

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**CARACTERÍSTICAS DEL BINOMIO MADRE-LACTANTE
QUE ABANDONARON LA LACTANCIA MATERNA
EN LACTANTES MENORES DE 6 MESES**

LESLY ROSSANA GONZÁLEZ MÉNDEZ

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con
Especialidad en Pediatría
Para obtener el grado de
Maestra en Pediatría
Enero 2015



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Lesly Rossana González Mendez

Carné Universitario No.: 100021344

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Pediatría, el trabajo de tesis "**Características del binomio madre-lactante que abandonaron la lactancia materna en lactantes menores de 6 meses**"

Que fue asesorado: Dr. Dario Eduardo Hernández Stein

Y revisado por: Dr. Oscar Fernando Castañeda Orellana MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para enero 2015.

Guatemala, 29 de octubre de 2014.


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/lamo

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala
Tels. 2251-5400 / 2251-5409
Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Guatemala, 29 de agosto del 2013

Doctora
Ana Marilyn Ortiz
Coordinador Docente Maestría de Pediatría
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Presente.

Estimada Dra. Ortiz:

Por este medio le informo que revise el contenido del informe Final de Tesis con el título **"CARACTERISTICAS DEL BINOMIO MADRE-LACTANTE ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN LACTANTES MENORES DE 6 MESES"** de la Dra. **Lesly Rossana González Méndez** el cual apruebo por llenar los requisitos solicitado por el Postgrado de Maestría en Pediatría de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me despido de usted.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dr. Dario Eduardo Hernández Stein
Colegiado No. 6504
Jefe de Servicio de Pediatría
Hospital Dr. Juan José Arévalo B.
Pediatría
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Asesor de Tesis

Guatemala, 29 de agosto del 2013

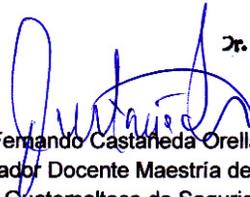
Doctor
Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General Maestrías y Especialidades
Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Presente.

Estimado Dr. Ruiz Cruz:

Por este medio le informo que revise el contenido del informe Final de Tesis con el título **"CARACTERISTICAS DEL BINOMIO MADRE-LACTANTE ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN LACTANTES MENORES DE 6 MESES"** de la Dra. **Lesly Rossana González Méndez** el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por el Postgrado de Maestría en Pediatría de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me despido de usted.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dr. Oscar F. Castañeda O.
MEDICO Y CIRUJANO
Cot. No. 6428

Oscar Fernando Castañeda Orellana MSc.
Coordinador Docente Maestría de Pediatría
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Revisor de Tesis

INDICE DE CONTENIDOS

INDICE DE TABLAS	i
RESUMEN	ii
I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	2
III. OBJETIVOS	16
IV. MATERIAL Y METODOS	17
V. RESULTADOS	24
VI. DISCUSION Y ANALISIS	28
6.1 CONCLUSIONES	30
6.2 RECOMENDACIONES	31
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	32
VIII. ANEXOS	34

INDICE DE TABLAS

TABLA NO. 1	.....	24
TABLA NO. 2	.....	24
TABLA NO. 3	.....	25
TABLA NO. 4	.....	25
TABLA NO. 5	.....	26
TABLA NO. 6	.....	26
TABLA NO. 7	.....	27
TABLA NO. 8	.....	27

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características del binomio madre-lactante que abandonaron la lactancia materna en lactantes menores de 6 meses atendidos en la consulta externa de la Clínica de niño sano del Hospital Juan José Arévalo Bermejo durante el periodo comprendido del 01 de enero del 2012 al 30 de junio del 2013. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, mediante entrevista estructurada personal de manera aleatoria a cada una de las madres de los pacientes incluidos en la muestra seleccionada de lactantes de 6 meses a un año. Se aplicó la entrevista a un total de 182 personas que cumplieran cada uno de los requisitos planteados en el diseño de estudio. **Resultados:** El sexo más afectado es el femenino con 63.7%, la edad de la administración de lactancia materna exclusiva fueron los 2 y 4 meses con 21.4% y 15.9% respectivamente, contrario al inicio de la lactancia mixta el cual predominó en los 5 y 6 meses de edad con 4.4% cada. Entre los factores maternos de riesgo para el abandono de lactancia materna se encontró que la edad de de 21-25 años y 26-30 años con el mayor porcentaje de abandono 47.3% y 26.9% respectivamente, escolaridad diversificado 41.2%. Horarios de trabajo en las madres encuestadas con 48.3% de 8 horas de trabajo asociado a abandono como primer lugar, el estado civil de las madres se obtuvo 74.1% unida. Abandono asociado a el retorno al trabajo 37.2%, seguido de insuficiente producción de leche 33.3%, rechazo del lactante 18.3%, causas estéticas 6.3% y por ultimo enfermedad materna 2.4%. Entre los factores de riesgo del lactante 0.9% refirió haber manifestado alguna enfermedad durante los primeros 6 meses de vida como causa de abandono y el 1.5% estuvo hospitalizado. **Conclusiones:** El sexo femenino se presentó con el mayor número de abandono con 63.7% respecto al sexo masculino con 36.3%. La administración de lactancia exclusiva fueron los 2 y 4 meses con 21.4% y 15.9% respectivamente, contrario al inicio de la lactancia mixta el cual predominó en los 5 y 6 meses de edad con 4.4% cada uno. Los factores de riesgo materno de abandono de lactancia materna se encontró que las encuestadas ciclo diversificado 41.2%, primaria 29.4%, sin ninguna escolaridad con 13.8% y secundaria con 15.4%. La edad materna de 21 a 25 años 47.3% y 26 a 30 años con 26.9%. En el estado civil de las madres unidas presentaron 74.2%. El tener un trabajo de 8 horas con 48.3, el retorno al trabajo 37.2%, insuficiente producción de leche 33.3%, rechazo del lactante 18.3%, causas estéticas 6.3% y enfermedad materna 2.4%. Factores de riesgo del lactante 0.9% abandonaron la lactancia por alguna enfermedad y el 1.5% estuvo hospitalizado por lo que dejó de recibir lactancia materna en los primeros 6 meses de vida.

INTRODUCCION

La leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses de la vida para todos los niños, incluidos los prematuros, los gemelos y los niños enfermos salvo rarísimas excepciones asociadas a patologías maternas y del lactante que contraindican la administración de la misma. ²⁻²⁷

La leche materna contiene todos los micronutrientes y los nutrientes que necesitan los lactantes para crecer durante los primeros seis meses de vida. Por otra parte, la interacción que se da entre la madre y su bebé cuando ésta lo amamanta tiene repercusiones positivas durante toda la vida, tanto en lo que respecta a la conducta, la expresión oral y la interacción social como en lo que se refiere a la salud, ya que reduce las enfermedades crónicas. ⁹

El porcentaje de lactancia materna a nivel mundial para el año 2005 fue del 15%, en países en desarrollo 38% y para Guatemala 51%, pero contrastar con el 40.6% de niños que a los 5 meses no reciben lactancia materna exclusiva, y el 12% que a los 8 meses no la reciben, indicado por la Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil 2002 (ENSMI 2002). La lactancia materna exclusiva es la práctica recomendable durante los primeros seis meses de vida, a nivel nacional, esta práctica optima solo se encuentra en el 50.6% de los niños/as menores de 6 meses. ⁸

Estudio realizado en México en el 2009, revela que cerca del 9% no reciben lactancia materna. En un estudio realizado por la OMS, publicado en abril del 2000 se encontró que 91% de las madres alimentaron a sus hijos al seno materno con una duración media de 6 meses. El resto lo hacía con sucedáneos de la leche materna encontrándose causas de abandono temprano, llanto e irritabilidad del recién nacido provocando ansiedad de la madre y las de causa tardía regreso al trabajo, salud o estética. ⁶

Un estudio realizado en un hospital de Argentina en el año 2005 donde se tomó un grupo de estudio arrojó resultados alarmantes de las principales causas del abandono de la lactancia materna encontrando entre las primeras causas, trabajo materno 42%, poca producción de leche 35%, rechazo del bebe a la lactancia materna 12%, patología del lactante 7%. En México se realizó un estudio similar en Monterrey Nuevo León en una población de 280 en los que se tomó a los lactantes menores de 6 meses y se obtuvieron resultados similares como primer lugar el trabajo materno 59.7%, producción de leche 25%. ⁴

El propósito del presente estudio fue describir las características del binomio madre-lactante que abandonaron la lactancia materna en lactantes menores de 6 meses atendidos en la consulta externa de la Clínica de niño sano del Hospital Juan José Arévalo Bermejo durante el periodo comprendido del 01 de enero del 2012 al 30 de junio del 2013. Se siguió un diseño descriptivo, transversal, cuantitativo, mediante entrevista estructurada personal de manera aleatoria a cada una de las madres de los pacientes incluidos en la muestra seleccionada de lactantes de 6 meses a un año. Se aplicó la entrevista a un total de 182 personas que cumplieran cada uno de los requisitos planteados en el diseño de estudio. Los resultados mostraron que del total de las encuestas el sexo más afectado fue el femenino con 63.7% respecto al masculino con 36.3%.

Con respecto a la edad de la administración de lactancia materna exclusiva versus lactancia mixta se obtuvo que los meses de mayor administración de lactancia exclusiva fueron los 2 y 4 meses con 21.4% y 15.9% respectivamente, contrario al inicio de la lactancia mixta el cual predominó en los 5 y 6 meses de edad con 4.4% cada uno. Entre los factores de riesgo del lactante se encontraron que 1.5% del total de pacientes en este estudio abandonaron la lactancia materna por hospitalización y 0.9% por enfermedad durante los primeros 6 meses de vida.

Entre los factores de la madre asociados al abandono de la lactancia materna se encontró la edad de 21-25 años y 26-30 años con el mayor porcentaje de abandono 47.3% y 26.9% respectivamente, la escolaridad en las madres encuestadas también se consideró como factor de riesgo evidenciándose el mayor porcentaje de abandono en las madres con nivel diversificado con un 41.2%, primaria 29.6% y ninguna 13.8%.

En los horarios de trabajo en las madres encuestadas se presentó 48.3% con 8 horas de trabajo que abandonaron la lactancia materna. Los resultados obtenidos en este estudio se evidencian como primera causa materna del abandono de lactancia materna retorno al trabajo 37.9%, rechazo del lactante e insuficiente producción de leche con 18.3% y 33.3%, causas estéticas 6.2% y enfermedad materna 2.4%.

Es importante recalcar que estos resultados, resaltan la necesidad de incorporar un plan de trabajo en la cual se brinde educación a las madres lactantes sobre la importancia de la lactancia materna como componente integral de la atención primaria de salud.

II. ANTECEDENTES

2.1 LACTANCIA MATERNA GENERALIDADES

Hoy son universalmente aceptadas las bondades de la lactancia materna. Este alimento no sólo es más fácil de digerir por los recién nacidos, además desde el punto de vista nutricional e inmunológico posee una amplia gama de micro y macronutrientes y elementos de defensa humorales y celulares.²

Esta leche se debe brindar al niño o niña de forma exclusiva idealmente en los primeros seis meses de vida, aunque el abandono de la lactancia materna natural constituye uno de los problemas de salud que más atención recibe en estos momentos en el mundo; ya que este fenómeno que se desarrolla con gran rapidez en los países ocasiona serias consecuencias en la salud de los niños en edades tempranas, aumento de la morbilidad y mortalidad infantiles, y aumento del riesgo de padecer enfermedades crónicas en la adultez.²

Aunque la lactancia materna es la mejor alimentación en el recién nacido, se observa que el porcentaje de madres que lactan declina inexorablemente.^{7,9} Por este motivo en la mayoría de los países se establecen programas con el objetivo de estimular esta forma de alimentación por las innumerables ventajas que posee.¹⁰⁻¹¹ El primer año de vida es el período de crecimiento y desarrollo más rápido en la vida del niño y por tanto las demandas nutricionales son mayores. El niño durante el primer año multiplica por tres su peso e incrementa el 50% de su talla. Paralelamente con ello los órganos van madurando a gran velocidad. El cerebro multiplica por tres su tamaño durante la infancia y alcanza el 90% del tamaño adulto a los dos años. Estudios en animales demuestran que las modificaciones en la dieta durante el período sensible de crecimiento en etapas tempranas de la vida pueden tener consecuencias metabólicas importantes a largo plazo. En la última década se acumulan pruebas que apoyan que la nutrición de los niños durante los primeros meses de la vida tiene consecuencias metabólicas en el desarrollo en la infancia tardía y la adolescencia y se relaciona con la aparición de enfermedades en la vida adulta.⁹

Un estudio realizado en un hospital de Argentina en el año 2005 donde se tomó un grupo de estudio arrojó resultados alarmantes de las principales causas del abandono de la lactancia materna encontrando entre las primeras causas, trabajo materno 42%, poca producción de leche 35%, rechazo del bebe a la lactancia materna 12%, patología del lactante 7%. En México se realizó un estudio similar en Monterrey Nuevo León en una población de 280 en los que se tomó a los lactantes menores de 6 meses y se obtuvieron resultados similares como primer lugar el trabajo materno 59.7%, producción de leche 25%.⁴

2.2 ANTECEDENTES DE LA LACTANCIA MATERNA

La práctica materna del destete precoz o la decisión de no amamantar a su hijo es un problema ancestral, no siempre influido por razones médicas. El código de Hammurabi (1800 A.C.) contenía regulaciones en la práctica de la lactancia materna, como la búsqueda y empleo de nodrizas. En toda Europa existen antecedentes desde hace 4000 años, sobre técnicas de alimentación en bebés no amamantados. En épocas de Esparta se obligaba a que la esposa espartana, aún la esposa del rey, debía amamantar al mayor de sus hijos. Incluso el Rey Temistes heredó el trono de Esparta siendo el segundo hijo, sólo porque había sido amamantado por su madre, a diferencia del primero. Hipócrates dijo a propósito de la lactancia: la leche de la propia madre es benéfica, la leche de otras mujeres es dañina.¹²

Este abandono se trasladó a continuación a Europa Occidental, posteriormente a Europa Oriental y aproximadamente quince años se exportó a los países menos desarrollados (África, Suramérica). Sus consecuencias sanitarias no se dejaron esperar y fueron especialmente evidentes en los países subdesarrollados, donde rápidamente aumentaron la morbilidad y mortalidad infantiles. Los niños fallecían por procesos infecciosos, fundamentalmente infecciones respiratorias agudas, enfermedad diarreica aguda y por trastornos hidroelectrolíticos, generalmente secundarios a la preparación incorrecta de los biberones. A la vista de estos hechos, en los países "más desarrollados" a finales de los años 70, se comenzaron a realizar importantes campañas de promoción de la lactancia materna que no tardaron en dar sus frutos. En estos países se consiguieron destacados incrementos de la lactancia materna; pero en los subdesarrollados, que eran los más afectados por este nuevo hábito alimentario continuaban muriendo muchos niños por el abandono injustificado de la lactancia materna.¹²

2.3 COMPOSICION DE LA LACTANCIA MATERNA

Para poder entender la importancia de la lactancia materna y el porqué de su promoción mundial debemos saber su composición para entender los beneficios que da a nuestra población infantil. La leche humana se compone por una fase acuosa, una lipídica, una coloidal, una membranosa y una de células vivas. En estas fases existen 200 componentes reconocidos. Durante los tres primeros días posparto, a la leche producida se le denomina calostro; es de color amarillo por su alto contenido de carotenos que es casi 10 veces mayor que el contenido de la leche madura (7.57 vs 0.3 mg/l).¹⁸

Entre el tercer y décimo día se denomina leche transicional, seguidamente la leche va cambiando su composición y después de 10 días tiene las características de la "leche madura". Como nacen niños de término y pretérmino, los estudios de las últimas décadas muestran que la composición de la leche humana varía según la edad de gestación. La leche prematura tiene mayor cantidad de proteínas y menor cantidad de lactosa. No obstante, se sabe que los niños prematuros alimentados por su propia madre, requieren para alcanzar una velocidad de crecimiento semejante a la intrauterina, de suplementos con proteínas, minerales y algunos oligoelementos.¹³

La fracción más estable de la leche materna es la proteica y la de mayor variabilidad, la grasa. La leche materna se forma en la propia glándula mamaria utilizando los componentes allí presentes y los nutrientes maternos necesarios. Son muchos los factores que influyen tanto en la composición como en el volumen de la secreción láctea, desde factores genéticos y nutrición materna, hasta las técnicas de extracción, almacenamiento y administración al bebé. ¹

2.3.1 Macronutrientes

A) Proteínas. La cantidad de proteínas es mayor durante las primeras semanas, mayor en la leche de prematuro que en la de término y va decreciendo desde 15,8 hasta 8-9 g/l con el establecimiento de la lactancia. Las proteínas cumplen diferentes funciones: aportan aminoácidos esenciales, factores inmunológicos como lisozimas y lactoferrina; son vehículo para las vitaminas B12, folatos y vitamina D; aportan hormonas, actividad enzimática y otras actividades biológicas como las de la insulina, factor de crecimiento epidérmico, etc. ¹

B) Lípidos. Constituyen la mayor fracción energética de la leche y alcanzan hasta el 60% del total de la energía. El 97-98% están compuestos por triglicéridos, entre los cuales los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga representan hasta el 88%. La leche humana es la única fuente exógena de estos ácidos grasos para el recién nacido durante los primeros meses de la vida, contiene una cantidad variable de ácidos preformados araquidónico (AA) y docosahexaenoico (DHA), de gran importancia para el recién nacido a término y pretérmino. ²⁸ Asimismo, la concentración de LDL-colesterol en el plasma de los niños amamantados es mayor que la de aquellos que se alimentan sólo con fórmulas, lo cual permite una menor síntesis y menor riesgo de padecer aterosclerosis en la vida adulta. ¹

C) Carbohidratos. La lactosa es uno de los constituyentes más estables de la leche humana y representa casi el 70% del contenido total en hidratos de carbono. La lactosa de la leche humana (beta-lactosa) parece digerirse con menor rapidez que la de las leches artificiales

(alfa-lactosa) y resulta más eficaz para la absorción mineral. En grandes cantidades puede alcanzar el colon y proporcionar un sustrato para el crecimiento de las bacterias bífidas (efecto prebiótico).³ La actividad de la lactosa puede observarse desde la semana 26; pero no es hasta el término que se alcanzan sus niveles máximos. Los otros carbohidratos presentes en concentraciones inferiores son: la glucosa, galactosa, oligosacáridos complejos y glicoproteínas. La presencia de lactosa aumenta la absorción de calcio y fósforo y disminuye el pH, lo cual reduce la posibilidad de crecimiento de bacterias patógenas.¹

2.3.2 Micronutrientes

Los minerales que alcanzan mayor concentración en la leche materna son: el calcio, el fósforo y el magnesio, y generalmente no se corresponden con los niveles séricos maternos. A medida que la lactancia progresa, las concentraciones de fósforo disminuyen y aumentan las de calcio y magnesio. Los investigadores especulan que estos cambios son importantes para la remodelación ósea del lactante. ¹

2.3.3 Componentes de la leche humana que pueden ejercer funciones beneficiosas de carácter no nutritivo: ⁷

Bifidobacterias: Inhiben el crecimiento de gérmenes patógenos entéricos.

Inhibidores del metabolismo patógeno de los microbios: La lactoferrina y las proteínas que enlazan los folatos y la vitamina B12 impiden el crecimiento de gérmenes *in Vitro*.

Enzimas: Lisozimas, peroxidasas con actividad bacteriostática y otras enzimas que actúan en el transporte y síntesis mamarios de los componentes de la leche materna o en los procesos de digestión y metabolismo de los recién nacidos.

Otros agentes antiinfecciosos: Factores estimuladores de la proliferación de colonias de leucocitos como: granulocitos y macrófagos o ambos, y la fibronectina que facilita la función de los fagocitos.

Inmunoglobulinas: Fundamentalmente la IgA secretora con mayor concentración en el calostro que en la leche definitiva, la cual la protege frente a gérmenes del tracto gastrointestinal de la madre. IgM, IgG, IgE, IgD, complemento (C3 y C4).

Agentes inmunomoduladores: Prolactina, IgA secretora, prostaglandina E 2 y algunas citoquinas.

Péptidos: Derivados de la caseína que regulan la motilidad gastrointestinal y otros como el péptido inhibidor de la gastrina, que actúan sobre el crecimiento, maduración y regulación gastrointestinal.

Lípidos: Ciertos ácidos grasos de cadena media y los mono y poliinsaturados ejercen una actividad antivírica, antibacteriana y anti fúngica.

Factores de crecimiento: Factor de crecimiento epidérmico y factores de crecimiento semejantes a la insulina ambos favorecen la proliferación celular del epitelio intestinal y tienen actividad antiinflamatoria.

Somatostatina: Tiene propiedades inmunosupresoras y antiinflamatorias en el tracto gastrointestinal del lactante.⁵

2.4 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

La leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses de la vida para todos los niños, incluidos los prematuros, los gemelos y los niños enfermos salvo rarísimas excepciones. Alimentar a los niños con otra leche diferente a la leche de la madre es alimentarlos con sucedáneos de leche de la madre que, a pesar de los diseños sofisticados y de su precio elevado, están muy lejos de poder ofrecer todas las ventajas de la leche de la madre. El niño alimentado al pecho es el modelo de referencia que se debe seguir para evaluar el crecimiento, desarrollo y estado de salud de los niños. La leche de la madre tiene un impacto beneficioso en la salud del niño, en el crecimiento y desarrollo, en la inmunidad, en aspectos psicológicos, sociales, económicos y medioambientales. Hoy por hoy la leche de la madre sigue siendo una sustancia compleja que, a pesar de todos los esfuerzos que se realizan en el campo de la investigación, sigue siendo en gran parte desconocida y no se entienden bien sus mecanismos de acción.^{2,27}

A continuación se describen los beneficios demostrados de la leche de la madre, aunque probablemente el impacto real de la LM no puede ser recogido por estudios que miden resultados parciales y en general a corto plazo.

2.4.1 Lactancia Materna y protección frente a las infecciones y atopias

Desde hace varios años se demuestra en estudios de cohortes que los niños alimentados con lactancia materna presentan menos enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas e infecciones como otitis media. Ninguno de estos estudios cumple criterios de ensayo clínico; ya que no es ético aleatorizar a los niños para recibir lactancia materna o fórmula adaptada. Por ello cuando se analizan los resultados de estos estudios siempre refieren que no se puede asegurar que las diferencias encontradas se deben a la leche de la madre; ya que el hecho de que una mujer decida amamantar o no a su hijo es un marcador de actitudes diferentes hacia el niño y por tanto los grupos de niños que reciben lactancia materna y los que no la reciben no son comparables, ya que sus madres son

mujeres con actitudes bien distintas y esto puede justificar muchas de las diferencias encontradas en la evolución de los niños amamantados. Recientemente Kramer y colaboradores (*PROBIT study*) resolvieron de una forma muy ingeniosa esta limitación para el estudio del verdadero efecto de la lactancia materna en la salud del niño y realizaron un ensayo clínico que aporta una información muy válida sobre el efecto protector frente a las infecciones y el crecimiento, y se espera que se vayan publicando resultados de la evolución de estos niños a lo largo de los años. ¹⁶

Estos autores randomizaron las maternidades de Bielorrusia para recibir o no una intervención encaminada a la promoción de la lactancia materna, con esta actividad consiguieron incrementar el número de madres lactantes y la duración de la lactancia materna de forma significativa en los hospitales en los que se realiza la tarea de promoción de la lactancia materna posteriormente comparan la evolución de los niños de los hospitales con promoción de lactancia (que lactaron con más frecuencia y durante más tiempo) frente a los niños nacidos en hospitales que no recibieron promoción de lactancia (menos frecuencia de lactancia y durante menos tiempo). Las poblaciones que atendían los hospitales con o sin promoción eran idénticas en relación a los niveles educativos, económicos, estado de salud, edad materna, etc. Estos autores demostraron que los niños de los hospitales que recibieron promoción de lactancia materna y que por tanto se amamantaron con mayor frecuencia y durante más tiempo, tuvieron un riesgo disminuido para contraer enfermedad diarreica y eczema atópico. Estudios anteriores apoyan también una disminución en el número de otitis media aguda, infecciones del tracto urinario, infecciones invasivas y enterocolitis necrotizante. ¹⁶

2.4.2 Lactancia Materna y crecimiento

Los estudios realizados en las últimas décadas sugerían que los niños amamantados, sobre todo durante tiempos prolongados, alcanzaban un peso y una talla a los 6 y 12 meses de edad inferiores a la de los niños alimentados con fórmulas adaptadas.⁹ En el estudio que realizan Kramer y colaboradores, en referencia al crecimiento expresan que la lactancia materna prolongada y exclusiva, realmente puede acelerar el crecimiento (incremento de peso y talla) durante los 6 primeros meses de la vida. ²⁸

2.4.3 Lactancia Materna y desarrollo cognitivo

Muchos estudios en la literatura médica y psicológica examinan la relación entre la lactancia materna y el desarrollo intelectual. La mayoría de estos estudios comunican un efecto

positivo de la lactancia materna en la evolución cognitiva del niño.²² Otros estudios no observan ninguna ventaja sobre el desarrollo intelectual. Probablemente los resultados que se aporten derivados del estudio de Kramer sean de gran valor para poder establecer la relación existente entre la lactancia materna y el desarrollo cognitivo del niño. ¹⁶⁻¹⁷

2.4.4 Lactancia materna y enfermedades a largo plazo

Numerosos estudios ponen de manifiesto, con las limitaciones anteriormente comentadas, el efecto protector de la lactancia materna en relación con la muerte súbita del lactante, diabetes insulino dependiente, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, patología alérgica y linfomas entre otras. ⁹

2.4.5 Lactancia materna y beneficios psicológicos

El hecho de amamantar al niño favorece la aparición del vínculo materno y del apego del niño a su madre. Una lactancia bien establecida es una experiencia que la mayoría de las mujeres refieren como muy satisfactoria en todos los aspectos e incluso tienen sentimientos de pérdida cuando finaliza. Permite tener al niño en contacto físico estrecho, lo que según algunos estudios favorece en el futuro la independencia del niño al incrementarse su autoestima.⁵

2.4.6 Lactancia materna y ventajas para la madre

Hay también numerosos trabajos que indican un posible efecto beneficioso de la lactancia materna en la salud de la madre. Después del parto las mujeres que lactan a sus hijos tienen menos sangrado y al retrasarse el inicio de las menstruaciones, se produce un ahorro de hierro que compensa de forma fisiológica las pérdidas que se producen durante el parto. La mujer que lacta a su hijo recupera antes el peso anterior de la gestación y al retrasarse el inicio de las ovulaciones ayuda a evitar en parte, las gestaciones precoces. La remineralización ósea tras el parto es más rápida y eficaz, y en la edad posmenopáusica disminuye la frecuencia de fracturas de cadera. ^{5,12}

2.4.7. Lactancia materna e impacto social y medioambiental

Como se comenta anteriormente, los niños lactados al pecho enferman con menos frecuencia durante los primeros meses de la vida y por ello, disminuye el ausentismo laboral de los padres al no tenerse que quedar a cuidar a su hijo enfermo y, también se consumen menos recursos sanitarios. En un momento en el que el cuidado medioambiental debe ser

una prioridad para todos por las consecuencias que puede tener a corto y largo plazo el deterioro del medio ambiente, promocionar la lactancia materna es una forma de disminuir la cantidad de residuos generados en las familias (botes de fórmula adaptada, biberones, tetinas, etc.). La leche de la madre es una de las pocas actividades del hombre en las que el impacto medioambiental es nulo, no genera residuos y además proporciona todos los beneficios descritos anteriormente en relación con la salud del niño y de la madre.²¹

2.4.8 Lactancia materna y beneficios económicos

Además de lo descrito en el párrafo anterior en relación con la disminución del ausentismo laboral y el ahorro de recursos sanitarios, la familia disfruta de ventajas económicas directas, ya que el coste de la fórmula adaptada supera en mucho el coste del incremento calórico que precisa la madre que lacta a partir de las 6 semanas posparto.²²

2.5 LA REALIDAD DE LA LACTANCIA MATERNA

El abandono progresivo de la lactancia materna como forma de alimentar a los niños va a tener en el futuro, consecuencias muy importantes para la salud de los niños actuales, quizás más importantes aún para las generaciones futuras. El problema se prevé que sea de tales dimensiones que en Estados Unidos de América, en octubre del año 2000, *The Surgeon General* (responsable máximo de la política sanitaria del país) presentó un plan cuyo objetivo principal es incrementar la tasa y la duración de la lactancia materna.²⁶ El objetivo propuesto es que para el año 2010 al menos el 75% de las mujeres al alta del hospital estén lactando a sus hijos, el 50% continúen lactando a los 6 meses y el 25% cuando el niño llegue al año de edad.²² En los países desarrollados, salvo escasas excepciones, concurren una serie de factores de muy diversa índole (sanitarios, sociales, culturales, etc.), hacen que el fracaso de la lactancia materna se pueda considerar “una nueva enfermedad propia de los siglos XX y XXI”.⁵

El porcentaje de lactancia materna a nivel mundial para el año 2005 fue del 15%, en países en desarrollo 38% y para Guatemala 51%, pero contrasta con el 40.6% de niños que a los 5 meses no reciben lactancia materna exclusiva, y el 12% que a los 8 meses no la reciben indicando por la Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil 2002 (ENSMI 2002). La lactancia materna exclusiva es la práctica de alimentación recomendable durante los primeros seis meses de vida, a nivel nacional esta práctica óptima solo se encuentra en el 50.6% de los niños/as menores de 6 meses.⁸

En España la situación actual es preocupante y sólo entre un 7 - 30% de las madres continúan lactando a sus hijos a los 6 meses de edad. La realidad es que en España se ha perdido casi por completo la cultura de la lactancia materna.⁶

En los países escandinavos y Finlandia, después de unos años en los que al igual que en el resto de Europa, se redujo la tasa de lactancia materna, han conseguido aumentar de nuevo la frecuencia de lactancia de una forma envidiable. En las maternidades no circula ningún biberón de fórmula adaptada para recién nacidos sano o enfermo y se está libre de publicidad de las casas comerciales. Se ha recuperado la cultura de la lactancia y las mujeres reciben el apoyo suficiente en la familia y en el ámbito sanitario para instaurar una buena lactancia. Con este apoyo, las situaciones de hipogalactia, que supuestamente constituyen, uno de los motivos más frecuentes de abandono, desaparecen y así más del 70% de las madres están amamantando a sus hijos a los 6 meses de edad.²³

La adquisición de un salario constituyó la forma fundamental de subsistencia para las familias, lo que significó que muchas madres con niños pequeños tuvieran que trabajar lejos de sus hogares. En los inicios del siglo XX con el auge de la era moderna de la alimentación artificial, se intensificó el abandono de la lactancia materna. ⁵

A partir de los años 30, en todos los países se observó que conforme aumenta el nivel cultural y la población aumenta de rural a urbana disminuye la frecuencia de la lactancia natural.^{3,11} Entre las causas que produjeron la decadencia de la misma encontramos: los conceptos erróneos o equivocados de algunas madres que piensan que la secreción de la leche es una función biológica en regresión de la especie humana y que la lactancia artificial no es solo más cómoda y fácil, sino que también con ella se obtienen mejores resultados. Además plantean que la lactancia natural es antiestética y envejece; otro aspecto a destacar son las circunstancias donde en muchos casos es imposible compaginar el trabajo y dar el pecho al niño, aunque en muchos países disposiciones legales protegen a la mujer en el período de la lactancia. ^{11,20} Entre otras causas tenemos las presiones sociales, donde en ciertos medios dar el pecho no está bien visto; los estímulos comerciales, que propagandizan sucedáneos de la leche materna; la ignorancia de las técnicas de amamantar a sus hijos, desistiendo a la mejor dificultad encontrada durante la lactancia, tomando por hambre todo llanto del niño y acuden al biberón, también no vacía su pecho si por alguna circunstancia se interrumpió la lactancia. Como último elemento a tener en cuenta ha sido la falta de interés sanitario, donde muchos médicos pediatras, ginecobstetras, etc., deslumbrados por los resultados que se obtienen con la lactancia artificial, aconsejaban la misma ya desde el primer momento. Actuaciones todavía frecuentes durante el embarazo como la falta de

preparación materna, olvido del cuidado de las mamas; el parto: uso de analgésicos y anestésicos potentes: en el post parto: uso temprano de anovulatorios, no favorecen ciertamente las posibilidades de una lactancia materna. ¹⁹

2.6 FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es importante para el recién nacido durante los primeros meses de vida, ya que le proporciona nutrientes, defensas inmunológicas, líquidos y mejor desarrollo psicosocial. Las normas recomiendan una alimentación exclusiva al seno materno de 4 a 6 meses. Se comentan en el mundo con frecuencia las consecuencias del abandono de la lactancia materna, a tal grado que la OMS y la UNICEF insisten en recomendar esta práctica con una declaración, documento de gran importancia en la práctica de la salud materno-infantil.²⁸

Según estudios realizados en poblaciones mexicanas, cerca del 9% de los niños, no reciben seno materno al nacer. En un estudio realizado por OMS, publicado en abril del 2006 se encontró que 91% de las madres alimentaron a sus hijos al seno materno con una duración de 6 meses y el 25% de estas mujeres lo prolongaron hasta el año de vida. La introducción de líquidos adicionales como té y sucedáneos de la leche materna se encontró desde los primeros días de vida y la introducción de sólidos desde el tercer mes de vida en promedio.²⁸

Entre las causas de abandono más frecuentes se encuentran a nivel de múltiples estudios encontrándose entre los más relevantes los realizados en países como México, Colombia, Bolivia la disminución en la producción de la leche, mastitis, edad de la madre al momento de la lactancia materna, ocupación, y no dejando como causa la presencia de enfermedad materna.

En estudios realizados en Argentina se obtuvieron datos que revelan que al menos 2 de cada 10 niños dejan de ser amamantados a pecho exclusivo al segundo mes de vida, cifra que se aproxima riesgosamente a 1 de cada 3 al tercer mes de vida. Entre los factores asociados se encontraron que a menor edad materna disminuyó el periodo de lactancia materna, por lo cual este grupo (madre adolescente) fue considerado crítico para el equipo de salud, la falta de educación a cada una de las madres por falta de información por parte del equipo de salud fue otro factor asociado, el tener estado económico bajo fue una de las causas principales del abandono de la lactancia materna en los primeros meses de vida por la necesidad de regreso al trabajo lo que favorece el uso de alimentación mixta.²⁵

2.7 RECOMENDACIONES PARA LA LACTANCIA MATERNA²⁸

- La leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses de la vida para todos los niños, incluidos los prematuros y los niños enfermos salvo raras excepciones. La decisión última en relación con el modo de alimentar al niño la debe de tomar la madre. El personal sanitario debe proporcionar a los padres la información suficiente sobre las ventajas de la lactancia materna. Cuando la lactancia materna no sea posible, se debe extraer la leche de la madre y conservarla de forma adecuada para poder ofrecérsela al niño prematuro o enfermo.
- Antes de que el profesional de la salud recomiende la introducción de suplementos de fórmula adaptada o un destete precoz, debe valorar cuidadosamente las consecuencias de esta decisión, asumir la responsabilidad de la misma y estar seguro de que se agotaron todas las opciones posibles para mantener la lactancia materna. El peso del niño es solo un aspecto de su desarrollo y evolución y no debe ser el condicionante único para indicar la introducción de la fórmula. Las curvas de crecimiento incluyen valores desde el p3 al p97, todos ellos son normales, si la curva de peso es adecuada. Un niño perfectamente sano y sin problemas puede estar en el percentil 3 ó en el 10 sin que esto signifique que haya que introducirle fórmula adaptada para supuestamente mejorar su crecimiento.
- Los recién nacidos deben alimentarse al pecho lo antes posible, preferiblemente durante las primeras horas. El personal sanitario que trabaja en las maternidades debe incluir como objetivo prioritario de su trabajo disminuir el número de niños que se separan de sus madres. Si un niño precisa observación, debe ser la enfermera o el pediatra el que se desplaza a la habitación de la madre para vigilar al niño, en vez de separarlos a ambos. ²⁴
- Los recién nacidos deben alimentarse al pecho a demanda, no se debe esperar a que el niño llore, si está despierto, buscando o con un incremento de actividad, debe de ponerse al pecho. El llanto suele ser un indicador tardío de hambre y en ocasiones, cuando el niño está ya irritable, se dificulta el amamantamiento. Los recién nacidos deben mamar entre 8 y 12 veces al día y aproximadamente 10 ó 15 minutos en cada pecho. En las primeras semanas hasta que la lactancia esté bien establecida, si el niño no se despierta a las 4 horas de haber mamado, debe despertársele y ponerlo a mamar.
- El personal del hospital debe observar cómo se instaura la lactancia y resolver las dificultades, tranquilizar a las madres, explicarles que a todas las mujeres les resultan

difíciles los primeros días y que por eso necesitan ayuda. Se les debe tranquilizar sobre la morfología de los pezones o el tamaño de los pechos, es absolutamente excepcional que hayan limitaciones anatómicas en la mujer que dificulten o impidan la lactancia.

- No se deben administrar suplementos (agua, suero glucosado, fórmula, zumos, etc.) cuando se está instaurando la lactancia, ni posteriormente, si no es que están médicamente indicados. No debe aconsejarse el uso de tetes aunque recientemente se demostró que el chupete más que dificultar la lactancia materna, en sí es un marcador de que existen dificultades con la misma.²⁰
- La lactancia materna exclusiva es el alimento idóneo durante los 6 primeros meses de la vida y se debe continuar con la lactancia mientras se introduce la alimentación complementaria hasta los doce meses de edad, posteriormente se debe prolongar todo el tiempo que la madre y el niño deseen. La introducción de alimentos ricos en hierro en la segunda mitad del primer año debe ser progresiva y se debe complementar con la lactancia materna.²⁰
- Se deben aportar suplementos de hierro y vitamina D en algunos grupos de niños seleccionados (vitamina D a niños que no reciben una exposición solar adecuada o niños con piel muy pigmentada; hierro a los niños prematuros y a los que por cualquier otro motivo puedan tener los depósitos de hierro disminuidos).
- Cuando la hospitalización del niño o la madre sean inevitables, se deben proporcionar todas las facilidades posibles para que se mantenga la lactancia. En los Servicios de Neonatología no se deben proporcionar biberones de fórmula adaptada a los niños que presumiblemente en pocas horas van a poder disponer de la leche de la madre, bien porque puedan mamar o porque su madre se extraiga la leche. ²⁸

2.8 TECNICA DE LA LACTANCIA MATERNA

Dar las tomas con la madre sentada en la cama, una silla cómoda o una mecedora, apoyando la espalda y el codo en almohadones y situando otro más en el regazo, para sostener al bebé. El apoyo de los pies sobre una banqueta permite elevar las rodillas. Al empezar la toma, la madre comprime suavemente la mejilla del niño con el pezón, permitiendo al niño buscar y fijarse al pecho. La boca del niño debe abarcar la mayor parte posible de la areola. De esta forma la succión facilita la expresión de los galactóforos que se sitúan bajo la areola y daña menos el pezón. Las grietas del pezón suelen relacionarse con una mala técnica de lactancia, la forma en la que se agarra el niño al pezón suele ser

incorrecta. El agarre a la areola puede mejorarse comprimiendo la madre el pecho entre dos dedos (pulgares e índices) y ofreciendo al niño el pezón protruido. El pezón debe mantenerse centrado en la boca del niño, por encima de la lengua. La punta de la nariz del niño debe tocar el pecho.¹³

El niño alterna períodos de succión vigorosa, rápida y momentos de relajación, disminuyendo o deteniendo sus esfuerzos de succión. Es importante no hiperestimularle durante los períodos más activos de succión y, por el contrario, "espabilarlo" durante los períodos de relajación, hablándole, presionando suavemente sus mejillas, etc. Para finalizar o interrumpir la toma, se introduce primero un dedo en el lateral de la boca del niño para detener la succión y el agarre. Cuando existen dificultades con la lactancia, es importante para una adecuada valoración y orientación que el pediatra o la enfermera vean cómo mama el niño, para así poder corregir las deficiencias de la técnica.¹³

2.9 PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL MUNDO

Código Internacional de los Sucedáneos de la Leche Materna:

Definición: Sucedáneo de la leche materna es todo alimento comercializado o de otro modo presentado como sustituto parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para este fin. En 1989 la OMS y la UNICEF presentan en la 67ª Reunión del Consejo Consultivo de la OMS, una propuesta de código y la 34ª Asamblea Mundial de la Salud lo adopta el 21 de mayo.

El objetivo del código es: "contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y eficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia materna y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución".

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- 3.1.1** Determinar las características del binomio madre-lactante que abandonaron la Lactancia materna en lactantes menores de 6 meses atendidos en la consulta externa de la Clínica de niño sano del Hospital Juan José Arévalo Bermejo.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 3.2.1** Establecer edad y sexo de los lactantes menores de 6 meses que abandonaron la lactancia materna.
- 3.2.2** Identificar factores de riesgo maternos asociados al abandono de la lactancia: sociales, económicos y de salud.
- 3.3.3** Identificar factores de riesgo del lactante asociados al abandono de la lactancia materna: enfermedad y hospitalización.

IV. MATERIAL Y METODOS

4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

Descriptivo de corte transversal

4.2 UNIDAD DE ANALISIS

4.2.1 Unidad primaria de Muestreo

Pacientes de 6 meses a un 1 año de edad que asistieron a la consulta externa en Clínica del niño sano del Hospital Juan José Arévalo Bermejo zona 6.

4.2.2 Unidad de análisis

Datos obtenidos de instrumento de recolección de datos.

4.2.3 Unidad de información

Madres de lactantes de 6 meses a 1 año de edad que asistieron a la consulta externa del Hospital Juan José Arévalo Bermejo zona 6 en la clínica de niño sano.

4.3 POBLACION Y MUESTRA

4.3.1 Marco Muestral

Madre de lactantes de 6 meses a 1 año de edad que asistieron a la consulta externa en Clínica del niño sano del Hospital Juan José Arévalo Bermejo zona 6 que hayan abandonado la lactancia materna durante el periodo del 01 de enero del 2012 al 30 de junio del 2013.

4.3.2 Tamaño de la muestra

El tamaño de muestra calculado fue de 149 pacientes de 6 meses a 1 año de edad que cumplen con todas las características planteadas en el diseño del estudio. Para obtener el cálculo del tamaño de la muestra fue utilizado el siguiente algoritmo:

$$n = \frac{N Z^2 S^2}{d^2(N - 1) + Z^2 S^2}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población

Z = Valor del z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal.

S² = Varianza de la población en estudio

d = Nivel de precisión absoluta

INDICE DE CONFIABILIDAD: 95%

MARGEN DE ERROR: 5%

4.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

4.4.1 Criterios de Inclusión

Madres de lactantes de 6 meses a 1 año de edad de ambos sexos que asistieron a la clínica de Niño sano que dejaron de recibir lactancia materna en los primeros 6 meses de vida contenidos dentro de la muestra seleccionada.

4.4.2 Criterios de Exclusión

Madres de lactantes de 6 meses a 1 año que rehúsan a colaborar con la ejecución de la encuesta y/o que aun proveen lactancia materna.

4.5. DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Edad	Tiempo que un individuo ha vivido desde su nacimiento hasta el momento de la aplicación de la encuesta	0 – 7 días recién nacido 8 – 28 días neonato 1 mes a 12 meses lactante menor 1 año a 2 años lactante mayor 3 a 5 años preescolar	Cuantitativa discreta	Razón	Encuesta de recolección de datos
Prevalencia	Proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en periodo de tiempo determinado	Frecuencia de los pacientes menores de 6 meses evaluados por la encuesta	Cuantitativa	Razón	Encuesta de recolección de datos
Sexo	Condición orgánica de la persona	Genero identificado por el entrevistador como masculino o femenino	Cualitativa dicotómica	Nominal	Encuesta de recolección de datos
Factores de riesgo maternos	Se refiere a toda circunstancia o situación materna presente relacionados al abandono de la lactancia materna	Edad Materna < 20 años > 35 años Ocupación: Trabajo y/o estudia Enfermedad asociada: cardiopatía congénita, infecciones, etc.	Cualitativa politomica	Nominal	Encuesta de recolección de datos

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Causas de abandono de la lactancia materna (referidas por la madre)	Es la razón subjetiva que expresa la madre para no amamantar a su hijo	Insuficiente producción de leche Rechazo del lactante Salud de la madre alguna enfermedad antes durante o después del embarazo Causas laborales Deseos de no darle lactancia materna por mantener la figura Inadecuada formación del pezón	Cualitativa politomica	Nominal	Encuesta de recolección de datos
Ingreso hospitalario	Entrada de una persona para someterse a un tratamiento medico	Se refiere a los ingresos que haya tenido el niño hasta los seis meses de edad. SI o NO ha ingresado	Cualitativa dicotómica	Nominal	Encuesta de recolección de datos
Factores de riesgo del lactantes	Se refiere a toda circunstancia o situación del lactante relacionados al abandono de la lactancia materna	Enfermedad relacionada Ingreso hospitalario que impida la lactancia materna	Cualitativa politomica	Nominal	Encuesta de recolección de datos.

4.6 TECNICAS, PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS A UTILIZAR EN LA RECOLECCION DE DATOS

4.6.1 Técnica

Entrevista estructurada personal de manera aleatoria a cada una de las madres de los pacientes incluidos en la muestra seleccionada con preguntas directas. Se realizaron en una sesión con un promedio de tiempo aproximado de 15 minutos. Para la realización de esta encuesta no se requirió que la persona fuera alfabeto solamente que escuchara atentamente cada una de las preguntas que se le hicieron y lo principal que aceptara formar parte de este estudio. Se realizó durante los días laborales de lunes a viernes se realizaron 5 entrevistas por semana de una forma calendarizada.

5.6.2 Procedimientos

Este proyecto de investigación comprende varias fases:

FASE I: Planificación

Esta incluye desde selección del tema hasta la formulación del marco metodológico. Se llevó a cabo la selección del hospital objeto de investigación, luego se seleccionó en base a la población que asiste a este hospital la muestra para formar parte del estudio que cumpliera los requisitos establecidos por el estudio y se dio inicio a la recolección de los datos del 01 de enero del 2012 al 30 de junio del 2013.

FASE II: Trabajo de campo

Se llevó a cabo durante el periodo comprendido entre el 01 de enero del 2012 al 30 de junio del 2013. Se realizó el contacto con el director del Hospital Juan José Arévalo Bermejo y Jefe del área del Pediatría de dicho nosocomio para obtener el apoyo en el desarrollo del trabajo de campo.

FASE III: Instrumento

Los datos a analizar fueron recabados en una boleta de recolección en las cuales se incluyó el nombre del paciente, la fecha de toma de la encuesta, edad en meses del lactante en el momento del estudio, sexo femenino o masculino, edad en meses en los que recibió lactancia materna exclusiva, si estuvo hospitalizado en los primeros seis meses de vida y

porque enfermedad fue hospitalizado, en datos maternos se tomó en cuenta la edad, estado civil, escolaridad, ocupación y si trabaja cuantas horas del día dedica a este trabajo. Si la madre padece de alguna enfermedad investigar cual es el padecimiento por el cual dejo de dar lactancia materna, y por último se plantearon causas por las cuales dejo de dar la lactancia materna encontrando entre las razones retorno al trabajo, enfermedad materna, rechazo del lactante, insuficiente producción de leche y causas estéticas.

5.7 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

5.7.1 Procesamiento

La información de datos obtenida en las entrevistas se ingresó en una base de datos elaborada en el programa Microsoft Excel. Los resultados se analizaron y discutieron mediante la presentación de cuadros estadísticos, expresados en números absolutos y por cientos, empleándose la tabulación manual. Se confeccionaron tablas y gráficos para su mejor comprensión. Los textos se procesaron con Microsoft Word y las tablas se realizaron con Microsoft Excel. Cada una de las gráficas presentadas se realizó en base a los objetivos planteados en este estudio. Definiendo en primer lugar la edad del paciente a la que abandono la lactancia materna, sexo, causas de abandono del lactante. Se realizaron tablas donde se estableció la edad de las madres, escolaridad, horarios de trabajo, estado civil y causas de abandono maternas de la lactancia materna.

5.7.2 Análisis de datos

Se presentaron cuadros estadísticos y en base a estos datos obtenidos se hizo análisis final de la información recabada durante el trabajo de campo. El procesamiento de datos fue fuente principal de información ya que en base a ellos se pudo obtener datos del lactante relacionados al abandono de la lactancia materna, datos maternos y por último factores sociales asociados al abandono de la lactancia materna. Se pudo obtener datos en base a edad más afectada, sexo más afectado, principales causas maternas del abandono de la lactancia materna y enfermedad o no relacionada al abandono de la lactancia materna entre otros datos que pudieron ser tomados para un mejor análisis y que fueron respuesta de cada uno de los objetivos planteados en este estudio.

5.8 ALCANCES Y LIMITES

5.8.1 Alcances

El conocimiento de los factores asociados al abandono de la lactancia materna en pacientes menores de 6 meses será de importancia para el Hospital Juan José Arévalo Bermejo debido a que será representativo de los niños que actualmente acuden solamente a su consulta sin padecer ninguna patología. En el Hospital Juan José Arévalo Bermejo no se cuenta con un estudio similar, podrá ser tomado como referencia de los siguientes estudios ya que permite un grado apropiado de confiabilidad con respecto a los resultados.

Podrá ser tomado en cuenta como un estudio que pueda ser publicado con el resto de instituciones que forman parte del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social con esto permite la posibilidad de trasladar los resultados a nivel de toma de decisiones con la expectativa de que los mismos sean utilizados para diseñar las intervenciones pertinentes.

5.8.2 Limites

Una limitación de este estudio consiste en la exclusión de la población infantil mayor de 6 meses, debido a que durante esta edad inician algunos trastornos alimenticios por falta de conocimiento de la madre. Ya que aunque serán encuestadas las madres de pacientes de 6 meses a 1 año la información será tomada en lo ocurrido en los primeros 6 meses de vida con respecto a la lactancia materna como objetivo principal de estudio, y los resultados obtenidos corresponden a la población solamente que cubre el Instituto Guatemalteco de Seguridad social del Hospital Juan José Arévalo Bermejo.

5.9 ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

En la presente investigación la participación de los sujetos a estudio fue voluntaria, esta investigación es considerada como CATEGORIA I (sin riesgo), donde se utilizó la técnica de entrevista, no utilizando, ni realizando ninguna intervención o modificación intervencional, por lo que no se invadió la privacidad de la persona.

Considerando la importancia de mantener los principios de ética durante la investigación, este estudio se fundamentó en aptitudes y conductas éticamente correctas. Previamente recibida la información necesaria, comprendiéndola adecuadamente y llegando a una decisión sin haber sido sometido a intimidación ni a influencias o incentivos.

V. RESULTADOS

TABLA No. 1

EDAD DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN MENORES DE 6 MESES QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA EN CLINICA DE NIÑO SANO DEL HOSPITAL JUAN JOSE AREVALO BERMEJO ENERO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013

EDAD	LACTANCIA EXCLUSIVA	Porcentaje (%)
1 MES	26	17.5
2 MESES	39	26.3
3 MESES	22	14.7
4 MESES	29	19.5
5 MESES	15	10.0
6 MESES	18	12.0
TOTAL	149	100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA No. 2

DISTRIBUCION SEGÚN SEXO DE PACIENTES QUE ABANDONARON LA LACTANCIA MATERNA EN LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIDA QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA EN CLINICA DE NIÑO SANO DEL HOSPITAL JUAN JOSE AREVALO BERMEJO ENERO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013

SEXO	TOTAL	Porcentaje (%)
FEMENINO	96	64.4
MASCULINO	53	35.6
TOTAL	149	100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA No. 3
CAUSAS DE ABANDONO EN EL LACTANTE DE LA LACTANCIA MATERNA EN
PACIENTES MENORES DE 6 MESES QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA EN
LA CLINICA DE NIÑO SANO DEL HOSPITAL JUAN JOSE AREVALO BERMEJO
ENERO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013

CAUSA	TOTAL	Porcentaje (%)
ENFERMEDAD DEL LACTANTE	2	1.2
HOSPITALIZACION DEL LACTANTE	3	1.8
MATERNA	158	97.0
TOTAL	163	100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA No. 4
EDAD DE MADRES QUE HAN DEJADO DE DAR LACTANCIA MATERNA A
PACIENTES MENORES DE 6 MESES QUE ASISTEN A LA CLINICA NIÑO SANO DEL
HOSPITAL JUAN JOSE AREVALO BERMEJO ENERO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013

EDAD (AÑOS)	TOTAL	Porcentaje (%)
15 – 20	23	15.4
21 – 25	69	46.4
26 – 30	40	26.8
31 – 35	14	9.4
36 – 40	3	2.0
TOTAL	149	100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA No. 5
ESCOLARIDAD DE MADRES QUE HAN DEJADO DE DAR LACTANCIA MATERNA A
PACIENTES MENORES DE 6 MESES QUE ASISTEN A LA CLINICA DE NIÑO SANO
DEL HOSPITAL JUAN JOSE AREVALO BERMEJO
ENERO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013

ESCOLARIDAD	TOTAL	Porcentaje (%)
NINGUNA	21	14.0
PRIMARIA	46	31.0
SECUNDARIA	22	14.8
DIVERSIFICADO	60	40.2
TOTAL	149	100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA No. 7
ESTADO CIVIL DE MADRES QUE HAN DEJADO DE DAR LACTANCIA MATERNA A
PACIENTES MENORES DE 6 MESES QUE ASISTEN A LA CLINICA NIÑO SANO DEL
HOSPITAL JUAN JOSE AREVALO BERMEJO ENERO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013

ESTADO CIVIL	TOTAL	Porcentaje (%)
VIUDA	1	0.7
SOLTERA	8	5.4
CASADA	31	20.8
UNIDA	109	73.1
TOTAL	149	100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA No. 6

HORARIO DE TRABAJO DE MADRES QUE HAN DEJADO DE DAR LACTANCIA MATERNA A PACIENTES MENORES DE 6 MESES QUE ASISTEN A LA CLINICA NIÑO SANO DEL HOSPITAL JUAN JOSE AREVALO BERMEJO ENERO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013

TIEMPO (horas)	TOTAL	Porcentaje (%)
4	18	12.0
8	59	39.6
12	5	3.4
NO TRABAJA	67	45.0
TOTAL	149	100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA No. 8

CAUSAS DE ABANDONO EN LA MADRE DE LA LACTANCIA MATERNA EN PACIENTES MENORES DE 6 MESES QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA EN LA CLINICA DE NIÑO SANO DEL HOSPITAL JUAN JOSE AREVALO BERMEJO ENERO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013

CAUSA	TOTAL	Porcentaje (%)
RETORNO AL TRABAJO	54	33.0
ENFERMEDAD MATERNA	2	1.3
RECHAZO DEL LACTANTE	32	19.5
INSUFICIENTE PRODUCCION DE LECHE	67	40.8
CAUSAS ESTETICAS	4	2.4
DEL LACTANTE	5	3.0
TOTAL	164	100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

VI. DISCUSION Y ANALISIS

El presente estudio constituye el primer reporte estadístico en relación a la lactancia materna y los pacientes menores de 6 meses que han abandonado la misma que se presentaron a consulta externa en el Hospital Juan José Arévalo Bermejo durante el periodo del 1 de enero del 2012 a junio del 2013. Se evidencia que el sexo femenino es el grupo que mostro el mayor abandono con un 64.4% respecto al masculino con 35.6%.

Con respecto a la edad 78% abandonaron la lactancia materna en los primeros 4 meses de vida con predominio en los 2 y 4 meses con 26.3% y 19.5% respectivamente, las causas probables de estos resultados pudiese relacionarse a la técnica o la falta de información relacionadas a las causas más adelante expuestas como abandono en la madre de la lactancia.

En estudios realizados anteriormente no se describen factores de riesgo o antecedentes del lactante en su estado de salud que afecten la continuidad de la lactancia materna, sin embargo los resultados obtenidos en este estudio evidencian que 1.8% del total de pacientes en este estudio abandonaron la lactancia materna por hospitalización y 1.2% por enfermedad durante los primeros 6 meses de vida, en el lactante solamente es justificable el abandono de la lactancia materna por presentar patologías como galactosemia, enfermedad de jarabe de arce y fenilcetonuria siendo esta última aun una lactancia materna parcial con estricto control por lo que estos dos factores de riesgo asociados al lactante se ve relacionado a la falta de información de parte de la madre ya que no se presentaron ninguna de estas patologías como causas de abandono de esta técnica.

Con respecto a los factores de la madre asociados al abandono de la lactancia materna se encontró la edad de procreación de 21-25 años y 26-30 años con el mayor porcentaje de abandono 46.4% y 26.8% respectivamente, la escolaridad en las madres encuestadas también se consideró como factor de riesgo evidenciándose el mayor porcentaje de abandono en las madres con nivel diversificado con un 40.2%, primaria 31% y ninguna escolaridad 14%, considerando estos resultados el riesgo real se presentó en las madres con ninguna escolaridad por la falta de educación e información, el tener un nivel primario se considera factor de riesgo, sin embargo al obtener los resultados se presentó un nivel educacional diversificado como primer riesgo que pudiese relacionarse al regreso al trabajo.

En el estado civil de las madres se obtuvo 73.1% en unión de hecho con el mayor porcentaje, este resultado puede ser relativo ya que hay madres unidas que trabajan que han de dejado de dar lactancia materna más por su nivel socioeconómico que le es necesario el iniciar un trabajo que por su estado civil. En los horarios de trabajo en las madres encuestadas se presentó 45% con 8 horas de trabajo asociado a abandono como primer lugar que pudiese asociarse a falta de tiempo de la madre para administrar una adecuada técnica y en segundo lugar las que no trabajan en un 39.4% que podría relacionarse más que a la falta de tiempo a la falta de información de la madre sobre la lactancia materna.

En un estudio realizado por la OMS en el 2000 se evidenció entre las causas maternas de abandono de lactancia materna temprana el llanto e irritabilidad del lactante, rechazo a la lactancia, regreso al trabajo y causa estética y de salud. Los resultados obtenidos en este estudio mostraron como primera causa materna del abandono de lactancia materna insuficiente producción de leche en un 40.8% asociada a mala técnica o falta de información, retorno al trabajo 33% siendo esta justificable por falta de horario, rechazo del lactante 19.5% y 33.3%, causas estéticas 2.4% y enfermedad materna 1.3% , fue referido por las encuestadas como causa del abandono (por enfermedad materna la infección local de la mama, la cual no es una contraindicación de la lactancia materna como patologías de la madre por lo que al igual que las anteriores causas podríamos decir que está relacionada a la falta de información sobre la técnica y la importancia de la lactancia materna en el crecimiento del lactante.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 El 78% de los pacientes abandonaron la lactancia materna en los primeros 4 meses de vida, con predominio a los 2 meses 26.3% y 4 meses 19.5%. El sexo femenino presento el mayor número de abandono con 64.4% respecto al sexo masculino con 35.6%.
- 6.1.2 Entre los factores de riesgo materno de abandono de lactancia materna se encontraron la edad de procreación 21 a 25 años con 46.4% y 26 a 30 años 26.8%, en el estado civil la unión de hecho se presentó en 73.1%, en el nivel educacional el tener ciclo diversificado se presentó en un 40.2%, primaria 31%, ninguna escolaridad 14%. Las madres con trabajo de 8 horas abandonaron la lactancia en un 39.4% y las que no trabajan 36.8%. La insuficiente producción de leche entre las causas de abandono se presentó en un 40.8%, retorno al trabajo 33%, rechazo del lactante 19.5%, causas estéticas 2.4% y enfermedad materna en 1.3%.
- 6.1.3 Entre los factores de riesgo del lactante de abandono de la lactancia materna se evidencio que 1.2% presento alguna enfermedad y 1.5% estuvo hospitalizado por lo que abandono la lactancia materna en los primeros 6 meses de vida.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Implementar promoción de la lactancia materna por medio de: charlas educativas sobre la importancia y beneficios de lactancia materna y técnicas para lactancia materna con éxito cada 3 meses para las madres de lactantes menores de 6 meses en Hospital Juan José Arévalo Bermejo.
- 6.2.2 A las madres que consultan a la Clínica de Ginecoobstetricia para el control prenatal del Hospital Juan José Arévalo Bermejo realizar una charla educativa sobre la lactancia materna en el último trimestre del embarazo.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Albarenque S, Mas L, Ferreyra M. Lactancia materna y alimentación complementaria. Argentina 2005; 103(3): 257-25.
2. Araujo Pereira V. El crecimiento de los niños alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida. Salud Pública. Panamá 2005; 110(4):311-8
3. Barriuso LM, Sánchez-Valverde F. Prevalencia de la lactancia materna en el norte de España. Madrid: Anales. 2006 (Suplemento 3).
4. Benavides González Hortensia. Vázquez González Juan. Principales Causas del Abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en niños menores de 6 meses Departamento Consulta Externa U. M. F. No. 36, Monterrey, N. L.2002
5. Calvo Quirós C. Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. Enfermería Actual en Costa Rica. 2008; 15.
6. Díaz-Argüelles Ramírez-Corría V. Lactancia materna: evaluación nutricional en el recién nacido y causas de su abandono en menores de 6 meses de edad. Cubana Pediátrica. 2005; 77(2):
7. Díaz-Argüelles Ramírez-Corría Virginia María. La alimentación inadecuada del lactante sano y sus consecuencias. Cubana Pediátrica 2005; 77(1):
8. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002. Guatemala. MSPAS, INE, USAID, UNICEF. 2003.
9. Galbe JS. Atención orientada al desarrollo y supervisión del desarrollo psicomotor en lactantes que dejan de recibir lactancia materna en el primer año de vida 2004. Disponible en <http://www.medynet.com/usuarios/Previnfad/psicomotor.htm>.
10. Goldstein AD, Freed GL. Breast feeding Counseling Practices of Family Practice Residents. Fam Med. 2003; 25:524-9.
11. Heiberg-Endresen E, Helsing E. Changes in Breast Feeding Practices in Norwegian Maternity Wards: National Surveys. 2005; 8:719-24.
12. Jiménez R, Curbelo JL, Peñalver R. Relación del tipo de alimentación con algunas variables del crecimiento, estado nutricional y morbilidad del lactante. Colombia Médica. 2004; 36(4):
13. Jiménez FE. Lactancia materna y enfermedades. Diagnóstico.com 2006.
14. Jiménez R, Curbelo JL, Peñalver R. Relación del tipo de alimentación con algunas variables del crecimiento, estado nutricional y morbilidad del lactante. Colombia Médica. 2005; 33(4):

15. Jiménez FE. Lactancia materna y enfermedades. 2006. Disponible en: <http://www.diagnostico.com/enfermedad.stm>.
16. Kramer MS, Chalmers B, Hodmett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et.al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT). A Randomised Trial in Republic of Belarus. JAMA. 2001; 285: 413- 415.
17. Lactancia Materna y Seguridad Alimentaria. Waba.org. 2006.
18. Lactancia materna. Un asunto feminista. Wabaorg.my. 2006. Disponible en: <http://www.wabaorg.my/resou.htm>.
19. Lactancia más simple en el hogar y en el trabajo. Woman.gov. 2006. Disponible en: <http://www.4woman.gov/index/html/>.
20. Labbok M. Proteger, promover y apoyar la lactancia materna. Rev. Nutrición. UNICEF. 2007.
21. Macías Carrillo C, Franco-Marina F, Long-Dunlap K, Hernández Gaytán SI, Martínez-López U, López-Cervantes M. Lactancia Materna y diarrea aguda en los primeros tres meses de vida. Salud Pública México. 2005; 47 (1): 49-57.
22. Michaelsen KF. Nutrition and Growth During Infancy. Acta Pediátrica 2007; 86 pp1-36
23. Pallás Alfonso CR. Lactancia materna y alimentación en el primer año de vida. PAPPS. Infancia y adolescencia. Costa Rica 2004.
24. Pérez Escamilla R. Patrones de la lactancia natural en América Latina y el Caribe y factores de riesgo asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en el primer semestre de vida. Salud Pública. Panamá 2003; 115(3):185-94.
25. Pérez-Escamilla R. La promoción de la lactancia materna en la era del SIDA. Salud Pública. Panamá 2001; 91(6). Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/DBI/ES/v9n6-Editorial.pdf>.
26. Sanabria M, Coronel J, Díaz C, Salinas C, Sartori J. Perfil de la lactancia materna en cuatro servicios de referencia neonatal. Chile. 2005; 76 (5); 530- 535.
27. UNICEF. Anatomía y fisiología de la mama. Lactancia materna. Materiales para capacitación. México, DF: UNICEF; 2005:62.
28. Armelini P. El 22% de los lactantes de menos de 6 meses dejan de ser amantados al mes de vida. Zona Salud (en línea= 2004 : <http://www.zona-salud.com.ar/nota.php3?id=638>
29. Sigsa. Consulta externa Hospital Juan José Arévalo Bermejo. 2010 Consulta externa Clínica de Niño Sano

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: “CARACTERISTICAS DEL BINOMIO MADRE-LACTANTE QUE ABANDONARON LA LACTANCIA MATERNA EN LACTANTES MENORES DE 6 MESES” para propósitos de consulta académica. Sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.