



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
ESCUELA DE POSGRADO

FACTORES SOCIOCULTURALES QUE
INFLUYEN EN EL ABANDONO DE LA
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA
ANTES DE LOS SEIS MESES EN
MUJERES DEL DISTRITO DE PIURA

TESIS PARA OPTAR
EL GRADO DE MAESTRO EN SALUD
PÚBLICA Y SALUD GLOBAL
MARIA LUISA VASQUEZ ATOCHE

LIMA – PERÚ

2018

ASESOR

Dr. Elmer Alejandro Llanos Cuentas

A mis padres y a mi hija, quienes me
inspiran en cada momento de mi vida

Un agradecimiento a mi asesor por
su exigencia e interés en la calidad
del trabajo.

INDICE

	Pág.
Resumen	
I.Introducción	1
II. Planteamiento de la Investigación	3
II.1. Planteamiento del problema	3
II.2. Marco teórico	5
II.3. Justificación de la investigación	16
III. Objetivos	18
IV. Materiales y Métodos	19
IV.1. Diseño del estudio	19
IV.2. Población	20
IV.3. Muestra	21
IV.4. Criterios de selección	26
IV.5. Variables	26
IV. 6. Instrumentos	33
IV.7. Técnicas y procedimientos de recolección de datos	34
IV.8. Plan de análisis	35
V. Resultados	37
VI. Discusión	70
VII. Conclusiones	80
VIII. Recomendaciones	83
IX. Referencias bibliográficas	87
Anexos	

**FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO
DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA ANTES DE LOS SEIS
MESES EN MUJERES DEL DISTRITO DE PIURA**

RESUMEN

Se realizó un estudio transversal y retrospectivo, con el objetivo de determinar los factores socioculturales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva antes de que el bebé cumpla seis meses, en mujeres del Distrito de Piura. Para tal fin, se realizó una encuesta a 169 madres que acudieron a los establecimientos de salud públicos en busca de atención para sus niños de 6 a 8 meses de edad. También se realizó entrevistas en profundidad a madres con diferentes tipos de ocupación y grupos focales a mujeres residentes en zonas rurales, urbanas y urbano – marginales. Mediante regresión logística se pudo determinar que el abandono de la lactancia materna está asociado a la insuficiente producción de leche referida por la madre ($p=0.001$, $OR=36.401$), llanto del niño/a ($p=0.24$, $OR=6.914$), trabajar como profesional o ser estudiante ($p=0.001$, $OR=6.199$) e inicio de la lactancia materna después de la primera hora del nacimiento ($p=0.002$, $OR=3.870$). El estudio cualitativo permitió conocer algunas deficiencias en la atención de los profesionales de la salud, por lo cual, es necesario mayor capacitación y supervisión para asegurar la adecuada consejería a las madres y sus familias, para satisfacer sus necesidades y las del lactante.

Palabras clave: Lactancia materna exclusiva, abandono, factores, insuficiente leche.

SUMMARY

A retrospective, cross-sectional study was carried out to determine sociocultural factors that influence the abandonment of exclusive breastfeeding before the baby is six months years old, in mothers of the Piura District, (2014 – 2016). To this end, a survey was applied to 169 mothers who went to the public health facilities, with their children of 6 – 8 months old. Also, in depth interviews were made to mothers with different types of jobs and focus groups with women living in rural, urban or peri - urban areas. Logistic regression showed that the abandonment of breastfeeding was associated with the insufficient production of breast milk referred to by the mother ($p = 0.001$, OR = 36.401), child crying ($p = 0.24$, OR = 6.914), professional work or studies ($p = 0.001$, OR = 6.199) and initiation of breastfeeding after the first hour of birth ($p = 0.002$, OR = 3,870). The qualitative study allowed us to learn more about some deficiencies in the attention of the health professionals, reason why, more training and supervision is necessary to assure the adequate counseling to the mothers and their families, to satisfy their needs and those of the infant.

Key words: Exclusive breastfeeding, abandonment, factors, insufficient milk.

I. INTRODUCCION

Cada año mueren 1.3 millones de niños debido a la práctica inadecuada del amamantamiento exclusivo y otros 600,000 niños fallecen porque no se continúa con el amamantamiento complementado con alimentos adecuados; además se calcula que un tercio de los casos de desnutrición se deben a la alimentación inadecuada durante los primeros años de vida.¹

La leche materna es el alimento más completo para los infantes por su contenido de nutrientes que les aseguran un normal crecimiento y desarrollo. La Organización Mundial de la Salud recomienda a las madres la lactancia materna exclusiva para los niños menores de 6 meses, sobre la base de evidencias científicas; las ventajas incluyen una disminución del riesgo de infecciones intestinales en los niños, pérdida de peso más rápida para la madre después del parto y retraso en el retorno de sus periodos menstruales.²

En el Perú, según la ENDES 2013³, el 72,3% de niñas y niños menores de seis meses de edad tuvieron lactancia materna exclusiva; la ENDES 2016⁴, revela una disminución hasta 69.8%. La duración mediana de la lactancia exclusiva, de acuerdo con la ENDES 2013³, fue de 4.4 meses no registrándose diferencia con el promedio de duración del año 2009, pero en 2016⁴, la mediana bajó a 4.1 meses. En el Departamento de Piura, este promedio fue 4.2 meses, el año 2013³; y 4, el 2016⁴.

Pese a todas las ventajas de la lactancia materna, en los últimos años se constata una disminución de ésta y un incremento de la venta de los denominados sucedáneos de la leche, perdiéndose una valiosa oportunidad para brindar un alimento altamente nutritivo y natural para los infantes. Ello también sugeriría la poca eficacia de las estrategias del sector salud en la promoción de la lactancia materna. Por otro lado, este cambio de conducta también afectaría la economía familiar, dado los altos costos de los sucedáneos de la leche.

Es por estas razones, que en este estudio se propuso conocer los factores socio - culturales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses, lo cual permitirá plantear recomendaciones a los tomadores de decisiones y académicos, sobre el abordaje de este problema.

II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

II.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Perú, según la ENDES 2016⁴, el 69,8% de niñas y niños menores de seis meses de edad tuvieron lactancia materna exclusiva. La mediana de la duración de la lactancia exclusiva fue de 4.1 meses; se observa una disminución con relación al promedio de duración registrado en 2013³. En el departamento de Piura, este promedio es de 4 meses, el año 2016. Esta situación plantea la necesidad de promover la lactancia materna hasta los 6 meses, pero los esfuerzos estatales parecen aún insuficientes, a diferencia de la promoción indiscriminada de los sucedáneos de la leche materna o “fórmulas infantiles” por parte de los fabricantes y comercializadores, por lo cual, urge una adecuada respuesta del sector salud. Las llamadas fórmulas infantiles lideran el mercado farmacéutico así, IMS reporta que 3 sucedáneos de la leche encabezaron la lista de los 25 productos más vendidos en farmacias privadas en el año 2010 en el Perú. En dicha lista se encuentra un total de 11 sucedáneos de la leche y alimentos infantiles, los que fueron comercializados por un monto de 16 millones de dólares.⁵ También ese mismo año, el Ministerio de Salud realizó el monitoreo a 47 establecimientos de salud públicos y privados de Lima y cuatro regiones del país, mostrándose sobre todo la existencia, uso y prescripción de sucedáneos de la leche materna en los servicios de farmacia, neonatología, nutrición y pediatría, así como propaganda de los mismos, pese a las regulaciones del Reglamento de Alimentación Infantil, (Decreto Supremo N°009-2006-SA).⁶

En opinión de la Asesora Superior sobre Alimentación y Atención a los Lactantes y los Niños de Corta Edad del UNICEF “el problema principal no consiste en iniciar la lactancia materna, pues el 90% de las mujeres amamantan a sus hijos al nacer, el problema es la presión inmediata que reciben de la sociedad y del sector comercial para dejar de hacerlo.”²

Por ello, se plantea como pregunta de investigación ¿Cuáles son los factores socioculturales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses, por parte de las mujeres del Distrito de Piura?

II.2 MARCO TEÓRICO

Lactancia materna

La leche materna es el alimento natural por excelencia para los recién nacidos a término, durante los primeros meses de vida. Tiene las ventajas que siempre está disponible a la temperatura adecuada, no hay que dedicar tiempo para prepararla; además, es leche fresca y no está contaminada, por lo que usualmente no produce trastornos gastrointestinales.

Según Berhman, Kliegman y Jenson,⁸ los niños alimentados con leche materna, por lo menos hasta el cuarto mes, tienen menor incidencia de neumonías, bacteriemia y meningitis; asimismo menores probabilidades de enfermar de otitis media durante el primer año de vida.

Otras ventajas de la leche materna son: la alta concentración de inmunoglobulina A secretora que impide la adherencia de microorganismos a la mucosa intestinal, la presencia de factor de crecimiento epidérmico que ejerce un efecto protector contra las infecciones intestinales,⁹ así como, de complemento, lisozima y lactoferrina.⁸ Asimismo, la leche de la madre cuya dieta es adecuada y suficientemente equilibrada aportará los nutrientes necesarios, excepto, quizá, el flúor y, después de varios meses, la vitamina D. Uauy y Dangour¹⁰ afirman que la leche materna también es rica en ácidos grasos omega – 3.

También se ha señalado ventajas psicológicas de la lactancia materna, tanto para la madre, como para el hijo; la lactancia funciona como una experiencia satisfactoria para ambos”⁸.

El reconocimiento internacional de la lactancia materna como una manera inigualable de proveer alimentación para el crecimiento y desarrollo del niño, se dio en mayo de 1981, en la 34ta. Asamblea Mundial de la Salud que adoptó, mediante la Resolución 34.22, el Código Internacional de Sucedáneos de Leche Materna. Posteriormente, el Perú promulgó el Decreto Supremo N° 020-82-SA que aprueba el Reglamento de Alimentación Infantil, el cual fue actualizado en enero del 2005.⁶

ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

“Lactancia materna exclusiva significa que el/la lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o de una nodriza, o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún otro tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas y minerales o medicamentos”.¹¹ La Organización Mundial de la Salud y la UNICEF recomiendan lactancia materna exclusiva hasta los primeros seis meses de vida (180 días),¹¹

Por lo expuesto, en nuestro estudio, se considera abandono de la lactancia materna exclusiva cuando una madre que tiene esta práctica o personas de su entorno inician la administración de otros alimentos a su hijo/a menor de 6

meses, como reemplazo o complemento de su propia leche. Dichos alimentos pueden ser fórmulas infantiles, leche de vaca, infusiones y otros.

Según la ENDES 2016⁴, la mediana de la duración de la lactancia materna exclusiva fue 4.1 meses a nivel nacional y 4.0 para la Región Piura, valor inferior al 4.4 registrado por esta misma encuesta en el año 2013. Asimismo, el 43.6% de niñas y niños que nacieron en el Perú y el 51.7% de los nacidos en Piura, en los cinco años anteriores a la ENDES 2016, recibieron un alimento diferente a la leche materna antes de empezar a lactar. A nivel nacional el porcentaje se incrementó en 9.1 puntos porcentuales en comparación con el porcentaje del año 2012 que fue 34.5%.

Están reportados diversos factores asociados al abandono de la lactancia materna antes de los seis meses: (i) los relacionados con los conocimientos, información y creencias de las madres, (ii) los de tipo económico (trabajo fuera del hogar), (iii) los inherentes a las madres (enfermedades, insuficiencia percibida y baja producción de leche, preferencias) y (iv) los inherentes al niño (bajo peso y enfermedades infantiles). Respecto a estos factores, se ha revisado la literatura existente, encontrándose diversos estudios, los que se describen a continuación.

ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA ASOCIADA A CONOCIMIENTOS

Los resultados de los estudios son contradictorios, mientras algunos encuentran asociación entre los deficientes conocimientos o información y el abandono de la lactancia materna exclusiva, otros determinan que dicho abandono se produjo en madres con buen nivel de conocimientos o información. A continuación, se presenta algunos datos.

- Conocimientos e información deficientes sobre la lactancia materna exclusiva: En Lima, Vásquez, R¹² encontró que más de la mitad de las madres tenían un nivel de conocimientos medio o bajo sobre lactancia materna, mientras que Vilca¹³ encontró que la suspensión de la lactancia materna, antes del primer mes de vida, se asoció a la falta de información apropiada ($p=0.039$). En otros estudios en Cuba¹⁴ y México¹⁵ se encontró también bajo nivel de conocimientos sobre lactancia materna, entre las madres que la abandonaron. Otros autores como Camargo, F. y colaboradores,¹⁶ en Colombia y Martins y colaboradores,¹⁷ en Brasil, encontraron inadecuada información y orientación sobre la lactancia materna durante el periodo de hospitalización.
- Información adecuada y práctica de la lactancia materna exclusiva: Brasileiro y colaboradores¹⁸, compararon dos grupos: uno que recibió orientación y apoyo para la lactancia materna exclusiva y el otro que no lo recibió. Este último tuvo mayor probabilidad de suspender el amamantamiento antes del cuarto mes de lactancia en comparación con el primero. En

Honduras, Muñoz¹⁹ encontró que las madres, en su gran mayoría, habían recibido información sobre lactancia, por diversos medios, pero la mayor parte recordaba menos de 5 ventajas de la lactancia materna; pese a ello, la gran mayoría dio lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.

- Conocimientos e información de la madre y abandono de la lactancia materna exclusiva: en Tingo María, Lama²⁰ encontró una asociación entre haber recibido educación sobre la lactancia materna exclusiva (71% de las madres estudiadas) y su abandono temprano. En Cuba, Prendes y colaboradores²¹ encontraron que el 100% de las madres que abandonaron la lactancia materna, habían recibido información y asesoramiento sobre la lactancia materna durante el embarazo y puerperio. Otros dos estudios en Brasil revelan una tasa de lactancia materna exclusiva de 16% en madres de una comunidad de riesgo²², mientras que, entre adolescentes, solo el 51.4% dio lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses²³. En ambos casos, las madres fueron informadas por personal de salud
- Creencias y percepciones de las madres y abandono de la lactancia materna exclusiva: Vilca¹³, en un estudio prospectivo en el Hospital de Vitarte, Lima, también describe como causas de abandono de la lactancia razones idiosincrásicas de las madres (32%). En el mismo sentido, en Brasil, Silveira y colaboradores²⁴ reportan que, aunque las madres tenían el conocimiento adecuado, se quejaban de que “la leche materna no sustenta”, lo cual determinaba la introducción de alimentos complementarios antes de seis

meses. Además, las madres justificaban el destete con la necesidad de trabajar y con conocimientos empíricos adquiridos en el entorno cultural.

FACTORES DE TIPO ECONOMICO ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA

Estudios en la ciudad de Lima^{13,25}, encontraron abandono de la lactancia materna exclusiva por razones de trabajo, especialmente, en las que laboran más de cinco horas fuera de casa. En Brasil, Leone y Sadeck²⁶ concluyeron que el trabajo materno fuera de casa está asociado a la ausencia de lactancia materna exclusiva.

Otros factores relacionados con las condiciones laborales fueron encontrados en Brasil, por Brasileiro y colaboradores¹⁸, quienes concluyeron que tuvieron mayor probabilidad de suspender el amamantamiento las madres que no tenían intervalo de 30 minutos durante la jornada laboral (OR= 4,10 [IC95% 1,81; 9,26]). En México, Navarro y colaboradores¹⁵ hallaron que la falta de facilidades en el trabajo determinó que el 42.3% de las madres abandone temprano la lactancia materna, OR 1.99 (IC 95%: 1.12-3.56).

Pero no en todos los casos el abandono de la lactancia materna está ligado al trabajo de la madre; en Ecuador, Valdivieso y Chávez²⁷ encontraron que la prevalencia de lactancia materna exclusiva fue del 17% en niños de hasta 180 días, de ellas, el 67,6% de madres dijo no tener una razón válida para abandonar

la lactancia materna, el 81,3% de madres no tenían un trabajo remunerado y el 76% de madres dijo no tener dificultades durante el amamantamiento.

ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA RELACIONADA A FACTORES INHERENTES A LA MADRE

Según la ENDES 2016⁴, la mediana de la duración de la lactancia materna exclusiva en Perú fue 4,1 meses y tiene una relación inversa con el nivel de educación de la madre: fue mayor entre las madres sin educación (4.5 meses) en comparación con las madres con educación superior (3.3 meses). En el mismo sentido, Lama²⁰, en Tingo María, Perú, encontró mayor abandono de la lactancia materna exclusiva en madres con estudios superiores. Sin embargo, los resultados de otros estudios son aparentemente contradictorios así, Castro²⁸, en Jauja, Perú y Niño y colaboradores²⁹, en Chile, encontraron mayor prevalencia de lactancia materna exclusiva en mujeres con mayor escolaridad. Otros estudios^{17,21}, encuentran asociado el abandono con un bajo nivel de instrucción.

La primiparidad ha sido también asociada con abandono de la lactancia materna^{17,21,26}, mientras que otros autores la señalan como factor asociado a la duración de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses²⁹.

Otros factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva fueron vivir en zonas urbanas y haber recibido control prenatal²⁰. También la

condición de estudiante y de soltera²¹; la fatiga física y la pobreza¹⁷; la decisión materna y factores estéticos²⁹; falta de apoyo familiar y alto nivel de ansiedad³⁰ y; momento en que se toma la decisión de dar lactancia.³¹

Una de las causas subjetivas del abandono de la lactancia materna exclusiva referida por las madres fue el no tener suficiente leche^{20,21,32,33} y percepción de hambre del lactante ²⁹. Según la Organización Mundial de la Salud¹¹, algunos síntomas hacen pensar a una madre que su producción de leche es insuficiente: i) el lactante llora mucho y aparenta no estar satisfecho con la alimentación; ii) el lactante desea mamar muy frecuentemente o durante un periodo prolongado de tiempo cada vez; iii) los pechos se sienten blandos; iv) no logra extraer su leche. Todo esto puede ocurrir por otras razones y no reflejan, necesariamente, que la ingesta del lactante es baja; cuando lo es, el lactante sube poco de peso o produce poca orina, por lo cual se hace necesario verificar la presencia de los siguientes problemas:

- Factores de la lactancia materna: retraso en el inicio de la lactancia materna, mal agarre, mamadas poco frecuentes, mamadas cortas, empleo de biberones o chupones e incorporación de otros alimentos.
- Factores psicológicos de la madre: depresión, falta de confianza, preocupación, angustia, rechazo al lactante o a la lactancia materna, todo lo cual interfiere en la manera en que ella responde a su lactante; por lo tanto, le da menos lactancia.
- Condición física de la madre: pocas madres tienen baja producción por motivos patológicos, como falla pituitaria, retención de restos placentarios,

poco desarrollo de los pechos u otras condiciones como desnutrición grave, tabaquismo, consumo de alcohol, uso de anticonceptivos hormonales o nuevo embarazo. Muy pocas madres tienen baja producción de leche sin una razón aparente.

- Condición del lactante: enfermedad, prematuridad, anomalía congénita (defecto del paladar, corazón o riñones).

La OMS¹¹ también menciona que, si el lactante está aumentando de peso según la velocidad de crecimiento esperada y elimina orina 6 o más veces en 24 horas, entonces, su ingesta de leche es adecuada. Si pese a esto la madre piensa que no tiene leche suficiente, entonces se trata de una insuficiencia percibida; en este caso, probablemente la madre note que el bebé lacta con mucha frecuencia o durante largos periodos o está intranquilo; todo esto puede deberse a un mal agarre, por lo cual es necesario mejorar la técnica.

Otros estudios, encuentran como causas relevantes del abandono de la lactancia materna, aquellas relacionadas con enfermedades de la madre como anemia e infección urinaria,¹³ alteraciones de las mamas³⁴ y; otras enfermedades, uso de medicamentos y nuevo embarazo.³³ Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud¹¹ señala que la única afección por la cual la madre no debería dar de lactar es la infección por VIH. Otras indicaciones para la suspensión temporal de la lactancia materna son: enfermedad grave (como septicemia) que evite que la madre cuide del lactante, la infección por virus herpes simplex con lesiones en el pecho materno, medicación con psicoterapéuticos, sedantes, opioides y

antiepilépticos, uso de yodo radiactivo 131 o uso excesivo de yodo povidona, o medicamentos citotóxicos. Algunas afecciones maternas como el absceso mamario y la mastitis requieren un manejo adecuado para continuar la lactancia; en caso de hepatitis B, se debe vacunar al lactante. Otras condiciones para evaluar son: la hepatitis C, la tuberculosis materna y el uso de sustancias psicoactivas.

Los factores asociados a lactancia exclusiva hasta los 6 meses en Chile son las cesáreas y trabajo fuera del hogar en sistema privado, lactancia previa exitosa, sexo femenino del hijo y sistema público de salud.²⁹

ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA ASOCIADO A FACTORES INHERENTES AL LACTANTE

Según la Organización Mundial de la Salud¹¹, las enfermedades infantiles por los cuales no se debería indicar la lactancia materna son: galactosemia clásica, fenilcetonuria y enfermedad de orina en jarabe de arce. Hay otras situaciones en que se requiere complementar la lactancia materna con otros productos, como en casos de peso del recién nacido inferior a 1,500 gr., prematuridad (menos de 32 semanas) y riesgo de hipoglicemia.

Pese a lo mencionado, otras enfermedades han sido referidas como causas de abandono de la lactancia materna²⁹ y condiciones como ictericia y/o pobre ganancia ponderal, peso menor de 2500 gr., la condición de ser recién nacido grande para edad gestacional¹³, la diarrea infantil³⁵ y las infecciones respiratorias³⁶. Por el contrario, Lama²⁰, en Tingo María encontró que el peso

del recién nacido (< 2500 gr), no tuvo relación con el abandono de la lactancia materna.

Otro hallazgo fue el incremento de las probabilidades de abandono de la lactancia materna exclusiva en madres cuyos hijos/as fueron suplementados con fórmula infantil y suero glucosado durante la estancia hospitalaria³⁷.

Cabe mencionar que el abandono de la lactancia como consecuencia del internamiento pediátrico es muy alto y en un 75% de las ocasiones por causas no debidamente justificadas.³⁸

II.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Como se ha mencionado previamente, la lactancia materna es una estrategia clave en la reducción de la desnutrición crónica y la diarrea, por lo cual asegura un normal crecimiento y desarrollo del niño y un mejor pronóstico de vida; asimismo, es una prioridad en la política nacional e internacional, por tanto, es un tema vigente y de interés para los tomadores de decisiones y la comunidad académica.

Los lineamientos de gestión de la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable⁷, del Ministerio de Salud, establecen entre sus objetivos estratégicos: “lograr el compromiso político y la articulación intra e intersectorial en los diferentes niveles de gobierno en problemas de malnutrición”. En tal sentido, establece entre sus resultados: “A nivel nacional, regional y local se han generado evidencias para desarrollar intervenciones efectivas en la reducción de los problemas de malnutrición”.

La toma de decisiones sobre la base de evidencias científicas es parte de la gerencia moderna y el sector salud no es ajeno a ello. La formulación de planes, políticas y estrategias exige la revisión y análisis crítico de la información producida por la propia institución o por la comunidad académica. Entre las debilidades del sector salud, se encuentran la falta de estudios en la Región Piura sobre los factores socioculturales relacionados con el abandono de la lactancia materna, la carencia de técnicos que hagan la revisión crítica y en

base a este conocimiento formulen las políticas y planes específicos, a nivel regional.

Es por estas razones que se propone la presente investigación, la cual tiene relevancia tanto teórica, como social, pues, entre la comunidad académica, contribuirá a la generación de conocimiento sobre los factores socio-culturales asociados al abandono de la lactancia materna y podría ser utilizada como referencia para otras investigaciones. Asimismo, podría ser de utilidad a quienes formulan políticas, planes, programas, proyectos o a quienes brindan asistencia técnica para el diseño e implementación de estrategias nacionales, regionales y locales para minimizar el abandono de la lactancia materna, como parte de la lucha contra la malnutrición, en beneficio de la salud infantil.

III. OBJETIVOS

III.1 General

Determinar los factores socioculturales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses, en mujeres del Distrito de Piura, en el año 2015.

III.2 Específicos

- Determinar la asociación entre el abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses y los factores relacionados con conocimientos.
- Determinar la asociación entre el abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses los factores de tipo económico.
- Determinar la asociación entre el abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses los factores inherentes a la salud y las preferencias personales de la madre.
- Determinar la asociación entre el abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses los factores inherentes al lactante.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

IV.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

El estudio fue transversal y retrospectivo, se realizó en el distrito de Piura, provincia y departamento de Piura entre junio y diciembre del 2015. Se utilizó metodologías cualitativas y cuantitativas, la unidad de análisis fue la mujer de 15 años a más, que dio a luz un recién nacido vivo, mayor de 37 semanas, en establecimientos de salud públicos del distrito de Piura, que después del parto inició la lactancia materna exclusiva a su hijo/a, pero dejó esta práctica antes de que el niño o niña cumpliera los 6 meses de edad.

Para el estudio cuantitativo, se tomó en cuenta el número de partos ocurridos en Distrito de Piura, el año anterior al estudio y se determinó la muestra. Se obtuvo el listado de establecimientos del distrito de Piura, así como, la población asignada a cada establecimiento por la Dirección Regional de Salud Piura. La muestra se distribuyó proporcionalmente por establecimiento, obteniéndose el número de encuestas a aplicar en cada uno de ellos.

Para la aplicación de la encuesta, se visitó los establecimientos de salud y la selección del día de visita fue al azar. Se seleccionó a las madres presentes en los consultorios Control de Crecimiento y Desarrollo o Pediatría que cumplieran los criterios de inclusión. A las mujeres seleccionadas, se les aplicó un cuestionario estructurado, previamente probado y revisado por expertos, a fin de determinar los factores que influyeron en el abandono de la lactancia materna antes de los 6 meses.

En el estudio cualitativo se evaluó los aspectos culturales, tales como: influencia de otras personas en la decisión de lactar; medios por los cuales las mujeres se informaron sobre la lactancia materna; grado de satisfacción de las madres con la lactancia materna; grado de satisfacción de las madres con el crecimiento y desarrollo de sus hijos; situaciones desagradables que enfrentan las madres lactantes; dificultades que influyeron en el abandono de la lactancia materna exclusiva; creencias y prácticas relacionadas con la lactancia y; actitudes y prácticas del personal de salud que favorecen o limitan la lactancia materna. Para tal fin se entrevistó realizó tres grupos focales: uno, de un centro poblado rural; otro, en un asentamiento humano y; un tercero, en una urbanización del distrito de Piura. También se realizó doce entrevistas en profundidad entre las encuestadas, cinco de ellas fueron madres que laboraban fuera del hogar; cinco, madres que laboraban en su hogar o tenían trabajo independiente y; las otras dos, amas de casa.

IV.2. POBLACIÓN

La población de estudio habita en el distrito de Piura, ubicado en la provincia y departamento del mismo nombre, en la costa del Perú, a una altitud es de 29 msnm, su superficie es 330 Km², la densidad poblacional es de 860.4 hab./Km² y la población, según el censo 2017 fue 324,274 habitantes (incluye el nuevo distrito de Veintiséis de Octubre).

El índice de desarrollo humano para el distrito de Piura, en el año 2007 fue de 0.65448, que lo ubica en el lugar 90 del ranking nacional. Asimismo, durante el año 2009, el 21.2% de hogares tenía, al menos, 1 Necesidad Básica Insatisfecha (NBI).⁶

Según datos de la Dirección Regional de Salud Piura, en el año 2010 se produjeron 6,805 nacimientos en el distrito de Piura, la tasa de natalidad fue de 23.9 por 1,000 habitantes y la tasa de mortalidad infantil fue de 13.5 por 1,000 nacidos vivos. Las infecciones respiratorias agudas, fueron la primera causa de morbilidad en la población, con un 21.7% del total.

El distrito de Piura cuenta con 14 establecimientos del Ministerio de Salud, cuya categoría y población asignada, se detalla en la tabla N° 1. Asimismo, en el distrito de Piura se encuentra el Hospital Jorge Reátegui Delgado y el Centro de Atención Primaria III Metropolitano, que pertenecen a la Red Asistencial de EsSalud Piura. El Hospital Regional Cayetano Heredia, se ubica en el distrito de Castilla, pero es utilizado por la población de todo el departamento de Piura, que requiere de servicios de mayor complejidad.

IV.3. MUESTRA

Para el estudio transversal el tamaño de muestra se calculó a partir de los datos proporcionados para el distrito de Piura por la Dirección Regional de Salud Piura en el 2013, año que se registró 6,299 nacimientos. Para el cálculo de la muestra se hizo los siguientes parámetros:

- El nivel de confianza fue de 95% y el margen de error 7.5%.
- Probabilidad de éxito: $p = 0.5$

La fórmula empleada fue:

$$n = \frac{(N) \cdot (Z^2) \cdot (p \cdot q)}{(N-1) \cdot (E^2) + (Z^2) \cdot (p \cdot q)}$$

Donde:

n = Tamaño de la Muestra

N = Tamaño de la Población = 6,299 nacimientos

Z = Valor tabular para una confiabilidad del 95%, $Z = 1.96$

$p = 0.5$ tomando como base los datos de la literatura se asume una probabilidad que un 50% de las madres abandonen la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses).

E = Error de estimación = 0.075

Al reemplazar los datos en la fórmula se obtiene

$$n = \frac{6299 \times 1.96^2 \times 0.5 \times (1 - 0.5)}{(6299 - 1) \times 0.075^2 + 1.96^2 \times 0.5 \times (1 - 0.5)} = 167$$

Por lo tanto, en el estudio se determinó una muestra de 167 madres con niños de 6 a 8 meses de nacidos, quienes proporcionaron información sobre el historial de LME en los 6 primeros meses de vida de sus hijos.

Este tamaño de muestra permite en el estudio detectar $OR \geq 2.5$, en donde la proporción de la tasa de abandono fue de 50% (lo reportado en la literatura fluctúa entre 42 a 70%), con un poder de 80%

Para determinar el número de encuestas en cada uno de los establecimientos de salud públicos se utilizó un muestreo estratificado según tamaño de población asignado a cada establecimiento, teniendo en cuenta la siguiente fórmula:

$$n_h = \frac{N_h}{N} \times n$$

Donde n_h es la muestra en los establecimientos, N_h es la población asignada en dicho establecimiento y N es la población de todos los establecimientos. La distribución de la muestra por cada establecimiento se muestra en la tabla No 1.

La selección de madres a ser encuestadas fue de manera consecutiva, por conveniencia, hasta completar el número de madres a entrevistar en cada establecimiento (Tabla No. 1). Para tal fin, se tuvo en cuenta el siguiente procedimiento: la investigadora visitó cada uno de los establecimientos de salud, entre lunes y sábados, en horarios de mañana o de tarde y en cada establecimiento de salud identificó a las madres que se encontraban en las salas de espera de los consultorios de Control de Crecimiento y Desarrollo o Pediatría, les preguntó por la edad de sus niños/as, la duración de su embarazo, el lugar donde se produjo el parto y su lugar de residencia. Aquellas que cumplieron con los criterios de inclusión, fueron entrevistadas, previa explicación, aceptación y firma del consentimiento informado. Las menores de

18 años manifestaron su aceptación en la hoja de asentimiento informado y uno de sus padres firmó el consentimiento informado para padres. Por la naturaleza del estudio no fue posible la firma de ambos padres.

Tabla N° 1
Población asignada a cada uno de los establecimientos de salud del distrito de Piura, año 2015.

ESTABLECIMIENTO	POBLACIÓN ASIGNADA (N_h)	Muestra (n_h)
Red Piura – Castilla		
E.S. II-1 Santa Rosa	27,412	10
Micro Red Piura		
E.S. I-4 Santa Julia	18,264	7
E.S. I-4 Pachitea	28,220	10
E.S. I-4 Los Algarrobos	31,962	12
E.S. I-4 San Pedro	21,943	8
E.S. I-4 Consuelo de Velasco	25,464	9
E.S. I-3 Micaela Bastidas	18,403	7
E.S. I-3 Nueva Esperanza	24,012	9
E.S. I-3 San José	28,287	11
E.S. I-3 Víctor Raúl Haya de la Torre	16,973	6
E.S. I-2 San Sebastian	14,450	5
E.S. I-2 Cieneguillo Sur	2,823	1
E.S. I-2 Las Vegas de Cieneguillo	1,509	1
E.S. I-2 Lágrimas de Curumuy	7,734	3
Red Asistencial EsSalud Piura		
Hospital Jorge Reátegui Delgado (EsSalud)	161,786	60
Centro de Atención Primaria III Metropolitano (EsSalud)	22,481	8
Total	451,713	167

Fuentes: Dirección Regional de Salud Piura y Hospital Jorge Reátegui Delgado

En el estudio cualitativo, la selección de las mujeres a entrevistar, tuvo el siguiente procedimiento: la investigadora visitó cada uno de los establecimientos de salud, entre lunes y sábados, en horarios de mañana o de tarde y en cada establecimiento de salud identificó a las madres que se encontraban en las salas de espera de los consultorios externos de Control de Crecimiento y Desarrollo y/o Pediatría, a las que se encontraban presentes y cumplieron con los criterios de inclusión, se les explicó el estudio, así como, el consentimiento informado y cuando fue necesario el asentimiento informado. Luego de la firma de los documentos, se procedió a entrevistarlas. La selección de las madres fue por conveniencia, hasta completar 12 entrevistas en profundidad que fue el número determinando previamente, 5 de ellas, fueron mujeres que trabajaban fuera del hogar; otras 5 trabajaban en su vivienda o tuvieron un trabajo independiente y; 2 fueron amas de casa.

Para el caso de los grupos focales, se seleccionó a un mínimo de 6 y un máximo de 10 madres por cada uno de ellos. Se eligió al azar tres establecimientos de salud, uno de ellos ubicado en una zona rural; otro en una zona urbano – marginal y un tercero, en una urbanización. En cada uno de ellos, se revisó los registros de Control de Crecimiento y Desarrollo y se seleccionó al azar a los niños y niñas cuyas madres cumplieran con los criterios de inclusión, verificándose además, el lugar de residencia según el tipo de grupo focal (rural, urbano y urbano – marginal). Con estos datos, las madres fueron citadas para la realización del grupo focal, el mismo que se realizó previa explicación del

estudio, lectura y firma del consentimiento informado, donde cada participante aceptó ser grabada.

IV.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

IV.4.1. Criterios de inclusión:

- Edad del niño/a al nacer: 37 semanas o más
- Edad actual del niño/a: 6 a 8 meses
- Distrito de ocurrencia del parto: Piura.
- Madre residente en el Distrito de Piura

IV.4.2. Criterios de exclusión

Madre que no aceptó firmar el consentimiento informado o que sus padres no lo firmaron al ser menor de edad.

IV.5. VARIABLES

- **Edad:** variable cuantitativa continua que registró, según cuestionario, los años cumplidos que tenían las mujeres estudiadas.
- **Estado civil:** variable cualitativa nominal que registró, según cuestionario, el estado civil de las mujeres estudiadas. Las categorías fueron: soltera, casada, conviviente, viuda, separada o divorciada.
- **Nivel de instrucción:** variable cualitativa nominal que registró, según cuestionario, el grado de instrucción de las personas sujetas de estudio. Las categorías fueron: sin instrucción, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria

completa, superior técnico completo, superior técnico incompleto, superior universitario incompleto, superior universitario completo.

- **Ocupación:** variable cualitativa nominal que registró, según cuestionario, el trabajo en el que se ocupaban las mujeres estudiadas.
- **Modalidad de trabajo:** variable cualitativa nominal que registró la modalidad del trabajo que desempeñaban las mujeres estudiadas. Sus categorías fueron:
 - a. Dependiente: cuando la trabajadora tenía un empleador
 - b. Independiente: cuando la trabajadora no tenía un empleador
- **Situación laboral:** variable cualitativa nominal que registró, según cuestionario, el tipo de ocupación de las personas estudiadas. Sus categorías fueron:
 - a. **Eventual:** trabajo que la persona realizaba ocasionalmente.
 - b. **Contratada temporalmente:** trabajo que se realizaba por un periodo fijo o indeterminado pero que no implicaba estabilidad laboral para la trabajadora.
 - c. **Contratada permanentemente:** trabajo que se realizaba bajo contrato por tiempo indeterminado.
 - d. **Estable:** trabajo que se realizaba de manera permanente y/o implicaba estabilidad laboral para la trabajadora.

- **Nivel de ingresos:** variable cuantitativa ordinal que consignaba el dato referente al nivel de ingresos económicos mensuales de la familia, según un listado de rangos.
- **Lugar de residencia:** Variable cualitativa nominal que determinaba donde vivían las mujeres estudiadas. Las categorías fueron: centro poblado rural, cercado, urbanización y asentamiento humano.
- **Material de la vivienda:** Variable cualitativa nominal que determinó los materiales de los cuales estaba hecha la vivienda. Sus categorías fueron: ladrillo, bloque de cemento, quincha, tabique, esteras y otros.
- **Número de hijos:** variable cuantitativa continua que tomó en cuenta la cantidad de hijos de las personas estudiadas.
- **Tipo de parto:** variable cualitativa nominal que indicó si el parto fue eutócico (vaginal), o por cesárea.
- **Lugar de ocurrencia del parto:** variable cualitativa nominal que registró el lugar donde ocurrió el parto. Sus variables fueron:
 - a. En establecimiento del Ministerio de Salud
 - b. En establecimiento de EsSalud
 - c. En establecimiento de a Sanidad de las Fuerzas Armadas
 - d. En establecimiento de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú
 - e. En clínica particular
 - f. En domicilio

- **Tipo de seguro de salud:** variable cualitativa nominal que registró los datos referentes al seguro de salud de la madre. Sus categorías fueron:
 - a) Seguro Integral de Salud
 - b) EsSalud
 - c) Sanidad de las Fuerzas Armadas o Policiales
 - d) Particular
 - e) Ninguno
- **Terminación del embarazo:** variable cualitativa nominal que registró si los embarazos de las mujeres estudiadas terminaron en parto eutócico o cesárea.
- **Lugar del parto:** variable cualitativa nominal que registró, según cuestionario, el lugar de ocurrencia del parto de las mujeres estudiadas.
- **Conocimiento de la lactancia materna exclusiva:** variable cualitativa nominal que registró, según cuestionario, el conocimiento de la madre sobre la lactancia materna.
- **Edad de inicio de la lactancia materna:** variable cualitativa nominal que registró, según cuestionario, la edad en horas y en días que el lactante tenía cuando inició la lactancia materna.
- **Duración de la lactancia materna exclusiva:** variable cualitativa nominal que registró, según cuestionario, la edad en meses, que el lactante tenía, cuando su madre dejó la lactancia materna exclusiva.

- **Edad de introducción de otra leche:** variable cuantitativa discontinua que registra, según cuestionario, la edad que tenía el lactante cuando recibió otra leche diferente a la materna.
- **Razones para abandonar la lactancia materna exclusiva relacionadas con conocimientos:** variable cualitativa nominal que registró, según cuestionario, los motivos por los cuales las mujeres estudiadas abandonaron la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses, por una o más razones relacionadas con sus conocimientos, creencias o recomendaciones de otras personas. Sus categorías fueron:
 - a. Por desconocimiento de la duración de la lactancia materna exclusiva.
 - b. Por desconocimiento de los beneficios de la lactancia materna para el lactante.
 - c. Por desconocimiento de las ventajas de la lactancia materna, para la madre.
 - d. Por información errónea sobre la lactancia materna exclusiva proporcionada por familiares
 - e. Por información errónea sobre la lactancia materna exclusiva proporcionada por amigos/as, vecinos u otras personas del entorno.
 - f. Por creencias erróneas sobre la lactancia materna
 - g. Por recomendación de un/a médico/a pediatra
 - h. Por recomendación de un/a médico/a

- i. Por recomendación de un/a enfermero/a
 - j. Por recomendación de un/a obstetra
 - k. Por recomendación de un/a químico - farmacéutico/a
 - l. Por recomendación de un/a técnico/a o dependiente de una farmacia o botica
 - m. Por recomendación de un familiar.
 - n. Por recomendación de una persona del entorno de la madre.
 - o. Por recomendación de otra persona.
- **Razones de tipo económico para abandonar la lactancia materna exclusiva:** variable cualitativa nominal que registró, según cuestionario, los motivos por los cuales las mujeres estudiadas, abandonaron la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses, por una o más razones relacionadas con el empleo de la madre o la disponibilidad de recursos económicos. Sus categorías fueron:
- a. Por la cantidad de horas de trabajo fuera del hogar, de la madre
 - b. Por la ubicación del centro de trabajo de la madre.
 - c. Por la disponibilidad de recursos económicos para comprar sucedáneos de la leche.
- **Lugar donde le recomendaron las fórmulas infantiles:** variable cualitativa nominal que registró, según cuestionario, el lugar donde las mujeres estudiadas, recibieron la recomendación de usar fórmulas infantiles antes que el lactante cumpla los 6 meses, por

una o más razones relacionadas con la influencia de la publicidad.

Sus categorías fueron:

- a. Establecimiento de salud público
- b. Establecimiento de salud privado
- c. Domicilio
- d. Otro

- **Razones para abandonar la lactancia materna exclusiva**

inherentes a la madre: variable cualitativa nominal que registró, según cuestionario, los motivos por los cuales las mujeres estudiadas, abandonaron la lactancia materna antes de los 6 meses, por una o más razones inherentes a su salud o preferencias personales. Sus categorías fueron:

- a. Por enfermedad materna
- b. Por hipogalactia, cuando la mujer refiera que tenía poca leche.
- c. Por un nuevo embarazo
- d. Por razones estéticas
- e. Por otras razones inherentes a la madre.

- **Razones para abandonar la lactancia materna exclusiva**

inherentes al lactante: variable cualitativa nominal que registra, según cuestionario, los motivos por los cuales las mujeres estudiadas, abandonaron la lactancia materna antes de los 6 meses, por una o más razones inherentes al lactante. Sus categorías fueron:

- a. Por falta de incremento de peso del lactante.

- b. Por enfermedad del lactante
- c. Por hambre del lactante, cuando la persona estudiada refiera que el niño se quedaba con hambre después de lactar.
- d. Por llanto del niño
- e. Por otras razones inherentes al lactante.

IV. 6. INSTRUMENTOS

Para el estudio cuantitativo se utilizó un cuestionario; para verificar su comprensión se realizó una prueba piloto en dos establecimientos de salud ubicados en el Distrito de Piura, uno del Ministerio de Salud y el otro de EsSalud, las entrevistas realizadas no fueron incluidas en el estudio. En la sala de espera del consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño, se preguntó a cada una de las madres presentes, la edad de su niño o niña; a las que indicaron que sus hijos tenían entre 6 y 8 meses, se les interrogó sobre el tiempo de gestación que tenían al dar a luz y entre las que referían un tiempo de gestación mayor a 37 semanas se les preguntó el lugar de ocurrencia del parto y por el lugar de residencia, a las que respondieron “el distrito de Piura” a ambas preguntas, se les explicó el objetivo del estudio y se les pidió el consentimiento para la aplicación del cuestionario, las madres que aceptaron fueron entrevistadas. Se registró la hora de inicio y de término de la entrevista para determinar la duración promedio; no hubo preguntas o palabras de difícil comprensión para las entrevistadas. Terminada la prueba piloto, se elaboró un informe y se realizó los cambios necesarios al cuestionario, que luego fue

revisado por una pediatra del Hospital Cayetano Heredia de Lima, experta en promoción de la lactancia materna.

Con los datos obtenidos a través de las encuestas se elaboró una base de datos electrónica con campos de ingreso controlados para evitar clasificaciones erradas al momento de la digitación.

Para los grupos focales y entrevistas en profundidad, se utilizó cuestionarios semi – estructurados; los discursos fueron grabados y transcritos posteriormente para su análisis.

IV.7. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Los datos para el estudio cuantitativo se obtuvieron directamente a través de entrevistas a las madres de niños de 6 a 8 meses que acudieron a los establecimientos de salud públicos del Distrito de Piura, por el servicio de Pediatría o Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño. Para tal fin, se usó un cuestionario que contenía preguntas que permitieron obtener la información detallada. Dicho cuestionario fue aplicado por la investigadora y en algunos casos por una enfermera, la cual fue entrenada en la aplicación del mencionado instrumento.

Los datos para los grupos focales y entrevistas en profundidad fueron obtenidos mediante cuestionarios semi – estructurados aplicados por la investigadora. En el anexo 1 se presenta los cuestionarios utilizados.

IV.8. PLAN DE ANÁLISIS

Previo al análisis se realizó un control de calidad de los datos registrados en las fichas y en los consignados en las bases de datos, para descartar la presencia de malas clasificaciones por registro erróneo dentro de los parámetros aceptados en los campos.

El análisis estadístico empezó con un análisis univariado a fin de evaluar la distribución de frecuencias absolutas, porcentajes, promedios, mínimos y máximos según correspondía al tipo de variable y covariable. Seguidamente se realizó un análisis bivariado por cada variable y covariable, mediante la prueba Chi cuadrado. Para aceptar que un factor influye en el abandono de la lactancia materna exclusiva, se tuvo en cuenta que la significancia de la prueba (p), proporcionada por el programa IBM SPSS 21.0, tuviese un valor inferior a 0.05 ($p < 0.05$). Posteriormente, se realizó el análisis multivariado usando la regresión logística.

Para el análisis del estudio cualitativo, se realizó la transcripción de los audios que registraron el desarrollo de los grupos focales y las entrevistas en profundidad; dichos documentos fueron cargados en el software Atlas Ti 7

donde fueron clasificados mediante 43 códigos. Posteriormente, la información fue organizada en 7 dominios o unidades temáticas. Finalmente, se realizó el análisis y se elaboró el informe en el cual se insertó citas de los discursos de las madres estudiadas.

IV.9. ASPECTOS ÉTICOS

El Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia aprobó el estudio, así como, los consentimientos y asentimientos informados, tanto para el estudio cuantitativo como cualitativo.

Previo al trabajo de campo, se obtuvo la autorización de la Dirección Regional de Salud Piura, de la Red Asistencial EsSalud Piura y del Hospital Jorge Reátegui Delgado, para realizar el estudio en sus establecimientos de salud.

A las madres que aceptaron participar en el estudio, tanto en sus componentes cuantitativos como cualitativos se les entregó una fotocopia del consentimiento y/o asentimiento informado para su lectura. Una vez que tomaron la decisión de participar en estudio firmaron los documentos por duplicado. En el caso de las madres adolescentes de 15 a 17 años, además de la aceptación y firma del asentimiento informado, se solicitó y obtuvo la firma del consentimiento informado para padres. Solo uno de los padres firmó el consentimiento, usualmente fue la madre. En todos los casos a cada una de las participantes se le entregó una copia, un ejemplar del consentimiento informado y/o asentimiento informado, en original.

V. RESULTADOS

Se admitió al estudio 169 madres de niñas y niños de seis a ocho meses que acudieron a los servicios del Ministerio de Salud y de EsSalud del Distrito de Piura, entre los meses de junio y diciembre de 2015 y tomó en cuenta mujeres de diferentes grupos etarios y niveles socioeconómicos. La tabla N° 2 presenta sus principales características.

Tabla N° 2
Características generales de las mujeres encuestadas

Descripción	N°	%
Total	169	
<i>Edad</i>		
Menos de 20 años	14	8.28
de 20 a 24 años	35	20.71
de 25 a 29 años	54	31.95
de 30 a 34 años	31	18.34
de 35 años a más	35	20.71
<i>Estado civil</i>		
Soltera	19	11.24
Casada	52	30.77
Conviviente	98	57.99
<i>Grado de instrucción</i>		
Primaria incompleta	3	1.78
Primaria completa	9	5.33
Secundaria incompleta	21	12.43
Secundaria completa	54	31.95
Superior técnica incompleta	10	5.92
Superior técnica completa	32	18.93
Superior universitaria incompleta	16	9.47
Superior universitaria completa	24	14.20
<i>Ocupación</i>		
Estudiante	12	7.10
Ama de casa	118	69.82
Profesional o técnica	39	23.08
<i>Número de hijos/as</i>		
Uno	69	40.83
Dos	48	28.40
Tres	32	18.93
Cuatro o más	20	11.83

El 50.3% de madres (85) refirió que la lactancia materna exclusiva (LME) duró menos de seis meses, es decir, abandonó la práctica de la lactancia materna, antes de que sus hijos e hijas cumplieren esa edad (Tabla N°3). La mayor proporción (27.8%), corresponde a aquellas que dejaron la práctica durante el primer mes de vida del niño/a. Asimismo, se encontró que 6 madres (3.6%), nunca dieron lactancia materna exclusiva.

Tabla N° 3
Duración de la LME en niños evaluados en el estudio

Duración	Recuento	% col.
Menos de 30 días	(LME47	27,8%
31 a 59 días	2	1,2%
60 a 89 días	4	2,4%
90 a 119 días	10	5,9%
120 a 149 días	10	5,9%
150 a 179 días	12	7,1%
No abandonaron la LME	78	45,2%
Nunca dieron LME	6	3,6%
Total	169	100,0%

Entre las 85 madres que abandonaron la lactancia materna exclusiva, el 55.29% administró una fórmula infantil a sus hijos e hijas, antes de que cumplieren los 30 días; en algunos casos, agregaron otros líquidos. Las madres restantes, los hicieron entre los 91 - 159 días; en este grupo también predominó la introducción de fórmula infantil y en menor proporción otros líquidos. No se encontró casos de introducción de sólidos en la alimentación del niño o niña antes de los 6 meses. (Tabla N° 4).

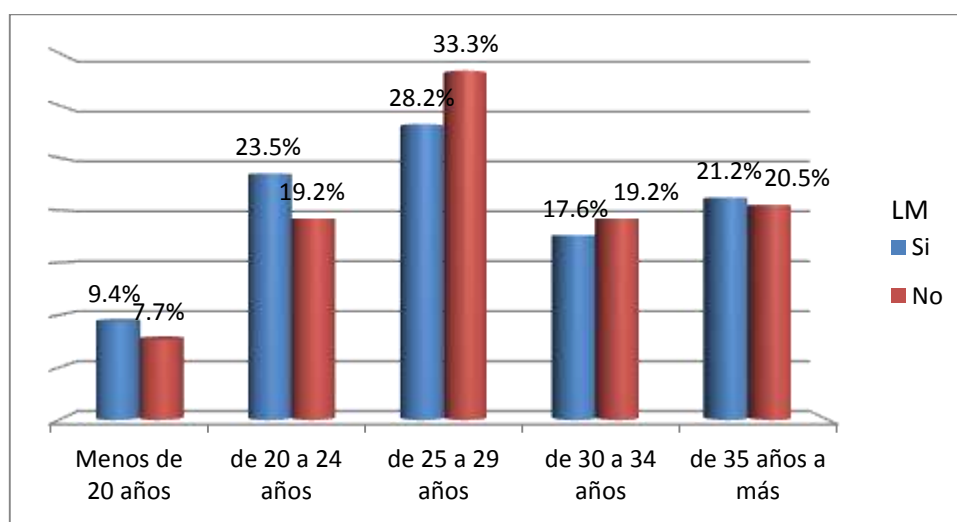
Tabla N° 4
Tipo de alimentos introducidos, diferentes a la leche materna, según la edad de los/as niños/as

Edad	Fórmula infantil	Líquidos	Sólidos	Fórmula infantil + líquidos	Líquidos + sólidos	No. Abandonos	% Abandonos
Menos de 30 días	42	0	0	5	0	47	55.29
31-60 días	1	0	0	1	0	2	2.35
61-90 días	2	2	0	0	0	4	4.71
91-120 días	7	1	0	2	0	10	11.76
121-150 días	6	2	0	2	0	10	11.76
151-179 días	5	6	0	0	1	12	14.12
Total	63	11	0	10	1	85	100.00

Entre las madres que introdujeron un sucedáneo de la leche, la mayoría de ellas utilizó una fórmula infantil; solo tres de ellas dieron leche evaporada u otro tipo de producto.

No se encontró una asociación significativa entre la edad de la madre y el porcentaje de abandono de la lactancia materna exclusiva (Gráfico N° 1).

Gráfico N° 1
Relación entre la edad de la madre y el abandono de la lactancia materna exclusiva



p = 0.925

Tampoco se encontró asociación entre el abandono de la lactancia materna exclusiva y el estado civil ($p = 0.339$), el nivel de instrucción ($p = 0.777$) y el material de la vivienda ($p = 0.119$). Sin embargo, las madres que tenían solo un hijo abandonaron más frecuentemente la lactancia materna exclusiva en comparación con aquellas madres con ≥ 2 hijos ($p=0.010$). Ver tabla N° 5. Se observó una tendencia a abandonar la lactancia materna exclusiva en las madres que vivían en viviendas precarias, en comparación con las que residían en viviendas construidas con ladrillo, sin embargo, esta asociación no fue significativa ($p=0.119$)

Tabla N° 5
Características sociodemográficas de las madres que abandonaron la lactancia materna exclusiva

Característica sociodemográfica	Abandono de LME			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
Estado civil				
Soltera	11	12,9%	7	9,0%
Casada	22	25,9%	28	35,9%
Conviviente	52	61,2%	43	55,1%
Total	85	100,0%	78	100,0%
<i>p = 0.339</i>				
Grado de instrucción				
Primaria	7	58.30%	5	41.70%
Secundaria	49	50.00%	49	50.00%
Superior	29	54.70%	24	45.30%
Total	85	52.10%	78	47.90%
<i>p = 0.777</i>				
Número de hijos				
Uno	43	50,6%	24	30,8%
Dos a más	42	49,4%	54	69,2%
Total	85	100,0%	78	100,0%
<i>p = 0.010</i>				
Material predominante en la vivienda				
Noble	65	56.00%	51	44.00%
Rústico	20	42.60%	27	57.40%
Total	85	52.10%	78	47.90%
<i>p = 0.119</i>				

La ocupación de la madre estuvo asociada con el abandono de la lactancia materna exclusiva ($p=0.017$); las profesionales y las estudiantes fueron las que más abandonaron la LME. La frecuencia de abandono de LME en las amas de casa y mujeres con otro tipo de ocupación, como técnicas o comerciantes fueron menores (Tabla N° 6).

Tabla N° 6
Asociación entre la ocupación y el abandono de la LME

Ocupación	Abandono de LME				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Profesional	10	71.4%	4	28.6%	14	100.0%
Ama de casa	59	50.0%	59	50.0%	118	100.0%
Estudiante	10	83.3%	2	16.7%	12	100.0%
Otras	6	31.6%	13	68.4%	19	100.0%
Total	85	52.1%	78	47.9%	163	100.0%

$p = 0.017$

Entre las madres que tenían un trabajo remunerado, se analizó si el tipo de ocupación (dependientes o independiente) estuvo asociada con el abandono de la LME; no se encontró asociación entre estas variables ($p = 0.635$, Tabla N° 7).

Tabla N° 7
Asociación entre el tipo de ocupación y el abandono de la lactancia materna exclusiva

Ocupación	Abandono de LME			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
Dependiente	11	64,7%	12	57,1%
Independiente	6	35,3%	9	42,9%
Total	17	100,0%	21	100,0%

$p = 0.635$

Los datos de la tabla N° 8, sugieren que el abandono no está relacionado con trabajo dependiente, pero sí con la estabilidad laboral. Así, las madres con trabajo estable abandonaron más frecuentemente la LME ($p = 0.028$), en comparación con las madres contratadas temporal o permanentemente.

Tabla N° 8

Asociación entre la situación laboral y el abandono de la lactancia materna exclusiva

Situación laboral	Abandono de LME				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Estable	9	75.0%	3	25.0%	12	100.0%
Contratada	5	38.5%	8	61.5%	13	100.0%
Otra	3	23.1%	10	76.9%	13	100.0%
Total	17	44.7%	21	55.3%	38	100.0%

$p = 0.028$

El nivel de ingresos del hogar de las madres no evidencia una relación significativa con el abandono de la LME ($p = 0.406$), lo que sugiere que el ingreso económico no es el factor que predispone a las madres a abandonar la LME.

Tabla N° 9

Asociación entre el nivel de ingresos y el abandono de la lactancia materna exclusiva

Ingresos	Abandono de LME				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Menos de 1000 soles	49	55.7%	39	44.3%	88	100.0%
de 1000 a 1999 soles	23	43.4%	30	56.6%	53	100.0%
de 2000 a 2999 soles	9	64.3%	5	35.7%	14	100.0%
de 3000 soles a más	4	50.0%	4	50.0%	8	100.0%
Total	17	44.7%	21	55.3%	38	100.0%

$p = 0.406$

No se encontró asociación entre el lugar de residencia de las madres con el abandono de la LME ($p = 0.72$, Tabla N° 10).

Tabla N° 10
Asociación entre el lugar de residencia y el abandono de la lactancia materna exclusiva

Lugar de residencia	Abandono de LME			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
Asentamiento humano	56	50.5%	55	49.5%
Cercado o urbanización	21	53.8%	18	46.2%
Centro poblado rural	8	61.5%	5	38.5%
Total	85	52.1%	78	47.9%

$p = 0.72$

El tipo de aseguramiento de las madres ya sea tenencia del SIS o EsSalud no influyó el abandono de la LME ($p=0.520$, Tabla No. 11).

Tabla N° 11
Asociación entre el tipo de seguro y el abandono de la LME

Tenencia de seguro	Abandono de LME			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
Seguro integral de salud	41	51.3%	39	48.8%
EsSalud	38	52.8%	34	47.2%
Otros	1	25.0%	3	75.0%
Ninguno	5	71.4%	2	28.6%
Total	85	52.1%	78	47.9%

$p = 0.520$

Tampoco el tipo de institución donde fue atendido el parto de la madre estuvo asociado con el abandono de la lactancia materna exclusiva ($p=0.109$, Tabla No.12)

Tabla N° 12
Relación entre el lugar de atención del parto y el abandono de la lactancia materna exclusiva

Lugar de atención del parto	Abandono de LME			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
Ministerio de salud	35	46.1%	41	53.9%
EsSalud	27	50.9%	26	49.1%
Privado	23	67.6%	11	32.4%
Total	85	52.1%	78	47.9%

$p = 0.109$

Cuando se analizó la asociación entre el tipo de parto y el abandono de la LME se encontró una asociación significativa ($p=0.013$, Tabla No. 13), observándose que las madres que más abandonan la LME fueron las que tuvieron un parto mediante cesárea.

Tabla N° 13
Relación entre el tipo de parto y el abandono de la lactancia materna exclusiva

Tipo de parto	Abandono de LME			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
Eutócico	38	44,7%	50	64,1%
Cesárea	47	55,3%	28	35,9%
Total	85	100,0%	78	100,0%

$p = 0.013$

Otro factor que tuvo una fuerte influencia en el abandono de LME fue la práctica de iniciar la lactancia materna recién después de la primera hora de vida del niño/a

($p < 0.001$, Tabla No. 14); dicha práctica implicó que antes de la leche materna, el/la lactante recibió otros alimentos.

Tabla N° 14

Relación entre el inicio de la lactancia materna y el abandono de la lactancia materna exclusiva

Inicio de la lactancia materna	Abandono de LME				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Después de la primera hora de su nacimiento	66	61.7%	41	38.3%	107	100.0%
Antes de una hora de ocurrido el parto	19	33.9%	37	66.1%	56	100.0%
Total	85	52.1%	78	47.9%	163	100.0%

$p = 0.001$

El desconocimiento del concepto de lactancia materna exclusiva por parte de las madres no estuvo asociado con una mayor tasa de abandono de LME, nuestros datos no son significativos ($p = 0.059$, Tabla No. 15).

Tabla N° 15

Relación entre el conocimiento del concepto de lactancia materna exclusiva y el abandono de la lactancia materna exclusiva

Conocimiento de la LME	Abandono de LME			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
Conoce el concepto de LME	22	25,9%	31	39,7%
No conoce el concepto de LME	63	74,1%	47	60,3%
Total	85	100,0%	78	100,0%

$p=0.059$

Llama la atención que la recomendación del uso de otros productos diferentes a la LME provino principalmente del médico pediatra (44.7% de los casos que abandonaron LME) y del personal de salud de los establecimientos de salud (11.8%, Tabla N° 16).

Tabla N° 16

Factores relacionados con conocimientos y l abandono de la lactancia materna exclusiva

Momento que comenzó a lactar del pecho	Abandono de LME				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Por recomendación de médico pediatra	38	44.7%	47	55.3%	85	100.0%
Por recomendación de un/a enfermero/a	10	11.8%	75	88.2%	85	100.0%
Otros	8	9.4%	77	90.6%	85	100.0%
Por recomendación de un familiar	1	1.2%	84	98.8%	85	100.0%

p=0.001

En este estudio no se encontró asociación entre el número de horas de trabajo fuera del hogar o la distancia entre la vivienda de la madre hasta su centro laboral con el abandono de LME (Tabla N. 17).

Tabla N° 17

Factores de tipo económico que inciden en el abandono de la LME

Factores económicos	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Por la cantidad de horas de trabajo fuera del hogar, de la madre	10	11,8%	75	88,2%	85	100,0
Por la ubicación del centro de trabajo de la madre	5	5,9%	80	94,1%	85	100,0

p=0.176

Los resultados de la tabla No. 18, muestran una asociación significativa ($p < 0.001$) entre las razones inherentes a la madre y el abandono de la LME. Factores como la insuficiente producción de leche influyeron en el abandono del 36.5% de las madres; el 16.5% abandonó por enfermedad materna o un nuevo embarazo.

Tabla N° 18

Factores inherentes a la madre inciden en el abandono de la LME*

Factores inherentes a la madre	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Por insuficiente producción de leche	31	36,5%	54	63,5%	85	100
Por otras razones inherentes a la madre	14	16,5%	71	83,5%	85	100
Por enfermedad materna	7	8,2%	78	91,8%	85	100
Por un nuevo embarazo	2	2,4%	83	97,6%	85	100

$p = 0.0001$

Con relación a los factores inherentes al lactante se encontró una asociación significativa con el abandono de la LME ($p = 0.003$, Tabla N° 19). La proporción más alta se encontró en madres que abandonaron la LME por el llanto del niño o niña (27.1%), seguida por la percepción de hambre del niño o niña después de lactar (18.8%). La variable enfermedad del niño/a tuvo menor importancia (8.2%).

Tabla N° 19**Relación entre los factores inherentes al lactante y el abandono de la LME**

Factores inherentes al lactante	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Por llanto del niño	23	27,1%	62	72,9%	85	100,0%
Por hambre del lactante, cuando la persona estudiada refiera que el niño se quedaba con hambre después de lactar	16	18,8%	69	81,2%	85	100,0%
Por sed del lactante	5	6,0%	79	94,0%	85	100,0%
Por otras razones inherentes al lactante	9	10,6%	76	89,4%	85	
Por enfermedad del lactante	7	8,2%	78	91,8%	85	100,0%

p = 0.003

En la Tabla No. 20 se muestran los resultados del análisis multivariado. Los factores que tuvieron significativa asociación con el abandono de la LME fueron: la ocupación (ser profesional o estudiante), el momento del inicio de la lactancia materna (después de la primera hora del nacimiento), el llanto del niño/a y la insuficiente producción de leche. Este factor tuvo el OR más alto, 36.4 (i.c.95%. 4.58, 297.743), es decir, las madres con esta condición tuvieron treinta y seis veces más probabilidades de abandonar la LME en comparación con las que no la sufrían. En este estudio, el llanto del niño (OR=6.98, i.c.95%: 1.29-37.64) incrementó el abandono de la LME en casi 7 veces.

Tabla N° 20

Análisis multivariable para identificar los factores que predisponen al abandono de la LME

Variables	B	E.T.	Wald	gl	p	OR=Exp(B)	I.C. 95.0% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Ocupación	1.839	.554	11.013	1	.001	6.292	2.123	18.643
Inicio de la lactancia del pecho (después de la primera hora del nacimiento)	1.334	.438	9.256	1	.002	3.796	1.607	8.963
Por insuficiente producción de leche	3.609	1.065	11.483	1	.001	36.926	4.580	297.743
Llanto del niño	1.944	.859	5.120	1	.024	6.988	1.297	37.646
Constante	-1.705	.398	18.361	1	.000	.182		

Factores obtenidos utilizando regresión logística

Resultados del estudio cualitativo

Se realizó 3 grupos focales con madres de niños y niñas de 6 a 8 meses, según el lugar de residencia de las madres: zonas urbanas, urbano – marginales o rurales. Asimismo, se realizó entrevistas en profundidad a 12 madres, de las cuales, 5 trabajan fuera del hogar, 5 laboran en su hogar o tienen trabajo independiente y; 2 de ellas, fueron amas de casa.

En todos los casos, las madres tenían niños o niñas de 6 a 8 meses de edad, que nacieron a las 37 semanas o más en el distrito de Piura y residían en el mismo.

A continuación, se presenta los resultados del estudio cualitativo, el mismo que se ha dividido en 7 dominios o núcleos temáticos.

1. CONOCIMIENTOS DE LA MADRES SOBRE LACTANCIA MATERNA

Preguntadas las madres sobre los beneficios de la lactancia materna, la mayoría se refirió a la protección que brinda la leche materna al niño o niña frente a las enfermedades, lo cual les posibilita un adecuado crecimiento y desarrollo. Otro aspecto que manifestaron con frecuencia fue el alto valor nutritivo de la leche materna, lo cual favorece una buena alimentación y nutrición.

En menor medida, se refirieron a los beneficios para la madre tales como la protección ante enfermedades como el cáncer de mama y la prevención de un nuevo embarazo. Otras mujeres hablaron de la “conexión” entre la madre y el niño o la niña en el acto de lactar, o el afecto que brinda la madre. Dos de ellas

se refirieron a las ventajas económicas de la lactancia materna. También hablaron del calostro, como un alimento de alto valor nutritivo y la superioridad de la leche materna frente a las fórmulas infantiles.

Algunas madres no refirieron ningún beneficio o ventaja en especial, sin embargo, tenían la idea de que la leche materna es “lo mejor” en la alimentación de los niños y niñas, durante los primeros meses de vida.

Se indagó también por los medios por los cuales las madres se informaron de la lactancia materna exclusiva, encontrándose que en algunos casos recibieron información en los establecimientos de salud públicos y en otros, se informaron ellas mismas por los medios de comunicación, incluido internet. Algunos fragmentos de los discursos de las madres estudiadas son presentados a continuación:

“(Recomendaría) que dé de lactar el mayor tiempo posible, aparte que es económico es mejor para la criatura, porque se nutre y a la vez, mi hija no se enferma”. Participante en grupo focal de madres de zona urbana.

“(La lactancia) es saludable para ella y también para mí, porque, como dicen, darle la teta te ayuda por si vayas a tener un cáncer o un tumor al seno, te ayuda también a ti”. Ama de casa entrevistada.

“(La lactancia) es lo mejor que se les da hasta los 6 meses, es más, cuando das de lactar es como si te conectaras con él por qué lo sientes en el pecho, es bonita la lactancia”. Participante de grupo focal de madres de zona urbano – marginal.

2. SENSACIONES POSITIVAS DE LAS MADRES CON LA LACTANCIA MATERNA

Con excepción de dos madres que manifestaron haberse sentido preocupadas por la escasez de leche, las madres manifestaron sensaciones positivas mientras lactaron a sus infantes, la mayoría refirió haber sentido bienestar y en menor medida, orgullo, tranquilidad, felicidad, amor, alegría, agrado. A continuación, se presenta algunos testimonios.

“Yo me sentía feliz y contenta porque es mi primer bebé y realmente es una experiencia que... realmente recién la he visto y estoy contenta por lo que estoy haciendo”. Participante de grupo focal de madres Los Ejidos de Huan (zona rural).

“Me sentía feliz, orgullosa, es su mejor alimento, debemos aprender y enseñar a las que van a ser madres. Lo importante es pegarlos, cuanto más los pegas, más succionan”. Participante en grupo focal del A.H. Nueva Esperanza.

“El contacto con mi hijo, este ... no sé es como una experiencia indescriptible poder compartir con ese ser tan pequeñito, este ... ¿no? es el momento

acariciarlo, que me mire, no sé, es un tema ya de sentimiento ya profundo”

Madre que trabaja fuera del hogar.

La satisfacción de las madres lactantes fue explorada también entre las entrevistadas. Tanto las madres que abandonaron la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses, como aquellas que la continuaron, manifestaron sentirse satisfechas con el crecimiento y desarrollo de sus niños y niñas pues, evidencian su buen peso, o la persona que realizaba el control de crecimiento y desarrollo, les ha señalado que sus hijos/as “están bien”, excepto el hijo de una madre de zona rural que da lactancia mixta.

“Cada vez que lo llevo al pediatra me dice que es un niño sano, que pesa más de lo normal, que su talla está bien y siempre me felicita, hasta ahorita está bien”. Madre que trabaja en pequeño negocio familiar y da lactancia materna exclusiva.

“Lo veo tranquilo, está bien de peso y de talla” Madre que trabaja en pequeño negocio familiar y da lactancia mixta.

“Si ahorita si me siento satisfecha, está gordito, está saludable, en su control está bien” Madre que trabaja fuera del hogar y da lactancia mixta.

Este hecho resulta significativo pues, pese a que algunas madres abandonaron la lactancia por diferentes razones, expresaron que sus niños y niñas han crecido adecuadamente, hecho que les proporciona satisfacción y tranquilidad.

3. INSATISFACCIONES DE LAS MADRES CON LA LACTANCIA MATERNA

El estudio cualitativo exploró también las insatisfacciones de las madres durante la lactancia materna para determinar una posible vinculación con el abandono de esta. Casi todas las mujeres estudiadas, refirieron alguna insatisfacción o dificultad con la lactancia materna. Entre estas se encuentran la interrupción del sueño durante la madrugada para lactar a sus niños y niñas y el derrame de leche sobre la ropa; sin embargo, no fueron mencionadas como causas de abandono de la lactancia materna. En la mayoría de los casos, las madres estudiadas buscaron soluciones y continuaron con la lactancia. El siguiente testimonio, se refiere a estas insatisfacciones.

“Como por primera vez uno es madre entonces hay que levantarse hay que estar pendiente del bebé, darle la lactancia materna, más que todo en la noche, porque en las noches uno es donde tiene que darle de lactar al bebe y prácticamente uno se desvela, pero por el resto es una etapa muy hermosa por que sientes a tu bebe, le das bastante amor y cariño”. Madre que trabaja en un establecimiento de salud.

“La ropa se llena de leche, se malogra un poco, se percude, se abomba a veces y eso puede causar alguna infección en los pezones de las madres ... hay que tener mucho cuidado”. Madre que trabaja fuera del hogar.

Otro tipo de insatisfacciones estuvieron referidas a la incomodidad que sintieron las madres para lactar en lugares públicos, exponiendo sus mamas, sin embargo, las madres no dejaron de lactar, por el contrario, superaron la dificultad o buscaron alternativas para seguir lactando.

“Un poco de incomodidad cuando uno va a algún sitio donde hay varones y estar sacando (los senos), a veces ellos quieren todo el seno ¿no? porque hay algunos brasieres que tienen un pequeño (agujero), pero ellos quieren o están jugando, están jalando es algo vergonzoso, pero después uno ya se olvida”
Participante en grupo focal del A.H. Nueva Esperanza (urbano – marginal).

Investigadora: *“¿Alguna vez le ha dejado de dar por no sacarte el seno delante de un grupo o de un hombre?”*

Madre: *“No, lo tapaba con un trapito o un baberito”*. Participante en grupo focal del A.H. Nueva Esperanza.

4. ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

En el estudio cualitativo se encontró que las dificultades que tuvieron las madres en la práctica de la lactancia materna exclusiva originaron en varios casos, su

abandono. Las fisuras en los pezones fueron frecuentemente mencionadas por las madres como causa de molestias, se refirieron casos de “heridas o llagas en los pezones” que, en algunos casos motivaron periodos en los cuales no pudieron lactar a los bebés. Algunas tuvieron los pezones aplanados y entre ellas, varias mencionaron que no los habían preparado adecuadamente durante el embarazo; también algunas refirieron no haber recibido orientación sobre ese aspecto durante la atención prenatal.

Otra dificultad importante que se encontró en el estudio fue la insuficiente producción de leche referida por las madres como “tener poca leche” o “no tener leche”, lo cual motivó el uso de fórmulas en unas, mientras que otras continuaron la lactancia, incrementando la frecuencia o duración de cada mamada. En algunos casos, la escasez de leche estuvo acompañada de fisuras en los pezones.

El bajo volumen de leche materna en los primeros días de vida del bebé también motivó el uso de fórmulas infantiles. Solo en un caso, la bebé fue lactada por una tía, mientras la madre consumía algunos alimentos tradicionalmente considerados como inductores de la producción de leche.

“Cuando nació mi bebé no tenía pezón en la clínica me dieron una jeringa para sacarme el pezón, me dolían bastante mis senos, pero yo si tuve leche, solo que no tuve pezón”. Participante en grupo focal de Los Ejidos de Huan (zona rural).

“El pezón se me puso en carne viva casi por 15 días y no tenía mucha leche. El médico me recetó una crema para que mi pezón perdiera mucha sensibilidad y lo de la leche (lo solucioné) con remedios caseros, tomando más soya, quinua y así aumentó la leche.” Participante en grupo focal del Hospital Jorge Reátegui Delgado (zona urbana).

Se observó el uso de fórmulas infantiles por insuficiente producción de leche entre las participantes de diferentes zonas, pero fue la razón predominante para dejar la lactancia materna exclusiva en mujeres de zona rural, quienes refirieron dar fórmula infantil a sus niños/as para “ayudarlos”, pese a sus altos costos (entre S/.180 y S/. 420 mensuales). Sin embargo, en la zona urbano – marginal, predominaron las madres que dieron agua o infusiones de anís a sus hijos/as, para tratar el meteorismo abdominal. En las mujeres de zona urbana procedentes, mayormente, de urbanizaciones, destacan la insuficiente producción de leche y las fisuras de las mamas, como causas de abandono de la lactancia materna exclusiva. A continuación, se presenta algunos testimonios.

“El primer día cuando nació la bebé no tenía leche ... lloraba, porque no se podía alimentar, pero ahí dando de lactar insistiendo y tuve leche al segundo día”. Participante en grupo focal del Hospital Jorge Reátegui Delgado (zona urbana).

“En los primeros días no bajó mi leche, ya como al tercer o cuarto día recién comenzó a bajar, pero era muy escasa y entonces recurrí a la fórmula ... a la semana de nacido casi, pero era más fórmula y ... leche materna... también la

combinaba con la leche materna". Participante en grupo focal del Hospital Jorge Reátegui Delgado (zona urbana).

"A veces, usé fórmula porque no se llenaba con el seno, por más que lo tenía ahí prendido" Participante de grupo focal del A.H. Nueva Esperanza (zona urbano – marginal).

Investigadora: *"Usted me decía señora que le ha dado agüitas y leche evaporada cuando era pequeñito, antes de un mes de nacido, ¿por qué tomó esa decisión ...?"*

Madre: *"Solamente quería ayudarlo porque yo no tenía leche y ... no sé pues, como fui cesareada de repente (quizá) se me cortó la leche por la anestesia, pero sí ayudándole con su agüita, pero seguí insistiendo y sí me bajo la leche"*.

Madre de Las Vegas de Cieneguillo (zona rural), que trabaja en su hogar como comerciante.

"(Le daba fórmula porque) no le baja tanta leche y él llora porque quiere tomar más y tengo poca leche, no tengo bastante". Madre participante del grupo focal en el caserío Los Ejidos de Huan (zona rural).

Sin embargo, la principal razón para el abandono de la lactancia materna exclusiva, según las madres, fue el trabajo fuera del hogar. Se refirieron a la distancia entre su vivienda y el centro de trabajo, a la cantidad de horas fuera del hogar, a la falta de facilidades en sus centros laborales y a la disminución del volumen de la leche cuando se reincorporaron a su trabajo. Algunas madres manifestaron haber dejado leche materna en sus viviendas para que le sea administrada a los lactantes o haberla enviado desde sus centros laborales; otras

optaron por la lactancia mixta, pero no dejan de reconocer, en la mayoría de los casos, la superioridad de la lactancia materna o manifestaron que sus hijos e hijas recibieron solo leche materna cuando ellas estaban en casa.

Entre las madres que abandonaron la lactancia materna exclusiva, la mitad laboraba en otra ciudad. En este grupo se encuentran una médica SERUMS y una trabajadora de un establecimiento de salud urbano. Las madres de zonas urbano – marginales o rurales que laboraban en su vivienda, en pequeños negocios, continuaron con la lactancia materna, salvo una que refirió insuficiente producción de leche. A continuación, se presenta algunos testimonios:

“Yo soy médico SERUMS y justo el día que empieza mi contrato doy a luz por cesárea, se lo comunico al jefe de personal y al Comité del Médico Joven de Piura, sin embargo, dijeron que no había solución y que tenía que asistir y trabajar.... En la Red donde trabajo, se me negó el descanso en el postparto inmediato, se me negó la hora de lactancia y no hubo ninguna contemplación, se me hizo trabajar más de las horas”. Madre que trabaja fuera del hogar.

"Cuando salía a trabajar lo dejaba bien lleno, de ahí le daban dos tomas (de fórmula infantil) y cuando regresaba, de frente llegaba a bañarme y a lactarlo". Madre que trabaja en establecimiento de salud.

“No se llenaba con lo que le daba, era demasiado bajo lo que me bajaba o producía ... luego ya se venía la hora que tenía que entrar a trabajar y como

trabajo en Paita, es una hora de viaje y trabajo de siete a ocho, entonces iba a sufrir por eso iba cambiando e intercalando más la leche de tarro, de polvo que la materna". Participante de grupo focal del Hospital Jorge Reátegui Delgado (zona urbana).

"No, en realidad todo me impulsa a seguir dándole de lactar, aunque yo dejo a mi bebé en una guardería, yo en la mañana me levanto a las 5 de la mañana, me saco la leche, le dejo su biberón de leche, a la 1 la estoy recogiendo nuevamente y cuando no estoy yo y le hace falta más le dan la fórmula, pero es simplemente porque ya no puedo, pero de ahí no hay forma que ni deje mi trabajo ni deje de lactar a la bebé, no hay forma". Participante de grupo focal del Hospital Jorge Reátegui Delgado (zona urbana).

También se conoció situaciones de madres que intentaron dar fórmula infantil a sus lactantes, pero éstos la rechazaron.

"Dejé de darle fórmula, porque él tampoco la cogió, ya que desde el siguiente día yo empecé a lactarlo". Madre que trabaja fuera del hogar.

"Bueno ... él solo mamó de un pecho, no quería mamar del otro, entonces tenía yo poca leche, él lloraba bastante y no quería leche de complemento de fórmula, no quería". Participante del grupo focal del Hospital Jorge Reátegui Delgado (zona urbana)

Otras madres, incluyendo dos trabajadoras del sector salud, mencionaron que darían lactancia materna exclusiva si tuviesen más facilidades en sus centros laborales, como mayor tiempo para refrigerio, permitir llevar a los lactantes al centro de trabajo o tener un lactario. Solo se encontró dos madres que laboraban en negocios de venta de comida, que podían llevar a sus lactantes al centro de trabajo y lactarlos, uno de esos negocios era familiar.

5. PRÁCTICAS DE LA MADRES RELACIONADAS CON LA CONTINUIDAD O EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

En el estudio cualitativo se pudo determinar algunas prácticas que desarrollan las madres para continuar con la lactancia materna exclusiva. Así, algunas madres que trabajaban fuera del hogar tenían la práctica de extraerse la leche materna y dejarla en casa para ser administrada a sus hijos e hijas, sin embargo, algunas de ellas manifestaron que la producción de leche fue disminuyendo o que las personas responsables del cuidado del niño les daban fórmula cuando el bebé necesitaba más leche. A continuación, se presenta dos testimonios.

“(Le di) leche de fórmula porque me fui a estudiar, pero no la toma, le dejaba leche mía refrigerada, como me aconsejó un doctor y la tomó mi bebé”. Madre con trabajo independiente.

“Soy asistente legal, pero a pesar de eso durante las primeras semanas me sacaba la leche y le dejaba mi leche para que tuviera, pero ya luego mi leche ha

ido disminuyendo, debe ser por las horas de trabajo entonces tuve que ayudarme, pero es lo mínimo ¿no? ”. Madre que trabaja fuera del hogar.

“Yo soy auxiliar de educación, pero me la llevaban a la bebé ‘a las’ (después de unas) horas que yo le dejaba dando (lactando). Le dejaba (leche materna) en el biberón y luego lo ponían en baño María y le daban, pero a las 11 ya la llevaba y a la una ya yo regresaba, aunque tenía que volver (al trabajo), pero ... ya después empezó a tomar la fórmula, ya los últimos meses de noviembre y diciembre ya no la llevaban porque (se alimentaba) con el biberón hasta la hora que ya yo viniera, porque ya me dejó de salir, (tenía) menos también”.
Participante de grupo focal del A.H. Nueva Esperanza (zona urbano – marginal).

Otra práctica de las madres, especialmente de las que manifestaron haber tenido escaso flujo de leche materna y de aquellas procedentes de zonas rurales, fue el consumo de ciertos alimentos como cacao (chocolate), quinua, maíz (“chufra”), soya y plátano de freír maduro hervido, con la idea de aumentar la producción de leche, según sus propias referencias, dicha práctica fue efectiva, excepto en un caso.

“Yo también tomé el cacao con la quinua y el plátano de freír maduro, le hice preparar como un jugo ahí y así lo tomé para que baje la leche, lo tomé y me bajó bastante leche”. Participante de grupo focal de Los Ejidos de Huan (zona rural).

“Tomé de ese plátano, de esa leche y chufra, todo eso tomaba yo para que me bajara la leche... La comida del plátano ... hervida me la tomabacon eso

tuve leche". Participante de grupo focal de Los Ejidos de Huan (zona rural).

"En mi primer hijo hice al 100 por ciento todo lo que me decían, cacao, soya, chufra, avena, quinua y nunca tuve ni una gota". Participante de grupo focal del A.H. Nueva Esperanza (zona urbano – marginal).

Pero no todas las prácticas de las madres estuvieron relacionadas con la continuidad de la lactancia materna exclusiva, por el contrario, algunas madres, especialmente las de la zona urbano – marginal, dieron agua o infusiones de anís u otras plantas medicinales a sus hijos/as, para tratar el meteorismo abdominal, la irritabilidad o por recomendación de sus madres o abuelas, quienes percibían que los lactantes tenían sed. De esta manera, las madres abandonaron la lactancia materna exclusiva.

"Mi mamá me decía esa 'ñaña' debe tener sed y decía, si a mí me da sed, a ella también seguro ... y también porque a veces se llenan de gases y dicen que el anís es bueno y bueno a veces uno sigue los consejos de los más ..., imagínese mi mamá ha tenido 11 hijos y así los ha criado". Participante en grupo focal del A.H. Nueva Esperanza (zona urbano – marginal).

Investigadora: *"¿A los cuantos meses le dio usted la agüita de anís?"*

Madre: *"A los 2 meses, porque se llenaba de gasecitos y lloraba con su dolor y decían que es bueno porque a veces le calmaba y se dormía tranquilito, más que todo en las noches cuando sentía que estaba mal... continuo no, solamente*

cuando era necesario”. Participante en grupo focal del A.H. Nueva Esperanza (zona urbano – marginal).

Las decisiones relacionadas con prácticas de las madres fueron influenciadas, en algunos casos, por terceras personas. En la práctica de la lactancia materna, varias mujeres estudiadas dijeron que lo hicieron por decisión personal, otras en cambio, mencionaron que fueron sus madres y familiares quienes influyeron y en otros casos, fue el personal de salud mediante charlas, consejos o en las sesiones de psicoprofilaxis para el parto sin dolor. En las prácticas de extracción de la leche para su posterior administración, los esposos y las madres brindaron su apoyo a la mujer lactante, recogiendo los frascos de leche en el centro laboral o administrándola a los bebés. Al respecto se presenta algunos testimonios.

Investigadora: *“¿Qué influyó en ti para dar lactancia materna a tu niña ...?”*

Madre: *“Bien, ya eso nació de mí por los conocimientos que tenía de los otros tipos de leche que les daban a los bebés, pero en sí todo mi entorno estaba de acuerdo y eso influyó en mí bastante, mi pareja mi madre, mi padre y mis hermanos todos consideran que es bueno”*. Ama de casa entrevistada.

“Yo asistía a psicoprofilaxis acá en el centro de salud, entonces ahí me dijeron que la leche materna es lo mejor, es lo mejor para ellos, que se le puede dar hasta que ellos solitos la dejen, por qué es lo mejor para ellos”. Ama de casa entrevistada.

“Eran 8 horas (de trabajo), hasta un poquito más, a veces de break me daban media hora, a mí me ganaba la hora ... ni me daba tiempo de ir a la casa para dar de lactar y regresarme, no me daba tiempo para eso, en los primeros días me sacaba leche con la pezonera se la mandaba incluso, porque mi esposo se la iba a recoger y se la mandaba ... y ya después, no me bajaba leche por que como no me succionaba, no me bajaba leche y ahora que ya estoy con él ya me está bajando más” Madre que trabajó fuera del hogar.

En el abandono de la lactancia también influyeron las madres de las mujeres lactantes, con sus recomendaciones de ofrecer infusiones al bebé para calmar la sed o la irritabilidad, mientras que en los casos de niños y niñas que recibieron fórmula infantil, las mujeres estudiadas manifestaron que la recomendación fue del pediatra.

“Si la doctora de la clínica la recetó a mi hija, la especialista en niños”. Participante de grupo focal de Los Ejidos de Huan (zona rural).

6. CREENCIAS DE LAS MADRES RELACIONADAS CON LA CONTINUIDAD O EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

En la realización del estudio cualitativo, se pudo conocer algunas creencias de las madres relacionadas con la ingesta de ciertos alimentos que consideran potencialmente nocivos para sus lactantes, entre ellos se encuentran los alimentos helados, el consumo de gallina “culeca” (la que se encuentra

incubando los huevos) u otros alimentos que causen estreñimiento al bebé. Asimismo, una mujer consideró que no se debe dar lactancia si la madre lactante ha estado expuesta al sol por mucho tiempo, por lo cual es necesario que repose antes de lactar, para evitar infecciones en su bebé. Solo esta última práctica podría afectar la frecuencia de la lactancia materna, las demás son inocuas.

“Que tengan los cuidados de no beber cosas heladas, de que todo lo que a ellas les pueda causar daño, les va a hacer daño a su bebé”. Participante del grupo focal del Hospital Jorge Reátegui Delgado (zona urbana).

“Sí, después dejé de comer la gallina porque mi niña ‘se elevó’ y me decía la gente que seguro la gallina estaba ‘culeca’ ... mi niña se elevó, se llenó de gases yo también me hinché de mi panza”. Participante de grupo focal de Los Ejidos de Huan (zona rural).

“A veces comía cositas que le podían malograr el estómago a él y se estreñía”.
Madre con trabajo independiente.

Investigadora: *“¿En qué trabaja usted?”*

Madre: *“En la tumba de limón, ‘pañando’ limón”*

Investigadora: *“Y usted reposaba antes de darle la leche, ¿por qué?”*

Porque unos decían que uno le hace daño (al bebé), porque la leche está caliente y eso le puede pegar infección, por eso me bañaba y reposaba un rato y luego tomaba su lechecita. Madre de Las Vegas de Cieneguillo (zona rural).

7. ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL DE SALUD QUE FAVORECEN O LIMITAN LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

El estudio cualitativo ha permitido también conocer algunas prácticas del personal de salud que limitan la lactancia materna exclusiva, tales como, el uso de fórmulas en recién nacidos de madres sometidas a cesárea. Esta situación se ha observado tanto en hospitales, como en clínicas particulares, donde parece ser común el uso de fórmulas en las primeras horas de vida del niño o de la niña. Algunos testimonios respaldan esta afirmación.

Madre: *“Según la enfermera que yo le pregunté, me dijo que ella le daba una fórmula”*

Investigadora: *“¿Una fórmula ¿No sabe Ud. el nombre”?*

Madre: *“No”*

Investigadora: *“¿Ellas le dieron receta para que compre la fórmula?”*

Madre: *“No, ellas le dieron cuando... me dijo que yo estaba cesareada y no podía darle teta. Luego ya le di pura lactancia”*. Madre operada de cesárea en hospital de Jorge Reátegui Delgado - EsSalud.

Madre: *“Bueno fui operada cuando di a luz, a mi bebida le tuvieron que dar fórmula por esas primeras horas hasta que me dieron el alta a la sala y en principio, no me salía leche”*.

Investigadora: *“¿Donde dio a luz usted?”*

Madre: *“En el hospital Santa Rosa, pero después de dos días, ya con las recomendaciones del médico y bastante líquidos ya le pude dar normal.”*

Participante de grupo focal del Hospital Jorge Reátegui Delgado (zona urbana).

Investigadora: *“¿En las primeras 7 horas de nacidas que consumió tu niña?”*

Madre: *“Le dieron dosis de fórmula de leche”*

Investigadora *“¿Te dieron la receta, te indicaron que fórmula era?”*

Madre: *“Sí,”*. Madre entrevistada que fue operada de cesárea en clínica.

Investigadora: *“¿A los cuántos minutos u horas empezó a darle leche materna?”*

Madre: *“Al día siguiente, por la cesárea no podía pararme, y a partir del día siguiente en la mañana”*

Investigadora: *“Y en esas horas que no pudo darle usted, ¿qué leche recibió su niño?”*

Madre: *“Le dieron fórmula, pero no sé exactamente qué fórmula”*. Madre entrevistada que fue operada de cesárea en clínica.

Cabe mencionar el caso de una madre de niño de 8 meses que el día de la entrevista acudió al consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Jorge Reátegui Delgado, de EsSalud, donde fue informada de que su hijo había ganado poco peso, por el cual, la enfermera le recomendó fórmula infantil. Por el contrario, la nutricionista le recomendó lactarlo tres veces al día y dar más alimentos sólidos. Esto indicaría el fomento del uso de las fórmulas

en los servicios de salud, lo cual no está permitido. A continuación, se presenta el testimonio.

“Aquí en el hospital hoy día me han dicho que mi bebe no ha subido mucho de peso y que debo darle más bien la fórmula, eso me acaban de decir hoy día, yo le digo que todavía lo sigo lactando y mi niño no quiere la fórmula. Me han dicho que siga dando las papillas pero que trate de darle más fórmula que mi leche, es lo que me acaban de decir; y es más señorita yo le he llevado a la nutricionista y me dio en un papelito que le debía dar solo tres veces al día: lactarlo a las 6 de la mañana, 1 de la tarde y 9 a 10 de la noche y que el resto ya no lo lactara, sino que procurara darle otras comidas”.

Por el contrario, se encontró también que el personal de salud, especialmente obstetras, enfermeras y médicos recomiendan la lactancia materna exclusiva. Sin embargo, se detectó un caso en que el trato a la madre usuaria no parece haber sido el más adecuado, lo que provocó reacciones inadecuadas en la madre.

“Ya me ha pasado algunas veces que, a mi bebé, por ejemplo, la veía una doctora que no le gustaba que le den fórmula y una de ellas (otra madre) me dijo ‘si te pasa tal doctora dile que tu bebé toma seno’ y gritaba la criatura y lo prendía y nada y... uno, en esa edad pues tiene que estar mintiendo algunas veces porque no los aceptan y tienen los motivos: que es importante al 100 por ciento la lactancia materna exclusiva”. Participante de grupo focal de Nueva Esperanza (zona urbano – marginal).

VI. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio realizado en el distrito de Piura muestran que el 50.3% de mujeres dejó la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida y la mayor proporción (27.8%), lo hizo durante el primer mes. De ellas, el 85.8% fue por administrar un sucedáneo de la leche. La gran mayoría de madres que dieron un sucedáneo de la leche, (95.9%), optaron por la fórmula infantil, mientras que las restantes dieron leche evaporada, lo cual sugiere una cultura enraizada en la población de que los sucedáneos de la leche tienen similar valor que la leche materna.

El análisis multivariado, reveló que los factores asociados al abandono de la LME fueron la ocupación de la madre (ser profesional o estudiante), el momento del inicio de la lactancia materna (después de la primera hora del nacimiento), la insuficiente producción de leche y el llanto del niño, siendo estos dos últimos los más significativos con $OR=36.92$ (4.58 - 297.74) y $OR=6.99$ (1.29, 37.64) respectivamente.

En el estudio en Piura, la insuficiente producción de leche referida por la madre fue el factor más importante que influyó al abandono de la LME. Este factor ha sido encontrado en otros lugares, así, Lama²⁰ en la ciudad amazónica de Tingo María, encontró que la percepción de la madre de tener baja producción de la leche, influye el abandono temprano de la LME. De manera similar en Lima, Salinas³² estudió un grupo de madres de 21 a 30 años y encontró que la razón del abandono de la LME en el 66% de los casos, fue no tener suficiente leche. Moscoso³³ en la

misma ciudad, publica resultados similares. En otros países, varios estudios reportan el mismo factor como causa de abandono de LME. Así, Prendes y colaboradores²¹, en Cuba, determinaron que la causa de abandono de la LME referida con mayor frecuencia por las madres, fue el no tener suficiente leche (81,6%). En el mismo país, Avalos³⁹ encontró que el destete precoz ocurrió en el 44.3% de los lactantes estudiados y el motivo más frecuente fue la hipogalactia referida por las madres como “no tener suficiente leche”. Soto⁴⁰ y colaboradores, encontraron que las causas más frecuentes de abandono de la lactancia materna, dependientes de la madre, fueron la “hipogalactia” y “el niño que no se llena”. En Venezuela, Broche⁴¹ y colaboradores encontraron que las tres cuartas partes de las mujeres refirieron como causa del abandono de la lactancia materna exclusiva, hambre del niño y la insuficiente producción de leche.

Según los discursos de las madres que participaron en el estudio cualitativo, el escaso flujo de leche es un problema frecuente y muchas veces está relacionado con fisuras en los pezones o pezones planos. En esas circunstancias, la madre opta por dar fórmula a los niños/as mientras soluciona dichos problemas. Algunas madres, especialmente de zonas rurales, toman bebidas a base de plátano, cacao o quinua, maíz o soya, basadas en la creencia de su efectividad para mejorar el flujo de leche.

La creencia de las madres que no tienen leche suficiente según la Organización Mundial de la Salud¹¹ es un problema común. “En muchos casos, el lactante, en realidad, está obteniendo toda la leche que necesita y el problema es la percepción de la madre de que su producción de leche es insuficiente. En otros casos, el lactante

realmente tiene una baja ingesta de leche, que es insuficiente para cubrir sus necesidades; ocasionalmente, esto se debe a que la madre tiene una baja producción de leche de causa fisiológica o patológica. Sin embargo, según los especialistas generalmente la razón del poco aporte es un problema de técnica o del patrón de lactancia; si estos dos aspectos mejoran, la ingesta del lactante se incrementaría”. Sin embargo, en los servicios de salud, sean públicos o privados, el personal de salud no tiene interiorizado este mensaje por lo cual no dan el apoyo adecuado a las madres, sino que les recomiendan el uso de sucedáneos de la leche materna.

En Brasil, Ferro⁴² y colaboradores, revisaron dos bases de datos para conocer los factores que dificultan la lactancia, describiendo un estudio realizado en Guatemala que encontró estrés durante el trabajo de parto, especialmente de mujeres primíparas y sometidas a cesárea.

De hecho, en nuestro estudio se encontró que, entre las mujeres que abandonaron la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses por insuficiente producción de leche, el 45.16 % fue primípara y el 58.07% fue sometida a cesárea. En general, entre las que abandonaron la lactancia materna por todas las causas, incluida la insuficiente producción de leche, la primiparidad fue un factor que estuvo asociado con el abandono ($p=0.01$).

Dichos resultados son similares a los hallazgos de Lama²⁰ en el Hospital EsSalud de Tingo María, donde la condición de mujer primípara (46%), es el factor que presenta relación con el abandono de la lactancia materna exclusiva. En contraste,

el parto a término y el tipo de parto (eutócico/distócico), no tuvieron relación con el abandono de la lactancia materna exclusiva, hallazgo que resulta similar a lo encontrado en nuestro estudio. En el mismo sentido, Niño y colaboradores,²⁹ en Chile, encontraron que la cesárea era un factor asociado a lactancia exclusiva hasta los 6 meses, pero contrariamente a nuestro estudio y al de Lama²⁰, la primiparidad estuvo también asociada a lactancia materna exclusiva hasta los seis meses.

En nuestro estudio, el llanto del niño/a después de lactar, se asoció con abandono de la LME. En el estudio cualitativo, las madres vincularon el llanto del lactante, con hambre, antes que con enfermedad del niño/a. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud¹¹ señala que el lactante puede llorar por hambre debido al crecimiento acelerado, que es común a las 2 y 6 semanas y a los 3 meses, sin embargo, si el/la lactante se alimenta con mayor frecuencia, la producción de leche se incrementa y el problema se resuelve. Asimismo, algunas sustancias presentes en alimentos consumidos por la madre pueden producir sensibilidad en el/la niño/a, entre ellas se encuentran: leche, soya, huevos y maní. En este sentido es importante tomar en cuenta los discursos de las madres estudiadas sobre consumo de soya para incrementar el flujo de leche. La cafeína del café, el té y las bebidas de cola, así como las sustancias del cigarrillo, también lo/a pueden irritar. Si la madre evita estos alimentos o bebidas, el lactante llorará menos.

La OMS¹¹, señala también que los/as niños/as pueden llorar por dolor, originado por reflujo gastroesofágico o cólico. En tal sentido, una vez identificada la causa del llanto, se debe dar el tratamiento así la madre puede intentar modificar su dieta o sostener al lactante en posición vertical después de alimentarlo, para disminuir el

reflujo, o levantarlo y mecerlo, realizando una suave presión sobre el abdomen del lactante, en caso de cólico. En este estudio no se ha explorado los mensajes del personal de salud de los establecimientos, pero en la información del estudio cualitativo no se percibe recomendaciones de ellos/ellas a las madres sobre estos aspectos.

Otro hallazgo importante fue el hecho de dar lactancia materna recién después de la primera hora de vida del niño/a se relaciona de manera significativa con el abandono de la LME, así como, con el inicio de la lactancia con productos diferentes a la leche materna. Según los grupos focales y entrevistas en profundidad, esto último tiene relación con las prácticas del personal que atendió al niño/a en el establecimiento de salud donde ocurrió el parto, en tal sentido las madres que tuvieron parto por cesárea refirieron que sus hijos/as recibieron fórmula al primer día de su nacimiento. Al respecto, Altobelli y colaboradores⁴³ señala que, si las circunstancias no permiten una lactancia inmediata después de una operación cesárea, el/la bebé deberá ser llevado/a al lado de la madre tan pronto como sea posible, después de las condiciones de la madre y el/la bebé, se hayan estabilizado. La madre debería ser instruida en la forma de lactar y mover a su bebé por sí sola, resultando mejor que el/la bebé pase el mayor tiempo posible en la cama de la madre.

El 50.3% de las madres abandonaron la práctica de la lactancia materna exclusiva antes de que sus hijos/as cumplieran los seis meses de nacidos y de entre ellas, el 27.8% lo hizo durante los treinta primeros días de vida de sus niños/as, lo cual

resulta preocupante pues se limita la administración de calostro y se expone al lactante al riesgo de contraer infecciones gastrointestinales y respiratorias, que pueden limitar su crecimiento. Este hallazgo es también relevante porque sucede en una época en que la madre suele estar en contacto con los servicios de salud por el control del puerperio y del crecimiento del niño y la aplicación de vacunas. Por ello, amerita recapacitar al personal de salud involucrado en estos programas para alentar la lactancia materna exclusiva.

También se encontró una significativa asociación entre los factores de tipo económico y el abandono de la LME, así, las madres que más la abandonaron fueron las profesionales o estudiantes, en donde el factor crítico fue el número de horas fuera del hogar o la ubicación del centro de trabajo de la madre. No se encontró asociación entre el tipo de relación laboral de las madres lactantes y el abandono de la lactancia, tampoco encontramos asociación con su nivel de ingresos.

Las participantes en los grupos focales y entrevistas en profundidad manifestaron que dejaron la lactancia por diferentes obstáculos como la distancia de su vivienda al centro de trabajo, la falta de lactarios y las restricciones en los horarios, en sus centros laborales; algunas manifestaron que se extrajeron leche y la dejaron a las cuidadoras, pero que no era suficiente y éstas terminaban complementando con fórmulas. Solo una madre manifestó haber tenido facilidades para llevar y lactar a su niño en el restaurante donde trabajaba. Diferente fue la situación de las madres que trabajan en casa (pequeños negocios, trabajadoras independientes) quienes manifestaron no haber tenido dificultades para trabajar y dar de lactar. Las madres

estudiadas coincidieron en que es posible trabajar y dar de lactar, para lo cual es necesario que el empleador brinde las facilidades y que las trabajadoras organicen su tiempo.

Vilca¹³ en Lima, reporta resultados similares a los nuestros, donde el 16% de madres abandonaron la LME por razones de trabajo. En la misma ciudad, Amanzo y Vargas²⁵ encontraron que el 47% de madres que evaluaron tenían trabajos remunerados y el 36% de ellas deseaba dar lactancia materna hasta los 6 meses de vida del niño, pero el principal factor que interfería con la LME era la condición de madre trabajadora que labora cinco o más horas fuera de casa, siendo este aspecto clave en la decisión de las madres de dar sucedáneos de la leche materna a sus hijos. Asimismo, encontró que la duración de la lactancia materna es inferior en las madres trabajadoras, frente a la madre que se queda en el hogar. Por el contrario, Lama²⁰, en Tingo María, no encontró asociación entre el tipo de ocupación de la madre y el abandono de la lactancia materna, sin embargo, Tingo María es una ciudad pequeña, con distancias cortas entre el hogar y el trabajo.

En Brasil, Leone y Sadeck²⁶ evaluaron los factores de riesgo asociados a la ausencia de lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses de vida en la ciudad de Sao Paulo, Brasil, en dos grupos de madres, encontrando que el 39,1% de ellas practicaba la lactancia materna exclusiva (Grupo I) y el 60,9% no lo hacía (Grupo II). Hubo diferencias entre los grupos respecto en la variable “madres trabajando fuera” (Grupo I 12,4% vs. Grupo II 24,8 %; $p < 0.001$), concluyendo que el trabajo materno fuera de casa está asociado a la ausencia de lactancia materna exclusiva.

El estudio realizado por Brasileiro y colaboradores¹⁸, analizaron los beneficios laborales y los factores asociados al mantenimiento de los índices de amamantamiento entre madres trabajadoras en Sao Paulo, Brasil y encontraron que, al cuarto mes de vida, tuvieron alta probabilidad de suspender el amamantamiento las madres que no tenían intervalo de 30 minutos durante la jornada laboral (OR= 4,10 [IC95% 1,81; 9,26]). El estudio refiere que el apoyo, la información sobre el manejo de la lactancia y sobre sus derechos garantizados por ley, en conjunto con la ampliación del tiempo de licencia maternidad, podrían tener un papel importante en el mantenimiento de la práctica de la lactancia materna.

Lo dicho, se refuerza con los hallazgos de Navarro y colaboradores¹⁵ en México, donde el 42.3% de las madres abandonaron temprano la lactancia materna, encontrando entre los factores de riesgo, la falta de facilidades en el trabajo para efectuarla, OR 1.99 (IC 95 por ciento 1.12-3.56). Niño y colaboradores²⁹, en Chile, encontraron que trabajo fuera del hogar en sistema privado, era un factor favorable al abandono de la lactancia materna. ($p < 0,02$).

Al respecto, Altobelli y colaboradores⁴³ señala que en caso las madres se ausenten por periodos largos de tiempo, como es el caso de las trabajadoras o estudiantes, pueden extraerse la leche para que sea administrada con taza y cucharita, no en biberón pues, aquellos son más fáciles de lavar y no causan confusión al bebé sobre la forma de succionar. El personal de salud debería conocer algunos aspectos para orientar a la madre que trabaja, entre ellos: si la madre está dispuesta a continuar

con la lactancia, si es posible llevar a su hijo/a al lugar de trabajo; si alguien está dispuesto/a llevarlo/a a su centro de trabajo para amamantarlo/a; disponibilidad de tiempo para extraer la leche manualmente; existencia de recipiente y equipo para almacenar correctamente la leche materna y; disponibilidad de tiempo del cuidador/a para alimentar al lactante con taza y cucharita.

En el estudio realizado en Piura, el 95.71% de las mujeres que participaron contaba con algún seguro de salud, por lo cual en este caso la pobreza extrema no ha sido un factor relevante. Pensamos que los resultados de este estudio podrían ser de utilidad en lugares con condiciones similares.

El tamaño de la muestra para este estudio poblacional fue una limitante para el análisis, especialmente para aquellas variables de baja frecuencia.

De otro lado, la selección de las personas a encuestar se realizó por muestreo no aleatorizado (por conveniencia), entre las madres que acuden con sus hijos de 6 a 8 meses, a solicitar atención en los consultorios de Pediatría y de Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño de establecimientos de salud estatales. Aun cuando se realizó más de una visita a cada establecimiento seleccionado, en fechas y horarios diferentes hasta alcanzar la muestra, podría haberse producido un sesgo.

Otra limitación es el hecho de no haber realizado el estudio con población que acude a servicios de salud privados, pues hubiese resultado difícil contar con las facilidades para entrevistar a las madres.

El estudio no consideró la observación de la técnica de la lactancia materna, ni indagó por la ganancia de peso o la frecuencia de la micción de los/as lactantes; por ello no se puede determinar si las madres que abandonaron la lactancia materna exclusiva por insuficiente producción de leche materna realmente tuvieron una baja producción de esta, o se trató de una percepción de la madre. Sin embargo, es relevante lo encontrado en el estudio cualitativo sobre el hecho de que, ante la referencia de la madre de “tener poca leche”, los/as profesionales de la salud prescriban fórmulas infantiles, sin determinar si la insuficiencia fue real o percibida.

En resumen, la sensación de las madres de tener leche insuficiente (la mayor parte de los casos sin evidencia de patologías), a lo que se suma el llanto del niño/a, el no iniciar de inmediato la LME en la primera hora de vida y la ocupación de la madre con ausencia de varias horas fuera de la casa fueron los principales factores asociados al abandono de la LME. Todos ellos factibles de intervención con medidas que pueden minimizar el problema; los 3 primeros factores fuertemente asociados a patrones culturales de la población. El estudio también sugiere de manera indirecta la falta de preparación y compromiso de muchos trabajadores de salud con la lactancia materna exclusiva, pues un buen número de ellos/ellas ha sido ganado por la propaganda de los sucedáneos de la leche materna.

VII. CONCLUSIONES

Del estudio cuantitativo:

- a. El principal factor socio – cultural que influye en el abandono de la lactancia materna antes de que el/la lactante cumpla los seis meses, es la insuficiente producción de leche referida por la madre, lo cual origina que la madre opte por administrar fórmulas.
- b. El segundo factor, en orden de importancia, por el que las madres dejaron la lactancia materna fue el llanto del niño/a, lo cual indujo a las madres a dar fórmulas al suponer que los/las lactantes se quedaban con hambre.
- c. El tercer factor por el que las madres abandonaron la lactancia materna fue el tipo de ocupación de la madre, hecho que se observó en las profesionales y estudiantes.
- d. El hecho de dar lactancia materna recién después de la primera hora de vida del niño/a, se relaciona de manera significativa, con el inicio de la lactancia con productos diferentes a la leche materna. Este fue el cuarto factor en orden de importancia.

Del estudio cualitativo:

- e. La mayoría de las madres conoce los beneficios de la leche materna relacionados con la buena salud y nutrición de sus hijos e hijas y algunas son conscientes de su superioridad frente a fórmulas infantiles.

- f. La mayoría de las madres ha experimentado las ventajas psicológicas de la lactancia materna en términos bienestar, orgullo, tranquilidad, felicidad, amor, alegría y agrado.
- g. Tanto las madres que dieron lactancia materna exclusiva, como aquellas que dieron lactancia mixta, manifestaron sentirse satisfechas y tranquilas con el crecimiento y desarrollo de sus niños y niñas.
- h. Las dificultades tales como, fisuras en los pezones y la insuficiente producción de leche referida por la madre, originaron en varios casos, el abandono de la lactancia materna exclusiva.
- i. La principal razón para el abandono de la lactancia materna exclusiva, según las madres, fue el trabajo fuera del hogar. Se refirieron a la distancia entre su vivienda y el centro de trabajo, a la cantidad de horas fuera del hogar, a la falta de facilidades en sus centros laborales y a la disminución del volumen de la leche cuando se reincorporaron a su trabajo.
- j. Entre las madres que consumieron alimentos considerados como inductores de la producción de leche (quinua, maíz, soya, plátano maduro y chocolate), algunas opinaron que dichos productos fueron efectivos y en menor medida, manifestaron que no tuvieron resultados positivos.
- k. Entre las madres que trabajaban fuera del hogar y tenían la práctica de extraerse la leche materna para ser administrada a sus hijos e hijas, algunas manifestaron que la producción de leche disminuyó progresivamente.

- l. El uso de fórmulas infantiles fue frecuente entre madres de zonas rurales que manifestaron tener escaso volumen de leche materna, mientras que, en zonas urbano – marginales, se encontró, con frecuencia, la introducción de líquidos tales como, infusión de anís para calmar la “sed” de los/as lactantes, o tratar el meteorismo abdominal.

- m. Las mujeres dieron lactancia materna por decisión personal, por influencia de sus madres o familiares y por recomendación del personal de salud. En el uso de la fórmula infantil, influyó el personal de salud y; en la administración de infusiones, la influencia vino de las madres de las mujeres lactantes.

VIII. RECOMENDACIONES

- a. Los tomadores de decisiones de salud deberían considerar en sus planes y presupuestos, actividades de fortalecimiento de capacidades del personal de salud que atiende a la madre, la niña y el niño para responder a sus necesidades y dificultades como la percepción de una baja producción de leche, las afecciones de las mamas y la identificación y manejo de las causas del llanto de los/las lactantes. Dichas actividades deben ser permanentes, debido a la alta rotación interna o externa del personal de salud y a la incorporación de nuevo personal, en tal sentido, una estrategia es la de formar un equipo de facilitadores/as que asuman la responsabilidad del cumplimiento de dichas actividades

- b. A nivel gubernamental, los directivos del Ministerio de Salud, Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social y Gobiernos Regionales, en el marco de los programas y estrategias de lucha contra la desnutrición infantil, deben establecer indicadores e incentivos relacionados con la práctica de la lactancia materna exclusiva. En tal sentido, deben revisar la coherencia de intervenciones, tales como las del Programa Articulado Nutricional y el Programa de Salud Materno – Neonatal, ejecutados por el Ministerio de Salud con otros, como el Programa Juntos, ejecutado por el Ministerio de Desarrollo en Inclusión Social y establecer directivas de cumplimiento obligatorio, para que el personal de salud que atiende a la madre y al niño, brinde una adecuada orientación a las madres, desde la etapa de la

gestación y durante el puerperio, en la estancia hospitalaria, en los controles posteriores, a la madre y al niño/a y en las actividades propias de los programas sociales gubernamentales. Dicha orientación debe incluir el control del estrés y las formas de extracción, almacenamiento y administración de la leche materna, especialmente para madres que trabajan fuera del hogar.

- c. Las normas técnicas del Ministerio de Salud sobre alimentación infantil deberían considerar la consejería desde la etapa prenatal, para madres que trabajan fueran del hogar, para orientarlas adecuadamente en la extracción y administración de la leche; en tal sentido, la consejería debe basarse en la información que la madre brinde sobre aspectos como deseo de continuar la lactancia materna, apoyo familiar y condiciones laborales para extraerse la leche o dar de lactar a su niño/a.

- d. El Ministerio de Salud deberá revisar las normas técnicas existentes sobre promoción de la salud infantil y materna y realizar las modificaciones necesarias para incorporar los enfoques de género e interculturalidad en las actividades de atención y consejería prenatal, psicoprofilaxis para el parto, control de crecimiento y desarrollo del niño, programa de salud familiar PROFAM y otros, para incluir en las actividades al entorno familiar de la gestante y la madre lactante, de manera que se constituya en una red de apoyo a la lactancia materna. Asimismo, el respeto a las creencias y prácticas saludables de las madres (como el consumo de ciertos cereales y cocimientos)

y el buen trato, desterrando prácticas como reprender a las madres lactantes con escasa producción de leche.

- e. Las autoridades de salud, equipos técnicos y directivos de los establecimientos de salud deben realizar una supervisión permanente en los establecimientos de salud que cuentan con servicios de atención del parto y atención de niños/as, a fin de asegurar el cumplimiento de las medidas que regulan la publicidad de sucedáneos de la leche y sancionar el uso injustificado de estos productos especialmente en madres sometidas a cesárea. Asimismo, para supervisar el cumplimiento de las recomendaciones para la promoción de la lactancia materna.

- f. A la luz de los resultados, es necesario que los directivos de los centros laborales cumplan con la Ley que establece la Implementación de Lactarios en las Instituciones del Sector Público y del Sector Privado promoviendo la Lactancia, en estos lugares, las mujeres lactantes pueden extraerse la leche y refrigerarla, durante las horas de trabajo. Asimismo, las entidades competentes como el Ministerio de Salud, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, la Superintendencia Nacional de Salud y la Superintendencia Nacional de Fiscalización Laboral deberían exigir a las instituciones y empresas para el cumplimiento de la norma.

- g. El Ministerio de Salud o las instituciones cooperantes u otras de la sociedad civil, deberían implementar un observatorio de precios y de consumo de fórmulas infantiles y realizar análisis periódico de los datos para que se

constituyan en información útil para la toma de decisiones respecto a las estrategias a implementar para desincentivar el uso de dichos productos. Para tal fin, es necesario que esa información esté disponible también para los profesionales de la salud y las madres gestantes, lactantes y sus familias.

- h. Es recomendable la realización de estudios válidos para las zonas urbanas, urbano – marginales y rurales; asimismo, resulta útil complementarlos con estudios cualitativos para mejorar el entendimiento de los factores asociados al abandono de la lactancia materna. En tal sentido, el estudio transversal y retrospectivo es muy útil y su costo es relativamente bajo. Sin embargo, un estudio prospectivo (cohortes) sería mucho más adecuado para observar algunos aspectos como: escasa producción de leche (real o referida), técnicas de amamantamiento, trastornos de las mamas, prácticas del personal de salud en los servicios de atención prenatal y del parto y; técnicas de extracción, almacenamiento y administración de la leche materna en madres que trabajan fuera del hogar. En tal sentido, se debe valorar el costo y la disponibilidad de recursos humanos entrenados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [internet]. Ginebra: La Lactancia Materna Exclusiva durante los Seis Primeros Meses es lo mejor para todos los Niños. [Actualizado el 15 Ene 2011; citado el 28 Feb 2017]. OMS; [1 pantalla]. Disponible en:
www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/es/
2. UNICEF [internet]. Nueva York ¿Cuáles son los Retos? [Citado el 28 Feb 2017]. UNICEF; (1 pantalla). Disponible en:
www.unicef.org/spanish/nutrition/index_challenges.html
3. Instituto Nacional de Estadística en Informática [internet]. Lima: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2013. [Actualizado May 2014; citado el 28 Feb 2017]. INEI; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en:
www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/index.html
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática [internet]. Lima: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2016. [Actualizado May 2017; citado el 30 Jul 2017]. INEI; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en:
www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html
5. UNICEF [internet]. Perú. Situación de la Lactancia Materna en el Perú. [citado el 28 Feb 2017]. UNICEF; [2 pantallas]. Disponible en:
www.unicef.org/peru/spanish/situacionlactancia.pdf
6. Organización Panamericana de la Salud: La Lactancia Materna y el Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna en el Perú. Informe Final de Monitoreo en Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Lima y Loreto. Lima: SINCO Editores SAC, 2011. 45 p.

7. Ministerio de Salud: Lineamientos de Gestión de la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable. Lima, 2011. 54 p.
8. Berhman R, Kliegman R, Jenson H. Nelson Tratado de Pediatría, 16ª. Edición. México: Mc Graw-Hill Interamericana Editores; 2001.
9. Franco G, Sesín M. Conceptos Actuales en Lactancia Materna. *Pediatr Mex* [internet] 2000 [Citado 06 Mar 2017] Vol. 3 (11): 27 – 30. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/conapeme/pm-2000/pm0011h.pdf
10. Uauy R, Dangour A.D. Nutrition in brain development an aging: Role of essential fatty acids. *Nutr Rev* 2006 [Citado 14 Mar 2017] 64 (5Pt 2): S24-33. PMID16770950
11. Organización Mundial de la Salud. 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: 2010. 108 p.
12. Vásquez, R. Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis – 2009. [Trabajo de investigación para optar el título de Enfermera Especialista en Salud Pública]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
13. Vilca, M. Causas de abandono de la Lactancia Materna Exclusiva. [Tesis de Maestría]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2006.
14. Gorrita R, Ravelo Y, Ruiz E, Brito B. Información sobre la lactancia materna de las gestantes en su tercer trimestre. *Rev Cubana Pediatr* [internet]. 2012, vol.84, (4) [citado 8 Mar 2017]: pp. 357-367. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312012000400004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-7531.

15. Navarro M, Duque M, Trejo y Pérez J. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. *Salud pública Méx* [Internet]. 2003 Ago [citado 8 Mar 2017]; 45(4): 276-284. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000400006&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342003000400006>.
16. Camargo F, Latorre J, Porras J. Factores asociados al Abandono de la Lactancia Materna Exclusiva. *Hacia promoc. Salud* [internet] 2011 [Actualizado 16 Abr 2011; citado 8 mar 2017] Vol. 16(1): 56-72. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772011000100005&lng=es&nrm=iso
17. Martins, Camilla da Cruz; Vieira, Graciete Oliveira; Vieira, Tatiana de Oliveira; Mendes, Carlos Maurício Cardeal: Fatores de riscos maternos e de assistência ao parto para interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: estudo de corte. *Rev. Baiana Saude Pública* [Internet] En-jun. 2011 [citado 30 Mar 2017] 35 (Supl 1): 167 - 178. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=602445&indexSearch=ID>
18. Brasileiro A, Ambrosano G, Marba S, Possobon R. A amamentação entre filhos de mulheres trabalhadoras. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2012 Aug [citado 30 Mar 2017]; 46(4): 642-648. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000400008&lng=en. Epub July 24, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000053>.
19. Muñoz D. Lactancia materna exclusiva en madres de 20 a 49 años del municipio de Puerto Lempira, Gracias a Dios, Honduras. Período Enero a Junio 2011.

- [Tesis] Ocotal (Nicaragua): Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2012.
20. Lama, D. Factores que influyen en el Abandono temprano de la Lactancia Materna Exclusiva, en madres aseguradas del Hospital I Tingo María – Essalud. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004
21. Prendes Labrada Marianela de la C, Vivanco del Río Mirta, Gutiérrez González Rita María, Guibert Reyes Wilfredo. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1999 Ago [citado 30 mar 2017]; 15(4): 397-402. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400009&lng=es.
22. Fernandes da Silva, Amanda; Valerius da Silva Peixoto, Marcus; Garcia da Rocha, Michelle Carolina: Situacao do aleitamento materno em uma populacao assistida pela Estratégia de Saúde da Família. Rev. Baiana de Saúde Publica [Internet] abr.-jun. 2011[citado 1 Abr. 2017] 35(2). Disponible en: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n2/a2457.pdf>
23. Filamingo, Bruna de Oliveira; Lisboa, Barbara Cristina Figueiroa; Basso, Neusa Aparecida de Sousa. A prática do aleitamento materno entre mães adolescentes na cidade de Dois Córregos, estado de São Paulo. **Sci Med [Internet]** abr-jun. 2012 [citado 30 mar 2017] 22(2): 81-95. Disponible en: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/scientiamedica/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/10509/8155>
24. Silveira, Vanessa Gomes; Martins, Mariana Cavalcante; Albuquerque, Conceição de Maria de; Frota, Mirna Albuquerque. Percepción de la madre frente a la lactancia materna en la puericultura. **Cienc Cuid Saúde [Internet]** 2008 Dic. [Citado 30 mar 2017] 7(4): 523-529 Disponible en:

<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6662/3919#> ISSN 1677 – 3861 (impreso) e ISSN 1984 – 7513 (online).

25. Amanzo, C. y Vargas, M. Factores que interfieren con la Lactancia Materna en el Hospital de Emergencias Grau – EsSalud 1999. [Tesis] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2001.
26. Leone Cléa Rodrigues, Sadeck Lilian dos Santos R.. Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo. Rev. paul. pediatri. [Internet]. 2012 [citado 2 Abr. 2017]; 30(1): 21-26. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822012000100004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822012000100004>.
27. Valdivieso Yáñez, Carmen Lorena; Chávez Orozco, Norma Cumandá. Prevalencia de lactancia materna exclusiva en los niños de hasta seis meses de edad nacidos en el "Hospital Dr. Enrique Garcés" y que acuden a la consulta externa para control del niño sano, durante los meses de junio a septiembre del 2007. S.n. [Internet]. 2007 [citado 2 Abr. 2017]; VII: 59 p. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILAC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=573092&indexSearch=ID>
28. Castro, M. Lactancia y Ablactancia y Consumo de Azúcar en Niños de 0 a 36 meses en las ciudades de Lima y Jauja en el año 2000. [Tesis] Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2000.
29. Niño M Rosa, Silva E Gioconda, Atalah S Eduardo. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Rev. chil. pediatri. [Internet]. 2012 Abr [citado 01 Abr. 2017]; 83(2):161-169. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-

41062012000200007&lng=es.
41062012000200007.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062012000200007>

30. Durán Menéndez, Raisa; Villegas Cruz, Déborah; Sobrado Rosales, Zeida; Almanza Mas, Manuel. Factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna. Rev Cubana Pediatr [Internet] 1999 [citado 1 abr 2017] 71(2):72-9. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol71_2_99/ped03299.pdf
31. Gonzales, F. Factores Sicológicos y Sociales en la Lactancia Materna. [Tesis doctoral] Madrid: Universidad Complutense de Madrid;1992. Disponible en:
<http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/D/0/AD0054401.pdf>
32. Salinas, I. Características de las madres que abandonaron la lactancia materna en niños menores de seis meses de edad A.H. "José Carlos Mariátegui" Canto Grande distrito San Juan de Lurigancho. [Tesis] Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1992.
33. Moscoso J. Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en madres púérperas hospitalizadas en el Servicio de Obstetricia del Centro Médico Naval. [Tesis] Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia;1992.
34. Severo, Fabiane Zarif. Fatores que influenciam o perfil de aleitamento materno no Município de Triunfo em 2007. [Tesis - Resumen] Porto Alegre: Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul; 2009. Disponible en:
<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-516715> ID lil – 511715
35. Paz E, Torres G. Nivel de conocimientos, prácticas y creencias de las madres de niños menores de 5 años sobre la Enfermedad Diarreica Aguda en el Centro Materno Infantil Zapallal. [Tesis] Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, 2008.

36. González Méndez Iraida, Pileta Romero Berenies. Lactancia materna. Rev Cubana Enfermer. [Internet]. 2002 Mar [citado 30 Mar. 2017]; 18(1): 15-22. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192002000100003&lng=es.
37. Cardoso K., Ingrid; Toso M., Paulina; Valdés L., Verónica; Cerda L., Jaime; Manríquez T., Valentina; Paiva C., Gonzalo. Introducción precoz de sustitutos de lactancia materna e incidencia de lactancia materna exclusiva al mes de vida. Rev Chil Pediatr [Internet] Ago. 2010 [citado 8 Mar 2017] 81(4):326-332. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v81n4/art06.pdf>
<http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062010000400006>
38. Quattrone, F; Dell Oso, M. A; Sanchis, M. del Carmen; Du Mortier, A. Abandono de la lactancia como consecuencia de la internación pediátrica. **Med. Infant.** [Internet resumen] Jun. 1995 [citado 3 Abr. 2017] 2(2,n.esp):97-9. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-281781>
39. Avalos González María Marlen. Comportamiento de algunos factores biosociales en la lactancia materna en los menores de un año. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2011 Sep [citado 12 Abr 2017]; 27(3): 323-331. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000300003&lng=es.
40. Soto Marcelo Mercedes, de la Llera Suárez Elina, Alonso Suárez Soraya. Factores asociados al destete precoz. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1999 Jun [citado 12 Abr 2017]; 15(3): 278-284. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000300010&lng=es
41. Broche Candó Regla Caridad, Sánchez Sarría Olga Lidia, Rodríguez Rodríguez Denia, Pérez Ulloa Luis Enrique. Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la lactancia materna exclusiva. Rev Cubana Med Gen

Integr [Internet]. 2011 Jun [citado 12 Abr 2017] ; 27(2): 254-260. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000200013&lng=es.

42. Ferro, Natália de Godoy; Nogueira do Vale, Iane; Valentim Carmona, Elenice; Freitas de Vilhena Abrao, Ana Cristina. Factors related to unsuccessful lactogenesis – a literature review. [Internet] Online Brazilian Journal of Nursing, sep. 2009 [citado 14 Abr 2017]; [S.l.], v. 8, n. 3., ISSN 1676-4285. Disponible en: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2516/552>.

43. Altobelli, Laura C; Baiocchi, Nelly. Lactancia Materna Guía para Personal de Salud. Cuarta edición, Perú: noviembre 2003, Futuras Generaciones Perú.

ANEXO N° 1



UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN

**INVESTIGACIÓN: FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL
ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA ANTES DE LOS SEIS MESES EN MUJERES
DEL DISTRITO DE PIURA
CUESTIONARIO PARA ENTREVISTA**

Código de la entrevista:

Fecha:

Establecimiento de Salud:

1. ¿Cuál es su edad?:

2. ¿Cuál es su estado civil?

a) Soltera

d) Divorciada/separada

b) Casada

e) Viuda

c) Conviviente

3. ¿Cuál es su grado de instrucción?:

a. Sin instrucción

g. Superior técnica incompleta

b. Primaria incompleta

h. Superior técnica completo

c. Primaria completa

i. Superior universitaria incompleta

d. Secundaria incompleta

j. Superior universitaria completa

e. Secundaria completa

4. ¿Cuántos hijos tiene Ud.?

a. 1

d. 4

g. 7 a más.

b. 2

e. 5

c. 3

f. 6

5. ¿Cuál es su ocupación?

.....

Si la respuesta fue ama de casa, estudiante o ninguna, pase a la pregunta 8

6. ¿Cuál es la modalidad por la cual trabaja?

- a. Dependiente
- b. Independiente

7. ¿Cuál es su situación laboral?

- a. Estable
- b. Contratada temporalmente
- c. Contratada indefinidamente.
- d. Eventual
- e. Otra.....

8. ¿Cuál es el nivel de ingresos de la familia? *Leer alternativas*

- a. Menos de S/. 1,000 mensual
- b. De S/. 1,000 a S/. 1,499
- c. De S/. 1,500 a S/. 1,999
- d. De S/. 2,000 a S/. 2,499
- e. De S/. 2,500 a S/. 2,999
- f. De S/. 3,000 a S/. 3,499
- g. De S/. 3,500 a S/. 3,999
- h. De S/. 4,000 a más.

9. ¿En qué zona reside Ud.?

- a. Centro poblado rural
- b. Cercado
- c. Urbanización
- d. Asentamiento humano
- e. Otro:

10. ¿Cuál es el material que predomina en las paredes de su vivienda?

- a. Ladrillo
- b. Bloque de cemento
- c. Quincha
- d. Tabique
- e. Esteras
- f. Otro:

11. ¿Qué tipo de seguro tiene Ud.?

- a. Seguro Integral de Salud
- b. EsSalud
- c. Sanidad de las Fuerzas Armadas o Policiales
- d. Particular
- e. Ninguno

12. ¿Dónde dio a luz a su último hijo/a?

- a. En establecimiento del Ministerio de Salud
- b. En establecimiento de EsSalud
- c. En establecimiento de a Sanidad de las Fuerzas Armadas
- d. En establecimiento de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú
- e. En clínica particular
- f. En domicilio
- g. Otro:

13. ¿Cómo fue su parto?

- a. Eutócico
- b. Cesárea
- c. Instrumentado

14. ¿En qué momento su niño/a empezó a lactar de su pecho?

- a. Antes de 1 hora de ocurrido el parto
- b. Al primer día de su nacimiento
- c. Al segundo día de su nacimiento
- d. Al tercer día de su nacimiento
- e. A partir del cuarto día de su nacimiento.
- f. No le dio lactancia materna

15. ¿Qué es lactancia materna exclusiva?

- a. Alimentar solo con leche materna al niño/a hasta los 6 meses
- b. Alimentar con leche materna al niño/a hasta los 6 meses y otros líquidos
- c. Alimentar con leche materna al niño/a hasta los 6 meses y otras comidas
- d. Otras respuestas (*especificar*).....
.....

16. ¿Cuánto duró la lactancia materna exclusiva? (*no aplica para las que contestaron la alternativa f de la pregunta 14*)

- a. Menos de 1 mes
- b. 1 mes
- c. 2 meses
- d. 3 meses
- e. 4 meses
- f. 5 meses
- g. 6 meses
- h. Más de 6 meses.
- i. No lo lactó de manera exclusiva.

17. ¿A qué edad dio otra leche a su niño/a?

- a. Menos de 1 mes
- b. 1 mes
- c. 2 meses
- d. 3 meses
- e. 4 meses
- f. 5 meses
- g. 6 meses
- h. Más de 6 meses.
- i. No le dio

18. ¿A qué edad le dio otros líquidos?

- a. Menos de 1 mes
- b. 1 mes
- c. 2 meses
- d. 3 meses
- e. 4 meses
- f. 5 meses
- g. 6 meses
- h. Más de 6 meses.
- j. No le dio

19. ¿A qué edad le dio alimentos sólidos a su niño/a?

- a. Menos de 1 mes
- e. 4 meses
- k. No le dio

- b. 1 mes
- c. 2 meses
- d. 3 meses
- f. 5 meses
- g. 6 meses
- h. Más de 6 meses.

Si respondió las alternativas a,b,c,d,e,f a la pregunta 16, pasar a la pregunta 20, de lo contrario, terminar la entrevista.

20. ¿Qué tipo leche recibió su niño/a?

- a. Evaporada
- b. Entera en polvo
- c. Entera líquida
- d. Fórmula infantil
- e. Otra:

A aquellas madres que dejaron de dar lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses preguntar:
(la respuesta puede ser múltiple)

21. ¿Por qué razones dejó de dar lactancia materna exclusiva a su niño/a?

a. Por razones de tipo cognitivo

- a.1. Por desconocimiento de la duración de la lactancia materna exclusiva.
- a.2. Por desconocimiento de los beneficios de la lactancia materna para el lactante.
- a.3. Por desconocimiento de las ventajas de la lactancia materna, para la madre.
- a.4. Por información errónea sobre la lactancia materna exclusiva proporcionada por familiares
- a.5. Por información errónea sobre la lactancia materna exclusiva proporcionada por amigos/as, vecinos u otras personas del entorno.
- a.6. Por creencias erróneas sobre la lactancia materna
- a.7. Por recomendación de un médico pediatra
- a.8. Por recomendación de otro médico
- a.9. Por recomendación de un/a enfermero/a
- a.10. Por recomendación de un/a obstetra
- a.11. Por recomendación de un químico farmacéutico
- a.12. Por recomendación de un técnico o dependiente de una farmacia o botica
- a.13. Por recomendación de un familiar.

- a.14. Por recomendación de una persona del entorno de la madre.
- a.15. Por recomendación de otra persona.....(especificar)

b. Por razones de tipo económico

- b.1. Por la cantidad de horas de trabajo fuera del hogar, de la madre
- b.2. Por la ubicación del centro de trabajo de la madre.
- b.3. Por tener disponibilidad de recursos económicos para comprar fórmulas infantiles.

c. Por razones inherentes a la madre

- c.1. Por enfermedad materna, ¿Cuál?.....
- c.2. Por hipogalactia, (*cuando la mujer refiera que tenía poca leche*).
- c.3. Por un nuevo embarazo
- c.4. Por razones estéticas
- c.5. Por otras razones inherentes a la madre (especificar).....
.....

d. Por razones inherentes al lactante

- d.1. Porque cumplió los 6 meses
- d.2. Por falta de incremento de peso del lactante.
- d.3. Por enfermedad del lactante ¿Cuál?
- d.4. Por hambre del lactante, cuando la persona estudiada refiera que el niño se quedaba con hambre después de lactar.
- d.5. Por llanto del niño
- d.6. Por otras razones inherentes al lactante(*especificar*).....
.....
.....

e. Por otras razones:

- e.1.

e.2.

Si recibió recomendación del personal de salud, hacer la pregunta 21

22. ¿Dónde recibió la recomendación del personal de salud?

a. En establecimiento de salud público

b. En establecimiento de salud privadoE

c. En domicilio

d. En otro lugar (*especificar*)

ANEXO N° 2

CUESTIONARIO ESTRUCTURADO PARA GRUPOS FOCALES

Estimadas señoras, mi nombre es María Luisa Vásquez Atoche y estoy realizando un estudio sobre la lactancia materna en el Distrito de Piura, por ello, las hemos citado esperando que, con sus testimonios nos ayuden a comprender mejor dicha práctica, por lo cual agradecemos su presencia. Para un mejor análisis de sus testimonios, he programado filmar la reunión, por lo cual pido su autorización para que la Sra.....(nombre).....quien me acompaña hoy, realice la grabación. El video solo tiene fines de investigación y educación, no será objeto de comercialización.

1. ¿Cómo se sintieron mientras estaban lactando a su último hijo hija?
2. ¿Qué dificultades tuvieron con la lactancia materna?
3. ¿Por qué dejaron de lactar a sus hijos o hijas?
4. ¿Qué sabían Uds. sobre los beneficios de la lactancia materna para Uds. y su hijos/as antes de suspenderla?
5. ¿Quiénes influyeron en Uds. para suspender la lactancia materna? ¿Qué les dijeron?
6. Explíquenme cómo la lactancia materna perjudicaba o limitaba su trabajo o su economía.
7. ¿Qué motivos relacionados con su salud o apariencia física les motivaron a dejar la lactancia materna?
8. ¿Qué motivos relacionados con sus bebés les motivaron a dejar la lactancia materna?
9. ¿Qué quisieran agregar a toda esta conversación?

ANEXO N° 3

CUESTIONARIO SEMI ESTRUCTURADO PARA ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

Señora, mi nombre es María Luisa Vásquez Atoche y estoy realizando un estudio sobre la lactancia materna en el Distrito de Piura, por ello, le pido su participación, contestando unas preguntas, de manera anónima. Para un mejor análisis de sus testimonios, pido su autorización para grabar la conversación, la cual solo tendrá fines de investigación y educación, no será objeto de comercialización.

1. Para Ud. ¿Qué ha sido lo más agradable de dar lactancia materna? ¿Por qué?
2. ¿Qué ha sido lo más desagradable de dar lactancia materna? ¿Por qué?
3. ¿Qué o quién influyó en Ud. para dar lactancia materna? ¿Por qué?
4. ¿Qué o quién le hizo dejar la lactancia materna? ¿Por qué?
6. ¿Cree Ud. que la decisión fue buena? ¿Por qué?
7. ¿Se siente Ud. satisfecha con el crecimiento y desarrollo de su hijo/a? ¿Por qué?
8. ¿Considera Ud. que se puede trabajar y la vez, dar leche materna al niño o niña?
¿Por qué?