancia materna, hace un llamado a los gobiernos para la aplicación de los "Diez pasos para la lactancia exitosa". En ese mismo año los días 29 y 30 de septiembre se celebró la Cumbre Mundial a favor de la infancia, se reunió en las Naciones Unidas el grupo mas grande de dirigentes mundiales en la historia a fin de adoptar una declaración sobre la Supervivencia, la Protección y el desarrollo del niño, entre sus metas se encuentra la de lograr que todos las mujeres amamanten a sus hijos durante 4-6 meses y continúen la lactancia con la adición de alimentos hasta bien entrado el segundo año de vida. Los primeros días de agosto aportan gran beneficio a los niños del mundo: desde el año 1990 fue establecida la celebración de la Semana Mundial de la lactancia materna. (3, 4,5).

Debido a que en los últimos años la practica de la lactancia materna ha disminuido en Nicaragua, es una de las principales prioridades del Ministerio de Salud la recuperación de esta practica, por tal razón se han realizado numerosos estudios como el que se hizo en la ciudad de León en 1996 sobre conocimientos, practicas de lactancia materna y destete encontrándose que de 600 mujeres encuestadas solo 115 madres (19%) efectuaban lactancia materna, un promedio de lactancia materna exclusiva de 1.58 meses con promedio de lactancia de 9 meses y 1.8% no realizó ningún tipo de lactancia. Además el estudio revelo que el contacto de la madre con la institución favoreció el proceso de lactancia siendo mayor en la población rural, madres de bajo nivel académico y en desempleo (9).

Según datos de la UNICEF 2001, las tasas de lactancia materna en menores de cuatro meses (1995-2000) varia desde un 37% en los países menos desarrollados, hasta un 46% en los países en desarrollo, teniendo Nicaragua una tasa de lactancia materna en este grupo de edad de un 27 a 39% (6).



---

## **JUSTIFICACION**

---

La organización mundial de la salud OMS ha recomendado la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad , por haberse mostrado que es el alimento mas completo que puede recibir el lactante debido a que contiene elementos protectores y todos los nutrientes que necesitan durante los primeros seis meses de vida.

Este estudio contribuirá a profundizar sobre los principales factores de influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva.

Dicha información también servirá de base para elaborar alternativas de solución que permita con su ejecución crear conciencia en las madres sobre la importancia que tiene la lactancia materna exclusiva y de esta forma contribuir a disminuir la tasa de morbimortalidad infantil y brindar una mejor calidad de atención a la niñez menor de seis meses que asisten al puesto de salud Villa 15 de Julio, ubicado en el municipio de Chinandega.



## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

---

¿Cuáles son los principales factores que influyen en el abandono de la Lactancia Materna en Villa 15 de Julio, Chinandega en el periodo de Febrero – Abril del 2007?



## **HIPOTESIS**

---

El abandono de la lactancia materna exclusiva de las madres que acuden al centro de salud Villa 15 de Julio esta asociada a los factores socio-culturales, laborales y biológicos en el periodo comprendido de Febrero – abril del 2007 del municipio de Chinandega.



## **OBJETIVOS**

---

### **OBJETIVO GENERAL:**

- ☞ Determinar los factores que influyen en el abandono de la Lactancia Materna exclusiva en Villa 15 de Julio, Chinandega en el periodo de Febrero – Abril del 2007.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- ✚ Describir las características sociodemográficas de madres de la muestra en estudio.
- ✚ Identificar factores socioculturales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva.
- ✚ Determinar factores laborales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva.
- ✚ Identificar factores biológicos que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva.



## **MARCO TEORICO**

---

La lactancia materna es una meritoria práctica debida a sus innumerables beneficios que no solamente se reflejan en los infantes y su madre sino en la sociedad entera. Debido a sus beneficios nutritivos e inmunológicos, la lactancia materna tiene un efecto contra la morbilidad principalmente en la infancia. (10)

La leche humana ofrece al niño el alimento ideal durante los primeros meses de vida, los elementos que la constituyen y la proporción en que estos se encuentran aportan a lactante los requerimientos nutricionales e inmunológico para el crecimiento optimo, la leche materna protege la salud del niño amamantado, tiene menor riesgo de morir de enfermedades infecciosas y presentar menor incidencia y severidad de ella .(11).

La lactancia materna es uno de los factores mas determinantes para la salud del niño y de las mujeres, en Nicaragua se observa una baja prevalencia y duración de la lactancia materna con un alto porcentaje de niños alimentados artificialmente y el uso casi universal del biberón. Muchas enfermedades y defunciones en niños menores de 5 años están probablemente relacionadas con la falta de lactancia materna, el abandono precoz de la lactancia materna es probablemente debido a la introducción temprana de otros alimentos, incluyendo agua y jugo de frutas y del biberón. (12).

Algunos datos de América Latina y el Caribe han demostrado que en las ciudades la lactancia materna es más prolongada en el área rural que en las urbanas y en mujeres con más bajo nivel educativo que en las mujeres con mayor nivel de educación formal. (13)



**Lactancia Materna Exclusiva:** es ofrecer al niño o niña únicamente pecho materno durante los primeros seis meses de vida. El recién nacido no necesita de ningún otro tipo de alimentación, ni agua ni frescos ni otra leche. La leche materna contiene todos los ingredientes necesarios para que el niño crezca sano y fuerte durante los primeros seis meses de vida (14).

#### **FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LOS PRIMEROS SEIS MESES DE VIDA.**

El abandono de la Lactancia Materna, se ha convertido en un problema mundial debido a muchos factores que la impiden, por lo que es necesario conocerlos y así buscar la forma de erradicarlos, entre ellos:

#### **FACTORES SOCIO - CULTURALES.**

Muchas mujeres tienen ciertas creencias que obstaculizan el éxito de la lactancia materna, algunas de estas están generalizadas y otras son particulares de una región o grupo.

- **Embarazo en la adolescencia:** en estudios realizados sobre conocimientos e importancia de lactancia materna exclusiva en la unidad materno infantil del HODRA, se reportó que predominaban la madres jóvenes la cuales no tenían buenos conocimientos sobre lactancia materna exclusiva, además la mayoría de ellas concluyen la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses (15).
- **Procedencia de área urbana** diversos estudios ha revelado que la lactancia materna es mayor en la población del área rural por ejemplo el que se hizo en la ciudad de León en 1996 sobre conocimientos, practicas de lactancia materna y destete.



- **No apoyo de familia y cónyuge:** se ha observado que en mujeres en las cuales hay apoyo de la familia en la lactancia materna permanece por más tiempo que en aquellas que no.
- **Promoción por los medios de comunicación de la alimentación artificial basada en la utilización de biberón y leches industrializadas:** Hay que darles a conocer las ventajas de la lactancias materna para ella y para su hijo, así como desventajas y riesgo de la mamadera y sus formulas (16),
- **Falta de consejería en periodo Prenatal y Postnatal por profesionales de la salud:** Se les debe brindar conocimiento a las futuras mamá sobre los cambios de las mamas y los cambios durante el embarazo y las lactancias; es necesario que toda mujer observe y reconozca a que se deben los cambios en las mamas durante el embarazo y la lactancia, modificaciones en forma, color, textura, pezones y areolas.

Es el momento de asegurar a la madre que el tamaño de sus pechos no tiene relación con la capacidad de producir leche, que la lactancia no deforma los pechos y que por el contrario un amamantamiento permite que estos se vacíen oportunamente. Además la lactancia materna exclusiva protege a la madre sobre enfermedades tan peligrosas como el cáncer de mamas y el cáncer de ovarios (6).

- **desconocimiento de importancia de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de edad:** La falta o casi total de conocimiento por parte de las madres sobre la importancia de la lactancia materna para el bebé en la que ha llevado a la deficiencia nutricional ,desarrollo emocional que los niños presenta en su vida, por lo que se le debe brindar una educación acerca de de esto.



- **Miedo que se afecte la figura y la forma del seno:** Algunas mujeres temen que sus pechos cambien de forma con la lactancia y que pierda su atractivo antes los varones. La exagerada importancia como objetos sexuales que se ha dado a las glándulas mamarias se impone con frecuencia sobre su función para alimentar a los niños. Aun cuando los pechos tienen indudablemente una función fisiológica en la excitación sexual, hay muchas otras partes del cuerpo que también las tienen sin correr el mismo riesgo (16).

#### **FACTORES LABORALES.**

- **Madre trabajadora:** Una sociedad en que la madre debe de trabajar fuera del hogar y no dispone de facilidades especiales para dar el pecho materno en el lugar de trabajo puede ejercer una influencia negativa sobre la capacidad de la madre de brindar lactancia materna. En la práctica del amamantamiento se han encontrado diferente experiencia que nos dan elementos suficientes para analizar algunos factores que interfieren en la lactancia exitosa (3).

Algunas de estas experiencia se refieren al momento en que las madres en el postnatal, debe incorporarse al centro de trabajo y otras actividades propias de su papel de mujer dentro de la sociedad. Este momento en la vida de la mujer representa a veces una crisis tanto para ella como para el niño o niña. A veces la madre no es asalariada y tiene que incorporarse mas pronto al trabajo.

#### **FACTORES BIOLÓGICOS:**

- **Enfermedades maternas:** Durante el puerperio tanto las madres como el niño o niña pueden presentar algunos problemas que interfieran la lactancia materna y que puedan ser solucionados mediante la aplicación de tratamientos sencillos pero adecuados para cada situación. La mayor parte



las dificultades se asocian con mala técnica, por lo tanto el apoyo que la madre necesita tanto del personal de salud como de la familia es relevante.

### **LOS DIEZ PASOS PARA LA LACTANCIA EXITOSA**

Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deberán:

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que este en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerlo en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres como se debe dar de mamar al niño y como mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos por la razón que sea.
6. Dar a los recién nacidos solo leche materna, sin otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite.
9. No dar a los niños alimentados al pecho, chupadores o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a la salida del hospital o clínica. (1, 5,6).

**Los constituyentes de la leche humana no son intercambiables con los de ningún otro tipo de alimento.**



## **LA SECRECIÓN LÁCTEA HUMANA PASA POR 3 ETAPAS:**

**Calostro:** líquido viscoso amarillento que se produce desde el último trimestre de embarazo y en los primeros 5 días después del parto. Varía su producción desde 10 a 100 ml/día. Contiene menos lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles, pero tiene más proteínas, vitaminas liposolubles y sodio, siendo rico en inmunoglobulinas, especialmente IgA secretora, las cuales recubren el epitelio intestinal y previenen la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos.

**Leche Transicional:** de color blanquecino azulado, se secreta desde el quinto o séptimo día hasta el final de la segunda semana.

**Leche Madura:** se produce a partir de la tercera semana y es más blanca y de mayor consistencia que las anteriores. Su composición varía no solo en cada madre sino también de un seno a otro en la misma madre, en el momento del día y durante la misma tetada.

## **COMPOSICION DE LECHE DE LA LECHE MATERNA**

### **PROTEINAS.**

El contenido promedio aceptado es de 1.15 gr./100 ml. La proporción entre proteínas del suero y caseína en la leche humana es de 80:20, la de la leche de vaca es de 20:80 y las proteínas de la leche humana consisten principalmente de Alfa-lacto albúmina, importante componente enzimático que es especie-específica del humano y la proteína predominante en la leche de vaca es la Beta-globulina bovina, especie-específica para las vacas.

La leche humana es rica en aminoácidos libres y cistina, la Taurina, aminoácido de altas concentraciones es necesario para la conjugación de sales biliares, con importante papel como neurotransmisor y neuromodulador del SNC.



Las proteínas de la leche de vaca, ya sean del suero o caseína, son estructural y cuantitativamente diferentes de las proteínas de la leche humana y pueden generar respuestas antigénicas.

#### GRASAS

Se eleva desde 2 a 4-4-5 gr. /100 ml en la leche madura. Es el componente más variable con elevaciones al final de la mañana y al inicio de la tarde y representan del 35-50% de las necesidades de energía, además de que aporta lipasa pancreática al mismo tiempo.

#### LACTOSA.

Es el principal carbohidrato de la leche humana, aunque también hay pequeñas cantidades de galactosa, fructosa y otros oligosacáridos. Aporta 40% de la energía necesaria para el Niño, facilita la absorción de hierro y promueve colonización de *Lactobacillus bifidus*.

#### VITAMINAS.

Sus concentraciones son adecuadas para las necesidades del Niño. En el posparto, la concentración de Vitamina K son más altas en el Calostro y leche temprana que en la tardía. La Vitamina E es suficiente pero la D es baja a pesar de lo cual, no se ven casos de deficiencias de las mismas.

#### MINERALES.

La concentración de calcio, hierro, fósforo, magnesio, zinc, potasio y fluor, no son afectadas por la dieta materna pero están mejor adaptadas para los requerimientos nutricionales y capacidad metabólica del niño.

La alta biodisponibilidad del hierro de la leche humana es el resultado de una serie de complejas interacciones entre los componentes de la leche materna y el organismo del niño, de tal manera que más del 70% del hierro de la leche materna se absorbe, comparado con el 30% en la leche de vaca.



#### DIGESTIBILIDAD.

La grasa de la leche vacuna es menos digerible que la leche humana. (10)

#### INMUNOLOGICOS.

Los mecanismos de defensa del huésped a nivel intestinal en el RN, son inmaduros, por lo que los componentes del Calostro y leche madura son de capital importancia, brindando protección contra la penetración de la mucosa intestinal por gérmenes patógenos. Las propiedades anti -infecciosas de la leche humana están dadas por la presencia de componentes solubles como las Inmunoglobulinas (IgA, IgM, IgG), así como las Lisozimas, Lactoferrina, Factor bífidos y otras sustancias inmunorreguladoras. Los componentes celulares incluyen macrófagos, linfocitos, granulocitos y células epiteliales.

La IgA secretora se empieza a producir hasta la 4a o 6a semana de vida por lo que antes de ello el Recién Nacido necesita de obtenerla de la leche materna.

#### OTROS COMPONENTES.

También hay hormonas como la oxitocina, Prolactina, Esteroides ováricos, adrenales y prostaglandinas y otras más. (6,14)

#### VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA

El mejor alimento que puedes dar a tu hijo es tu propia leche. Es el alimento más completo, se presenta siempre en las condiciones óptimas, le protegerá de infecciones y alergias y, además, es económico. Ninguna mamadera se asemeja a la forma, consistencia, textura, temperatura y funcionabilidad del pecho materno. (5, 6,17)

**Es más fácil de digerir:** Las proteínas presentes en la leche materna son fundamentalmente suero fácilmente digerible. Lo mismo ocurre con los hidratos de carbono (lactosa) y las grasas presentes en la misma.



**La leche está siempre fresca y a temperatura adecuada:** si la madre está sana y cuida y limpia sus glándulas mamarias, el alimento llega al bebé sin posibilidad de que haya contaminación externa. Podemos decir que va del productor al consumidor directamente, estando disponible en cualquier momento y a cualquier hora.

**La leche materna contiene anticuerpos que protegen al bebé:** el calostro y la leche materna contienen anticuerpos que ayudan al bebé a luchar contra las enfermedades comunes de la infancia y a recuperarse de ellas mejor. De hecho, los bebés alimentados al pecho tienen menos otitis, diarreas y enfermedades alérgicas.

**La leche materna se adapta a los cambios de tu bebé:** el milagro de la leche materna es que cambia en función de las necesidades nutricionales del bebé. Desde el calostro (rico en proteínas, vitaminas y minerales) hasta leche con mayor contenido en grasas que favorece el crecimiento y la ganancia de peso, cuando el bebé tiene más de 4 meses.

**Su composición también va variando ligeramente a lo largo de la toma:** Al principio es ligera y final más cremoso y grasa. Lo que hace que el bebé al principio sacie su sed y al final su apetito. Por eso es importante que se vacíe el pecho totalmente antes de ponerle al otro (5)

**La lactancia natural crea unos lazos especiales entre la madre y su bebé:** durante la lactancia, el bebé se encuentra muy cerca de la madre y es ese contacto físico el que le está satisfaciendo sus necesidades nutricionales. El lazo afectivo madre-hijo tiene en este momento su máxima expresión. La lactancia materna no tiene coste alguno frente al gasto que supone la lactancia artificial. (2,5)



## **BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA**

### **BENEFICIOS PARA LA MADRE**

#### **I.- Recuperación Fisiológica pos-parto:**

a.- Retracción del útero: La succión del pezón favorece la liberación de oxitocina, la hormona responsable de las contracciones del útero, para evitar el sangrado y reducirlo al tamaño normal, eso ayudará a la recuperación a más corto plazo.

b.- Recuperación de los pechos: La estimulación y el vaciamiento frecuente de los pechos, evitan su congestión y reduce los depósitos de grasa acumulada, durante el embarazo, ayudando con ello a mantener la elasticidad y firmeza de su estructura.

c.- Recuperación del peso: La lactancia materna permite que las madres pierdan progresivamente y lentamente el excedente de peso ganado durante el embarazo, precisamente por enfrentar la lactancia materna.

#### **II.- De carácter Físico:**

a.- Reduce el riesgo de padecer cáncer de mama y de ovario.

b.- Aspecto físico de la mujer: las hormonas de la lactancia hacen que la mujer que amamanta tenga un aspecto físico vital y armónico, de seguridad, satisfacción, belleza, etc.

c.- Comodidad: evita las molestias del lavado y hervido de biberones así como la preparación de alimentos especiales para el bebe.



### **III.- De carácter emocional:**

a.- Establecimiento del apego: El amamantamiento, especialmente si este se inicia inmediatamente después del parto, produce un reconocimiento mutuo entre madre e hijo, estableciéndose entre ellos un fuerte lazo afectivo induciendo en la madre un sentimiento de ternura, admiración y protección para su hijo.

b.- Satisfacción emocional de la madre: La intensa unión e interdependencia de la madre con su hijo produce en ella un sentimiento de valoración de sí misma y equilibrio emocional que promueve su desarrollo integral como mujer.

c.- La prolactina, la hormona que se encarga de producir leche, produce una sensación de bienestar y tranquilidad.

d.- Favorece el espaciamiento de los embarazos, si se lleva a cabo lactancia materna exclusiva a libre demanda (día y noche) y que no haya menstruado después del parto.

### **BENEFICIOS PARA EL NIÑO (1, 5,7)**

1. La leche humana cubre hasta los seis (6) primeros meses de vida del niño(a) todos sus requerimientos nutricionales: proteínas, lípidos, carbohidratos, vitaminas, minerales y agua para garantizar un adecuado crecimiento y desarrollo.

2. Lo protege de enfermedades prevenibles, diarrea, infecciones respiratorias, alergias, anemia

3. Es de fácil digestión y no produce cólicos.

4. Previene la aparición de caries dentales tempranas.

5. Facilita el vínculo emocional madre-hijo(a).

6. Ayuda a la formación de niños(as) más estables y seguros emocionalmente.

7. Presentan coeficiente intelectual más altos.

8. Mejora la agudeza y el enfoque visual.



## **BENEFICIOS PARA LA FAMILIA**

1. Economiza dinero, al no comprar formulas infantiles, biberones, chupones y demás utensilios para la limpieza.
2. Menor preocupación ya que los niños (as) se enferman menos.

## **BENEFICIOS PARA LA INSTITUCION.**

1. Ayuda a disminuir el alto número de muertes maternas e infantiles en la población.
2. Economiza dinero.
3. Ahorro de tiempo y esfuerzo físico del personal de salud. (8)

## **VENTAJAS ECOLOGICAS:**

La leche materna es un recurso natural y renovable, ambientalmente importante y ecológicamente viable.

Desarrolla una función biológica vital en el control de crecimiento de la población al espaciar los nacimientos. (5,9).

## **AFECCIONES TEMPRANAS DE LAS MAMAS Y SU TRATAMIENTO (6,14)**

Durante el puerperio tanto la madre como el niño puede presentar algunos problemas que interfieran la lactancia materna y que puedan ser solucionados mediante la aplicación de tratamiento sencillos; pero adecuado a cada situación.



La mayor parte del tiempo las dificultades se asocian con mala técnica, por lo tanto el apoyo que la madre necesita tanto del personal de salud como de la familia es relevante. (5).

Algunas de las dificultades más comunes son:

- Pezones planos o invertidos
- Grietas del pezón
- Dolor al amamantar
- Congestión mamaria
- Micosis mamaria
- Mastitis
- Absceso mamario
- Cirugía mamaria previa
- Reflejo de eyección inhibido
- Reflejo de eyección excesivo.

### **Pezones planos o invertidos.**

Si no se detecto este problema durante el embarazo, y por lo tanto, no hubo intervención para su solución, y la madre tiene este problema, el trabajo de la salud debe indicar a la madre que previo a ofrecer el pecho al niño, debe extraerse un poco de leche para ablandar la zona areolar. Colocar (a la) niño (a) para que aprenda a introducir pezón – areolar correctamente dentro de su boca. El amamantamiento ayudara a estirar el pezón.

Los pezones invertidos son pocos comunes y se puede hacer varias acciones prenatales y postnatales para facilitar la lactancia.

Recuerde que es más importante la proctatilidad que la forma del pezón, la mayor parte de la areola. Exciten algunos consejos que se puede recomendara la madre tal y como:



Hacer uso del brassier con agujero en la punta de la copa a fin de que al ejercer presión el pezón salga, o bien el uso de pezoneras.

Otras medidas es el uso de la jeringa invertida o ejercicios.

Entre las postnatales se puede utilizar las siguientes:

- Estimulación de los pezones antes de amamantar.
- Uso del extractor de leche antes de amamantar.
- Dar el pecho lo más pronto posible después del parto.
- Sentarse de lado, apoyada en los antebrazos.
- Evitar el uso de mamilas y consoladores.
- Succión del compañero.

Si resulta imposible que el niño (a) mame, se debe extraer la leche y darle al niño con vaso o cuchara. Este procedimiento será una medida temporal mientras el (la) niño (a) logra a complacer al pecho.

### **Grieta del pezón:**

Si un (a) niño (a) succiona en mala posición y agarra mal el pecho, la piel del pezón se puede dañar y entonces puede aparecer una fisura o grieta.

Si la grieta es leve se corrige solo con utilizar la técnica adecuada de amamantamiento, de modo que el pezón y la areola queden dentro de la boca del (de la) niño (a).

No deben usarse crema cicatrizante ya que solo mantienen la humedad y retardan la curación.



Después de cada mamada se debe cubrir la areola y el pezón con leche materna y dejarla secar el aire o exponerlos al sol o al calor seco por algunos minutos.

Si la grieta es extensa y dolorosa se deben probar distintas posiciones del (de la) niño (a) al mamar, como por ejemplo el (la) niño (a) sentado frente a la madre. No se recomienda distanciar las mamadas.

Si aun usando la técnica correcta, la grieta se abre al amamantar, se debe extraer manualmente toda la leche cada 3-4 horas y darla al (a la) niño (a) con taza o cuchara por un periodo de 24 – 48 horas.

En las grietas que no se curan se debe sospechar la sobre infección o succión disfuncional, por lo que es importante examinar la boca y succión del (de la) niño(a). Toda madre con grieta debe ser controlada periódicamente hasta resolver el problema, ya que puede complicarse con una mastitis.

#### **Dolor al amamantar:**

La causa mas frecuente de dolor en los pezones es el mal acoplado de la boca –pecho al mamar. Si el (la) niño (a) introduce en su boca solo el pezón y no la areola, la presión de las encías y la tracción del pezón produce dolor. La succión disfuncional (disfunción motora oral) puede producir dolor aun con la buena posición de amamantamiento.

Otra causa del dolor es la infección de la piel del pezón y/o areola, siendo la micosis la más frecuente. El personal debe tratar de encontrar la causa. Por ejemplo valorar además cuanto tiempo el (la) bebé pasa amamantándose. En ocasiones pasa por periodos muy prolongados, más de media hora y la madre no se toma el tiempo suficiente para descansar.



El dolor interfiere con el mecanismo de eyección de la leche. Esto provoca que el (la) niño(a) no reciba suficiente leche para mamar, manifestándose con inquietud y llanto. La madre se angustia inhibiéndose aun más la eyección de la leche provocando un círculo vicioso que lleva al fracaso de la lactancia.

### **Congestión mamaria:**

Es la retención de leche producida por vaciamiento infrecuente y/o insuficiente de las mamas. La congestión puede ser primaria o secundaria. La congestión primaria se manifiesta en que ambas mamas están aumentadas de tamaño, duras y sensibles, pero de las cuales se puede extraer la leche. Se produce por mamadas infrecuentes o insuficientes.

La congestión mamaria se previene utilizando una buena técnica y amamantamiento frecuente. El tratamiento consiste en un vaciamiento efectivo, hecho idealmente por el (la) niño(a). Si la congestión compromete la areola, e (la) niño(a) no siempre será capaz de introducir en su boca. En este caso se debe extraer la leche manualmente hasta ablandar la zona de la areola para que el (la) niño(a) pueda mamar efectivamente.

En la congestión secundaria, además de la acumulación de leche, se presenta edema de la mama, en casos extremos lleva a obstruir los conductos, impidiendo la salida de la leche. Las mamas se encuentran muy duras, dolorosas, calientes y en algunas ocasiones enrojecidas. El manejo incluye el uso de analgésicos, compresas frías y la extracción manual o mecánica frecuente. El cuadro cederá al disminuir el edema, permitiendo que la leche fluya nuevamente. Para vaciar la mama es conveniente estimular previamente la areola y el pezón para desencadenar el reflejo de eyección y luego extraer manualmente o por amamantamiento del (de la) niño(a). La congestión secundaria demora dos o tres días en desaparecer y puede ocasionar daño en el epitelio alveolar.



### **Micosis mamaria:**

Es una infección de la zona del pezón y de la areola producida por el hongo *Monilia* o *Candida albicans* (candidiasis o moniliasis). Es conocida como algodoncillo, mugget. Se manifiesta por las manchas blancas dentro de la boca del bebe. En casos severos, en la madre, puede llegar a comprometer los conductos mamarios. El síntoma más característico es el dolor quemante y persistente en los pezones y la areola. Los que se ven levemente hinchados y de un color rosado violáceo (platinado) que contrasta con el color oscuro que tenía antes de infectarse. La micosis mamaria puede manifestarse únicamente con la lesión de la piel, sin otra sintomatología, o llegar a producir un dolor muy intenso, quemante y punzante, durante y después de la mamada.

Frente a cualquier sospecha de micosis o presencia de gusanillos en el (la) niño(a) se debe tratar a ambos con antimicóticos locales aplicados en la boca del (de la) niño(a) y en el pezón y areola de ambos pechos después de cada mamada, por lo menos durante 10 días. Indique a la madre no suspender el amamantamiento. El antimicótico de elección en estos casos suele ser la Nistatina. Se debe tener presente que todo objeto que haya estado en contacto con el hongo está contaminado y puede ser fuente de infección (chupetes, juguetes, dedos del (de la) niño(a), ropa de la madre, etc.)

### **Mastitis:**

Es un proceso infeccioso del tejido que rodea al lóbulo mamario, cuya puerta de entrada más frecuente son las grietas del pezón. Se caracteriza por dolor, congestión y enrojecimiento localizado, generalmente unilateral. Con frecuencia acompañado de gran malestar general, fiebre y escalofrío. En el manejo de la mastitis, el objetivo es detener la infección antes de que evolucione hacia el absceso mamario, siendo mayor el riesgo de abscedarse en las mamas que dejan de amamantar.



El tratamiento incluye:

1. No dejar de amamantar.
2. Reposo en cama por 24 - 48 horas (la madre necesita reposo, no la mama).
3. Analgésicos o anti-inflamatorios (acetaminofen).
4. Líquidos abundantes para satisfacer su sed.
5. Vaciamiento frecuente de la mama, sin que este contraindicando que el (la) niño(a) continúe mamando, pues la infección esta en el tejido extraglandular.
6. Antibióticos por lo menos durante 10 – 14 días (Dicloxacilina).

### **Absceso mamario:**

Si no se soluciona el problema causado por la obstrucción de los conductos, o una mastitis mal tratada este puede evolucionar a un absceso. Este se presenta como una hinchazón dolorosa, caliente que la palparla se siente como si estuviese llena de liquido.

Se debe tener en cuenta que: Cuando se produce una inflamación en cualquier parte del cuerpo, es necesario que el cuerpo descanse para que disminuya la inflamación. Sin embargo, con la inflamación en el pecho o sin ella, el pecho lactante debe ser evacuado permanentemente, ya sea por el (la) niño(a) o mediante extracción manual, para evitar mas problemas.

### **Cirugía mamaria previa**

Muchas veces las mujeres que han tenido este tipo de cirugía tendrán dificultades para mantener una adecuada producción de leche. Se recomienda amamantar lo mas frecuente posible y extraer manualmente después de la mamada para incrementar el estímulo y la producción. La producción de leche esta en dependencia de la cantidad de tejido glandular que haya sido removido durante la cirugía.



En este caso además para aconsejar el amamantamiento, debemos tener la certeza de que hay permeabilidad de los conductos y que no existe obstrucción que pueda llevar a la mujer a una congestión mamaria severa. Por lo tanto es importante durante la evaluación de control prenatal valorar la salida de calostro.

(1)



## DISEÑO METODOLOGICO

---

- **TIPO DE ESTUDIO.**

Analítico de casos y controles no pareado.

- **DEFINICIÓN DE CASO Y CONTROL.**

**Caso:** Niños que no se les brindo lactancia materna de forma exclusiva en sus primeros seis meses de edad. Se estudiaron un total de 100 niños. Estos 100 casos fueron captados en el Programa de Vigilancia Promoción de Crecimiento y Desarrollo que se presentaron en el periodo de estudio a realizarse su tercer control con 6 meses cumplidos (que llegaban a aplicación de tercera dosis de vacuna pentavalente).

Estos 100 niños fueron el total que cumplían con nuestra definición que se presentaron en el periodo de estudio.

**Control:** Niños que se les brindo lactancia materna exclusiva en sus primeros seis meses de edad. Se estudiaron un total de 100 niños para hacer una relación de 1:1. Estos fueron seleccionados de forma aleatoria. De los niños que acudieron al Programa de Vigilancia Promoción de Crecimiento y Desarrollo que se presentaron en el periodo de estudio a realizarse su tercer control con 6 meses cumplidos (que llegaban a aplicación de tercera dosis de vacuna pentavalente)



- **AREA DE ESTUDIO**

El estudio se realizó en el centro de salud Villa 15 de Julio en el Territorio Villa 15 de Julio ubicado a 33 Kilómetros sobre la carretera a Guasaule, Chinandega el cual atiende una población de 21,752 habitantes entre el área rural y urbana.

- **PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

Para la recolección de la información de nuestros casos y controles se visito el área donde se lleva a cabo el Programa de Vigilancia Promoción de Crecimiento y Desarrollo de niños donde fueron captados los pacientes que cumplían con nuestra definición de caso y se selecciono un control para cada caso respectivamente a los cuales se les aplicó un formulario diseñado que contenía las variables objeto del estudio (ver ficha de recolección de datos, anexo N° 1).

- **PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN.**

Para el procesamiento y análisis de los datos, estos fueron introducidos en una base de datos y posteriormente analizados en el paquete estadístico SPSS versión 10.0.

Los resultados se presentan en tablas y/o gráficos. Para la determinación de la asociación con los factores en estudio se hace uso de **ODDS RATIOS** y su intervalo de confianza al 95% y el valor P de la prueba de Chi Cuadrado.

- **ASPECTOS ÉTICOS.**

La información obtenida de los pacientes fue utilizada únicamente con fines de estudio, no siendo divulgada la identidad de las pacientes.

Para el llenado de la ficha de recolección de datos se solicitó el consentimiento a las madres de a dichos pacientes.



• OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

Variables	Concepto	Escala
<b>Sociodemográficas</b>		
Edad Materna	Edad biológica de la madre al momento de la entrevista	< de 15 años 16 ~ 19 años 20 ~ 35 años 36 ~ a más
Procedencia	Lugar donde habita la madre entrevistada	Urbano Rural
Escolaridad	Nivel académico alcanzado por la madre al momento de la entrevista	Analfabeta Alfabetizado Primaria Secundaria Superior
Estado conyugal	Estado marital que refiere la pareja al momento de la entrevista	Soltera Unión estable casada
<b>Factores</b>		
Embarazo en la adolescencia	Madre con embarazo antes de los 19 años.	Si No
Procedencia de área urbana	Si la madre habita en área urbana	Si No
No apoyo de familia y cónyuge	Madre que refiere no cuenta con apoyo de la familia y cónyuge para dar lactancia materna.	Si No
Promoción de la alimentación artificial	Madres que refiere que la promoción de medios de comunicación influyo en el abandono de la lactancia materna	Si No
Falta de consejería de Lactancia materna exclusiva	Madre que refieren no haber recibido información sobre lactancia materna exclusiva por profesionales de salud.	Si No
Desconocimiento de importancia.	Madres que refieren desconocer la importancia de la lactancia materna.	Si No
Miedo que se afecte la figura y la forma del seno.	Madre que abandonan la lactancia materna por miedo a que se pierda su figura estética y atracción física.	Si No
Madre trabajadora	Madres que durante los primeros seis meses posteriores al parto abandonan la lactancia materna por su desempeño laboral	Si No
Enfermedades maternas	Madres que abandonaron la lactancia materna por haber presentado alguna afección.	Si No



## RESULTADOS

En el estudio realizado de los cien casos se encontró treinta y dos madres menores de 15 años equivalente al 32 % , cuarenta y dos madres entre las edades de 16-19 años que corresponden aun 42 % , veintiuna madre entre 20-35 años el cual corresponde al 21 % y cinco madres con mas de 36 años que corresponde al 5% . Dentro de los controles se encontró a quince madres menores de 15 años que corresponde al 15%, treinta y seis madres entre 16-19 años que corresponde al 36 % , cuarenta madres entre 20-35 años equivalente al 40% y nueve madres con mas de 36 años correspondiente al 9 % encontrándose dentro de los casos una edad promedio de 19.4 años y en los controles una edad promedio de 21.7 años.

Ver tabla No.1.

Dentro de la escolaridad de la población en estudios se encontró en los casos a 18 madres analfabeta correspondiendo aun 18 % ,22 madres alfabetizadas correspondiente al 22%, 35 madres con escolaridad primaria y que corresponde al 35%, 21 madre con escolaridad secundaria que equivale al 21% y 4 madres con escolaridad superior que corresponde al 4 % de los casos. En los controles encontramos 20 madres analfabeta que corresponde al 20%, 25 madres alfabetizadas que corresponde al 25%, 40 madres con escolaridad primaria que corresponde al 40%, 13 madres con escolaridad secundaria que equivale al 13% y dos madres con escolaridad secundaria que corresponden al 2 % de los controles. Tanto en los casos como en los controles prevalece el nivel escolar de primaria. Ver tabla 2.

En el estado conyugal dentro de los cien casos se encontró a cuarenta madres solteras que corresponde al 40 % , treinta cinco madres con unión estable que equivale al 5% y cinco madres con estado civil casada que corresponde al 5 % de los casos. De los cien controles encontramos a dieciocho madres con estado civil soltera que corresponde al 18%, cincuenta y ocho madres en unión estable que



equivale al 58% y veinticuatro madres con estado civil casada que corresponde al 24% de los controles.

El estado conyugal que prevaleció en los casos fue las madres solteras, en cambio en los controles las que prevalecen fueron las de unión estable. Ver tabla 3.

El factor de riesgo falta de consejería de lactancia materna exclusiva dentro de los cien casos se encontró que 67 madres no habían recibido consejería y 33 madres si recibieron, dentro de los 100 controles 12 madres no habían recibido consejería sobre Lactancia materna Exclusiva y 88 madres si habían recibido consejería. Mostrando mayor valor de asociación con un OR de 14.8 con un intervalo de confianza al 95% entre 7.152 ~ 30.993. En la variable madre trabajadora encontramos a 68 madres que si trabajaban dentro de los 100 casos y 32 madres que no trabajaban. Dentro de los 100 controles encontramos a 18 madres que si trabajaban y 82 madres que no trabajaban, mostrando mayor valor de asociación con un OR de 9.6 con un intervalo de confianza al 95% entre 4.999~18.747. En la variable no apoyo de familia y conyugue dentro de los 100 casos encontramos que 70 madres si recibieron apoyo familiar y 30 de ellas no recibieron ningún tipo de apoyo. En los 100 controles se encontró que 20 madres si recibieron apoyo de familia y conyugue y 80 de ellas no recibieron ningún apoyo mostrando mayor valor de asociación con un OR de 9.3, con un intervalo de confianza de 95% de 4.870 ~ 17.886. En la variable miedo a que se afecte la figura y la forma del seno se encontró entre los 100 casos que 72 madres si tenían este tipo de miedo y 28 de las madres no, dentro de los 100 controles se encontró que 25 madres si tenían este miedo y 75 no tenían miedo a que se le afecte la figura y la forma del seno, mostrando mayor valor de asociación con un OR de 7.7 con un intervalo de confianza al 95% entre 4.113 ~ 14.467. En la variable desconocimiento de la importancia de la Lactancia materna en los 100 casos se encontró que 70 madres si tenían este tipo de desconocimiento y 30 de ellas no, en los 100 controles se encontré que 28 de ellas si tenían este desconocimiento y 75 de ellas no, mostrando mayor valor de asociación con un OR de 6.0 con un intervalo de confianza al 95% entre 3.256 ~ 11.055.



Ver tabla 4.

En la variable procedencia del área urbana dentro de los 100 casos se encontró que 72 madres eran del área urbana y 28 madres eran del área rural, en los 100 controles se encontró 42 madres del área urbana y 58 madres del área rural mostrando mayor valor de asociación con un OR de 3.5 con un intervalo de confianza al 95% entre 1.968 ~ 6.407. En la variable promoción de la alimentación artificial entre los 100 casos se encontró que 28 de las madres si tuvieron acceso a este tipo de promoción y 72 madres no habían tenido acceso a este tipo de promoción, dentro de los 100 controles 10 madres tuvieron acceso a la promoción de la alimentación artificial por medio de medio de comunicación y 90 de ellas no tuvieron este acceso, mostrando mayor valor de asociación con un OR de 3.5 con un intervalo de confianza al 95% 1.595 ~ 7.679. En la variable embarazo en la adolescencia en los 100 casos se encontró que 74 de las madres si habían tenido embarazo en su adolescencia y 26 de ellas no, en los 100 controles 59madres si habían tenido embarazo en su adolescencia y 41 no mostrando mayor valor de asociación con un OR de 1.9 con un intervalo de confianza al 95% de 1.87 ~ 3.599. En la variable enfermedades materna entre los 100 casos se encontró que 29 madres si habían tenido enfermedad durante la lactancia y 71 de ellas no, en los 100 controles se encontró que 22 de ellas se habían tenido enfermedades durante la lactancia y 78 madres no habían tenido ninguna enfermedad mostrando mayor valor de asociación con un OR de 1.4 con un intervalo de confianza al 95% de 0.763 ~ 2.748. Ver tabla 5.



## **DISCUSION**

---

En el presente estudio en cuanto a la edad de las madres entrevistadas observamos que las madres adolescentes tienden a abandonar la lactancia materna exclusiva con respecto a las madres de mayor edad, ya que en nuestros casos observamos un predominio de las mismas (64% de casos); esto debido a que las madres jóvenes no poseen buenos conocimientos sobre lactancia materna exclusiva ni experiencia sobre la misma por lo cual concluyen la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses de edad correspondiendo a lo que refiere Dra. Maritza Valdivia en su estudio Lactancia materna en madres con parto institucional en Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales A. León-Nicaragua. Octubre-Diciembre 1998 (15).

En cuanto a la escolaridad de las madres entrevistadas observamos que nuestros casos son más altos en nivel de escolaridad con respecto a nuestros controles. El 25% de los casos cuenta con estudios de secundaria o superior y en los controles un 15%, las madres con mayor nivel escolar están más expuestas a la influencia de los medios de comunicación en la promoción de lactancia artificial y a tener un trabajo fuera de casa con respecto a las madres de bajo nivel escolar las cuales en su mayoría permanecen en casa ofertando más lactancia.

Con respecto al estado conyugal se puede observar un mayor número de madres solteras con respecto a nuestros controles (40% y 18% respectivamente). Esto favorece al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva ya que probablemente las madres solteras no cuentan con un apoyo de pareja y familiar tanto en lo moral, económico y social y tienen que buscar un trabajo fuera de casa para lograr su subsistencia privando a sus hijos de la lactancia materna.



Encontramos que todos los factores que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva estudiados en presente trabajo de investigación mostraron relación y casi todos mostraron significancia estadística, 8 de 9 factores.

De estos factores la falta de consejería sobre lactancia materna exclusiva por parte del profesional de salud fue la que mostró mayor valor de asociación con un OR de 14.8 con un intervalo de confianza al 95% entre 7.152 ~ 30.993 siendo este uno de los más importantes factores mostrados ya que al no brindar la consejería las madres desconocen de la importancia de la misma y crean muchas concepciones equivocadas sobre la leche materna por ejemplo que la misma no es un buen alimento para el bebé o que no lo satisface por completo iniciando así la ablactación precoz.

Las madres trabajadoras fue el segundo factor de importancia en nuestro estudio con un OR 9.6 y un IC 95% de 4.999 ~ 18.747 para el abandono de la lactancia materna exclusiva, factor de importancia debido a que las madres que trabajan lo hacen fuera de casa lo que dificulta la realización de la lactancia materna exclusiva con respecto a las madres que son ama de casa donde la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en estas últimas es mayor.

El no apoyo de la familia y el cónyuge demostró ser otro factor de importancia en nuestro estudio OR 9.3 y un IC 95% entre 4.870 ~ 17.886 esto es debido a que las madres que no reciben apoyo de su familia y cónyuge tienen que salir de casa para buscar un medio de subsistencia son en su mayoría madres trabajadoras y tienen que realizar todas las actividades de sus hogares lo que no les permite dar una lactancia exclusiva.

El miedo de que la lactancia materna afecte la figura y forma del seno por parte de las madres demostró ser un factor de mucha importancia en el abandono



de la lactancia materna exclusiva en nuestro estudio OR 7.7 y un IC 95% entre 4.113 ~ 14.467 ya que ha como se describe en la literatura los senos se han utilizado como un objeto sexual a través del cual se comercializa el cuerpo de la mujer a tal grado que nos resulta más fácil aceptar un seno sin sostén que ver a una mujer con un seno amamantando, y por no concebirlo hasta lo censuramos. (12)

El desconocimiento de la importancia de la lactancia materna exclusiva demostró un OR de 6.0 y un IC 95% entre 3.256 ~ 11.055 esto se puede relacionar con la falta de conserjería por parte del personal de salud que fue el factor de mayor riesgo de asociación en nuestro estudio, y se relaciona con otros estudios donde los resultados muestran que las madres no conocen aspectos esenciales sobre este tema. (17)

La procedencia de área urbana mostró un OR de 3.5 para el abandono de la lactancia materna exclusiva esto debido a que las madres de área urbana están mas expuestas a la promoción de la lactancia artificial por los medios de comunicación y poseen mayor acceso a la misma. Además que las madres de origen urbano son también madres con trabajo fuera de casa lo que dificulta la lactancia materna exclusiva.

La promoción de la alimentación artificial mostró un OR de 3.5 para el abandono de la lactancia materna exclusiva lo que determina que la influencia de los medios en la promoción de la misma es importante y colocan a las formulas lácteas como mejor alimento para los bebés.

La enfermedades maternas aunque mostró un OR de 1.4 no logro demostrar significancia estadística en el presente estudio.



## **CONCLUSIONES**

---

- El mayor número de casos de abandono de lactancia materna exclusiva corresponden a madres solteras adolescentes.
  
- En nuestro estudio se encontraron como factores que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva:
  - Falta de consejería de Lactancia Materna Exclusiva,
  - Madre trabajadora
  - No apoyo de familia y cónyuge
  - Miedo a que se afecte la figura y la forma del seno.
  - Desconocimiento de importancia.
  - Procedencia de área urbana
  - Promoción de la alimentación artificial
  - Embarazo en la adolescencia.
  - Enfermedades maternas.
  
- El factor de riesgo de mayor fuerza de asociación encontrado en nuestro estudio fue la falta de consejería de Lactancia materna exclusiva.



## **RECOMENDACIONES**

---

- 1) Brindar educación comunitaria a las mujeres adolescentes y adultas jóvenes, para ampliar y mejorar la información sobre lactancia materna.
- 2) Ampliar los métodos de la educación que se brindan en los puestos y centros de salud, con medios audiovisuales, rota folios, afiches, pápeles grafos y videos, documentales sobre la lactancia materna exclusiva, y establecer un horario para tal fin, por los profesionales de salud (principalmente médicos).
- 3) Promover la lactancia materna exclusiva en los centros laborales y educacionales.
- 4) Realizar trabajos de terreno continuo a nivel rural para promover y fomentar la Lactancia Materna exclusiva en la mayoría de las madres.
- 5) Brindar orientación a las madres en relación a las técnicas de amamantamiento, al igual que la introducción de alimentación complementaria a una edad adecuada.
- 6) Capacitar el mayor número de madres con talleres continuos sobre la importancia de la lactancia materna, y los riesgos de utilizar sucedáneos de la leche materna, como también mejorar dichas prácticas.



## **BIBLIOGRAFIA**

---

1. OMS. Cantidad y calidad de la leche materna Informe sobre el estudio en colaboración de la OMS acerca de la lactancia natural, Ginebra, 1985.
2. Pierre – E. Mandl, Alimentación al pecho materno, primera edición en español, 1983. – Pax México – 1434.
3. Secretaria de Salud. Dirección general de Salud Reproductiva. Ventajas de la Lactancia Materna. Manual de Lactancia Materna para el primer nivel de atención. México, DF .SSA, 1997.
4. Lawrence RA. La lactancia materna una guía para la profesión Medica 1996. Mosby / Doyma, libros, S.A. Iberoamericana Madrid- España.
5. UNICEF: La Lactancia Materna en Nicaragua. Mucho se ha hecho, mucho queda por hacer. Managua 1997.
6. UNICEF. Saavedra Ligia. Manual de Lactancia Materna para atención primaria. Managua- Nicaragua. 1999:9-10.
7. Meneghello R. Julio. 4ta Edición, 1er tomo. Pediatría de Meneghello. Santiago Chile.
8. Lars, p, Stig W. Toruño, A. et al. Documento del seminario sobre EPIDEMIOLOGIA Y METODOLOGIA DE INVESTIGACIONES DE COMUNIDADES, Matagalpa, Nicaragua, 12-17 Diciembre/ 1998, UNAN-León, MINSA RIII.
9. Malespin Y; Medal, R; Meléndez, J. Conocimientos sobre lactancia materna y practicas de amamantamiento y destete de la población materna del municipio de León, Julio ~ Agosto 1996.
10. Shawky S. Abalkail B. Maternal Associated with the duration of breast feeding in Yeddah, Saudi. Arabia Pediatric and Perinatal Epidemiology 2003, Pag. 91-96.



- 11.V. Valdez, A. Pérez, M: Labbok, Lactancia para la madre y el niño. Publicaciones técnicas mediterráneas Ltda. Santiago de Chile 1994, pag 41 – 50.
12. Adriano Callado, Prevalencia y duración de la lactancia materna en León, informes estadísticos regionales del MINSA, Series cronológicas de la oficina de estadística de producción, DINEI – MINSA, 1990.
13. Perez-Escamilla R. Breastfeeding and the nutritional transition in Latin America and Caribbean, Cad. Saudi Publica, Rio de Janeiro 19 (sup.) 1993.
14. Behrman RF, Vanhan VC. Tratado de pediatría Nelson tomo I, marzo 1992 INTERAMERICANA-MC-GRAW-Hill 13 ava Edicion: Mexico, DF, 130-135.
15. Tesis Maritza Valdivia Gonzáles. Lactancia materna en madres con parto institucional en Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales A. León-Nicaragua. Octubre-Diciembre 1998.
16. Lactancia Materna Exclusiva. Monografía. Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. UNAM.
17. Schallorn HC, Valdez V. Lactancia Materna contenidos técnicos para profesionales de la salud. 1995. Santiago de Chile. Universidad Católica de Chile. MINSA- UNICEF.



# ANEXOS

---



## FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN VILLA 15 DE JULIO, CHINANDEGA EN EL PERIODO DE FEBRERO – ABRIL DEL 2007.

Tipo: (    )      1) Caso      2) Control

### I. Características sociodemográficas de madres de la muestra en estudio.

a) Edad Materna (    )

b) Procedencia (    )

- 1) Urbano
- 2) Rural

c) Escolaridad (    )

- 1) Analfabeta
- 2) Alfabetizada
- 3) Primaria
- 4) Secundaria
- 5) Superior

d) Estado conyugal (    )

- 1) Soltera
- 2) Unión estable
- 3) Casada

### II. Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva.

Embarazo en la adolescencia (    ) 1.Si 2.No.

¿Recibe usted apoyo de familia y cónyuge para dar Lactancia materna?  
(    ) 1.Si 2.No.

¿Conoce sobre Promoción de la alimentación artificial? (    ) 1.Si 2.No.

¿Ha recibido consejería sobre Lactancia materna exclusiva?  
(    ) 1.Si 2.No.

¿Conoce usted la importancia de la lactancia materna Exclusiva?  
(    ) 1.Si 2.No

¿Tiene Miedo que la lactancia materna le afecte su figura y la forma del seno?  
(    ) 1.Si 2.No.

¿Usted trabaja? (    ) 1.Si 2.No.

Enfermedades maternas (    ) 1.Si 2.No.



**Tabla 1. Edades de la población de estudio.**

Variable	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
<b>Edad Materna</b>				
< de 15 años	32	32	15	15
16 ~ 19 años	42	42	36	36
20 ~ 35 años	21	21	40	40
36 ~ a más	5	5	9	9
Promedio	19.4	19.4	21.7	21.7
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



**Tabla 2. Escolaridad de la población de estudio.**

Variable	Casos		Controles	
	No.	%	No.	No.
<b>Escolaridad</b>				
Analfabeta	18	18	20	20
Alfabetizado	22	22	25	25
Primaria	35	35	40	40
Secundaria	21	21	13	13
Superior	4	4	2	2
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



**Tabla 3. Estado conyugal de la población de estudio.**

<b>Variable</b>	<b>Casos</b>		<b>Controles</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>No.</b>
<b>Estado conyugal</b>				
Soltera	40	40	18	18
Unión estable	35	35	58	58
Casada	5	5	24	24
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



**Tabla 4. Factores de mayor asociación para el abandono de la lactancia materna exclusiva**

Factor de riesgo	Casos (n=100)	Control (n=100)	OR	IC 95%	P*
<b>Falta de consejería de Lactancia materna exclusiva</b>					
Si	67	12	14.8	7.152 ~ 30.993	<0.05
No	33	88			
<b>Madre trabajadora</b>					
Si	68	18	9.6	4.999 ~ 18.747	<0.05
No	32	82			
<b>No apoyo de familia y cónyuge</b>					
Si	70	20	9.3	4.870 ~ 17.886	<0.05
No	30	80			
<b>Miedo a que se afecte la figura y la forma del seno.</b>					
Si	72	25	7.7	4.113 ~ 14.467	<0.05
No	28	75			
<b>Desconocimiento de importancia.</b>					
Si	70	28	6.0	3.256 ~ 11.055	<0.05
No	30	72			



**Tabla 5. Factores de menor asociación para el abandono de la lactancia materna exclusiva**

Factor de riesgo	Casos (n=100)	Control (n=100)	OR	IC 95%	P*
<b>Procedencia de área urbana</b>					
Si	72	42	3.5	1.968 ~ 6.407	<0.05
No	28	58			
<b>Promoción de la alimentación artificial</b>					
Si	28	10	3.5	1.595 ~ 7.679	<0.05
No	72	90			
<b>Embarazo en la adolescencia.</b>					
Si	74	59	1.9	1.087 ~ 3.599	<0.05
No	26	41			
<b>Enfermedades maternas</b>					
Si	29	22	1.4	0.763 ~ 2.748	>0.05
No	71	78			