



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS DE LA INFORMÁTICA  
FACULTAD DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD  
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

**FACTORES QUE INCIDEN SOBRE EL  
ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA  
MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES CON HIJOS  
HASTA LOS 6 MESES DE EDAD, EN EL CESFAM  
ARAUCO, EL SEGUNDO SEMESTRE DEL 2015.**

Tesis presentada a la Carrera de Nutrición de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Ciencias de la Informática para optar al grado de Licenciado de Nutrición.

AUTORES

FONTECILLA CADEGAN, ANDREA VIRGINIA.  
MORALES SALAZAR, CAROLINA ANDREA.  
PLAZA MORAGA, CLAUDIA DEL CARMEN.

PROFESOR GUÍA METODOLÓGICO  
LEYDIS MOREJON RODRIGUEZ

PROFESOR GUIA DISCIPLINAR  
CLAUDIA GONZÁLEZ MOYA

Santiago de Chile  
2015





UNIVERSIDAD DE CIENCIAS DE LA INFORMÁTICA  
FACULTAD DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD  
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

# **FACTORES QUE INCIDEN SOBRE EL ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES CON HIJOS HASTA LOS 6 MESES DE EDAD, EN EL CESFAM ARAUCO, EL SEGUNDO SEMESTRE DEL 2015.**

Tesis presentada a la Carrera de Nutrición de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Ciencias de la Informática para optar al grado de Licenciado de Nutrición.

AUTORES

FONTECILLA CADEGAN, ANDREA VIRGINIA.  
MORALES SALAZAR, CAROLINA ANDREA.  
PLAZA MORAGA, CLAUDIA DEL CARMEN.

PROFESOR GUÍA METODOLÓGICO  
LEYDIS MOREJON RODRIGUEZ

PROFESOR GUIA DISCIPLINAR  
CLAUDIA GONZÁLEZ MOYA  
Santiago de Chile

2015

AGRADECIMIENTOS Y/O DEDICATORIAS

Quiero agradecer primeramente a Dios por darme las fuerzas para seguir adelante y darme la fe de creer que todo es posible y creo fielmente en que él estuvo en cada proceso de mis estudios.

“Él da esfuerzo al cansado y multiplica las fuerzas al que no tiene ningunas”.

Isaías 40:29 RVR 1995.

Agradecer a mis padres que siempre han estado a mi lado entregándome sus oraciones, confiando en mis capacidades y siendo un apoyo en todo tiempo.

Quiero agradecer a mis compañeras de tesis por su trabajo, especialmente a Carolina Morales por su ayuda prestada en esas largas horas de trabajo a lo largo de esta carrera.

Agradecer también a mis amigos que siempre confiaron y creyeron que tendría éxito en todo, dándome siempre palabras de apoyo.

“En todo tiempo ama el amigo, Y es como un hermano en tiempo de angustia”.

Proverbios 17:17 RVR 1960.

También agradecer a la universidad UCINF por darme la oportunidad de realizar mi tesis y a los profesores que guiaron y acompañaron este proceso.

A todos ustedes quiero darles las gracias ya que fueron parte importante, su apoyo me animo en tiempos difíciles.

**Andrea Fontecilla Cadegan.**

En primer lugar agradezco a Dios por este gran logro en mi vida, a mi familia y las personas que estuvieron conmigo, apoyándome en todo este proceso. En forma especial agradezco a mis padres por su apoyo incondicional, a mi hermana y cuñado por estar presentes en todo momento y a mi hija por ser mi fortaleza y el motor que me impulsa cada mañana a lograr mis sueños.

**Carolina Morales Salazar.**

Quisiera agradecer infinitamente a Dios por estar siempre conmigo y por bendecirme con unos padres maravillosos, Judith y Oscar, a ellos también les agradezco todo su amor y ayuda incondicional, a mi hermana Judith Natalia que es mi amiga, mi guía, mi empuje, a mi hijo Marco Antonio, que es mi razón de vivir y mi marido Marco por la paciencia y apoyo en este largo periodo, a mis amigos, a los profesores y a tantas personas que han estado presente de alguna manera en este importante proceso de mi vida profesional.

**Claudia Plaza Moraga.**

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN..... 1

INTRODUCCIÓN..... 5

### CAPITULO I

1. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA.....7

1.1 Antecedentes del problema..... 7

1.2 Fundamentación del problema..... 10

1.3 Preguntas de investigación..... 12

1.4 Hipótesis. .... 13

1.5 Objetivo general. .... 13

1.6 Objetivo específico..... 13

1.7 Justificación de la investigación..... 14

1.8 Viabilidad..... 15

### CAPITULO II.

2. MARCO TEORICO..... 16

2.1 Definiciones. .... 16

<b>2.2 Anatomía y fisiología del pecho materno. ....</b>	<b>17</b>
<b>2.3 Beneficios de la lactancia materna. ....</b>	<b>19</b>
<b>2.4 Técnica de la lactancia materna.....</b>	<b>22</b>
<b>2.5 Técnicas de amamantamiento.....</b>	<b>24</b>
<b>2.6 Factores que inciden en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva.....</b>	<b>26</b>
<b>2.6.1 Factores <i>Biológicos de la madre y el niño</i> .....</b>	<b>26</b>
<b>2.6.2 Factores Psicosociales.....</b>	<b>30</b>
<b>2.6.3 Factores Sociodemográficos.....</b>	<b>39</b>
<b>2.7 Prevalencia de la lactancia materna en el Mundo.....</b>	<b>44</b>
<b>2.8 Políticas y programas de salud.....</b>	<b>46</b>
<b>2.9 Proyección de la lactancia materna en Chile y el Mundo.....</b>	<b>50</b>

### **CAPITULO III**

<b>3 DISEÑO METODOLÓGICO.....</b>	<b>51</b>
<b>3.1 Paradigma de la Investigación. ....</b>	<b>51</b>
<b>3.2 Alcance y diseño de la investigación. ....</b>	<b>51</b>
<b>3.3 Población y muestra.....</b>	<b>52</b>

3.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	53
3.5 Variables de estudio.....	54
3.6 Instrumento de recopilación de datos.....	54
3.7 Metodología de aplicación de instrumento.....	55
3.8 Definición y operacionalización de las variables.....	56
3.8 Descripción de procedimiento de análisis.....	62

## CAPÍTULO IV.

4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	63
4.1 Nivel Sociodemográfico.....	63
4.2 Nivel Psicosocial.....	72
4.3 Nivel Biológico.....	78
DISCUSIÓN.....	84
CONCLUSIÓN.....	87
BIBLIOGRAFÍA.....	91
ANEXOS.....	96

## RESUMEN

Introducción: La leche materna es el único alimento que el niño/a necesita para los primeros 6 meses de vida. Las investigaciones recientes sugieren que la lactancia materna tiene beneficios positivos a largo plazo.

Según el Ministerio de salud, la prevalencia de la lactancia materna exclusiva durante el primer mes de vida es de un 78%, sin embargo existe un descenso al llegar al 3 mes, con un 66%.

Objetivos: Identificar los factores que inciden sobre el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, en madres con hijos hasta los 6 meses de edad, en el CESFAM Arauco.

Métodos: Estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, transversal y no experimental, se incluyeron en este estudio a 30 madres con hijos/as en edades entre 0 a 6 meses, con controles al día y se aplicó una encuesta dividida en dos segmentos cuya primera parte recogió datos de cada individuo y la segunda parte estuvo conformada por 6 preguntas cerradas y abiertas, en las cuales se evaluaron variables Sociodemográficas, biológicas y psicosociales.

Resultados: Se encontró un 57,8% de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva y sólo el 42% logró mantenerla hasta el sexto mes como lo recomienda la OMS, se excluyó de este resultado aquellas madres que mantenían la lactancia al momento de la encuesta, ya que no se pudo realizar un seguimiento de estas.

El 43% de las madres refirieron abandonar precozmente la lactancia materna exclusiva debido a la hipogalactia, otros motivos de abandono fueron: el ingreso al trabajo con un 27%, Agalactia con un 18% y malestares gastrointestinales del niño con un 18%.

Conclusiones: Se determinó una baja Prevalencia de LME entre el primer y el quinto mes de vida del niño/a, con un total del 57,8% (n11). La duración media de la LME fue de 4 meses de edad. La corta duración de la LME en madres del CESFAM Arauco se relacionó con características sociodemográficas como la ocupación laboral, ser soltera y la mayoría de las madres tenían al momento de la encuesta enseñanza media y refirieron haber tenido un parto por cesárea.

Dentro de los factores psicosociales se observó que muchas madres abandonaron precozmente la LME debido a una hipogalactia, existiendo además otras variables por las cuales las madres tomaron esta decisión, como es la incorporación al trabajo, agalactia y molestias estomacales del niño.

## **SUMMARY**

Introduction: Mother's milk is the only food the child needs the first six months of life.

Recent investigations suggest that breastfeeding has positive benefits in the long term.

According to the Ministry of Health, the prevalence of exclusive breastfeeding during the first month of life is by 78%, however there is a decrease when it reaches the third month, with 66%.

Objetives: Identify the factors that influence on the early abandonment of exclusive breastfeeding in mothers with children aged under six months at CESFAM Arauco.

Methods: Quantitative study, of a descriptive type, transversal and non-experimental. In this research, thirty mothers with children aged from zero to six months were included, with check-ups up to date and it was applied a survey divided into two segments in which the first part collected information of each individual and the second part was compound by six closed and open questions in which sociodemographic, biological and psychosocial variables were evaluated.

Results: It was found a 57,8% of early abandonment of exclusive breastfeeding and only 42% achieved to maintain it up until the sixth month as recommended by OMS, it was excluded from this result those mothers that kept breastfeeding at the moment of the survey because a monitoring process could not be done in these cases.

43% of the mothers said they abandoned earlier exclusive breastfeeding because of hypogalactia; other reasons of abandonment were: the return to the workplace with 27%, agalactia with 18% and gastrointestinal discomfort of the infant with 18%.

Conclusions: It was determined a low prevalence of exclusive breastfeeding between the first and the fifth month of life of the infant, with a total of 57,8% (n11). The average duration of the exclusive breastfeeding was of four months old. The short duration of the exclusive breastfeeding in mothers from the CESFAM Arauco was related to the sociodemographic characteristics such as job occupation, singleness and most of the mothers were in highschool at the moment of the survey and mentioned they had a cesarean section.

In the psychosocial factors, it was observed that many mothers abandoned earlier the exclusive breastfeeding because of hypogalactia, existing besides other variables by which mothers made that decision such as the return to the workplace, agalactia and stomach discomfort of the infant.

## INTRODUCCIÓN

“La leche materna es el único alimento que el niño/a necesita para los primeros seis meses de vida” (Unicef, 2015). Cualquier otro tipo de alimento o bebida, inclusive el agua, aumentaría el riesgo de padecer diarrea u otra enfermedad (Unicef, 2015). La leche materna es la “*primera inmunización*” del bebé, no existen fórmulas alternativas para su protección.

Numerosos estudios han demostrado que los lactantes alimentados con leche materna exclusiva hasta los 6 meses de edad tienen diferentes patrones de crecimiento con respecto a los lactantes alimentados con fórmula. Las investigaciones recientes sugieren que la lactancia materna tiene beneficios positivos a largo plazo, como por ejemplo; reduce el riesgo de padecer enfermedades crónicas en la edad adulta, existe un 35% menos de riesgo de padecer obesidad futura, además protege contra infecciones respiratorias y digestivas graves. Un estudio realizado en Ghana demostró que los bebés amamantados durante la primera hora de vida puede prevenir el 22% de las muertes neonatales (Unicef, 2015).

Desde principios de los años noventa ha existido un aumento en los índices de lactancia materna exclusiva, pero aún así éstos continúan siendo muy bajos en el mundo en vías de desarrollo y una baja continuidad de lactancia materna exclusiva.

“Solo aproximadamente un tercio (36%) de los recién nacidos reciben lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida” (BSR/OMS, 2015).

Dentro de las políticas públicas creadas en relación al fomento a la lactancia materna, encontramos: la Comisión Nacional de Lactancia Materna, aplicación del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la leche materna, se incorporó la iniciativa de los Hospitales amigos de la madre y de los niños con el fin de ayudar a fomentar las prácticas de la lactancia materna, además se modificaron las normas de alimentación infantil para la Atención Primaria.

En Chile se plantean distintas estrategias para el fomento y protección de la lactancia materna, según el Ministerio de Salud, la prevalencia de lactancia materna exclusiva durante el primer mes de vida es de un 78%, sin embargo existe un descenso al llegar al 3 mes de vida con un 66% (Rosso, et al, 2013), (Valenzuela Cifuentes, 2015).

La investigación se enmarca en un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, transversal y no experimental cuyo objetivo es identificar cuáles son los factores que inciden sobre el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en madres con hijos hasta los 6 meses de edad, en el CESFAM Arauco, con el fin de poder intervenir en un futuro no lejano sobre estos factores negativos y lograr aumentar la prevalencia de la lactancia materna.

## **CAPITULO I**

### **1. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA.**

#### **1.1 Antecedentes del problema.**

“La leche materna es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida” (OMS, 2015).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomienda “lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses” (UNICEF, 2006).

"Lactancia materna exclusiva" significa que el niño recibe solamente leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) durante los primeros 6 meses de vida, y ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto por sales de rehidratación oral, gotas y los jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos). (OMS, 2015)

Los niños que son alimentados con leche materna tienen 6 veces más posibilidades de sobrevivencia en los primeros meses, a diferencia de aquellos niños que no fueron amamantados de manera inmediata. El inicio temprano de la Lactancia materna protege al recién nacido de las infecciones gastrointestinales y respiratorias reduciendo la mortalidad neonatal.

Sin embargo, a pesar de la importancia que tiene la Lactancia Materna exclusiva (LME), en la actualidad existe un problema de abandono temprano de la misma.

Existen numerosos estudios en diversos países que han identificado que la duración de lactancia materna exclusiva tiene directa relación con la situación socioeconómica, tabaquismo, edad materna, uso de chupete, jornada laboral, además de otros factores tales como la ansiedad, escolaridad, apoyo familiar, vida sexual (Niño M, Silva E, & Atalah S, 2012).

Actualmente a nivel mundial las tasas de Lactancia materna no han disminuido, sin embargo “sólo el 38% de los niños de menos de 6 meses de edad en el mundo en desarrollo reciben lactancia materna exclusivamente” (UNICEF, 2006).

“A nivel internacional, Chile es el sexto país con mayor prevalencia de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses con un 43%” (Strain Henkes, 2013).

Desde los años 90 en Chile se han realizado diversas actividades en relación al fomento de la lactancia materna, como es la reorganización de la Comisión Nacional de Lactancia Materna (CONALMA), la aplicación de un Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la leche materna, además se modificaron las normas de alimentación infantil para la Atención Primaria y se incorporó la iniciativa de los Hospitales amigos de la madre y de los niños con el fin de ayudar a fomentar las prácticas de la lactancia materna, entre otras (Atalah S, Castillo L, & Reyes A, 2002).

En el año 1993 el Ministerio de Salud realizó la primera encuesta nacional, la cual mostró una prevalencia de lactancia materna exclusiva del 16% y en el año 2005 de un 46% (Rosso, Skarmeta, & Sade, 2013). No obstante entre los años 2008 y 2009 hubo un descenso en la prevalencia de la Lactancia Materna Exclusiva (LME) de un 49,1% a un 45%.

En agosto del 2009 se promulga la Ley 20.379 en donde se institucionaliza el Subsistema de Protección a la Infancia, Chile Crece Contigo, cuyo objetivo es acompañar el proceso de desarrollo de los niños y niñas que se atienden en el sistema público de Salud, desde su primer control de gestación y hasta su ingreso al sistema escolar.

En el año 2011 se promulga la Ley 20.545 que modifica las normas sobre protección a la maternidad e incorpora el permiso post natal parental. Esta Ley permite tanto a madres como padres que trabajan ampliar el tiempo de acompañamiento hasta los 5 meses y 15 días de vida del niño. Entre los años 2011 y 2013 se observa un leve incremento de las cifras de prevalencia de la LME , según la Sexta Encuesta Nacional de lactancia materna, dando como resultado que el 56,3% de las madres mantiene una Lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses de edad (Rosso et al, 2013).

Sin embargo, según el Ministerio de Salud, la prevalencia de lactancia materna exclusiva al primer mes es de un 78% y al tercer mes de vida es de un 66% (Rosso, et al, 2013),(Valenzuela Cifuentes, 2015).

Al identificar estos factores se podrán crear estrategias adecuadas que influyan de manera positiva en la decisión de la madre por proporcionar LME hasta los 6 meses de edad.

## **1.2 Fundamentación del problema.**

Actualmente han ido en aumento las madres que han optado por entregar una lactancia materna exclusiva, pero no todas ellas logran mantenerla hasta el sexto mes de vida como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud.

Muchas personas piensan que la lactancia materna por ser un proceso natural es sencilla, pero esto no es del todo cierto, existen muchas madres que presentan dificultades al momento de amamantar.

A pesar de todos los beneficios que la lactancia materna posee, la mayoría de las madres abandonan la lactancia prematuramente por las dificultades que percibe, ya que deben responder a muchas expectativas con respecto a la lactancia, como son las demandas del recién nacido, las exigencias de su rol maternal, la presión de la pareja y el grupo familiar.

A nivel socioeconómico, la mujer al incorporarse a la actividad laboral fuera del hogar, por lo general no cuenta con facilidades para amamantar a sus hijos ya sea por diversos motivos, espacio físico poco adecuado, se le niega el derecho de amamantar o bien son trabajos informales sin ningún tipo de contrato.

Al acceder a una mejor condición económica, también genera un riesgo ya que no proveerá de lactancia, debido a que cuenta con recursos económicos necesarios para adquirir sucedáneos de leche materna.

El grado de escolaridad también es un factor que influye significativamente, algunos estudios han demostrado que un nivel educativo superior es un pre disponente positivo para la lactancia materna.

La cultura también juega un rol importante ya que las mujeres se ven influenciadas por prácticas y mitos propios de la cultura en la que se desenvuelven. Muchas mujeres no brindan lactancia materna ya que tienen la creencia de que esto le deteriora la apariencia de las mamas, o bien también existen madres que les da vergüenza amamantar a sus hijos en público, por lo cual utilizan la mamadera, prolongando el tiempo entre una mamada y otra, lo que conlleva una disminución de la leche materna.

Existen otros factores no menos importantes que influyen sobre el abandono precoz de la LME, estos están en directa relación con motivos psicológicos y la percepción de la madre con respecto a la producción de la leche materna, es muy común que las madres

piensen que no tienen leche o bien no tienen la suficiente leche y que sus hijos quedan con hambre y no logran cubrir sus necesidades, es así que toman la decisión de interrumpir de manera precoz la LME e iniciar la suplementación de un sucedáneo.

A partir de los motivos señalados anteriormente, se identificó como problema de la investigación:

**¿Cuáles son los factores que inciden sobre el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en madres con hijos hasta los 6 meses de edad, en el CESFAM Arauco?**

### **1.3 Preguntas de investigación.**

1. ¿Cuáles son los factores biológicos que inciden en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en madres con hijos hasta 6 meses de edad en el Centro de Salud Familiar Arauco?
2. ¿Cuáles son los factores psicosociales que inciden en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en madres con hijos hasta 6 meses de edad en el Centro de Salud Familiar Arauco?
3. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos que inciden en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en madres con hijos hasta 6 meses de edad en el Centro de Salud Familiar Arauco?

4. ¿Cuántas madres con hijos hasta 6 meses de edad acuden regularmente a los controles de Salud y cuántas de ellas abandonaron la lactancia materna exclusiva en el Sector azul, en el Centro de Salud Familiar Arauco?

#### **1.4 Hipótesis.**

H1: Existen factores sociodemográficos, psicosociales y biológicos que inciden sobre en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en madres con hijos menores de 6 meses de edad, pertenecientes al centro de salud familiar Arauco.

#### **1.5 Objetivo general.**

Identificar los factores que inciden sobre el abandono precoz de la Lactancia Materna Exclusiva en madres con hijos hasta los 6 meses de edad, en el Centro de Salud Familiar “Arauco”, ubicado en Avenida Mirador 1599, Santiago, en el segundo semestre del 2015.

#### **1.6 Objetivo específico.**

1. Identificar los factores sociodemográficos que inciden en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en madres con hijos hasta 6 meses de edad en el Centro de Salud Familiar Arauco.

2. Identificar los factores psicosociales que inciden en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en madres con hijos hasta 6 meses de edad en el Centro de Salud Familiar Arauco.
3. Identificar los factores biológicos que inciden en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en madres con hijos hasta 6 meses de edad en el Centro de Salud Familiar Arauco.
4. Determinar la cantidad de madres con hijos hasta 6 meses de edad que acuden regularmente a los controles de salud y cuántas de ellas abandonaron la lactancia materna exclusiva en el sector azul, en el Centro de Salud Familiar Arauco.

### **1.7 Justificación de la investigación.**

A lo largo de la historia se han realizados numerosos estudios que demuestran la importancia de la lactancia materna y los beneficios que esta representa para madres e hijos. A pesar de las recomendaciones de la OMS y de muchas otras organizaciones y asociaciones, las tasas de lactancia materna son mucho más bajas de lo deseado en todo el mundo (Aguilar Cordero, 2005).

Aún en los países donde el inicio de la lactancia materna se aproxima al 100% de las mujeres, existe una caída durante su práctica, especialmente cuando se entrega una

lactancia exclusiva, ya que a veces se introducen otros alimentos o líquidos durante los primeros meses, (Aguilar Cordero, 2005), o bien por otros varios factores que juegan en contra a la hora de mantener la lactancia materna exclusiva, lo que conlleva a un abandono de esta en los primeros meses de vida del neonato.

El estudio planteado ayudará a identificar los factores que causan el abandono precoz en las madres con hijos hasta los 6 meses de edad y de esta manera se proporcionará información al Centro de salud Familiar “Arauco” con la posibilidad de intervenir sobre estos factores en el futuro y así lograr aumentar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva.

### **1.8 Viabilidad.**

La investigación tuvo características, condiciones técnicas y operativas que aseguraron el cumplimiento de los objetivos, además es viable dado que los costos en cuanto a materiales, insumos y recursos humanos eran bajos. Los instrumentos de recolección de datos no requirieron mayor implementación debido a que se utilizaron encuestas.

El grupo de enfoque de la investigación al estar inscrito en el Centro de Salud, permitió obtener con mayor facilidad la ubicación en caso de requerirlo y no se requirió de mayor tiempo para la recolección de datos, dado que el instrumento era de rápida aplicación.

## CAPITULO II.

### 2. MARCO TEÓRICO.

Tanto en Chile como en otras partes del mundo, la lactancia materna muestra una tendencia a la disminución, este hecho adquiere relevancia por las repercusiones desfavorables que pueden tener sobre la salud de los lactantes.

#### 2.1 Definiciones.

##### **2.1.1 Lactancia materna exclusiva. (LME):**

"Lactancia materna exclusiva" significa que el niño recibe solamente leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) durante los primeros 6 meses de vida, y ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto por sales de rehidratación oral, gotas y los jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos). (OMS, 2015)

##### **2.1.2 Lactancia materna predominante. (LMP):**

Significa que recibe el 50% o más de leche materna y requiere fórmula. (Minsal, 2010)

"Lactancia materna predominante" significa que la fuente predominante de alimentación del lactante es la leche materna (incluida la leche extraída o de nodriza). El niño puede recibir además líquidos (agua y bebidas a base de agua, jugos de fruta), sales de rehidratación oral, gotas o jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos). (World health organization, 2015)

### **2.1.3 Formula láctea predominante. (FLP):**

Significa que recibe más del 50% de fórmula láctea. (MINSAL, 2005)

### **2.1.4 Formula láctea. (FL):**

“Las fórmulas lácteas son derivadas de la leche de vaca. Esta es modificada en cantidad, calidad y tipo de nutrientes con el fin de asemejarla tanto como sea posible a la leche humana” (Marietti, s/f, p.1).

### **2.1.5 FONASA.**

El Fondo Nacional de Salud, FONASA, es el organismo público encargado de otorgar cobertura de atención, tanto a las personas que cotizan el 7% de sus ingresos mensuales en FONASA, como a aquellas que, por carecer de recursos propios, financia el Estado a través de un aporte fiscal directo (FONASA, 2015).

## **2.2 Anatomía y fisiología del pecho materno.**

La mama es la estructura anatómica en la cual se encuentra la glándula mamaria, esta alcanza su máxima capacidad funcional durante la lactancia y está compuesto de tejido glandular (secretorio) y adiposo.

El pezón contiene numerosas fibras musculares lisas, en su mayoría de tipo circular, las que se contraen a la estimulación mecánica produciendo su erección. En la punta del pezón desemboca separadamente cada conducto galactóforo.

La fisiología de la glándula mamaria y de la lactancia comprende 3 diferentes procesos funcionales:

- ✓ Mamogénesis o desarrollo de la glándula mamaria.
- ✓ Galactogénesis, producción o síntesis de la leche.
- ✓ Galactopoyesis o mantención de la producción de la leche

### ***2.2.1 Etapa post gestacional.***

Después del parto, al eliminarse la placenta, baja bruscamente el nivel de progesterona en la sangre de la madre y se suprime la acción inhibidora que esta hormona tiene sobre la síntesis de la leche. Las mamas se llenan de calostro durante las primeras 30 horas después del nacimiento. Si el niño no mama con frecuencia durante el primer y segundo día, se puede apreciar ingurgitación, aumento de volumen y mayor sensibilidad de la mama.

El flujo sanguíneo de las mamas, ya aumentado en las últimas semanas del embarazo, se intensifica aún más después del parto. Entre las 30 y 40 horas postparto hay un rápido cambio en la composición de la leche debido al aumento en la síntesis de la lactosa. Esto produce un aumento del volumen de la leche debido a que la lactosa es el componente osmótico más activo de ella. El aumento de volumen de la leche se produce antes que la madre perciba la sensación de plenitud o agrandamiento de las mamas y otros signos que se describen como “golpe o bajada de leche”. Las madres que alimentan a sus hijos a libre demanda e inmediatamente

después del parto, observan que producen un mayor volumen de leche a las 24-48 horas después del parto y no experimentan congestión. Se cree que el evento descrito como “golpe de leche” marca el cambio del control endocrino de la galactogénesis al control autocrino, en el que la producción de leche no depende del nivel de hormonas maternas, sino de la eficiente succión y remoción de ésta por parte del niño. (Minsal, 2010, p.68)

### **2.3 Beneficios de la lactancia materna.**

La lactancia materna otorga diversos y únicos beneficios al binomio madre-hijo, a la familia y a la sociedad, estos beneficios son de salud, nutricionales, inmunológicos, del desarrollo infantil, psicológicos, sociales, económicos y ambientales.

#### ***2.3.1 Beneficios para la madre.***

- ✓ La recuperación posparto es más rápida en aquellas mujeres que dan de mamar a sus hijos, porque la oxitocina, hormona que se produce en la glándula hipófisis como respuesta a la succión del pezón, contrae el útero por lo tanto disminuye la pérdida de sangre, y ésta dura menos días (Organización Panamericana de la salud, 2002), (OMS, 2010).
- ✓ Protege contra algunas enfermedades, por ejemplo contra el cáncer de mama. Los estudios científicos han demostrado que las mujeres que dan de mamar

tienen menos riesgo de tener un cáncer de mama (OMS, 2010), (Organización Panamericana de la salud, 2002).

- ✓ Prolonga el período de infertilidad, debido a que la ovulación aparece más tarde en mujeres que proporcionan una LME (OMS, 2010),
- ✓ Durante la lactancia la mujer consume más calorías, lo que la ayuda a recuperar su peso habitual más rápido. “Las hormonas de la lactancia (prolactina) hacen que la mujer que amamanta tenga un aspecto físico más bello, vital y armónico” (Minsal, Manual de Lactancia materna, 2010, p.57).
- ✓ (Marinés Camero, 2015) afirma que: “Desde el punto de vista psicológico la experiencia de amamantar es una vivencia que le permite a la madre compartir con el hijo momentos de placer y bienestar, haciendo que sea más intenso el vínculo afectivo con su bebé” (p. s/p)

### **2.3.2 Para el niño.**

- ✓ Los niños/as alimentados con LME tienen menos riesgo de sufrir infecciones respiratorias, gastrointestinales y otitis (Minsal, Manual de Lactancia materna, 2010), (Organización Panamericana de la salud, 2002)
- ✓ El sistema inmunológico del niño/a completa su desarrollo al año de edad, por lo cual es importante la protección que le brinda la leche de la madre, retrasando la aparición de alergias, asma o enfermedades crónicas del intestino (Minsal, Manual de Lactancia materna, 2010).

- ✓ Estudios científicos han demostrado que la leche materna es un factor protector frente a enfermedades tales como la diabetes u obesidad (Jarpa, Cerda, Terrazas, & Cano, 2015), (Organización Panamericana de la salud, 2002).
- ✓ Previene las anomalías dentarias y maxilofaciales, además de presentar una menor incidencia de caries, a diferencia de aquellos niños que reciben mamadera (Minsal, Manual de Lactancia materna, 2010).
- ✓ Refuerza el vínculo afectivo entre la madre y el hijo. El vínculo se establece durante el amamantamiento, además le proporciona seguridad que se traduce a medida que crece en una mayor confianza en sí mismo (Marinés Camero, 2015).

### **2.3.3 Para la familia.**

- ✓ Marinés Camero (2015) afirma que: “La lactancia materna repercute en la economía familiar, porque se gastará menos en consultas al pediatría y en medicamentos” (p. s/p).
- ✓ Refuerza lazos afectivos familiares y previene el maltrato infantil (Minsal, Manual de Lactancia materna, 2010).

### **2.3.4 Para la comunidad.**

- ✓ Los niños/as que reciben leche materna sufren menos enfermedades, por lo cual los gastos de internación hospitalaria son menores (Minsal, Manual de Lactancia materna, 2010).

## **2.4 Técnica de la lactancia materna.**

Como se ha hablado en numerosos estudios la lactancia materna es lo más importante para los niños y para sus madres. La lactancia materna no es una habilidad innata, sino que requiere aprendizaje. Aguilar Cordero (2005) presenta las técnicas de la lactancia materna y las separa en:

### ***2.4.1 Cuando empezar a amamantar.***

- El momento ideal para poner al bebé al pecho, es inmediatamente después del parto, en ese momento el reflejo de succión es muy fuerte.
- Existen dos requisitos fundamentales para el éxito: debe ser a libre demanda, es decir sin horarios establecidos y una postura adecuada para dar pecho.
- Después del parto es el momento ideal para poner la bebe al pecho, esto se conoce como período crítico, en el que el recién nacido está despierto y receptivo, con un reflejo de succión especialmente fuerte.
- Hay que tener en cuenta que la primera puesta al pecho, pasadas unas horas, él bebé pasa por una etapa de letargia, disminuyendo el reflejo de succión, además la madre también pasa por una fase de cansancio, tras el esfuerzo realizado posterior al parto.
- Dar un biberón o suero en las primeras horas de vida reduce el impulso de la succión del pecho.

#### **2.4.2 Primeros días posparto.**

- Los primeros días son de adaptación del bebé y su madre, el estrés puede ser un factor que afecte en la subida de leche, por lo cual la madre debe estar en un espacio tranquilo evitando el estrés y tomarse el tiempo necesario.
- La madre debe asegurarse que el bebé debe estar bien agarrado al pecho y no al pezón.
- La madre deberá tener un vaso de agua cerca para no interrumpir su tiempo con el bebé al pecho por nada y por nadie.

#### **2.4.3 Higiene para el amamantamiento.**

- La única higiene necesaria es una ducha diaria, la piel y el pezón están equipadas con glándulas que lubrican con aceites naturales.
- El pezón debe estar humedecido antes de colocarse el bebé al pecho.

#### **2.4.4 Postura para amamantar.**

La comodidad física de la madre mientras lacta es importante, para esto existen distintas posiciones ya que en los primeros días la posición más cómoda después puede no serlo.

#### **2.4.4.1 Postura acostada:**

Lo ideal para los primeros días, se recomienda la postura acostada, la madre se acuesta de lado, apoya la cabeza y la espalda sobre una almohada y el bebé se coloca acostado frente a ella, para que exista un contacto visual.

#### **2.4.4.2 Postura sentada clásica:**

Es una postura más tradicional, más utilizada y posiblemente la más cómoda, se apoya la espalda en una silla con el respaldo recto, se inclina ligeramente el cuerpo hacia adelante, de manera que el pezón caiga dentro de la boca del bebe.

#### **2.4.4.3 Postura sentada inversa:**

Esta consiste en colocar al bebé a un lado, apoyado sobre una almohada, con su vientre sobre las costillas de la madre, es más utilizada para madres que tienen gemelos.

### **2.5 Técnicas de amamantamiento.**

El amamantamiento puede ser un poco complejo al comienzo, luego puede ser un espacio placentero para compartir y conocer al bebé (Chile Crece Contigo, s.f.).

La UNICEF entrega las herramientas para mantener una buena técnica de amamantamiento. Valdés(s.f) refiere que:

- La madre debe estar cómoda, con la espalda apoyada e idealmente con un cojín sobre su falda, apoyar la cabeza del niño sobre el ángulo del codo. Sostener la mama con los dedos en forma de “C”.
- La madre debe comprimir por detrás de la areola con su dedo índice y pulgar para que cuando el niño abra la boca, al estimular el reflejo de apertura, tocando el pezón a sus labios, ella introduzca el pezón y la areola a la boca del niño. Así su lengua masajea los senos lactíferos (que están debajo de la areola) contra el paladar y así extrae la leche sin comprimir el pezón y no provoca dolor.
- El niño debe enfrentar a la madre; abdomen con abdomen, quedando la oreja, hombro y cadera del niño en una misma línea. Los labios están abiertos, cubriendo toda la areola. La nariz toca la mama. Si se puede introducir un dedo entre la nariz y la mama, quiere decir que el niño está comprimiendo el pezón y no masajeando la areola.
- Amamantar no debe producir dolor, si duele se debe revisar si el labio inferior quedó invertido y corregirlo. Si aún duele, retirar al niño y volver a ponerlo hasta hacerlo sin que la madre sienta dolor.
- Niño mal acoplado cuando comprime el pezón, no masajea la areola, sale poca leche y se duerme o llora. La Madre siente dolor lo que dificulta la eyección de la leche y el pezón sale aplastado después de la mamada. Se corrige retirando el niño del pecho, y poniéndolo luego de que abra bien la boca, e introduciendo

el pezón y areola dentro de la boca. Para retirar al niño del pecho se introduce el dedo índice dentro de la boca, entre las encías del niño de manera que muerda el dedo y no el pezón al salir.

## **2.6 Factores que inciden en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva.**

A pesar de todos los beneficios que la lactancia materna posee, la decisión de amamantar está fuertemente influenciada y condicionada por factores económicos, sociales, psicológicos, biológicos, entre otros.

### ***2.6.1 Factores Biológicos de la madre y el niño***

#### ***2.6.1.1 Agalactia.***

Son pocas las madres con este problema, es decir, que sus glándulas mamarias no tienen la capacidad para producir leche, lo que puede deberse a un déficit de prolactina o que el tejido mamario es insuficiente. En estos casos no se produce leche desde el principio y la madre no tiene <<subida de leche>>. (Aguilar Cordero, 2005, p. 232)

#### ***2.6.1.2 Grietas y/o fisuras en el pezón.***

El amamantar debería ser una experiencia confortable, pero muchas madres presentan lesiones en los pezones, dado que en la lactancia es cuando esta zona es sometida a diferentes agentes. "Los factores de riesgo más identificados como prioritarios por los profesionales son la posición inadecuada del bebé, las técnicas incorrectas de alimentación y el cuidado incorrecto del pezón" (Aguilar Cordero, 2005, p. 228).

Las grietas se presentan como una irritación del tejido que cubre el pezón y/o la areola, pudiendo ser superficiales, leves o profundas. Toda madre que presente estas lesiones debe permanecer en controles debido al riesgo de generar complicaciones como la mastitis (Minsal , 2010).

Para corregir si hay heridas, la madre debe mojar el pezón y la areola con su leche y dejar secar (Chile Crece Contigo, s.f).

### ***2.6.1.3 Dolor de los pezones.***

Muchas madres presentan dolor en los pezones durante el período de ajuste inicial, generalmente desaparece a la 1 ó 2 semana. Se produce por un mal agarre o por la liberación incompleta durante la succión, cuando el bebé termina de alimentarse (Aguilar Cordero, 2005).

El dolor interfiere con el mecanismo de eyección de la leche inhibiendo la oxitocina, lo que provoca que el recién nacido no cubra sus requerimientos de leche al mamar, lo que manifiesta con inquietud y llanto provocando que la madre se angustie. (Minsal , 2010, p. 151)

Para corregir el dolor la madre debe tirar de la barbilla hacia abajo: el bebé abrirá más la boca y colocará bien su labio inferior, reduciendo la incomodidad (Chile Crece Contigo, s.f).

#### **2.6.1.4 Niños renuentes a mamar o que rechaza el pecho materno.**

Al momento de amamantar el niño se siente incómodo en una posición determinada o rechaza el pecho. Esta situación se puede deber a alguna lesión de tipo dolorosa de causa congénita como la tortícolis, úlceras sublingual producida por dientes natales, o a alguna lesión producida por alguna maniobra del parto como podrían ser los hematomas externos o internos de la articulación témporomandibular provocado por un fórceps o presión manual. (Minsal , 2010, p. 158)

Otras causas del rechazo al pecho materno puede ser que el lactante se encuentre disgustado debido a cambios en el ambiente como: cambios en la rutina materna, cuidadores diferentes, cambios en el olor de la madre (OMG, 2010).

#### **2.6.1.5 Niños reticentes a mamar por reflejo de eyección inhibido.**

En algunas madres la experiencia de amamantar puede producir inseguridad, tensión, estrés y dolor, pudiendo provocar trastornos en el reflejo eyectolácteo, impidiendo un buen vaciamiento mamario lo cual provoca, una disminución de la producción láctea (Minsal , 2010).

El niño se puede frustrar al no obtener la cantidad de leche necesaria y si esta experiencia se mantiene puede provocar que el niño rechace el pecho cada vez que amamante. Esta situación se agrava con el uso de mamadera dado que el niño extrae la leche sin el mayor esfuerzo generando un círculo vicioso. En estos casos se debe

revisar las técnicas de amamantamiento y solucionar la existencia de dolor y la ansiedad de la madre (Minsal , 2010).

#### ***2.6.1.6 Cesárea y separación temporal.***

Los niños nacidos por cesárea pueden ser amantados de forma normal. Si la madre recibió anestesia raquídea se puede colocar al niño en su pecho manteniendo el contacto piel a piel e iniciar la lactancia materna en las primeras horas. Si recibió anestesia general podría tener contacto piel a piel e iniciar la lactancia tan pronto sea capaz de responder, normalmente después de 4 horas después del parto (OMG, 2010).

La madre y el niño podrían separarse por algunos motivos, si alguno de los dos se encuentran hospitalizados, o si el recién nacido tiene bajo peso de nacimiento (BPN), lo cual imposibilitaría la lactancia materna.

Mientras la madre se encuentra separada de su bebé es importante mantener la frecuencia de extracción de la lactancia, para mantener un suministro adecuado, si es posible y las condiciones son adecuadas se podría congelar la leche materna y almacenarla. En cuanto sea posible se debe regresar al lactante con su madre e iniciar con la lactancia materna (OMG, 2010).

## **2.6.2 Factores Psicosociales.**

### **2.6.2.1 *Apego.***

El apego es la relación afectiva más importante que establecemos los seres humanos. Este apego afectivo es una relación duradera en el tiempo, suele ser estable, relativamente consistente, y es permanente durante la mayor parte de la vida de una persona. Ejemplos de relaciones de apego son las que se desarrollan entre los hijos e hijas y sus madres/padres (Chile Crece Contigo, s.f.).

Las relaciones humanas se basan en los vínculos, o nexos, especialmente importante entre los padres e hijos. El contacto físico después del nacimiento suele influir en las relaciones de forma sustancial en los primeros días (Aguilar Cordero, 2005).

Este vínculo temprano favorece la lactancia materna. El contacto piel con piel entre la madre y su bebé estimula la hormona prolactina, que aumenta los sentimientos maternales, estos sentimientos y los de protección de la cría pueden protegerlo frente al maltrato y el abandono de la madre. (Aguilar Cordero, 2005, p. 455)

### **2.6.2.2 *Insuficiencia percibida y baja producción de leche.***

#### **2.6.2.2.1 *Hipogalactia.***

Es la reducción de los niveles de secreción láctea. Puede producirse inmediatamente después de un parto o después de un período de lactancia normal. Las causas pueden

ser idiopáticas, por carencias hormonales u otras razones” (Diccionario de Medicina VOX, 2015).

Existe un problema muy común por parte de las mujeres, ellas piensan que no generan la leche suficiente para alimentar a sus hijos/as. En la mayoría de los casos la madre si está alimentando bien al lactante y el problema es que ella tiene la percepción de que su producción de leche no es la suficiente.

En algunos casos, el lactante si tiene una baja ingesta de leche por lo cual no está recibiendo los requerimientos necesarios para su desarrollo, debido a que la madre tiene una insuficiente producción de leche (agalactia), este puede deberse por una condición fisiológica o patológica, pero en la mayoría de los casos se debe a una mala técnica, si la técnica de la lactancia materna mejora, la ingesta del lactante también se incrementará.

La hipogalactia se asocia con una instauración inadecuada en los primeros 15 días debido generalmente a errores en la técnica. OMS (2010) refiere que las causas más comunes son:

- El retraso en el inicio de la lactancia materna: La producción de leche no se ajusta a las necesidades del lactante.
- Mal agarre: El lactante no toma la leche del pecho de manera eficiente.

- Mamadas poco frecuentes: Dado a la alimentación en horarios fijos o la falta de la alimentación nocturna, esto produce que el lactante no succione lo suficiente.
- Mamadas cortas: Si la madre es muy apresurada y retira al lactante del pecho cuando este genera una pausa o el lactante deja de amamantar por estar muy envuelto, entonces no tomara la cantidad indicada de leche.
- Empleo de biberones o chupones: Los lactante que usan chupones tienden a lactar por períodos más cortos y succionar de manera menos efectiva.
- El darle otros alimentos o bebidas: Provoca que el lactante succione menos el pecho y esto causa poca estimulación, produciendo menos leche.

Los síntomas que hacen que la madre piense que tiene una baja producción de leche son:

- El lactante llora mucho.
- Aumenta la frecuencia de mamadas del lactante y por un período prolongado de tiempo cada vez.
- Los pechos se sienten blandos.
- No se extrae la suficiente cantidad de leche.

Estos síntomas también se pueden deber por otras razones, no necesariamente por que la ingesta del lactante es baja.

Existe una etapa en la cual el bebé quiera mamar con más frecuencia (antes de las dos horas, todo el tiempo y sin intervalos prolongados entre mamadas, además de presentarse irritable), la madre siente que esta generando una menor cantidad de leche y que sus mamas estan vacías y que no esta alimentando a su hijo, pero al momento de pesar a su hijo se observa un incremento normal de peso. Esta etapa se denomina “crisis transitoria de la lactancia”, frecuentemente las madres consultan entre el 2 y 3 mes de vida del niño. (Minsal, Lactancia Materna, 2010,p.157)

Esta “crisis” es causada porque el niño a esta edad casi ha duplicado su peso de nacimiento, por lo cual requiere de mayor volumen de leche y la única forma de obtenerla es mamando con mayor frecuencia para generar un mayor estímulo a la glándula mamaria a lo que la madre responde incrementando la producción (Minsal, Lactancia Materna, 2010, p.157).

Existe un tiempo de adaptación que es entre los 5 y 7 días, luego se produce una regulación de la producción láctea volviendo a la frecuencia anterior de mamadas.

En algunos casos la madre se siente deprimida, preocupada, angustiada, con falta de confianza o bien puede rechazar al lactante o bien no querer proporcionar lactancia materna. Estos factores no afectan en la producción de leche, pero si interfieren en la manera con que ella se relaciona con el lactante, esto provoca que el lactante tome menos leche y que falle la estimulación de la producción de leche. (OMS, 2010).

La madre transmite mensajes emocionales a través de la postura, el tono muscular y la forma en que sostiene al bebé. Las modificaciones de postura y de tono muscular son captadas por él, modulando el ritmo de succión, la madre debe acoplarse sincrónicamente respetando las pausas del niño/a, la intensidad y el vigor con que mama, tolerar el dolor y las sensaciones placenteras que en ocasiones desconciertan e inquietan a madres con estructuras de personalidad rígidas y superyoicas. (Minsal, Lactancia Materna, 2010,p.53)

Si el lactante tiene un peso acorde a su edad y elimina orina 6 o más veces en 24 horas, entonces su ingesta de leche es adecuada, ahora si la madre aún piensa que no genera la suficiente leche para el lactante, entonces se trata de una insuficiencia percibida.

Según un estudio exploratorio para conocer la prevalencia de lactancia materna y causas de destete precoz, en mujeres de distinto nivel socioeconómico controladas en el sistema público y privado de salud de Santiago, destacó que casi un 25% de las madres suspendieron la LME antes de los tres meses de vida del niño/a y el 46% lo mantuvieron hasta los 6 meses de edad, según lo referido por las madres los principales motivos del abandono precoz de la lactancia fueron una “decisión propia” y la percepción materna “que el niño quedaba con hambre”(Niño M, Silva E, & Atalah S, 2012).

Otro estudio realizado por (González Méndez & Pileta Romero, 2002) refiere que:

La hipogalactia fue la causa principal de suspensión de la lactancia materna. Esto se debe a que a pesar de la preparación psicológica que se les brinda a las madres durante el embarazo para efectuar la lactancia materna, aún persisten influencias de otros miembros de la familia sobre los mitos y creencias de la lactancia materna. Resultados similares se reportan en otros trabajos realizados. (p.29)

### ***2.6.2.3 Depresión postparto.***

La depresión postparto consiste en el desarrollo de una depresión de la madre tras el nacimiento de su hijo. A veces, esta depresión puede tener una explicación, puede ser que el hijo/a no ha sido deseado. Sin embargo en la mayoría de las ocasiones la depresión parece no tener sentido.

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo, con descenso del humor y tristeza, acompañada de síntomas vegetativos, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales, que persisten por lo menos dos semanas. (Póo, Espejo S, Godoy, Gualda de la C, & Hernández, 2008)

Los trastornos depresivos constituyen uno de los principales problemas de salud pública en Chile y es una de las enfermedades más frecuentes tras el parto, afecta a 1 de cada 10 púerperas. Por lo general surge en el primer mes tras el parto o bien se puede manifestar a los 6 meses postparto. Existen signos y síntomas tales como la

irritabilidad, fatiga, tristeza, insomnio, pérdida de apetito, incapacidad para disfrutar, desbordamiento, ansiedad, que pueden ser provocados por algunos factores de riesgo:

- ✓ Historia previa de depresión (especialmente de depresión postparto).
- ✓ Falta de apoyo por parte de la pareja.
- ✓ Bebé prematuro o con cualquier tipo de enfermedad.
- ✓ La nueva madre hubiera perdido a su madre cuando era niña.
- ✓ Acumulación de acontecimientos vitales adversos, como el fallecimiento de un ser querido, la pérdida del empleo de la paciente o de su pareja, problemas económicos, problemas de vivienda, etc.

La prevalencia descrita de esta patología, tanto en Chile como en el extranjero, va entre un 10 y un 20%, siendo mayor en los niveles socioeconómicos más bajos y en madres adolescentes. Sin embargo, estudios realizados en Suecia y EEUU describen tasas de detección espontánea de síntomas depresivos en el período postparto de sólo 2% y 6,3%, respectivamente. (Castañón, s/f)

Para evaluar si existe depresión postparto en las madres con hijos hasta 6 meses de edad se utiliza la **Escala de Edimburgo**.

La Escala de Depresión de postparto de Edimburgo se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que

padecen de depresión de postparto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” [“Blues” en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión de postparto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. (Revista británica de Psiquiatría, 1987)

#### **2.6.2.4 Conflicto emocional .**

Se genera un conflicto emocional entre los miembros del grupo familiar ya que la madre debe lidiar con otras funciones, además de cuidar al recién nacido/a, debe atender a otros hijos si los hay, atender a la pareja, realizar labores del hogar, además del trabajo fuera del hogar y actividades de desarrollo personal o de auto cuidado, es común ver como la madre posterga otros intereses o actividades por la demanda de tiempo y energía que representa la lactancia (Minsal, Lactancia Materna, 2010).

#### **2.6.2.5 Apoyo familiar.**

El núcleo familiar es considerado el entorno más cercano e importante en la vida de una persona, la familia es considerada una de las piezas nucleares de las leyes e instituciones capaces de brindar apoyo en medio de los cambios, aunque ella misma se vea sometida a modificaciones.

Posterior al primer parto, la relación con la pareja puede cambiar, el padre se puede sentir desplazado, ya que la madre ocupa todo su tiempo y le da toda su atención al niño/a.

Es muy común la ausencia del padre en el cuidado y educación de sus hijos, por lo general ellos se consideran como el proveedor del hogar y que no les corresponden a ellos las tareas relacionadas con los hijos o el hogar. La mujeres también tienen un poco de culpa en este concepto errado de parte del hombre, ya que ellas los excluyen de las tareas del hogar argumentando que los hombres no saben hacerlo bien. Es importante que ambos padres compartan los roles y tareas del hogar. (Minsal, Lactancia Materna, 2010).

El embarazo, nacimiento y cuidado del neonato requiere siempre de apoyo, por mucho que todo esto se dé en el mejor de los ambientes. Algunos estudios muestran que el apoyo recibido de los miembros de la familia, del padre del bebé y amigos durante el embarazo, está relacionado con la escala de Apgar del bebé (puntuación física del estado del bebé en el momento después del nacimiento). También se ha encontrado que la confianza en el esposo y su apoyo están relacionados con una más baja incidencia de depresión postparto.

### **2.6.2.6 Tiempo de exclusividad de la lactancia materna.**

Los recién nacidos se deben alimentar al pecho durante la primera hora después del nacimiento (Unicef, 2015). El personal de salud que trabaja en las maternidades debe incluir como objetivo prioritario, disminuir el número de niños/as que se separan de sus madres. Además se debe recordar que la alimentación es a libre demanda en las primeras semanas de vida y mamar entre 8 y 12 veces al día con un tiempo aproximado entre 10 a 15 minutos por cada pecho.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda iniciar la lactancia materna en la primera hora de vida, y mantenerla como única forma de alimentación durante los 6 meses siguientes; a partir de entonces se recomienda seguir con la lactancia materna hasta los 2 años, como mínimo, complementada adecuadamente con otros alimentos inocuos.(OMS, 2015)

### **2.6.3 Factores Sociodemográficos.**

#### **2.6.3.1 Edad.**

##### **2.6.3.1.1 Madre en la adolescencia.**

La OMS considera a los adolescentes entre 10 a 19 años de edad.

Según el estudio de investigación de Niño M, Silva E, & Atalah S (2012):“Se observó que a menor edad materna disminuye el período de lactancia materna” (p.167). Este

grupo debe ser prioridad para el Equipo de Salud en las acciones de promoción y prevención.

Frecuentemente es un embarazo no deseado o no planificado, con una relación débil de pareja y en muchos casos fortuita u ocasional, lo cual determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, amigos y maestros, comportamiento que generalmente conduce a la detección y el control prenatal tardío o insuficiente, con sus consecuencias negativas antes y después del nacimiento.

El embarazo en la adolescencia puede también tener repercusiones sociales y económicas negativas para las muchachas, sus familias y sus comunidades. Muchas adolescentes que se quedan embarazadas se ven obligadas a dejar la escuela. Una adolescente con escasa o ninguna educación tienen menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo. (OMS, 2014)

#### **2.6.3.1.2 Madre en la adultez.**

Se considera un adulto joven entre los 20 y 40 años.

La mayoría de los autores coincidieron en que durante los 20 a 34 años de edad es la etapa óptima para la concepción, pues la mujer ya ha completado su maduración

biológica y social y está mejor preparada para la procreación, lo que no ocurre en las edades extremas de la vida.(González Méndez& Pileta Romero, 2002, p. 20)

### **2.6.3.2 Escolaridad.**

Varios autores en sus trabajos investigativos plantean que el grado de escolaridad materna y la utilización de la lactancia son directamente proporcionales, por lo que son más duraderas en madres de nivel universitario y que ello está relacionado con una mejor información de las ventajas de este tipo de alimentación.

La entrega de lactancia materna puede verse influenciada por una serie de factores, entre ellos el grado de escolaridad.

Algunos estudios han demostrado que el nivel educativo superior es un predisponente positivo para la lactancia materna, esto porque las mujeres cuentan con mayores conocimientos y comprensión sobre los beneficios que tiene la leche materna en la salud de sus hijos.

La lactancia materna está influenciada por el grado de escolaridad, por lo que es más duradera en madres de nivel universitario, lo que está relacionado con una mejor información y comprensión de las ventajas de este tipo de alimentación. (Calvo Quirós, 2009)

### **2.6.3.3 Ocupación.**

La incorporación de la mujer al trabajo y la oferta masiva de fórmulas lácteas, han influido en la caída de los indicadores de la lactancia materna. (Ossandón M, Ilabaca M, Gajardo O, Castillo B, & Namur R, 2000).

### **2.6.3.4 Estado civil.**

#### **2.6.3.4.1 Relación en pareja.**

La estabilidad familiar es importante en la positiva aceptación psicológica del niño; el esposo desempeña un papel determinante, tanto para el apoyo emocional de la madre como desde el punto de vista económico.

El embarazo puede traer tensiones entre la pareja, por lo que una comunicación abierta es importante y es la clave para una buena relación de pareja durante el embarazo. Todos estos cambios físicos y psíquicos afectarán a ambos, por lo que es necesarias grandes dosis de cariño, complicidad, paciencia, caricias, y sobre todo, palabras. (Embarazada, 2015)

#### **2.6.3.4.2 Madre soltera, sin pareja.**

Existen muchas mujeres que están sin pareja en el momento del parto. Es un momento muy difícil para ellas, en especial cuando son adolescentes o bien no cuentan con suficiente apoyo de su grupo familiar.

### **2.6.3.5 Tipo de parto.**

“Existen prácticas de conducción del trabajo de parto que podrían obstaculizar el inicio precoz de la LM: uso de anestesia peridural, aceleración oxiótica, ruptura artificial de membranas (RAM), malestar materno, entre otros” (Lucchini. R, Uribe, Villarroel, & Rojas, 2013, p.139). Todas estas variables están relacionadas con el inicio y la mantención de la lactancia materna durante los primeros meses postparto.

La alta incidencia de cesáreas a nivel país, es un problema que se debe resolver, para que no afecte el inicio precoz de amamantamiento que favorece la LME hasta los 6 meses de edad.

El abandono temprano también está influenciado por los antecedentes posteriores al parto, por ejemplo el hecho de que el recién nacido estuviera al cuidado de otra persona durante la primera hora después del parto, o bien que se le haya ofrecido al niño/a fórmula láctea al egresar del hospital, por indicación médica.

### **2.6.3.6 Planificación de embarazo.**

Cuando una pareja empieza a considerar que desea tener un hijo, es el momento de planificar ese embarazo, porque eso va a contribuir a que su hijo nazca sano. Para ello, la planificación se debe iniciar tres meses antes de abandonar el método anticonceptivo, y debe ir acompañada de la adopción de una serie de medidas

preventivas, tanto por el hombre como por la mujer, que protegen el desarrollo del futuro hijo.

## **2.7 Prevalencia de la lactancia materna en el Mundo.**

A pesar de las recomendaciones de la OMS y de muchas otras organizaciones e instituciones, las tasas de lactancia materna son mucho más bajas de lo deseado en todo el mundo.

Aún en los países donde el inicio de la lactancia materna se aproxima al 100% de las mujeres, existe una caída durante su práctica, especialmente cuando se entrega una lactancia exclusiva, ya que a veces se introducen otros alimentos o líquidos durante los primeros meses, o bien por otras varias razones. De hecho existe una minoría en todo el mundo de los niños que reciben leche materna hasta los 6 meses (Aguilar Cordero, 2005).

### **2.7.1 Prevalencia en países ricos.**

En Estados Unidos, las tasas de inicio de lactancia materna y de prevalencia a los 6 meses en el año 2001 eran del 69,5% y el 32,5%. Desde el año 1996, va en aumento a razón de un 2% anual (Aguilar Cordero, 2005).

### **2.7.2 Prevalencia en países pobres.**

La OMS estima que, de un total de 94 países, el 65% de la población de niños menores de 12 meses presentan una tasa de lactancia materna exclusiva entre 0 y 4 meses de alrededor del 35%. La información se obtiene de las encuestas demográficas y de salud (Aguilar Cordero, 2005).

### **2.7.3 Prevalencia de la lactancia materna en Chile.**

A fines de la década del 70, el porcentaje de niños con lactancia materna exclusiva el sexto mes no superaba el 5%, tras una campaña del ministerio de salud las cifras mejoraron significativamente, pero luego de presentarse una declinación se demostró la necesidad de generar actividades permanentes (Minsal , 2010).

En los años 90 se adoptó la iniciativa de hospitales amigos de la madre y del niño, como componente central de esta estrategia. En 1992 se elaboran las “Metas y líneas de acción en favor de la infancia”.

“La Comisión Nacional de Lactancia materna realiza encuestas nacionales desde el año 1993, repitiéndose los años 1996, 2000 y 2002, datos que permiten analizar las tendencias” (Minsal , 2010, p. 18).

En el año 1993 la prevalencia de lactancia materna exclusiva era del 16% y en el año 2005 de un 46%. No obstante entre los años 2008 y 2009 hubo un descenso en la

prevalencia de la Lactancia Materna Exclusiva (LME) de un 49,1% a un 45% (Strain Henkes, 2013).

## **2.8 Políticas y programas de salud.**

Hoy sabemos con certeza las innumerables ventajas de la lactancia, que es el alimento más adecuado para el desarrollo del lactante y su óptimo crecimiento. El mundo ha reaccionado lento ante esta emergencia sobre el abandono de lactancia materna exclusiva (Minsal , 2010). Revertir esta situación se ha convertido en un objetivo de los equipos de salud y los gobiernos en la última década destacándose:

### **2.8.1 Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna.**

La asamblea mundial de la salud aprobó en 1981 el Código que estipula que no se debe llevar a cabo ninguna forma de promoción de los sucedáneos de la leche materna en la población en general; que ni los establecimientos sanitarios ni los profesionales de la salud deberían desempeñar funciones de fomento, que no se debería suministrar muestras gratis de esos productos a las madres y a las familias. Desde 1981, 65 países han aplicado todas o algunas de estas estipulaciones y resoluciones del Código (unicef, sf.).

### **2.8.1 Declaración conjunta de la OMS/UNICEF.**

En 1989 la organización mundial de la salud (OMS) y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en forma conjunta realizaron la publicación sobre “protección, promoción y apoyo de la lactancia materna (Minsal , 2010).

En 1990 en la reunión conjunta OMS/UNICEF en Florencia, Italia, surge la declaración de Innocenti instando a los gobiernos a adoptar medidas para conseguir una “cultura de lactancia materna”, donde deben de hacer esfuerzos para aumentar la confianza de las mujeres en su habilidad para la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad (OMG/UNICEF, 1990).

La declaración como segunda meta instaba a los gobiernos en 1995 a que cada servicio de maternidad practique los diez pasos para una lactancia exitosa (Aguilar Cordero, 2005).

#### **Diez pasos para una lactancia exitosa:**

1. Tener una política escrita sobre lactancia materna, de los cuales tenga conocimiento todo el personal.
2. Preparación del personal para el cuidado de la madre y del bebé en relación con la lactancia.

3. Poner en conocimiento de todas las mujeres embarazadas los beneficios de la leche humana.
4. La lactancia materna se debe iniciar la primera media hora postparto.
5. Enseñar a las madres la técnica de la lactancia, es fundamental para el seguimiento de la misma.
6. Los bebés recién nacidos sanos no deben ingerir nada que no sea leche humana. A no ser que haya indicaciones específicas por alteraciones de la madre o del bebé.
7. Favorecer el alojamiento conjunto de la madre y el bebé en las primeras 24-48 horas.
8. Favorecer la lactancia a demanda.
9. Los chupetes o la alimentación no nutritiva provocan la confusión del bebé.
10. Los grupos de apoyo son importantes, una vez que la madre es dada de alta del hospital.

### **2.8.2 Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAM)**

En 1991 comienza la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAM) la cual fue una idea para conseguir una mayor protección del bebé y de su madre en todo el mundo (Aguilar Cordero, 2005).

### **2.8.3 Sistema de protección integral a la infancia: Chile crece contigo.**

En agosto del 2009 se promulga la Ley 20.379 en donde se institucionaliza el Subsistema de Protección a la Infancia, Chile Crece Contigo, cuyo objetivo es acompañar el proceso de desarrollo de los niños y niñas que se atienden en el sistema público de Salud, desde su primer control de gestación y hasta su ingreso al sistema escolar. Además se establecen garantías de acceso a ayudas técnicas, salas cuna, jardines infantiles, y a Chile Solidario para aquellas familias en situación de mayor vulnerabilidad (Chile Crece Contigo, s.f).

### **2.8.4 Ley 20.545**

En el año 2011 se promulga la Ley 20.545 que modifica las normas sobre protección a la maternidad e incorpora el permiso postnatal parental. Esta Ley permite a las trabajadoras un permiso postnatal parental de doce semanas a continuación del período postnatal, durante el cual tienen derecho a percibir un subsidio, Sin embargo, la trabajadora puede optar por reincorporarse a sus labores una vez terminado el permiso postnatal, por la mitad de su jornada, en cuyo caso el permiso postnatal parental se extenderá a dieciocho semanas. En este caso, percibirá el cincuenta por ciento del subsidio (Dirección del Trabajo, s.f).

Desde la entrada en vigencia de la nueva Ley de pre y posnatal en Chile (Ley 20.545), se observó un leve incremento de las cifras de prevalencia de la LME, según la Sexta

Encuesta Nacional de lactancia materna, dando como resultado que el 56,3% de las madres mantiene una Lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses de edad (Rosso, Skarmeta , & Sade, 2013).

## **2.9 Proyección de la lactancia materna en Chile y el Mundo.**

### **2.9.1 Meta País:**

- ✓ “Incrementar en al menos 2 puntos porcentuales el porcentaje de menores de 6 meses con lactancia materna Exclusiva” (MINSAL, 2015,p.17).
- ✓ “60 % de menores con Lactancia Materna Exclusiva al 6º mes de vida” (MINSAL, 2015, p.17).

### **2.9.2 Meta a nivel mundial para el 2025:**

- ✓ “Aumentar la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses hasta al menos 50%” (OMS, 2015).

## **CAPITULO III**

### **3 DISEÑO METODOLÓGICO.**

#### **3.1 Paradigma de la Investigación.**

La presente investigación se enmarca en el enfoque Cuantitativo, ya que recoge y analiza datos objetivos, medibles y cuantificables sobre las variables.

En el enfoque cuantitativo, el investigador utiliza diseños que permitan analizar la veracidad de la hipótesis planteada, para ello se recolectan datos, tomando como base la medición y el análisis estadístico para confirmar las teorías, engloba distintas tendencias como son las positivista y empirista. (Reyes Baños, 2010)

Hernández Sampieri et al. (2006) refieren que: “El enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y análisis estadísticos, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (p.5).

#### **3.2 Alcance y diseño de la investigación.**

El alcance del estudio es de tipo descriptivo ya que sirven para analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes.

El diseño de investigación es de tipo no experimental ya que se trata de un estudio donde no se manipulan de manera intencional las variables independientes, se observan los fenómenos tal como se presentan en su contexto natural, para

posteriormente analizarlos. En este estudio no se genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes; es transversal, dado que la recolección de datos se da en un solo momento, en un tiempo único, cuyo propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

### **3.3 Población y muestra.**

“Población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 1991, p.262).

La población está compuesta por 60 madres que asisten regularmente a los controles de salud y que posean hijos de hasta 6 meses de edad, correspondientes al sector azul en el Centro de Salud familiar “Arauco”.

“La muestra es, en esencia, un subgrupo de la población. Digamos que es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población” (Hernández Sampieri, et al., 1991,p.263).

La muestra seleccionada es de tipo probabilístico y estratificado. Y está conformada por 30 madres que asisten regularmente a los controles de salud y que posean hijos de hasta 6 meses de edad y están inscritas en el sector azul del Centro de Salud familiar “Arauco”.

### **3.4 Criterios de inclusión y exclusión.**

#### **3.4.1 Criterios de inclusión.**

- ✓ Madres primíparas y multíparas cuyas edades fluctúen entre 15 y 42 años, con hijos hasta 6 meses de edad, que asistan regularmente a sus controles en el CESFAM Arauco, ubicado en Avenida Mirador 1599, Región Metropolitana, Santiago.
- ✓ Ausencia de enfermedad. (Tuberculosis activa, VIH, Tratamiento con Quimioterapia, o por otra indicación médica).
- ✓ Pertenecer al Centro de Salud Familiar.
- ✓ Controles al día.
- ✓ Beneficiarios de Fonasa.

#### **3.4.2 Criterios de exclusión.**

- ✓ Madres primíparas y multíparas menores de 15 y mayores de 42.
- ✓ Inasistentes a controles.
- ✓ No pertenecer al Centro de Salud Familiar.
- ✓ No ser beneficiario de FONASA.
- ✓ Madres con patologías que impidan proporcionar lactancia materna.
- ✓ Madre que presenten consumo de drogas ilícitas, tabaco, alcohol.

### **3.5 Variables de estudio.**

**3.5.1 Variable Dependiente:** Abandono de la lactancia materna exclusiva.

**3.5.2 Variable Independiente:** Factores Psicosociales, tales como; apoyo familiar, depresión postparto, apego, el tiempo de mantención de la LME, hipogalactia; factores Sociodemográficos, tales como; ocupación, edad, escolaridad, estado civil, tipo de parto, planificación de embarazo; factores biológicos; agalactia, hospitalización por enfermedad de madre o hijo/a, alteraciones del pezón, rechazo del niño al pecho, dolor al amamantar.

### **3.6 Instrumento de recopilación de datos.**

Los datos fueron recopilados a través de encuestas ya que permiten obtener de manera ordenada y sistemática la información sobre las variables que intervienen en la investigación.

El cuestionario constó de dos segmentos, la primera parte corresponde a una ficha personal que recoge datos de cada individuo y la segunda parte está conformada por 6 preguntas cerradas y abiertas divididas en dicotómicas y pluricotómicas de opción múltiple, en la cual se incluyen las variables que se quieren medir.

Una vez que fueron revisadas y validadas por Profesionales Nutricionistas para su correcta ejecución, el instrumento fue aplicado a las madres en el Centro de Salud por las investigadoras que componen la tesis.

### **3.7 Metodología de aplicación de instrumento.**

Se decidió obtener información de madres con hijos hasta los 6 meses de edad que asisten regularmente al centro de salud familiar Arauco.

La población estudiada estuvo constituida por 60 madres pertenecientes al sector azul del CESFAM Arauco y se seleccionó una muestra conformada por 30 madres con hijos hasta 6 meses de edad que asisten regularmente a sus controles de salud, con edades entre los 15 y 42 años, con ausencia de patologías y sin la presencia de adicciones por parte de la madre.

La encuesta se aplicó a las madres el mismo día que acudieron a su control de salud o bien al control sano del niño, por lo cual fue necesario la presencia de los investigadores por dos semanas completando la jornada laboral.

### **3.8 Definición y operacionalización de las variables.**

#### **ÍTEM I**

##### **Nivel Sociodemográfico**

###### **Edad:**

Definición conceptual: “Tiempo que una persona ha vivido”. (Océano, s/f, p.286)

Definición operacional: Edad del participante al momento de la encuesta: nominal

- Edades entre 15-21 años
- Edades entre 22-28 años
- Edades entre 29-35 años
- Edades entre 36-42 años

###### **Escolaridad:**

Definición conceptual: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. (Océano, s/f, p.320)

Definición operacional: Nivel de escolaridad de la madre en el momento de la encuesta:  
ordinal

- Sin estudios formales

- 1ro y 8vo básico - Enseñanza básica
- 1ro y 4 to medio – Enseñanza media
- Técnico o Universitario

**Ocupación:**

Definición conceptual: Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa.  
(Océano, s/f, p.542)

Definición operacional: Tipo de ocupación del participante al momento de la encuesta:  
nominal

- Dueña de casa
- Trabajador(a)
- Estudiante
- Otros

**Estado civil:**

Definición conceptual: “Se denomina estado civil a la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra”.

Definición operacional: Estado civil del participante: nominal

- Soltera
- Casada
- Divorciada
- Conviviente
- Sin pareja

### **Tipo de parto**

Definición conceptual: Situación y forma por la cual termina el periodo de gestación de una mujer.

Definición conceptual: Para esta encuesta es la vía obstétrica de nacimiento: nominal

- Normal
- Cesárea

### **Planificación de embarazo.**

Definición conceptual: La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos.

Definición operacional:

- Embarazo planificado

- Embarazo no planificado

En este ítem se analizarán y tabularán los datos obtenidos en la encuesta y se reflejarán a través de una tabla, identificando la variable con su respectiva categoría, registrando los resultados en porcentajes.

## ÍTEM II

### **Nivel Psicosocial.**

#### **Apoyo familiar.**

Definición conceptual: Soporte económico o emocional otorgado por personas con la que tiene una relación.

Definición operacional: Apoyo familiar a la madre: nominal

- Si
- No

#### **Insuficiencia percibida y baja producción de leche, (Hipogalactia).**

Definición conceptual: Se da cuando las madres piensan que no generan la leche suficiente para alimentar a su hijo/a.

Definición operacional: Percepción de la madre sobre una baja producción de leche.

- Si

- No

### **Tiempo de mantención de la lactancia materna exclusiva:**

Definición conceptual: Corresponde al tiempo de mantención de lactancia materna exclusiva.

Se considera lactancia materna exclusiva, sin relleno/leche artificial, jugo, agua, alimentos sólidos, papilla.

Definición operacional: Duración de lactancia materna exclusiva: Ordinal

- 1mes
- 2meses
- 3meses
- 4 meses
- 5 meses
- 6 meses
- **APEGO.**

Definición conceptual: El apego es la relación afectiva más importante que establecemos los seres humanos.

Definición operacional: se evaluará si la madre tuvo una sensación de cariño y protección al momento de amamantar.

- SI
- NO

### **Depresión postparto.**

Definición conceptual: La depresión postparto consiste en el desarrollo de una depresión en la madre tras el nacimiento de su hijo.

Definición operacional: Se evaluará si existe o no depresión postparto, según la escala de Edimburgo.

- SI
- No
- No se

En este segmento se analizarán los datos obtenidos a través de un gráfico circular, registrando los resultados en porcentajes.

### **ÍTEM III.**

#### **Nivel Biológico.**

#### **Razones de abandono de la lactancia materna exclusiva:**

Definición conceptual: Motivo que determina la suspensión de la lactancia materna exclusiva.

Definición operacional

<b>Dependientes de la madre</b>	<b>Dependientes de el/la niño/a</b>
Patología de la madre Agalactia Grietas o fisuras en el pezón Dolor al amamantar Por hospitalización Otro motivo	Rechazo del pecho materno Hospitalización Enfermedad

En este ítem se analizarán los datos obtenidos en la encuesta y se reflejarán a través de un gráfico circular, registrando los resultados en porcentajes.

### **3.8 Descripción de procedimiento de análisis.**

Los cuestionarios aplicados al inicio, se analizaron a través del programa Microsoft Excel 2010, otorgando resultados en porcentaje agrupados en tablas y gráficos circulares, caracterizando las variables según su categoría en porcentajes.

## CAPÍTULO IV.

### 4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Del universo constituido por 60 mujeres con hijos de 6 meses de edad, inscritos en el CESFAM Arauco y pertenecientes al sector azul, se logró encuestar a la muestra total correspondiente a 30 mujeres con hijos de hasta 6 meses de edad, que asistieron regularmente a sus controles de salud. De acuerdo a sus características, se analizaron los factores sociodemográficos, psicosociales y biológicos.

#### *4.1 Nivel Sociodemográfico.*

**Tabla 1.** Caracterización de las madres de niños/as hasta 6 meses de edad del CESFAM de Arauco según edad, estado civil, ocupación, escolaridad, tipo de parto, planificación de embarazo.

<b>Variable</b>	<b>Categoría</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Edad</b>	15-21 años	6	20
	22-28 años	9	30
	29-35 años	12	40
	36-42 años	3	10
<b>Estado Civil</b>	Soltera	23	76.7
	Casada	2	6.7

	Divorciada	1	3.3
	Conviviente	4	13.3
	Sin pareja	0	0
<b>Ocupación</b>	Dueña de casa	13	43.3
	Trabajadora	16	53.3
	Estudiante	1	3.3
	Otros	0	0
<b>Escolaridad</b>	Sin Estudios	0	0
	Enseñanza Básica	1	3.3
	Enseñanza Media	15	50
	Técnico / Universitario.	14	46.7
<b>Tipo Parto</b>	Normal	18	60
	Cesárea	12	40
<b>Planificación del Embarazo</b>	Planificado	11	36.7
	No Planificado	19	63.3

Se analizaron 30 encuestas a madres con edades comprendidas entre 15 a los 42 años. De esta población, en el centro de salud Arauco la edad materna se concentró en el rango de 29 a 35 años dando un 40% del total de la muestra, también se pudo observar que el 30% de la muestra se encuentra entre los rangos de 22 a 28 años, demostrando que la mayoría de las madres eran adultas. El estado civil que refirieron las madres con hijos hasta 6 meses de edad es de un 76,7% solteras y el 13,3 %

convivientes. Dentro de la muestra, ninguna de las madres refirió estar sin pareja. El 53,3% de las madres refirió ser trabajadora y el 43,3% ser dueñas de casa. Como se muestra en la tabla n°1 el 50% de las madres se encontraban en el nivel de enseñanza media y 46,7% de las madres poseían un nivel de escolaridad de técnico y/o universitario. En relación al tipo de parto el 60% de las madres tuvo parto normal y el 40% por cesárea y el 63,3% de las madres refirió no haber planificado su embarazo en relación al 36,7% que si lo planifico.

Según los datos obtenidos en la encuesta se puede observar que el estudio está mayoritariamente compuesto por madres adultas, solteras, trabajadoras, con un nivel de escolaridad de enseñanza media, que tuvieron parto normal y no planificaron su embarazo.

**Tabla 2. Mantención de la LME según la edad de la población de estudio.**

Edad	Tiempo de mantención de la LME			Total (%)
	< 6 meses	0 a 5 meses, que mantienen LME	Hasta los 6 meses cumplidos	
<b>15-21 años</b>	-	50%(3)	50%(3)	100
<b>22-28 años</b>	44,4%(4)	33,3%(3)	22,2%(2)	100
<b>29-35 años</b>	41,6%(5)	33,3%(4)	25%(3)	100
<b>36-42 años</b>	66,6%(2)	-	33,3%(1)	100

La asociación entre la mantención de la lactancia materna y la edad evidencia que las madres entre 15 a 21 años mantuvieron en un 50% (n3) la LME hasta los 6 meses y aquella que aún estaban amamantando era de un 50% (n3) y no presentaron abandono de la lactancia materna. Se observa en la tabla 2 que las madres de entre 22 a 28 años el 44,4% (n4) no mantuvieron la LME hasta el sexto mes, las madres entre 29 a 35 años tuvieron un porcentaje similar de abandono de un 41,6% (n5). Las madres de 36 a 42 años presentaron mayor abandono con un 66,6% (n2) en relación a las que si mantuvieron la LME hasta el sexto mes vida de un 33,3% (1).

Pero si a estos datos sumamos las madres que se encontraban amamantando al momento de la encuesta el porcentaje de LME aumenta en el rango de 22 a 35 años.

Se puede observar que el grupo que mantuvo por menos tiempo la lactancia materna exclusiva fue el grupo de madres de 36 a 42 años y el grupo que logro mantenerla fue el de 15 a 21.

**Tabla 3. Mantenición de la LME según el estado civil de la población de estudio.**

Estado civil	Tiempo de mantención de la LME			Total (%)
	< 6 meses	0 a 5 meses, que mantienen LME	Hasta los 6 meses cumplidos	
<b>Solteras</b>	30,5% (7)	39%(9)	30,5%(7)	100
<b>Casadas</b>	-	100%(1)	-	100
<b>Divorciadas</b>	100%(1)	-	-	100
<b>Conviviente</b>	25%(1)	50%(2)	25%(1)	100

Al analizar la tabla 3 entre la mantención de LME y el estado civil, el mayor número de madres son solteras, el 30,5% (n7) no mantuvo la LME y el 30,5% (n7) mantuvo la LME hasta el 6 mes de vida y el 39% (n9) de ellas estaban amamantando al momento de la encuesta.

Se puede observar que las madres solteras y convivientes lograron mantener la LME hasta el 6 mes de vida, en relación a las casadas y divorciadas.

**Tabla 4. Mantención de la LME según la ocupación de las participantes.**

Ocupación	Mantención de la LME			Total (%)
	Menor a 6 meses	0 a 5 meses, que mantienen LME	Hasta los 6 meses cumplidos	
<b>Dueña de casa</b>	30,7%(4)	38,5%(5)	30,8%(4)	100
<b>Trabajadoras</b>	43,8%(7)	31,2%(5)	25%(4)	100
<b>estudiantes</b>	-	100%(1)	-	100

Al relacionar la mantención de la LME versus ocupación, se observa claramente que las dueñas de casa presentan una deserción de la LME en un 30,7% (n4), no así en el caso de las trabajadoras ya que existe un notable abandono antes de cumplir los 6 meses de edad en un 43,8%(n7).

Se puede observar que las madres trabajadoras poseen una mayor deserción de la LME.

**Tabla 5. Mantención de la LME según escolaridad de las participantes.**

Escolaridad	Mantención de la LME			Total (%)
	Menor a 6 meses	0 a 5 meses, que mantienen LME	Hasta los 6 meses cumplidos	
<b>Enseñanza básica</b>	-	-	100%(1)	100
<b>Enseñanza media</b>	40%(6)	40%(6)	20%(3)	100
<b>Técnico y/o universitario</b>	35,7%(5)	35,7%(5)	28,6%(4)	100

Al relacionar la mantención de la LME con la escolaridad de las madres en la tabla 5, se muestra que el 28,6% (n4) de las madres con un nivel técnico y/o universitario lograron mantener la LME hasta el 6 mes y el 35,7% (n5) no lograron mantener la LME.

También podemos apreciar que las madres de menor nivel educacional tuvieron un mayor abandono de la LME como se observa en la tabla 5.

Las madres con mayor nivel educacional mantuvieron por más tiempo la lactancia materna exclusiva.

**Tabla 6. Mantenimiento de la LME según el Tipo de parto de la población en estudio.**

Tipo de Parto	Tiempo de mantención de la LME			Total (%)
	< 6 meses	0 a 5 meses, que mantienen LME	Hasta los 6 meses cumplidos	
<b>Parto Normal</b>	22,2% (4)	55,6% (10)	22,2% (4)	100
<b>Cesárea</b>	58,3% (7)	8,4% (1)	33,3% (4)	100

Al relacionar la duración de la lactancia materna exclusiva con el tipo de parto de la madre, se observa que al ser un parto normal, existe una mantención de la LME de un 55,6% (n10) entre los rangos de 0 a 5 meses de edad, pero al llegar al sexto mes baja notablemente esta cifra. Con relación a la cesárea, existe un alto porcentaje de abandono precoz de la LME con una cifra del 58,3% (n7).

Se observó que las madres con cesárea presentaron un mayor abandono de la LME en relación a las madres con parto normal.

**Tabla 7. Mantención de la LME según planificación del embarazo.**

Planificación del embarazo	Mantención de la LME			Total (%)
	Menor a 6 meses	0 a 5 meses, que mantienen LME	Hasta los 6 meses cumplidos	
<b>Planificado</b>	58,3% (7)	16,7% (2)	25% (3)	100
<b>No planificado</b>	22,2% (4)	50% (9)	27,8% (5)	100

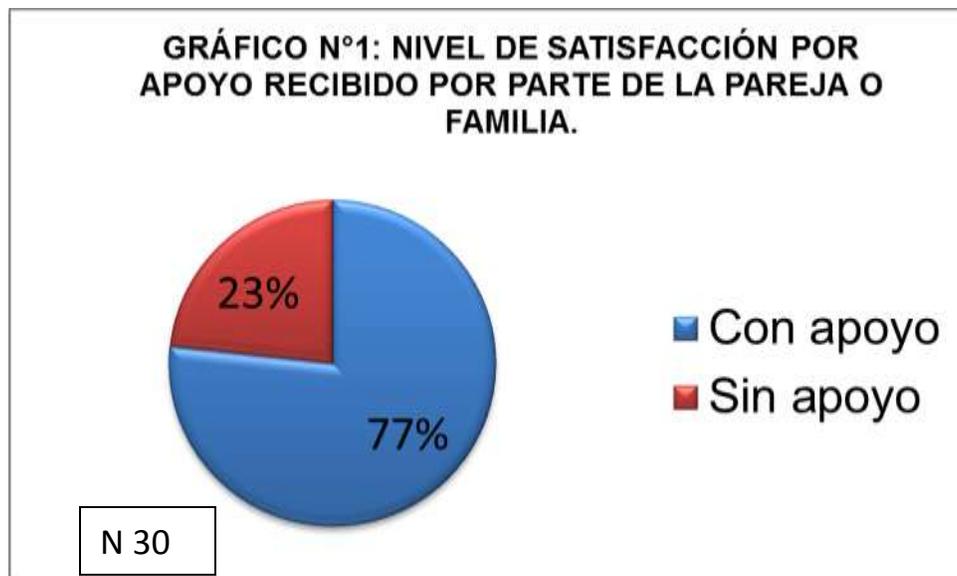
La tabla 7 refleja claramente que la planificación de embarazo no tiene un impacto negativo sobre la población, ya que aquellas madres que tuvieron un embarazo no planificado mantuvieron durante la encuesta una LME de un 50% (n9) entre las edades de 0 a 5 meses, logrando al 6to mes un porcentaje mayor al embarazo planificado, además de observar un alto porcentaje de deserción de la LME en niños menores de 6 meses.

Las madres que planificaron el embarazo tuvieron un mayor número de abandono, en relación a las que no planificaron.

#### 4.2 Nivel Psicosocial.

Tabla 8. Nivel de satisfacción por apoyo recibido por pareja o familia.

Nivel de satisfacción por apoyo recibido por pareja o familia	Número de madres	Porcentajes %
SI	23	77%
NO	7	23%

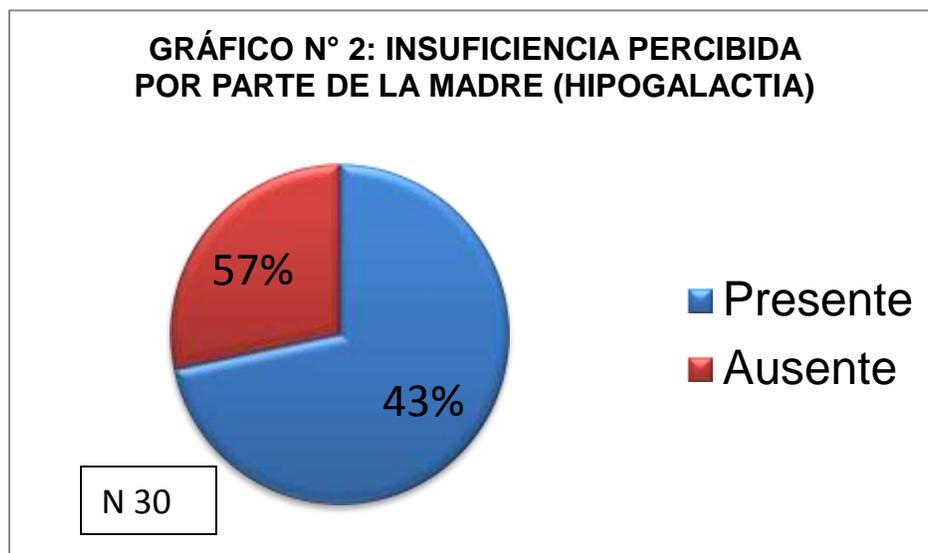


En el gráfico n° 1 se observó que el 23% (n7) de las madres manifestó no sentirse apoyadas por su pareja y/o familia durante el período de lactancia, mientras que el 77% (n23) restante manifestó sentirse apoyada por su pareja o núcleo familiar.

Podemos concluir que la mayoría de las madres manifestaron sentirse apoyada por parte de su familia.

**Tabla 9, Insuficiencia percibida por parte de la madre (Hipogalactia).**

Insuficiencia percibida por parte de la madre (Hipogalactia).	Número de madres	Porcentajes %
Si	13	43%
No	17	57%



Como se detalla en el gráfico nº 2 el 43% (n13) de las madres dicen tener la sensación de que su hijo/a queda con hambre después de ser amamantado y el 57% (n17) restante dice no sentir o percibir que su hijo quede con hambre después de ser amamantado.

El mayor porcentaje de las madres refirió no presentar hipogalactia durante el embarazo.

**Tabla 10. Tiempo de mantención de la LME.**

<b>Tiempo de entrega de la lactancia materna en forma exclusiva (graficado en meses) sin necesidad de entregar otro tipo de alimentos o líquidos.</b>	<b>Número de madres</b>	<b>Porcentajes %</b>
<b>1 mes</b>	4	13
<b>2 meses</b>	2	7
<b>3 meses</b>	1	3
<b>4 meses</b>	1	3
<b>5 meses</b>	3	10
<b>6 meses</b>	8	27
<b>Mantienen actualmente</b>	11	37

De un total de 30 madres encuestadas, el 27% (n8) logró mantener la lactancia materna exclusiva, hasta el sexto mes de vida como lo recomienda la OMS, además existe un

37% (n11) de niños entre el primer mes de vida y los 5 meses de edad que aún siguen alimentándose sólo con leche materna, cabe destacar que existe una deserción de la alimentación materna exclusiva en un 13,3% (n4) durante el primer mes del niño/niña y al quinto mes de un 10%.

Se observó que la mayor deserción se presentó en el primer mes de vida y que el número de madres que se encontraban amamantando era mayor.



Se excluyen del gráfico aquellas madres que al momento de la encuesta mantenían lactancia materna exclusiva.

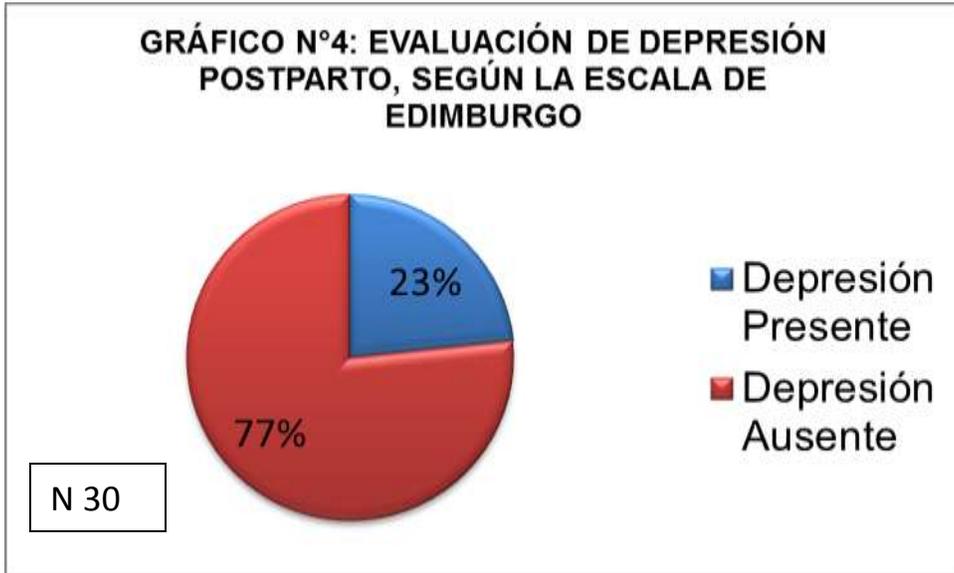
**Tabla 11. Apego.**

<b>Sensación de apego</b>	<b>Número de madres</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	30	100
<b>NO</b>	0	

De un universo de 30 madres encuestadas el 100% de ellas manifestó sentir cariño y sensación de protección hacia su hijo/a al momento de alimentarlo al pecho.

**Tabla 12. Evaluación de Depresión Postparto, según la Escala de Edimburgo.**

<b>Depresión Postparto</b>	<b>Número de madres</b>	<b>%</b>
<b>Con depresión postparto</b>	7	23
<b>Sin depresión postparto</b>	23	77



Al aplicar la encuesta a las madres y analizar los aspectos psicológicos se pudo observar que del total de 30 madres correspondientes al 100% de las evaluadas, sólo el 23% (n7) de la muestra presentó depresión postparto según la escala de Edimburgo y el 77% (23n) no presentó depresión.

### **4.3 Nivel Biológico.**

**Tabla n° 13. Motivos por los cuales abandonaron precozmente la LME.**

<b>Motivos por los cuales abandonaron precozmente la LME</b>	<b>Número de madres</b>	<b>%</b>
Inicio de alimentación temprano.	1	9
Agalactia.	2	18
Reincorporación al trabajo.	3	27
Embarazo gemelar.	1	9
Molestias gastrointestinales del niño/a.	1	9
Cansancio de la madre.	1	9
Otros motivos sin especificar	2	18



De un total de 30 personas encuestadas, 11 madres respondieron haber abandonado la lactancia materna exclusiva. El gráfico n° 6 refiere los motivos por los cuales las madres dejaron de amamantar de manera exclusiva. Se observó que el 28% (n3) de las madres lo hicieron por un ingreso temprano a trabajar (antes de los 6 meses), este motivo está muy ligado con el inicio temprano de la alimentación, otras madres refirieron no tener producción de leche (agalactia), por lo cual su hijo/a no estaba recibiendo los nutrientes necesarios para su edad, además de expresar a través de la encuesta otros motivos tales como: abandono por embarazo gemelar, por molestias

gastrointestinales de la madre, por cansancio de ellas y por otros motivos no informados.

#### 4.4 Relación entre las variables.

**Tabla 14. Apoyo familiar según estado civil.**

Apoyo Familiar	Estado Civil			
	soltera	casada	divorciada	conviviente
con apoyo	69,6% (16)	100% (2)	100% (1)	100% (4)
sin apoyo	30,4% (7)	0	0	0
<b>Total</b>	100%	100%	100%	100%

Según la tabla N° 13, podemos observar que de un total de 23 madres solteras el 69,6 % respondieron sentirse satisfechas con el apoyo familiar recibido y el 30,4% se sintió insatisfecha. De un total de 2 madres casadas el 100% manifestó sentirse apoyada por su familia. El 100% de las madres divorciadas tuvo apoyo familiar. De un total de 4 madres convivientes el 100% tuvo apoyo familiar. En relación a la tabla 13 podemos decir que sólo el grupo de las madres solteras no tuvieron apoyo familiar correspondiente al 30,4% de un total de 23 mujeres.

Las madres casadas, divorciadas y convivientes sintieron apoyo, solo las madres solteras refirieron no sentirse apoyadas aunque el número fue menor.

**Tabla 15. Apoyo familiar según edad de las madres.**

<b>Edad</b>	<b>Apoyo familiar</b>		<b>Total</b>
	<b>Con apoyo</b>	<b>Sin apoyo</b>	
15-21 años (7)	100% (7)	0	100%
22-28 años (9)	55,6% (5)	44,4% (4)	100%
29-35 años (11)	81,8% (9)	18,2% (2)	100%
36-42 años (3)	66,7% (2)	33,3% (1)	100%

De un total de 30 mujeres encuestadas, 7 mujeres de la edad de 15-21 años el 100% respondió tener apoyo por parte de su familia, 55,6% de las madres de la edad de 22-28 años respondió tener apoyo familiar, el 44,4% respondió no sentirse insatisfecha con el apoyo familiar. De las madres de la edad entre 29-35 años fueron las que presentaron mayor apoyo con un 81,8% y las madres de la edad de 36-42 años un 66,7% presento apoyo familiar

El grupo de las madres entre 15-21 años refirieron sentirse más apoyada por su grupo familiar.

**Tabla 16. Tiempo de mantención de LME según ocupación materna.**

<b>Tiempo de mantención de LME</b>	<b>Ocupación</b>		
	Trabajadora	Estudiante	Dueña de casa
<b>1 mes</b>	25% (4)	0	0
<b>2 meses</b>	12,5% (2)	0	0
<b>3 meses</b>	0	0	7,7% (1)
<b>4 meses</b>	0	0	7,7% (1)
<b>5 meses</b>	6,3% (1)	0	15,4% (2)
<b>6 meses</b>	25% (4)	0	30,8% (4)
<b>mantiene</b>	31,2 % (5)	100% 1	38,4%(5)
<b>Total</b>	100%	100%	100%

De un total de 30 madres encuestadas se obtuvo que 25%(n4) de las madres que trabajaban mantuvieron la LME hasta el mes de vida, otro 25%(n4) logró mantenerla hasta el sexto mes de vida y el 31,2 % de ellas se encontraban amamantando al momento de la encuesta.

A su vez, se pudo observar que sólo una madre era estudiante y se encontraba amamantando al bebé al momento de aplicar la encuesta.

De las madres que eran dueñas de casas el 30,8%(n4) lograron llegar hasta el sexto mes de vida, el 15,4% de las madres mantuvieron la LME sólo hasta el quinto mes y el 38,4%(n5) se encontraban amamantando al momento de la encuesta.

Las madres trabajadoras abandonaron en un mayor porcentaje la lactancia materna al primer mes y las madres casadas lograron llegar en mayor porcentaje hasta el sexto mes.

## **DISCUSIÓN.**

La lactancia materna es un acto natural y fisiológico, muchas madres toman la decisión de mantener una LME hasta los 6 meses de vida de hijo/a, pero abandonan precozmente esta práctica, debido a factores biológicos, sociodemográficos y psicosociales que influyen en su decisión.

Al analizar las variables de los factores sociodemográficos se observó una asociación entre el tipo de parto y el tiempo de mantención de la lactancia materna exclusiva, se identificó que aquellas madres que tuvieron un parto por cesárea tuvieron un mayor porcentaje de abandono durante el primer y quinto mes de vida del niño/a, resultados similares de observaron en Chile, según la encuesta ENALMA (2013) refiere que: madres con parto normal tienen una mayor prevalencia de lactancia materna exclusiva de un 56% en relación a las madres con parto por cesárea.

En relación a la variable edad, se observó que las madres menores de 21 años lograron mantener hasta el sexto mes la lactancia materna, pero cabe destacar que el rango de edad entre los 22 y 35 años presentó un mayor abandono de la LME, debido a otros factores asociados como la incorporación de la madre al trabajo. Los resultados obtenidos difieren de otros estudios que plantean que a mayor edad disminuye la deserción de la LME como lo reportan la encuesta nacional ENALMA 2013.

El nivel de escolaridad no presentó un factor significativo en la decisión de entregar lactancia materna exclusiva, ya que el 50% de las madres se encontraban con un nivel

de escolaridad de enseñanza media y el 46,7% de las madres refirió tener estudios técnico y /o universitario.

En relación a la variable de planificación de embarazo, esta no influyó de manera significativa en el abandono de la lactancia materna, siendo equivalentes los porcentajes de las madres que planificaron el embarazo y aquellas que no lo hicieron, ambas lograron entregar LME hasta el sexto mes de vida del niño/a.

Con respecto a los factores psicosociales el apoyo permanente por parte de la familia dio como resultado un mayor tiempo de mantención de la LME, con un 30,4% (n7) al sexto mes y con un 34,7% (n8) de madres que mantuvieron la LME durante el período de la encuesta.

Uno de los motivos más importantes por los cuales las madres suspendieron la lactancia materna exclusiva fue la Hipogalactia con un 43% (n13), debido a la percepción por parte de ellas de una insuficiente producción de leche y la sensación de que el niño/a quedaba con hambre. Observándose un mayor abandono durante el primer mes de vida, en el cual las madres incluyeron otro tipo de alimento, tales como: agua, infusiones, fórmulas lácteas, normalmente esta percepción es dada por una mala técnica de amamantamiento aplicada por la madre y no siempre está asociado o se relaciona con la curva de crecimiento del niño. Esto podría reducirse con una mayor información en los controles de salud o con clínicas de lactancia materna.

En este estudio, al igual que otros autores no se pudo corroborar esta baja producción. A pesar de la preparación psicológica que se les brinda a las madres durante todo el embarazo, hay que tener presente que aún persisten influencias de otros miembros de la familia sobre los mitos y creencias de la lactancia materna. Según un estudio realizado a 26 mujeres del CESFAM de Panguipulli, Carrasco Negue & Corvalán Velásquez (2007) afirma que la principal razón mencionada por las madres para destetar a su hijo fue la hipogalactia.

Al finalizar el estudio dentro de las principales motivos sobre el abandono precoz de la LME referidas por las madres fueron: la incorporación al trabajo en un 27% (n3), Se observó que las madres trabajadoras abandonan mayoritariamente la lactancia entre el primer y segundo mes de vida.

En relación a los factores biológicos que motivon a las madres a abandonar la lactancia materna exclusiva de manera temprana es la Agalactia, se define como la nula producción de leche materna, con un porcentaje del 18% (n2) y molestias gastrointestinales del niño/a con un 18% (n2), las madres referían agregar algún tipo de líquido, para aliviar los signos manifestados por el niño. En este sentido es muy importante educar a la población, ya que la incorporación de aguas o infusiones podrían ocasionar diarreas en el niño y no necesariamente aliviar las molestias gastrointestinales que las madres refieren.

## **CONCLUSIÓN.**

La LME juega un rol fundamental como factor protector frente a enfermedades del RN a corto y largo plazo. A pesar de las investigaciones y las permanentes campañas de promoción por parte del Ministerio de Salud, aún existen madres que por decisión propia o bien influenciada por terceros abandonan la lactancia materna exclusiva a temprana edad.

Esta tesis ha dejado en evidencia el alto porcentaje de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, dando como resultado entre el primer mes y el quinto con un total del 58% (n11), por lo cual el porcentaje que alcanzaría las recomendaciones de la OMS hasta los 6 meses de vida es mínima, con sólo un 42% (n8).

La duración media de la LME fue de 4 meses, lo cual es similar a lo encontrado en un estudio realizado por: Carrasco Negue & Corvalán Velásquez ( 2007) obteniendo como resultados que el 55% de las mujeres mantuvieron la lactancia materna por 4 meses o menos.

La corta duración de la LME se relacionó con características sociodemográficas como ser madre soltera, la ocupación laboral, tener enseñanza media, haber tenido parto por cesárea. Es así como las madres solteras no lograron mantener la lactancia materna hasta los 6 meses como se recomienda, pero cabe destacar que al momento de la encuesta un gran número de ellas se encontraban amamantando, por lo cual, no se

obtuvieron datos posteriores sobre este grupo y si logró mantener la LME hasta los 6 meses de vida.

Las madres solteras fueron mayoritariamente trabajadoras, en donde, la ocupación se asoció al destete precoz y no a la compañía de la pareja o la familia, dado a que un gran porcentaje de ellas refirieron sentirse apoyadas. Esta asociación entre ocupación y el destete precoz puede deberse a los largos períodos que las madres se separan de sus hijos/as por las jornadas que deben cumplir en sus trabajos.

Las madres pertenecientes a la investigación poseían un nivel educación de enseñanza media, en donde, este grupo no logró las recomendaciones de llegar hasta el sexto mes, cabe mencionar que un porcentaje igual se encontraba amamantando al momento de la encuesta, por lo cual el número de abandono de este grupo podría aumentar.

Otro aspecto importante en este estudio fue el tipo de parto, en donde, las madres que tuvieron cesárea no lograron mantener la LME según la recomendación, esto se asocia a que él bebé no tuvo el contacto piel a piel que se requiere durante las primeras horas con la madre después de nacer o a una mala postura del bebé al momento de amamantar.

Dentro de esta investigación se tomó como un factor psicosocial a la hipogalactia asociada al abandono precoz de la LME, cabe destacar en este contexto que la hipogalactia es un fenómeno muchas veces subjetivo, que se produce por un retraso en

el inicio de la lactancia materna, errores en la técnica de amamantamiento o la percepción de la madre de que su hijo queda con hambre debido a una crisis transitoria entre los dos y tres meses de edad del niño.

Otro factor psicosocial fue el nivel de satisfacción por el apoyo recibido por su familia, un gran número de las madres manifestaron sentirse apoyadas, a pesar de esto, el porcentaje de abandono precoz de la LME fue elevado en consecuencia no se logró mantener una LME hasta los 6 meses de edad.

Otros factores biológicos por los cuales las madres tomaron la decisión de abandonar de manera precoz la LME fueron: la incorporación al trabajo, agalactia y molestias gastrointestinales del niño/a, esto tiene mucho sentido ya que la mayoría de las madres que fueron encuestadas eran trabajadoras y solteras, por lo cual, la incorporación al trabajo es importante, además cabe mencionar que las costumbres y los hábitos de la familia influyen a veces de manera negativa sobre la alimentación del niño/a, como es el caso frente a un dolor estomacal del niño, cuya solución por parte de la familia es dar agua o infusiones, lo que puede conllevar a enfermedades gastrointestinales y a una disminución de la bajada de leche debido a tiempos más prolongados entre una mamada y otra.

El estudio reflejó que a pesar de la información que se tiene de la lactancia materna y todos los beneficios que se conocen, aún falta crear conciencia en las mujeres en edad

fértil, independiente de la edad, estado civil, nivel educacional o apoyo familiar. La intervención siempre se debe partir desde la promoción, el fomento y la prevención, ya que sólo así se podrían detectar los posibles factores que influyen sobre el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva y aumentar su prevalencia.

Lograr que las mujeres se encanten con este proceso, podría favorecer que las mujeres decidan iniciar y mantener la LME en el tiempo, como un signo de amor y protección, más que como una presión muchas veces social.

## BIBLIOGRAFÍA.

- Aguin, V., Alvarado, A., Angulo, O., Arias, J., & Diaz, E. (2011 йил 17-Agosto). *Causas de deserción de LME en madres con niños menores de 6 meses de edad*. Retrieved 2015 йил 25-Noviembre from ArchivosdesaludenSinaloa: <http://132.248.9.34/hevila/ArchivosdesaludenSinaloa/2011/vol5/no3/2.pdf>
- Aguliar, M. (2005). *Lactancia Materna*. Madrid: Elsevier.
- Atalah S, E., Castillo L, C., & Reyes A, C. (s/f de s/f de 2002). *Efectividad de un programa nacional de fomento de la lactancia materna en chile*. Obtenido de [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0004-06222004000400002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0004-06222004000400002&script=sci_arttext)
- Cadogan, W. (s.f). *La Casita de Algodonales*. Recuperado el 27 de 07 de 2015, de Tabúes históricos sobre la lactancia materna: <http://www.lacasitadealgodonales.com/blog/?p=1839>
- Carrasco Negue, K. A., & Corvalán Velásquez, K. V. (2017). *asociación entre el destete y los conocimientos, creencias y actitudes respecto a la LME en madres de niños o niñas con 6 meses de vida*. Valdivia.
- Castillo, C. (s.f). *Alimento y Salud*. Recuperado el 30 de 07 de 2015, de ¿QUÉ ES EL CÓDIGO DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA?: [http://www.alimentosysalud.cl/index.php?option=com\\_content&view=article&id=175:i-que-es-el-codigo-de-comercializacion-de-sucedaneos-de-la-leche-materna&catid=2&Itemid=68](http://www.alimentosysalud.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=175:i-que-es-el-codigo-de-comercializacion-de-sucedaneos-de-la-leche-materna&catid=2&Itemid=68)
- Cortés, C. (06 de 08 de 2014). *Diario La tercera*. Recuperado el 27 de 07 de 2015, de Lactancia materna en Chile aumentó un 12% desde entrada en vigencia del posnatal de seis meses: <http://www.latercera.com/noticia/nacional/2014/08/680-590158-9-lactancia-materna-en-chile-aumento-un-12-desde-entrada-en-vigencia-del-posnatal.shtml>

- Diccionario de Medicina VOX. (2015). *hipogalactia*. Recuperado el 24 de Octubre de 2015, de salud.doctissimo.es: <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/hipogalactia.html>
- Durán Menéndez, D. R., Villegas Cruz, D. D., Sobrado Rosales, L. Z., & Almanza Mas, D. M. (s/f de Junio de 1999). *Scielo*. Obtenido de Revista Cubana de pediatría: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75311999000200003&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75311999000200003&script=sci_arttext)
- Embarazada. (15 de 11 de 2015). *cambios en tu vida sexual en el embarazo*. Obtenido de embarazada.com: <http://www.embarazada.com/articulo/cambios-en-tu-vida-sexual-en-el-embarazo>
- ENALMA. (2013 йил s/f-s/f). *Encuesta Nacional de lactancia materna en Atención Primaria*. From [http://web.minsal.cl/sites/default/files/INFORME\\_FINAL\\_ENALMA\\_2013.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/INFORME_FINAL_ENALMA_2013.pdf)
- FONASA. (02 de 11 de 2015). *fonasa.cl*. Recuperado el 02 de 11 de 2015, de [https://www.fonasa.cl/portal\\_fonasa/site/artic/20140607/pags/20140607152007.html](https://www.fonasa.cl/portal_fonasa/site/artic/20140607/pags/20140607152007.html)
- Jarpa, C., Cerda, J., Terrazas, C., & Cano, C. (2015). Lactancia Materna como factor protectos de sobrepeso y obesidad en preescolares. *Revista Chilena de pediatría*, 32;37.
- Marinés Camero, D. (s/f de 2015). *beneficios\_de\_la\_lactancia\_materna/*. Recuperado el 02 de Diciembre de 2015, de Salud Mujer: [http://salud-mujer.idoneos.com/lactancia\\_materna/beneficios\\_de\\_la\\_lactancia\\_materna/](http://salud-mujer.idoneos.com/lactancia_materna/beneficios_de_la_lactancia_materna/)
- Minsal. (s.f de s.f de 2005). *Minsal*. Recuperado el 27 de 07 de 2015, de Guía de Alimentación del niño de 2 años: [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Gu%C3%ADa%20de%20Alimentaci%C3%B3n%20del%20Ni%C3%B1o%28a%29%20Menor%20de%202%20a%C3%B1os\\_%20Gu%C3%ADa%20de%20Alimentaci%C3%B3n%20hasta%20la%20Adolescencia\\_%20MINSAL%202005.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Gu%C3%ADa%20de%20Alimentaci%C3%B3n%20del%20Ni%C3%B1o%28a%29%20Menor%20de%202%20a%C3%B1os_%20Gu%C3%ADa%20de%20Alimentaci%C3%B3n%20hasta%20la%20Adolescencia_%20MINSAL%202005.pdf)
- MINSAL. (2005). *MINSAL.cl*. Obtenido de Guía de alimentación del niño menor de 2 años: [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Gu%C3%ADa%20de%20Alimentaci%C3%B3n%20del%20Ni%C3%B1o%28a%29%20Menor%20de%202%20a%C3%B1os\\_%20Gu%C3%ADa%20de%20Alimentaci%C3%B3n%20hasta%20la%20Adolescencia\\_%20MINSAL%202005.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Gu%C3%ADa%20de%20Alimentaci%C3%B3n%20del%20Ni%C3%B1o%28a%29%20Menor%20de%202%20a%C3%B1os_%20Gu%C3%ADa%20de%20Alimentaci%C3%B3n%20hasta%20la%20Adolescencia_%20MINSAL%202005.pdf)

3%B3n%20del%20Ni%C3%B1o%28a%29%20Menor%20de%202%20a%C3%B1os\_%20Gu%C3%ADas%20de%20Alimentaci%C3%B3n%20hasta%20la%20Adolescencia\_%20MINSAL%202005.pdf

Minsal. (02 de 03 de 2010). *Manual de Lactancia materna*. Recuperado el 28 de 07 de 2015, de [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/manual\\_lactancia\\_materna.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf)

Minsal. (s.f). *Programa Chile Crece*. Recuperado el 15 de 07 de 2015, de Lactancia Materna: <http://www.crececontigo.gob.cl/2009/desarrollo-infantil/0-a-12-meses/lactancia-materna/>

Niño M, R., Silva E, G., & Atalah S, E. (s/f de Abril de 2012). *Revista Chilena pediátrica*. Obtenido de Scielo: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062012000200007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062012000200007&script=sci_arttext)

Océano. (s/f). *Diccionario de la Lengua Española*. México: Océano.

Olivares Grohnert, M., & Buñuel Álvarez, J. C. (1 de Septiembre de 2007). *La lactancia materna reduce el riesgo de ingreso, La lactancia materna reduce el riesgo de ingreso hospitalario por gastro-*. Recuperado el 27 de Septiembre de 2015, de Evidencias en Pediatría: <http://www.evidenciasenpediatria.es/files/41-10626-RUTA/La%20lactancia%20materna%20reduce%20el%20riesgo%20de%20ingreso.pdf>

OMS. (s/f de s/f de 2010). *La alimentación del lactante y el niño pequeño*. Recuperado el 27 de Septiembre de 2015, de Organización Mundial de la Salud: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44310/1/9789275330944\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44310/1/9789275330944_spa.pdf)

OMS. (Septiembre de 2014). *El embarazo en la adolescencia*. Recuperado el 23 de Octubre de 2015, de ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

OMS. (s.f de 07 de 2014). OMS. Recuperado el 15 de 07 de 2015, de Lactancia Materna: <http://www.who.int/features/2014/new-zealand-breastfeeding/es/>

OMS. (s/f de s/f de 2015). *Lactancia Materna*. Obtenido de Organización Mundial de la salud: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>

OMS/UNICEF. (s.f). *IHAN*. Recuperado el 15 de 07 de 2015, de Iniciativa del hospital amigo:

[http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi\\_trainingcourse/es/](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/es/)

Organización Panamericana de la salud. (s/f de Junio de 2002). *cuantificacion\_de\_beneficios\_de\_la\_LM*. Recuperado el 02 de Diciembre de 2015, de Ministerio de Salud: [http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores\\_en\\_salud/lactancia/CNLM\\_cuantificacion\\_de\\_beneficios\\_de\\_la\\_LM.pdf](http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_cuantificacion_de_beneficios_de_la_LM.pdf)

Ossandón M, M., Ilabaca M, J., Gajardo O, C., Castillo B, N., & Namur R, L. (Marzo de 2000). *Fomento de la lactancia materna, programa iniciativa del Hospital amigo de la Madre y el hijo*. Recuperado el 23 de Octubre de 2015, de Revista Chilena Pediatría.: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062000000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062000000200004&script=sci_arttext)

P.Sepulveda, C. &. (11 de 06 de 2014). *Diario la Tercera, tendencias*. Recuperado el 15 de 07 de 2015, de Aumentan cifras de lactancia materna en Chile: <http://www.latercera.com/noticia/tendencias/2014/06/659-581974-9-aumentan-cifras-de-lactancia-materna-en-chile.shtml>

Póo, A. M., Espejo S, C., Godoy, C., Gualda de la C, M., & Hernández, T. (2008). Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en púerperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Revista Médica de Chile*, s/p.

Revista britanica de Psiquiatría. (Junio de 1987). *Edinburgh-Scale*. Recuperado el 26 de Octubre de 2015, de The State of New Jersey: [http://www.state.nj.us/health/fhs/postpartumdepression/pdf/PPD-Edinburgh-Scale\\_sp.pdf](http://www.state.nj.us/health/fhs/postpartumdepression/pdf/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf)

Reyes Baños, F. (2010). *distinciones entre el enfoque cuantitativo y cualitativo de investigación*. Recuperado el 26 de Octubre de 2015, de periplosenred: <http://periplosenred.blogspot.cl/2010/09/distinciones-entre-los-enfoques.html>

Strain Henkes, D. H. (2013). *SEREMI de Salud del Bio Bio*. Recuperado el 26 de Septiembre de 2015, de

[http://www.seremidesaludbiobio.cl/page/apps/webseremi8/db/secciones/programas/lactanciamaterna/Programa\\_de\\_Infancia\\_y\\_Lactancia\\_Materna.pdf](http://www.seremidesaludbiobio.cl/page/apps/webseremi8/db/secciones/programas/lactanciamaterna/Programa_de_Infancia_y_Lactancia_Materna.pdf)

Unicef. (2005). *Declaración de Innocenti*. Recuperado el 28 de 07 de 2015, de Declaración de Innocenti PDF: [http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/declaration\\_sp\\_p.pdf](http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/declaration_sp_p.pdf)

UNICEF. (s/f de s/f de 2006). *Consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial*. Obtenido de [http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index\\_24824.html](http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html)

UNICEF. (s/f de s/f de 2006). *Lactancia materna*. Recuperado el 27 de Septiembre de 2015, de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: [http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index\\_24824.html](http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html)

UNICEF. (2006). *UNICEF.org*. Recuperado el 26 de Septiembre de 2015

Unicef. (s.f). *Nutrición*. Recuperado el 15 de 07 de 2015, de Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna: [http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index\\_24805.html](http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24805.html)

UNICEF. (s.f). *nutrición*. Recuperado el 10 de 07 de 2015, de Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna: [http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index\\_24805.html](http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24805.html)

Valenzuela Cifuentes, X. (26 de Septiembre de 2015). *Diario Concepción.cl*. Recuperado el 26 de Septiembre de 2015, de <http://www.diarioconcepcion.cl/?q=node/187>

World health organization. (s/f de s/f de 2015). *Recomendación de la OMS sobre la alimentación del lactante*. Recuperado el 11 de Octubre de 2015, de World health organization: [http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding\\_recommendation/es/](http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/es/)

## ANEXOS.

### ANEXO 1.CARTA AUTORIZACIÓN INVESTIGAR

Santiago, 09 de Octubre de 2015

Sra.

Andrea Caro Ampuero

Centro de Salud Familiar Arauco

De: Marcela Sáez Koeniger

Asunto: Autorización para realizar investigación de tesis de grado

Como directora de la carrera de Nutrición y dietética de la Universidad UCINF, me dirijo a usted con el fin de solicitar formalmente su autorización para que las estudiantes de Licenciatura **ANDREA FONTECILLA CADEGAN** rut **16160126-8**, **CAROLINA MORALES SALAZAR** rut **15086103-9**, **CLAUDIA PLAZA MORAGA** rut **12666311-0**, puedan ejecutar su proyecto de investigación en su institución, dado que cumple con los requerimientos necesarios para el objetivo de la investigación.

Descripción de la Tesis

1. Título de tesis

FACTORES QUE INCIDEN SOBRE EL ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES, CON HIJOS HASTA LOS 6 MESES DE EDAD, EN EL CESFAM ARAUCO.

2. Problema y justificación de la investigación

Problema de la investigación

Actualmente han ido en aumento las madres que han optado por entregar una lactancia materna exclusiva, pero no todas ellas logran mantenerla hasta el sexto mes de vida como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud.

A pesar de todos los beneficios que la lactancia materna posee, la mayoría de las madres abandonan la lactancia prematuramente por las dificultades que percibe, ya que deben responder a muchas expectativas con respecto a la lactancia, como son las demandas del recién nacido, las exigencias de su rol maternal, la presión de la pareja y el grupo familiar.

A partir de los motivos señalados anteriormente, se van a identificar cuáles son los factores que inciden sobre el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en madres con hijos hasta los 6 meses de edad, en el CESFAM Arauco.

Justificación de la investigación.

A lo largo de la historia se han realizados numerosos estudios que demuestran la importancia de la lactancia materna y los beneficios que esta representa para madres e hijos. A pesar de las recomendaciones de la OMS y de muchas otras organizaciones y asociaciones, las tasas de lactancia materna son mucho más bajas de lo deseado en todo el mundo.

Aún en los países donde el inicio de la lactancia materna se aproxima al 100% de las mujeres, existe una caída durante su práctica, especialmente cuando se entrega una lactancia exclusiva, ya que a veces se introducen otros alimentos o líquidos durante los primeros meses o bien por otras varios factores juegan en contra a la hora de mantener la lactancia materna exclusiva, lo que conlleva a un abandono de esta en los primeros meses de vida del neonato.

El estudio planteado ayudará a identificar los factores que causan el abandono precoz en las madres con hijos hasta los 6 meses de edad y de esta manera se proporcionará información al Centro de salud Familiar “Arauco” con la posibilidad de intervenir sobre estos factores en el futuro y así lograr aumentar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva.

### 3. Objetivos

Objetivo general.

Identificar los factores que inciden sobre el abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en madres con hijos hasta los 6 meses de edad, en el Centro de Salud Familiar “Arauco”, ubicado en Avenida Mirador 1599, Santiago, en el mes de Octubre 2015.

Objetivo específico.

- Recolectar datos de las madres con hijos hasta los 6 meses de edad que acuden regularmente a los controles de Salud, en el Centro de Salud Familiar Arauco.
- Elaborar y Aplicar una encuesta de lactancia materna a madres con hijos hasta los 6 meses de edad, en el Centro de salud familiar Arauco.
- Tabular y analizar los datos recolectados en el Centro de Salud familiar Arauco.

### 4. Tipo de estudio

La presente investigación se enmarca en el enfoque Cuantitativo, ya que recoge y analiza datos objetivos, medibles y cuantificables sobre las variables.

### 5. Caracterización de la muestra

La muestra seleccionada es de tipo probabilístico y estratificado. Y está conformada por 30 madres que asisten regularmente a los controles de salud y que posean hijos de hasta 6 meses de edad, en el Centro de Salud familiar “Arauco” y que posean entre 15 y 42 años de edad, con ausencia de enfermedad de la madre y el niño.

#### 6. Diseño de la investigación

El diseño de investigación es de tipo no experimental ya que se trata de un estudio donde no se manipulan de manera intencional las variables independientes, se observan los fenómenos tal como se presentan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos. En este estudio no se genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes; es transversal, dado que la recolección de datos se da en un solo momento, en un tiempo único, cuyo propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado; es descriptivo por que tiene como objetivo indagar la incidencia de una o más variables de la muestra de la población.

#### 7. Metodología a utilizar

Se decidió recolectar información hasta los 6 meses de edad del niño/a debido a que es en esta etapa cuando se inicia la alimentación complementaria.

Se seleccionará una muestra de 30 madres con hijos hasta 6 meses de edad que asisten regularmente a los controles de salud y que posean entre 15 y 42 años de edad, con ausencia de enfermedad de la madre y el niño.

La encuesta se aplicará a las madres el mismo día que acuden a sus controles de salud o bien al control sano del niño, por lo cual será necesario la presencia de los investigadores por dos semanas completando la jornada laboral.

El cuestionario consta de dos segmentos, la primera parte corresponde a una ficha personal que recoge datos de cada individuo y la segunda parte conformada por 8

preguntas cerradas divididas en dicotómicas y pluricotómicas con opción múltiple, en la cual se incluyen las variables que se quieren medir.

Esperando una favorable acogida, le saluda cordialmente

---

Directora Carrera Marcela Sáez Koeniger  
Universidad UCINF

## Anexo n° 2 Encuesta de Lactancia Materna.



Fecha:

Encuesta de Lactancia Materna.

Centro de Salud Familiar Arauco.

Junto con agradecer su participación en este estudio, quisiéramos que nos pudiera entregar información sobre algunas características del nacimiento de su hijo/a, su alimentación durante los primeros meses de vida y el proceso de lactancia materna. Para dar respuesta a cada pregunta, marque con una X la alternativa elegida. Agradecemos su participación en este estudio.

Nombre de La madre.		Edad
Estado civil	Ocupación	
Último curso que aprobó		
Tipo de parto	---- Normal.	---- Cesárea.
Planificación de embarazo.	---- Embarazo planificado	---- Embarazo no Planificado

	Alternativas de respuestas			
¿ Siente usted una sensación de cariño y protección hacia su hijo cuando lo amamanta?	---- Si ---- No			
Según la escala de Edimburgo aplicada en el Centro, usted fue diagnosticada con Depresión postparto.	---- Si ---- No ---- No se			
Tiempo que le entrego leche materna exclusiva a su hijo/a sin la necesidad de incluir otros alimentos o liquido (lactancia materna exclusiva).	1 mes. 2 meses.	3 meses. 4 meses.	5 meses. 6 meses.	Mantiene.]
¿ Se siente satisfecha con el apoyo de la familia y/o pareja durante el embarazo?	---- Si ---- No			
¿Usted tiene la sensación de que su hijo/a queda con hambre, después de amamantarlo? (por insuficiente producción de leche, hipogalactia)	---- Si ---- No			

Si usted ha dejado de dar lactancia materna exclusiva, marque con una cruz la o las razones. (Puede marcar más de una).

<input type="checkbox"/>	El/la niño/a rechaza el peso
<input type="checkbox"/>	Por hospitalización de el/la niño/a
<input type="checkbox"/>	Grietas o fisuras en el pezón
<input type="checkbox"/>	Dolor al amamantar
<input type="checkbox"/>	Por enfermedad de la madre
<input type="checkbox"/>	Por enfermedad de el/la niño/a
<input type="checkbox"/>	No tiene producción de leche (agalactia)
<input type="checkbox"/>	Otro motivo, indique cual

## Anexo nº 3

### Escala de depresión postparto de Edimburgo.

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor marque con una cruz el número correspondiente a la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

1. He sido capaz de reirme y ver el lado divertido de las cosas	Tanto como siempre	0
	No tanto ahora	1
	Mucho menos ahora	2
	No, nada	3
2. He disfrutado mirar hacia adelante	Tanto como siempre	0
	Menos que antes	1
	Mucho menos que antes	2
	Casi nada	3
3. Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mi misma innecesariamente	Sí, la mayor parte del tiempo	3
	Sí, a veces	2
	No con mucha frecuencia	1
	No, nunca	0
4. He estado nerviosa e inquieta, sin tener motivo	No, nunca	0
	Casi nunca	1
	Sí, a veces	2
	Sí, con mucha frecuencia	3
5. He sentido miedo o he estado asustadiza, sin tener motivo	Sí, bastante	3
	Sí, a veces	2
	No, no mucho	1
	No, nunca	0
6. Las cosas me han estado abrumando	Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	3
	Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	2
	No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	1
	No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	0
7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	Sí, la mayor parte del tiempo	3
	Sí, a veces	2
	No con mucha frecuencia	1
	No, nunca	0
8. Me he sentido triste o desgraciada	Sí, la mayor parte del tiempo	3
	Sí, bastante a menudo	2
	No con mucha frecuencia	1
	No, nunca	0
9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	Sí, la mayor parte del tiempo	3
	Sí, bastante a menudo	2
	Sólo ocasionalmente	1
	No, nunca	0
10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	Sí, bastante a menudo	3
	A veces	2
	Casi nunca	1
	No, nunca	0

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

### **Pautas para la evaluación:**

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma.

Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0) Se suman todos los puntos para dar la puntuación total.

### **Interpretación**

Una puntuación de 13 o más puntos indica sospecha de depresión postparto.

Cualquier puntaje distinto de cero 0 en la pregunta N° 10 requiere de evaluación adicional dentro de 24 horas.