

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERIA

**“FACTORES Y MOTIVOS DEL ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA  
MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES”**

Tesis presentada como parte de los  
requisitos para optar al grado de  
Licenciado en Enfermería.

MARIA PAZ MONSALVE PAREDES  
CAMILA ELENA ROJAS MARTINEZ  
MARIEL BARBARA UNDA DURÁN

VALDIVIA – CHILE  
2011

**Profesor Patrocinante:**

Nombre: René Mauricio Barría Pailaquilén  
Profesión: Enfermero  
Grado: Magíster en Epidemiología Clínica. Doctor © en Salud Pública.  
Instituto: Enfermería  
Facultad: Medicina

Firma:

**Profesores Informantes:**

Nombre: Gema María Elena Santander Manríquez  
Profesión: Enfermera  
Grado: Magíster en Salud Pública con mención en Epidemiología  
Instituto: Enfermería  
Facultad: Medicina

Firma:

Nombre: Patricia Triviño Vargas  
Profesión: Enfermera  
Grado: Magíster © en Enfermería  
Instituto: Enfermería  
Facultad: Medicina

Firma:

## INDICE

RESUMEN

ABSTRACT

1. INTRODUCCION	1
2. MARCO TEORICO	2
3. OBJETIVOS	10
4. METODOLOGÍA	11
5. RESULTADOS	16
6. DISCUSION	27
7. CONCLUSIÓN	29
8. REFERENCIA	30
9. ANEXOS	35

## RESUMEN

**Introducción.** La lactancia materna exclusiva (LME) en el lactante otorga múltiples beneficios y juega un rol fundamental como factor protector de trastornos a corto y largo plazo. No obstante esta práctica no ha alcanzado las metas propuestas de prolongarse al menos por seis meses, lo cual genera inquietud entre los profesionales de salud y el Ministerio.

**Objetivos:** El objetivo del estudio fue evaluar cuali-cuantitativamente los factores que influyen en el abandono precoz de la LME en madres adolescentes beneficiarias del sistema público de salud de la ciudad de Valdivia.

**Métodos:** Se llevó a cabo un estudio cuali-cuantitativo en una cohorte de 48 madres adolescentes cuyo parto ocurrió en el Hospital Base Valdivia. El seguimiento para establecer la mantención de LME se limitó a cuatro meses post parto. Desde el punto de vista cuantitativo se estimó la duración de la LME, y la prevalencia por mes de seguimiento. Se calculó la probabilidad de sobrevida de la LME (Kaplan-Meier) dentro de los primeros 120 días y se evaluó asociación con covariables de tipo sociodemográficas y clínicas. Por su parte, la orientación cualitativa se basó en la realización de entrevistas semiestructuradas a las madres que abandonaron la LME antes del cuarto mes post-parto. El análisis se basó en el método de Spradley, identificando dominios culturales, taxonomías y temas.

**Resultados:** La duración media de la LME fue de 83,9 días, observándose una prevalencia mensual de 89,6%, 68,8%, 50% y 43,8% al primer, segundo, tercer y cuarto mes respectivamente. Al estimar la probabilidad de sobrevida de LME mediante Curva Kaplan-Meier, se observa al tercer mes posparto poco más del 50% de probabilidad de continuar LME. No se observó asociación significativa de la duración de LME con las características del recién nacido ni de la madre. Se observó una tendencia a mayor duración de LME cuando las madres recibieron información sobre el tema en el embarazo o puerperio, cuando recibieron apoyo de la pareja o apoyo familiar durante la gestación. Sí se detectó asociación estadísticamente significativa con el tipo de parto, donde el abandono de la LME al cuarto mes en madres que presentaron parto normal fue menor respecto de las cesarizadas o con fórceps (48% vs.100%;  $p=0,014$ ). Respecto del análisis cualitativo emergieron dos temas principales: “Factores y motivos del abandono de la LME” y “Percepción sobre la información y atención recibida”, evidenciando experiencias sobre la educación recibida, calidad de la información, creencias y opinión sobre la atención relacionándolo con la situación de abandono de la LME.

**Conclusiones.** Se determinó una baja prevalencia de LME al cuarto mes entre las adolescentes. Si bien los factores clínico-epidemiológicos no se vincularon con la prolongación de la LME, el tipo de parto es un factor que puede predecir la mantención de la LME con lo cual se justificaría focalizar estrategias educativas y de promoción en este

grupo particular. Adicionalmente es necesario considerar las creencias y percepciones de las adolescentes sobre la LME.

## ABSTRACT

**Introduction:** The exclusive breastfeeding (EBF) in the infant provides multiple benefits and plays a fundamental role as a protective factor of disorders in short and long term. However, this practice has not achieved the proposed goals of extending for at least 6 months, which causes concern among health professionals and the Ministry.

**Objectives:** The aim of the study was to assess qualitatively and quantitatively the factors that influence early abandonment of the EBF in teenage mothers from the public health system of Valdivia.

**Methods:** A qualitative and quantitative approach to study a cohort of 48 dyads teenage mothers-newborns whose birth occurred at the Valdivia Hospital was carried out. The follow-up to establish the length of EBF was limited to four months postpartum. Mean length and prevalence per month of EBF was calculated. The EBF survival probability (Kaplan-Meier) was estimated within the first 120 days. Association among EBF and socio-demographical and clinical covariates was evaluated. In addition, the qualitative approach was based on semi-structured interviews to the mothers who abandoned the EBF before the four month post-partum. The analysis was based on Spradley's method, indentifying cultural domains, taxonomies and themes.

**Results:** the mean length of EBF was 98.5 days, being observed a prevalence of 89.6%, 68.8%, 50% y 43.8% at first, second, third and fourth month respectively. The Kaplan-Meier analysis showed a few more than 50% probability of continuing the EBF on the third month postpartum. There was no significant association of the EBF duration with maternal and neonatal characteristics. There was a tendency to longer duration of EBF when the mothers received information about the topic during pregnancy or puerperium, and when they received support from their partner or family during the gestation. It was detected statistically significant association with the type of birth, where the EBF abandonment in the fourth month on mothers who showed a natural birth labor was lower than those who had cesarean section or forceps (48% vs. 100%;  $p=0.014$ ). According to the qualitative analysis emerged two main themes: "Factors and reasons of the exclusive breastfeeding abandonment" and "Perception about the information and attention received", being evident experiences about the education received, quality of information, beliefs and opinion about the attention relating to the situation of the EBF discontinued.

**Conclusions:** It was found a low prevalence of EBF at the fourth month among the teenagers. Although the clinical and epidemiological factors were not associated to the extension of EBF, the type of labor is a factor able to predict the EBF maintenance with which would justify focusing educational and promotional strategies on this particular group. In addition, it is necessary to consider the beliefs and perceptions of the teenagers about the EBF.

## 1. INTRODUCCION

La lactancia materna exclusiva (LME) juega un rol fundamental como factor protector de trastornos a corto y largo plazo protegiendo al lactante de infecciones, del síndrome metabólico y de enfermedades crónicas del adulto entre otras cosas. Pese a esto y a las campañas y objetivos propuestos por el Ministerio de Salud (MINSAL) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) no se han obtenido los resultados esperados, es decir, la LME no se ha mantenido en el tiempo como una práctica constante. Es más, el 2009 presentó una caída de más de cuatro puntos porcentuales respecto al año anterior llegando a 45% las madres que brindan LME durante los primeros seis meses (Olivares, 2010).

Por otro lado, según datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), el embarazo en menores de 19 años ha aumentado en las últimas dos décadas, teniendo en nuestro país una incidencia de alrededor de 16%. La presente investigación se enfoca en el grupo etario aparentemente más vulnerable, las madres adolescentes, las cuales además de cursar un periodo caracterizado por cambios físicos y psicológicos propios de la etapa del ciclo vital, enfrentan el embarazo a temprana edad, por lo cual resulta importante identificar ¿Cuáles son los factores asociados al abandono de la LME antes del cuarto mes posparto? ¿Qué motivos expresan las madres adolescentes para este abandono?

En este contexto se planteó un estudio mixto de tipo cohorte más un componente cualitativo cuyo objetivo fue identificar los factores que influyen en el abandono precoz de la LM y LME en madres adolescentes beneficiarias del sistema público de salud de la ciudad de Valdivia

Dentro de los resultados se obtuvieron datos representativos de la capital de la XIV Región de los Ríos, desde una perspectiva cuali-cuantitativa respecto a la proporción de madres adolescentes que abandonan la LME y LM antes del cuarto mes postparto en conjunto a las causas psicosociales asociadas, además de encontrar tasas específicas respecto al número de madres adolescentes que abandonan la LM al primer, segundo, tercer y cuarto mes postparto.

## 2. MARCO TEORICO

Hacia fines del siglo XX la LM era una práctica en vías de extinción a nivel mundial, siendo ampliamente sustituida por sus sucedáneos debido a diferentes factores, entre ellos el aumento de las mujeres en la fuerza laboral, además de la intensa y agresiva publicidad que presentaban a los sucedáneos de la LM como una opción moderna y progresista. Los sucedáneos de la LM se convirtieron rápidamente en una opción que a los ojos de la sociedad era bastante efectiva, pero no todos los hogares tenían los recursos suficientes para acceder a estos y comenzaron a realizarse prácticas que iban desde la dilución con agua no siempre potable, hasta la utilización de sucedáneos más baratos que no tenían los valores nutricionales adecuados. En consecuencia hubo un aumento de problemas de salud como la malnutrición, las infecciones y las enfermedades diarreicas (UNICEF, s.a.).

En Chile por los años 70 las cifras de LME no superaban el 5% (Ossandón, Ilabaca, Gajardo, Castillo y Namur, 2000). En vista de esta alarmante situación se buscaron distintas formas para fomentarla, fue así como se comenzaron a implementar diversas estrategias entre ellas la iniciativa de los “hospitales amigos de la madre y el niño”, la reorganización de la Comisión Nacional de LM, la elaboración de un manual de LM, además de material educativo impreso y filmado (Atalah, Castillo y Reyes, 2000). Desde este punto las cifras de LME iban en franco aumento llegando el 2008 a 49,1% pero en el 2009 esta cifra disminuyó a 45% hecho que no sucedía desde hace 17 años (Olivares, 2010). Con esta caída en las cifras se van alejando las “Metas y líneas de acción en favor de la infancia” que se elaboraron en 1992 que proponían lograr a fines del decenio un 80% de LME a los cuatro meses de vida del niño y un 35% de LM complementada al año de edad (Ossandón, et al., 2000).

La leche materna es un fluido vivo, su composición es óptima para la nutrición del niño en los primeros meses de vida, además de ser un fluido capaz de adaptarse a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del niño a medida que este crece y se desarrolla. Su composición varía de una madre a otra y en cada mujer, también lo hace en el transcurso del día e incluso en una misma mamada. La fracción más estable es la proteica y la de mayor variabilidad, la grasa (Díaz-Argüelles, 2005). Por estas características constituye el elemento nutritivo más importante, tanto así, que no requiere de otro suplemento o alimento para cubrir las necesidades alimenticias del bebé los primeros seis meses (OMS, s.a.; Blázquez, 2000). La composición de la leche materna es dinámica, su cambio obedece a mecanismos de regulación neuroendocrina, en donde las células, los nutrientes y las sustancias químicas tienen un rol fundamental (Macias, Rodríguez y Ronayne, 2006).



Existen diferentes factores que influyen en esta variación, así como en su volumen, entre estos, factores genéticos, nutrición materna, hasta las técnicas de extracción, almacenamiento y administración al bebé (Díaz-Argüelles, 2005).

Las ventajas de la leche materna están determinadas por su composición, ya que esta contiene proteínas, lípidos, carbohidratos, vitaminas y minerales. Algunas de las proteínas contenidas en la leche humana son la caseína y la albúmina. La primera estimula el sistema inmunológico del lactante y la segunda aporta aminoácidos. Dentro de las proteínas también se consideran las enzimas, que intervienen en la absorción de las grasas y tienen actividad bactericida. La leche materna también contiene inmunoglobulinas las cuales son consideradas proteínas y forman anticuerpos que protegen la mucosa intestinal del bebé. La fracción lipídica representa la mayor parte energética de la leche, además de esto interviene en el crecimiento y maduración del sistema nervioso central del lactante. Dentro de los carbohidratos el más importante es la lactosa que en conjunto con los lípidos aporta la energía necesaria para el normal crecimiento y desarrollo del niño. Otros carbohidratos, presentes en concentraciones inferiores son la glucosa, galactosa, y las glicoproteínas. De los minerales entregados por la leche materna son particularmente importantes el calcio que otorga dureza y estructura a los huesos, el hierro que es esencial en la producción de glóbulos rojos y en el transporte de oxígeno, el zinc que se relaciona con el desarrollo normal del sistema inmunológico y el cobre que es necesario para la utilización del hierro y es un cofactor de enzimas involucradas en el metabolismo de las glucosa. En la leche materna también están presentes las vitaminas en distintas cantidades, podemos encontrar la vitamina K, que se relaciona con el proceso de coagulación sanguínea, también está presente la vitamina D que tiene una función hematopoyética y propiedades inmunoregulatoras, la vitamina E que tiene una función antioxidante y la vitamina A que interviene en el proceso de la visión y la respuesta inmunológica (Macias, et al., 2006).

En síntesis la leche materna genera múltiples beneficios para el lactante, y a su vez la práctica de la LM genera otros beneficios tanto para el niño como para la familia, madre y entorno.

En la actualidad existen numerosos estudios en los cuales se describen los beneficios que otorga la LME, no sólo para el bebé, sino también para la madre, familia y sociedad. Estas ventajas que avalan y recomiendan la LME hasta los seis meses y LM complementada hasta los dos años, van desde la calidad del alimento que se entrega al recién nacido (RN), ya que contiene todos los elementos necesarios, en su justa medida lo cual asegura un óptimo desarrollo, crecimiento y supervivencia para el bebé (Riordan, 2005), hasta la protección de diversas enfermedades tales como otitis, meningitis, infecciones respiratorias, inclusive reduce el riesgo de Diabetes Mellitus (DM) tipo II (Blázquez, 2000; MINSAL, 2010). Pese a los estudios realizados, campañas e información entregada a las madres y familias sobre los beneficios de la LME el porcentaje que realiza esta práctica no supera el 45% según datos portados por la prensa (Olivares, 2010). Respecto a lo anterior, existen numerosos estudios

que avalan la importancia de la LM sobre la influencia positiva que ejerce, en especial la LME, sobre la sobrevivencia del niño, como el estudio realizado en Bangladesh entre 1993 y 1995, el cual concluyó que los bebés que no recibieron LME o la recibieron de forma parcial presentaron un mayor riesgo de muerte post-neonatal en comparación a los niños que recibieron LME durante los primeros cuatro meses de vida (Shams, Negro, Gretchen, Baqui, Caulfield y Becker, 2001). Así también en Suecia, se encontró que los niños que recibían LM tenían menos otitis respecto a los niños que recibían lactancia artificial, por ejemplo, entre el primer y tercer mes de vida el 6% de los niños que ya habían sido destetados tenían otitis media frente a sólo 1% de los que seguían recibiendo LM (Blázquez, 2000).

Otros beneficios descritos son un mejor desarrollo dentomaxilar y facial, menor riesgo de obesidad en etapas posteriores de la vida, crecimiento y desarrollo óptimo debido a que recibe todos los nutrientes necesarios a través de lo cual posee un desarrollo intelectual más elevado y disminuye el desarrollo de algunas enfermedades como DM tipo I en niños con antecedentes de familiares de primer grado, trastornos de la conducta alimentaria de la infancia, meningitis, entre otros (MINSAL, 2010).

La LME también genera beneficios a corto y largo plazo para la madre. A corto plazo se disminuye el riesgo de hemorragia post-parto, se favorece la retracción temprana del útero (Aguilar, 2005), y disminuye el riesgo de depresión post-parto al mantener un contacto piel a piel con su bebé y producir satisfacción emocional en la madre (MINSAL, 2010). Por otra parte, un gran porcentaje de las madres que han dado a luz recientemente manifiestan una caída en su autoestima debido al alza de peso, por lo que la LME es beneficiosa al ayudar a recuperar el peso previo al embarazo y a perder la grasa obtenida producto del mismo. Dentro de los beneficios a largo plazo la LME protege a la madre frente algunas enfermedades tales como el cáncer de mamas y ovarios (Riordan, 2005; MINSAL, 2010) y mejora la mineralización ósea, previniendo el estado osteoporótico de la menopausia (Aguilar, 2005).

Un estudio realizado en Boston entre 1986 y 2002 a más de 50.000 mujeres demostró que por cada año de LM la madre disminuye 15% el riesgo de tener diabetes mellitus tipo II, es decir, cuanto más tiempo una mujer brinde LM al lactante, menor será la probabilidad de sufrir diabetes respecto de la que no brinda LM, debido a que el acto de amamantar requiere de mucha energía, y controla los niveles de azúcar en la sangre (Stuebe, Rich-Edwards, Willett, Manson y Michels, 2005).

Al brindar LM se mantiene contacto directo entre el lactante y la madre, por lo cual también se generan beneficios familiares al reforzar los lazos afectivos actuando como un factor protector del maltrato infantil. Además la crianza de un bebé es traducido en altos costos, por lo cual muchas parejas deciden postergar un tiempo la llegada de un segundo miembro a la familia. Respecto a esto existe un método anticonceptivo denominado amenorrea de lactancia la cual ofrece una protección anticonceptiva muy alta a las mujeres que brindan

LME a sus hijos, con tasas de embarazo menores de 1% en los primeros seis meses post-parto (Díaz, 2006). Por otro lado al considerarse un alimento que se encuentra listo, con la temperatura adecuada y los nutrientes perfectos para el desarrollo y crecimiento del lactante, otorga beneficios y comodidad para la familia.

La LM también genera beneficios para la sociedad al ser considerado un factor protector frente a diversas enfermedades, incluidas las crónicas, por lo cual, representa un ahorro o economía de recursos para el estado, además de disminuir la morbimortalidad infantil, por lo cual también disminuye el número de consultas médicas, exámenes, entre otros. Un estudio realizado en España entre 1996 y 1999 concluyó que la LME reduciría el riesgo del ingreso hospitalario como consecuencia de infecciones en niños menores de un año (Paricio, et al., 2006). Además la leche materna posee todos los nutrientes requeridos por el RN, por este motivo la LM es el método de alimentación infantil recomendado a escala mundial (Marquis, 2010).

Considerando los beneficios de la leche materna y la LM anteriormente descritos, se puede decir que dicha práctica tiene particular importancia para el desarrollo humano, de aquí nace el interés de la sociedad por estudiar y explicar su abandono precoz.

Distintos estudios han identificado diversos factores biopsicosociales que influyen en la duración de la lactancia, entre estos el estudio realizado el 2005 en Queensland, Australia, que arrojó como factores condicionantes de la duración de la LM la autoestima, la depresión, planificación de la duración del amamantamiento, percepción de autoeficacia en la LM, percepción de autoeficacia en la maternidad, stress, ansiedad, necesidad de libertad, adaptabilidad, expectativas de la LM, la fe en la LM, efecto óptimo sobre la alimentación infantil, prioridades de vida (O'Brien, Buikstra y Hegney, 2008).

Otro estudio realizado en Dinamarca en 1999 encontró una relación positiva entre la duración de la LM y la escolaridad de la madre, su intención de amamantar y experiencias previas de amamantamiento. Este estudio también identificó la baja autoeficacia que se relaciona negativamente con la duración del amamantamiento. También demostró una asociación clara entre conocimiento y duración del amamantamiento en las primigestas. El hábito tabáquico fue asociado a una menor duración de la LM, la sensación de apoyo por parte de los miembros de la familia también es un factor que se asocia con una LM más duradera (Kronborg y Vaeth, 2004).

Por otra parte el 2004 en Grecia se detectaron más factores influyentes tales como percepción de la madre de leche insuficiente, el hecho de tener que tomar algún medicamento y el dolor del pezón. También se encontró una relación entre los estudios maternos y la duración de la LM, además de agregar el factor de educación paterna que también influiría en

las tasas de lactancia. Este estudio además identificó el factor del empleo materno y la educación materna que se asoció con una menor duración de la LM dado que las madres deben regresar al trabajo o a la escuela. Otro factor identificado en este estudio fue el de los partos prematuros y el ingreso a la unidad de neonatología, dichos factores influirían negativamente en el inicio y duración de la LM. A diferencia de otros estudios se encontró que la participación de los familiares puede influir negativamente en la duración de la LM (Ladomenou, Kafatos y Galanakis, 2007).

En un estudio realizado en México entre 2004 y 2006 se identificó que las madres adolescentes, comparadas con las madres adultas, tienen menor probabilidad de iniciar la lactancia, esta condición, podría estar dada por la problemática propia de la etapa de la adolescencia (Quezada, Delgado, Arroyo y Díaz, 2008).

Considerando lo últimamente planteado y el hecho de que la ocupación de la madre, desde el punto de vista de la madre estudiante, que ha sido identificado también como un factor influyente en la duración de la LM y LME es que se considera fundamental caracterizar la etapa de la adolescencia y la LM en dicha etapa.

Según la OMS (s.a.) se define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" fijando sus límites.

Los cambios corporales que anuncian la llegada de la pubertad, como inusitada estación del cuerpo, y que marcan el inicio de la adolescencia, provocan cierto desconcierto en los púberes y adultos cercanos. Comienza una nueva etapa de aprendizaje y cambios. Se considera a la adolescencia como una etapa de la vida en sí misma, como la niñez o la edad adulta, y no como un período de transición de un estado a otro, por lo tanto, la adolescencia es la etapa que transcurre desde la pubertad hasta los 19 años (Valdés, Essien, Bardales, Saavedra y Bardales, 2002).

Esta transición de cuerpo y mente, proviene no solamente de sí mismo, sino que se conjuga con su entorno, el cual es trascendental para que los grandes cambios psicológicos que se producen en el individuo lo hagan llegar a la edad adulta.

En los adolescentes ocurren cambios aún más importantes que se aprecian en el área intelectual del entendimiento, memoria, razonamiento, asociación de ideas, facultad de evocación y de la creación en procesos sentimentales y emocionales. En esta época la inteligencia se desenvuelve, a veces en tiempo y forma inesperados, con exaltación de las facultades del juicio y de la comprensión, en busca de caminos ignorados e inexplorados.

Surgen vocaciones que aseguran con firmeza el futuro del individuo, se desarrollan múltiples facetas de una nueva convivencia con el mundo que los rodea. No obstante, lo más notorio y difícil en el adolescente es el despertar de las emociones (Casas y González, 2005).

Los complejos sentimientos asociados al desarrollo de la personalidad del adolescente deben ser modelados de acuerdo a los cánones de la sociedad en la que se encuentra inmerso. Existe un gran número de adolescentes que evolucionan de forma errónea, porque se han desarrollado físicamente, pero no han crecido emocionalmente, y suelen actuar como niños, llevándolos a comportarse de formas inapropiadas, que pueden llevar a resultados inesperados que traerán consecuencias irreparables para sus vidas como por ejemplo el embarazo adolescente.

El embarazo adolescente se define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen" (Maddaleno, Silber y Suárez, 1999).

El embarazo adolescente, generalmente no planificado y no deseado, supone un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la adolescente, además de condicionar, definitivamente, su estilo de vida, por lo que constituye para las jóvenes que resultan embarazadas un problema más social que médico. Diferentes estudios han puesto de manifiesto que el embarazo adolescente es un embarazo no deseado, observándose variaciones según el entorno sociocultural (Lete, De Pablo, Martínez y Parrilla, 2007).

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente (Rivera, 2003).

Desde la perspectiva sociocultural, la adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema escolar, quedando con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas. Esta situación se ve agravada por su condición de madre soltera (Molina, Ferrada, Pérez, Cid, Casanueva y García, 2004).

Por otra parte las inequidades en las relaciones de género, acrecientan la vulnerabilidad de las mujeres, puesto que confluyen diversas formas de subordinación social: en cuanto mujer, en cuanto joven, en cuanto pobre. Además, la figura del padre adolescente no está plenamente constituida en la sociedad, siendo muchas veces un actor invisibilizado que

elude su co-responsabilidad en el embarazo. De este modo, la mujer debe asumir estos costos sobre sí misma y sobre su propio/a hijo/a (Palma, 2001).

Las cifras de embarazo adolescente han aumentado en Chile de 13,8% en 1993 a 14,9% en 2004 (DEIS, s.a,a). El 2008 para el país la cifra de madres de nacidos vivos menores de 20 años fue 40947 (16,5%) de un total de 246.581 nacimientos (DEIS, s.a,b). En la región de los Ríos el 2008 el número de nacidos vivos en madres menores de 20 años es de 1115 (21%) de un total de 5306 nacimientos (DEIS, s.a,c).

En relación a los factores de riesgo que condicionan el embarazo adolescente, se pueden encontrar distintas variables que los determinan, pudiendo establecer tres categorías: factores de riesgo individual, familiar y social (Borgoña, León, Minassian y Bustamante, 2008).

Se ha visto que el mayor riesgo del embarazo adolescente no parece estar influenciado por las condiciones fisiológicas especiales, sino que es más importante la influencia de las variables socioculturales y las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione.

Todo embarazo adolescente traerá consigo consecuencias. Para la madre adolescente dichas consecuencias podrían ser: el aborto ilegal, el aumento de la mortalidad materna, la deserción escolar, el desempleo, baja autoestima y trastornos mentales entre otros. Y para el hijo de la madre adolescente existe mayor riesgo de muerte, prematuridad, bajo peso al nacer, retardo del crecimiento y desarrollo, y maltrato físico (Issler, 2001). Además las adolescentes deben postergar sus estudios, deteriorando sus opciones laborales y del desarrollo personal.

El embarazo en la adolescencia representa un esfuerzo fisiológico extra, y la lactancia provoca que dicho esfuerzo se aún mayor, ya que la energía y los requerimientos nutricionales para la misma son mayores que los del embarazo (Luna, 2002).

Según la literatura las causas del abandono precoz de la LM adolescente son diversas. Dentro de los problemas que las adolescentes consideran al amamantar encontramos los siguientes: dolor, incomodidad con respecto a la idea de mostrarse en público o con respecto al acto mismo de amamantar, inconvenientes tales como no ser capaces de salir a fiestas, caída de los senos y tener que llevar una bomba extractora al colegio (Hannon, Willis, Bishop-Townsend, Martinez y Scrimshaw, 2000). Pudiendo relacionar mencionados problemas con el abandono precoz de la lactancia.

En el estudio mencionado realizado en México, de un total de 70 adolescentes estudiadas, los motivos de abandono de la lactancia fueron los siguientes: primera causa hipogalactia (63,6%), como segunda causa regreso a la escuela (13,6%), como tercera causa indicación médica (11,3%), y otras, relativas al pezón, enfermedad materna, trabajo materno y enfermedad por reflujo del RN (11,5%). Y el porcentaje de abandono en el tiempo: primer mes, 65,7%; segundo mes, 61,4%; tercer mes, 51,4%; cuarto mes, 45,7%; quinto, 44,3%; y a los seis meses, la lactancia exclusiva fue de 38,6% (Quezada, et al., 2008).

En Chile el 2004 se realizó un estudio a madres adolescentes de entre 14 y 19 años que encontró diferentes factores asociados al abandono precoz de la LME, unos se condicen con los estudios citados previamente como sensación de dolor al amamantar, presentar heridas en los pezones, percepción de falta de conocimiento sobre beneficios de la LM. Apreciación de que el bebé no sube de peso o de que el bebé queda con hambre, la falta de apoyo familiar y el volver al colegio o al trabajo. Además identificó otros como sensación de tener leche aguada, tener los pechos endurecidos, o el hecho de que el bebé rechaza el pecho y el abandono de la pareja (Castillo y Lamas, 2005).

Con la intención de otorgar una visión realista, local, y actualizada respecto a los factores y motivos por los cuales cesa la LME en madres adolescentes, se espera dar a conocer la prevalencia global de LME al cuarto mes post-parto y los motivos por los cuales las madres abandonan esta práctica, como una forma de vislumbrar estrategias para aumentar la lactancia en las madres adolescentes y de cierta forma potenciar los beneficios que otorga la LME para el binomio madre-hijo, sociedad y economía, ya que no existen datos representativos y validados de madres adolescentes beneficiarias del sistema público de salud de la ciudad de Valdivia.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

- 3.1.1 Evaluar cuali-cuantitativamente los factores que influyen en el abandono precoz de la LME en madres adolescentes beneficiarias del sistema público de salud de la ciudad de Valdivia.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 3.2.1 Caracterizar a las madres adolescentes según variables sociodemográficas y clínico-epidemiológicas.
- 3.2.2 Calcular la prevalencia global y de LME al primer, segundo, tercer y cuarto mes posparto.
- 3.2.3 Estimar la probabilidad de mantener LME dentro de los primeros 4 meses de vida a través de análisis de sobrevida (Kaplan-Meier).
- 3.2.4 Describir las motivaciones y causas que refieren las madres adolescentes para abandonar la LME precozmente.
- 3.2.5 Identificar factores psicosociales que influyen en el abandono precoz de la LME antes de los cuatro meses en las madres adolescentes.



## **4. MATERIALES Y METODOS**

### **4.1 TIPO DE ESTUDIO**

Se realizó un estudio con enfoque mixto (cuali-cuantitativo). La orientación cuantitativa se basó en el seguimiento de una cohorte retrospectiva estableciendo como límite de seguimiento los cuatro meses posparto. El estudio de cohorte pretende hacer el seguimiento de un grupo de individuos que no presenten la condición de estudio, con el objetivo de medir la frecuencia con que dicha condición se manifiesta, y a su vez determinar los factores de riesgo y/o causas presentes para el desarrollo de esta (March, 1999). Adicionalmente, mediante el uso de análisis de sobrevivencia permite establecer la probabilidad de mantener la LM y LME durante el periodo de los cuatro primeros meses.

La aproximación cualitativa se enfoca a establecer las motivaciones descritas abiertamente por madres que abandonaron la LM antes del cuarto mes.

Se decidió realizar un estudio mixto puesto que, los métodos cuantitativos y en particular las cohortes son muy potentes en términos de validez interna y externa, ya que con una muestra representativa de la población hacen inferencia a dicha población con seguridad y precisión definida. Usando técnicas cualitativas es posible indagar más profundamente en explicaciones para el suceso de ciertos eventos. Consecuentemente, la búsqueda en profundidad de cómo se evidencia el fenómeno permite complementar el entendimiento del problema en foco a través de la corrección de sesgos y limitaciones propios de cada método.

En primer lugar se cuantificó la cantidad de madres adolescentes que tuvieron su parto en el periodo febrero - junio 2011 en la maternidad del Hospital Base Valdivia (HBV), y cuántas de estas abandonaron la LME durante el primer, segundo, tercer y cuarto mes de vida del lactante. El enfoque cuantitativo, se basó en la recolección de datos utilizando una encuesta estructurada, que permitió obtener, de manera sistemática y ordenada, información sobre las variables que intervinieron en la investigación. Cabe destacar que este enfoque permite realizar a todas las entrevistadas las mismas preguntas, en el mismo orden, y en una situación social similar; de modo que las posibles diferencias a encontrar en las respuestas podrían ser adjudicadas a las diferencias entre las adolescentes entrevistadas (Días de Rada, 2002). Se utilizó un cuestionario de respuesta breve el cual contenía preguntas cerradas y semiestructuradas seleccionadas y modificadas para una mejor comprensión (anexo 1).

En segundo lugar se identificaron las causas o factores por los cuales se abandonó la LME, para esta parte de la investigación se utilizó la metodología cualitativa, basada en la realización de entrevistas semiestructuradas, centrándonos en el fenómeno a estudiar a través de la observación y la medición subjetiva de los datos, orientada al proceso que viven las madres adolescentes obteniendo así una realidad dinámica del suceso.

## **4.2 POBLACION OBJETIVO**

### **Criterios de Inclusión**

- Madres adolescentes entre 14 y 19 años.
- Madres de RN de termino sanos.
- Beneficiarias del sistema público de salud.
- Residencia en los límites urbanos de la ciudad.
- Estar inscrita en un Centro de atención pública de salud.
- Que hayan dado a luz entre los meses de febrero y junio del 2011.
- Que hayan estado hospitalizadas en la unidad de puerperio HBV.

Previo al comienzo del estudio las madres adolescentes que deseen participar deberán firmar el consentimiento informado (anexo 2).

### **Criterios de exclusión**

- Adolescentes que no deseen participar de la investigación.
- Adolescentes con domicilio desconocido o incorrecto.
- Adolescentes cuyo número telefónico de contacto no sea correcto

## **4.3 VARIABLES DE INTERÉS**

### **Variable desenlace o respuesta:**

- LME al cuarto mes.
- Tiempo de mantención de LM durante los primeros 4 meses.

### **Otras variables:**

- Edad.
- Sexo del RN.
- Escolaridad.
- Nivel socioeconómico.
- Apoyo familiar.
- Apoyo pareja o cónyuge.

- Situación escolar actual.
  - Numero de controles pre natales.
  - Información previa recibida sobre LM.
  - Embarazo deseado y/o planificado.
  - Ingreso del RN a alguna unidad crítica.
- Ver definición nominal y operacionalización de variables en anexo 3.

#### **4.4 ANALISIS DE DATOS**

El seguimiento para establecer el comportamiento de la variable principal (duración de la LME) se hizo mediante revisión de fichas clínicas desde los Centros de Atención Primaria basada en los controles regulares establecidos por el Programa Infantil. Adicionalmente, se contactó telefónicamente (anexo 4) y a través de visita a domicilio para definir con precisión la condición de lactancia al finalizar el primer, segundo, tercer y cuarto mes.

Los datos recopilados mediante la encuesta y desde las fichas de salud fueron digitados de manera codificada en una planilla Excel. Se hizo transferencia de datos y análisis estadístico en el programa Stata 10.

Para el análisis inicial, los datos fueron explorados de manera rigurosa para detectar posibles datos faltantes o inconsistentes. En el análisis descriptivo se usaron medidas de resumen, distribución de frecuencia, medidas de posición y dispersión, dependiendo del tipo de variable así como de su comportamiento y ajuste a la normalidad. Conforme esto, se calculó medias, medianas, desviación estándar, rangos, etc.

Se estimó la prevalencia global de la LME al cuarto mes y también para el primer, segundo y tercer mes posparto. Adicionalmente, mediante cálculo de sobrevida usando curvas de Kaplan Meier se estableció la probabilidad de sobrevida de LME durante distinto tiempo en el periodo de cuatro meses.

El análisis de asociación contempló la evaluación de la LME contrastada con co-variables como edad, sexo del niño, estado civil, escolaridad, etc. Para variables continuas o discretas se utilizó el Test T (t de Student) o Mann-Whitney. En tanto para las categóricas, prueba exacta de Fisher.

#### 4.5 ESTRATEGIA ANALÍTICA CUALITATIVA

Se utilizó la aproximación etnográfica ya que el propósito de esta es describir y analizar las conductas de un determinado grupo de personas y los significados que le dan a esta. Además mediante este tipo de diseños se “buscó describir y analizar ideas, creencias, significados, conocimientos y prácticas de grupos y culturas”. Siendo esto lo que se pretendió obtener como resultado de la investigación, creencias, y significado que las madres adolescentes atribuyen a la práctica de la LM, junto con las causas y motivos por los cuales se produce el abandono precoz de dicha práctica (Chisnall, 2001).

La metodología de trabajo se llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas (anexo 5) que fueron realizadas a través una visita domiciliaria previo acuerdo con las entrevistadas, consultadas telefónicamente, las entrevistas realizadas fueron 20, seleccionadas por cada mes en que se produjo el abandono. Las madres entrevistadas fueron seleccionadas de forma tal que el universo de la muestra presento la mayor diversidad, utilizando las variables ya antes descritas y dependiendo esto de las características de las adolescentes que abandonaron la LM, LME en cada mes.

La información obtenida fue sometida a un análisis de dominios, que se refiere a una categoría de significado cultural que incluye otras categorías menores (Morse, 2005).

Dichas categorías son un tipo de evento o escenario particular de una cultura.

El dominio está formado por tres elementos básicos:

- El término cubierto, el cual es el nombre del dominio
- El término incluido que es el nombre para las subcategorías
- La relación semántica en la cual dos categorías son agrupadas

Existen distintos tipos de dominios, así se presentan:

- Dominios folclóricos o populares: se presenta cuando se conservan los términos del lenguaje utilizado en la situación social.
- Dominios mixtos: cuando las palabras del informante se combinan con las del investigador para complementar los términos.
- Dominios analíticos: en donde los investigadores interpretan los significados culturales, así los términos son presentados en palabras del investigador.

Posteriormente se realizó el análisis taxonómico que según Morse se define como una búsqueda de las partes de una cultura, relación entre dichas partes y sus relaciones en totalidad, la combinación de la entrevista etnográfica y su análisis conduce al descubrimiento de un significado particular de un sistema cultural.

El análisis taxonómico es el segundo paso del análisis etnográfico y consiste en relacionar las categorías en base a una relación semántica (Spradley, 1979).

Los tipos más utilizados de relaciones semánticas son:

- 1.- Inclusión estricta, X es un tipo de Y
- 2.- Espacial, X es un lugar o parte de Y
- 3.- Causa-Efecto, X es un resultado de Y; X es una causa de Y
- 4.- Racional, X es una razón para hacer Y
- 5.- Localización para la acción, X es un lugar para hacer Y
- 6.- Función, X es usado para Y
- 7.- Medio-Fin, X es una forma de hacer Y
- 8.- Secuencia, X es un paso (etapa) de Y
- 9.- Atribución, X es una característica de Y

Y finalmente un análisis de temas que consiste en lograr una visión general y holística de la cultura, a partir del entendido que las culturas son sistemas de significados que están integrados al universo en general.

## 5. RESULTADOS

Durante el periodo febrero - junio de 2011 dieron a luz un total de 190 madres adolescentes en el HBV. De éstas, 85 pertenecían a la comuna de Valdivia. A 35 de ellas no fue posible contactarlas para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos y 2 rechazaron participar del estudio. Consecuentemente, el análisis se realizó sobre un total de 48 binomios madre-recién nacidos.

Respecto de las características sociodemográficas maternas destacó una edad media de 17,3 años ( $\pm 0,96$ ), fluctuando entre 14 y 18 años. La escolaridad materna mostró una media de 10,1 años ( $\pm 1,7$ ) concentrándose la mayoría en la categoría de escolaridad media incompleta (43,7%). Todas las madres eran solteras y señalaron un ingreso económico mensual familiar medio de \$224.062 ( $\pm 146.678$ ) distribuyéndose la mayor proporción en el rango 200.00 – 299.000 (Tabla 1). El ingreso per cápita medio fue de \$40.000 mensuales (RIC: 21547 – 53571).

**Tabla 1.** Distribución de madres según características sociodemográficas.

Antecedentes Personales	Frecuencia	
	n	%
<b>Edad (años)</b>		
14 – 16	12	25
17 – 18	36	75
<b>Escolaridad (años)</b>		
Básica Incompleta	2	4,2
Básica Completa	11	22,9
Media Incompleta	21	43,7
Media Completa	13	27,1
Superior	1	2,1
<b>Estado Civil</b>		
Soltera	48	100
Conviviente	0	0
Casada	0	0
<b>Ingreso familiar mensual (pesos)</b>		
< 100.000	11	22,9
100.000 – 199.000	7	14,6
200.000 – 299.000	15	31,2
300.000 – 399.000	8	16,7
$\geq$ 400.000	7	14,6

En relación a características obstétricas y gestacionales, se observó que la mayoría de las madres adolescentes no programó su embarazo (95,8%) y presentaban su primer parto (93,7%). Respecto de los controles prenatales, la mediana fue de 8 controles con un mínimo de 2 y un máximo de 15; la mayor proporción asistió al menos a 10 controles (33,3%).

En relación al apoyo recibido durante la gestación, se observó que la gran mayoría recibió apoyo tanto de su familia (91,7%) como de su pareja (75%) (Tabla 2).

**Tabla 2.** Distribución de madres según características y condiciones del embarazo.

<b>Antecedentes del Embarazo</b>	<b>Frecuencia</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Programación del embarazo</b>		
Programado	2	4,2
No Programado	46	95,8
<b>Controles Prenatales</b>		
2 – 4	4	8,3
5 – 7	17	35,4
8 - 9	11	22,9
≥ 10	16	33,3
<b>Paridad</b>		
Primípara	45	93,7
Múltipara de 2	3	6,3
<b>Apoyo Familiar</b>		
Con apoyo	44	91,7
Sin Apoyo	4	8,3
<b>Apoyo de la Pareja</b>		
Con apoyo	36	75
Sin Apoyo	12	25

De las características de los RN destacó que la mayoría eran mujeres (58,3%), con un peso al nacer medio de 3384 g ( $\pm 441$ ), observándose valores límites de 2650 y 4750 g. Por su parte, la edad gestacional mostró una media de 39 semanas ( $\pm 1,1$ ) oscilando entre 37 y 41 semanas. Adicionalmente se evidenció que la mayoría de los neonatos se clasificaron como adecuados para la edad gestacional, siendo sólo cinco (10,4%) pequeños para la edad gestacional (Tabla 3).

**Tabla 3.** Características de los recién nacidos en estudio.

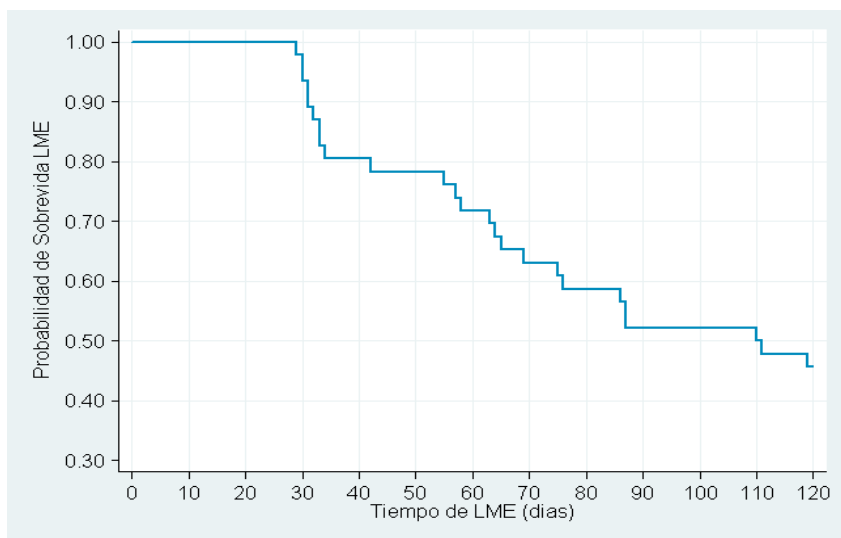
<b>Antecedentes Neonatales</b>		
<b>Peso al nacer (g) media ±DS</b>	3384	441
<b>Edad Gestacional (semanas) media ±DS</b>	39	1,1
<b>Adecuación (n, %)</b>		
AEG	41	85,4
PEG	5	10,4
GEG	2	4,2
<b>Sexo (n, %)</b>		
Masculino	20	41,7
Femenino	28	58,3

AEG: adecuado a la edad gestacional; PEG: pequeño para la edad gestacional; GEG: grande para la edad gestacional.

### Características de la LM

Al término del seguimiento de cuatro meses, se observó una prevalencia de LME de 43,8% (21/48). Destacó que dos madres (4,2%) abandonaron el hospital sin mantener LME.

La prevalencia de LME al finalizar el primer mes fue de 89,6%, con una disminución progresiva a 68,8%, 50%, y 43,8% al segundo, tercer y cuarto respectivamente (Tabla 4). La duración media de la LME fue de 83,9 días (RIC: 48,5 – 120).



Al estimar la probabilidad de sobrevivencia de LME mediante Curva Kaplan-Meier, se observa que en madres adolescentes al tercer mes posparto, poco más del 50% mantiene LME. Destaca un descenso rápido de la probabilidad de LME entre los 30 y 40 días cayendo hasta un 80% (Figura 1).

**Figura 1.** Estimación de sobrevivencia de lactancia materna exclusiva al cuarto mes.



**Tabla 4.** Prevalencia de Lactancia Materna Exclusiva por mes.

<b>Duración</b>	<b>Frecuencia</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Primer mes</b>	45	89,6
<b>Segundo mes</b>	33	68,8
<b>Tercer mes</b>	24	50
<b>Cuarto mes</b>	21	43,8

No se observó una asociación significativa de la variable duración de LME con las características del RN (peso, edad gestacional, adecuación o sexo) o de la madre (edad, escolaridad, número de CPN, paridad). No obstante se observó una tendencia a mayor duración de LME cuando las madres recibieron información sobre el tema en el embarazo o puerperio (85 días vs. 77 días de LME) o cuando recibieron apoyo de la pareja (88 días vs. 72 días de LME) o apoyo familiar durante la gestación (86 días vs. 61 días LME).

Al analizar la variable LME al cuarto mes (Si/No) se observó una asociación con el tipo de parto, evidenciándose una diferencia significativa en la proporción de abandono de LME al cuarto entre madres que presentaron un parto normal respecto de aquellas cesarizadas o con fórceps; el 100% de estas últimas había abandonado la LME al cuarto mes respecto de un 48,8% en las con parto normal ( $p=0,014$ ).

Una tendencia a menor proporción de abandono de LME al cuarto mes se observó cuando las madres especificaron un ingreso per cápita mensual igual o superior a \$40.000 (48% vs. 65%,  $p=0,259$ ).

En relación con los conocimientos de las madres adolescentes respecto al acto mismo de amamantar se observó que la mayoría de éstas conoce la forma correcta para posicionar su mano (87,5%), la frecuencia con la cual deben alimentar al niño (52,08%) y las posiciones para acoplar al niño al pecho (95,83%), sin embargo al preguntarles la alternancia de los pechos para amamantar el 50% tiene un concepto erróneo o desconoce la forma correcta de hacerlo (Tabla 5).

**Tabla 5.** Conocimientos de las madres en relación al acto de amamantar

Conocimientos maternos	Frecuencia	
	n	%
<b>Posición de la mano al amamantar</b>		
En forma de C	42	88
En forma de tijera	3	6
Desconoce	3	6
<b>Frecuencia de amamantamiento</b>		
Cada 3 horas	14	29
Libre demanda	25	52
Cada 4 horas	7	15
Otro	2	4
<b>Pecho que deben utilizar para amamantar</b>		
Pecho que tomo último	12	25
Pecho que tomo primero	22	45
Desconoce	15	30
<b>Posiciones para amamantar</b>		
Conoce	46	96
Desconoce	2	4

En relación a los conocimientos de las madres adolescentes sobre otros factores que pueden influir en la LME, como formas de identificar la saciedad del niño una cifra alta (39%) no reconoce formas de identificarla.

El 86% de las madres adolescentes considera que el único alimento que debe dar al RN hasta los seis meses es el pecho materno y solo 4% desconoce. Respecto de cómo actuar frente a los cólicos del niño 36% considera que debe dar agüitas o té de anís y suspender la LME (Tabla 6).

De acuerdo al conocimiento que poseen las madres respecto a las acciones a realizar ante la presencia de grietas en los pezones, existe una marcada tendencia (45%) a utilizar su propia leche como cicatrizante y sólo 7% reconoce no saber qué hacer para dicho problema. No se observó una asociación significativa entre la variable duración de LME, con los conocimientos de la madre en relación a los factores ya mencionados (Tabla 6).

**Tabla 6.** Conocimientos de las madres en relación a LM, cólicos y grietas

Conocimientos maternos	Frecuencia	
	n	%
<b>Formas de identificar la insaciedad del niño</b>		
Llora constantemente y no parece satisfecho	16	33
Mama con frecuencia y se chupa los dedos	5	10
Otros	8	16
Desconoce	19	39
<b>Tipo de alimentación hasta los seis meses</b>		
Pecho nada más	41	86
Pecho mas agüitas o té	2	4
Pecho mas relleno	2	4
Pecho y otros alimentos	1	2
Desconoce	2	4
<b>Que hacer en caso de cólicos</b>		
Dar agüitas o tecitos de anís y suspender la leche	17	36
Masajes en la espalda para eliminar los gases	15	31
Dar agüitas y masajes	6	13
Otros	5	10
Desconoce	5	10
<b>Que hacer en caso de grietas</b>		
Usar cremas y lavarse los pezones	19	40
Ponerse de su propia leche en los pezones	22	45
Otros	4	8
Desconoce	3	7

Respecto a las creencias de las madres encuestadas sobre las acciones que deben realizar para estimular la producción de leche, la mayoría (96%) considera que debe aumentar la ingesta de líquidos y mantener una dieta equilibrada, mientras solo 4% desconoce qué hacer. En relación a los alimentos prohibidos durante la lactancia la mayoría de ellas (46%) refiere que no debe comer alimentos flatulentos y 14% reconoce no saber (Tabla 7).

**Tabla 7.** Creencias maternas en relación a las conductas a seguir para la producción de leche.

<b>Producción de leche</b>	<b>Frecuencia</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
Aumentar ingesta de líquidos	46	96
Mantener dieta equilibrada	25	52
Otros	6	13
Desconoce	2	4
<b>Alimentos prohibidos</b>		
Alimentos flatulentos	22	46
Otros	12	25
Desconoce	14	29

En relación a los beneficios que otorga la LME 27,1% de las madres no recuerda o desconoce alguno de ellos, en tanto que 39,6% identifica 2 beneficios y el 14,5% solo 1 beneficio. Dentro de los todos los beneficios o ventajas atribuidos a la LM, el más señalado (29,1%) se relaciona con la capacidad de brindar anticuerpos al RN (Tabla 8).

**Tabla 8.** Beneficios de la lactancia materna enunciados por las madres.

<b>Beneficios</b>	<b>Frecuencia</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
Otorga anticuerpos al bebé	23	29,1%
Otorga más nutrientes al bebé	11	13,9%
Crecen más sanos	11	13,9%
Recuperar peso de la madre	10	12,0%
Disminuye riesgo de enfermedades	5	6,0%
Fortalece el apego	5	6,0%
Es buena para el bebé	4	5,0%
Económica	3	3,8%
Es más cómoda	2	2,5%
Otros	5	6,0%

## **Análisis cualitativo**

Se realizó 20 entrevistas a madres adolescentes que abandonaron la LME antes del cuarto mes posparto. De los discursos emergieron dos temas principales relacionados con los factores o motivos del abandono de la LME y percepción de la información y atención recibida.

### **Tema 1: Factores y motivos del abandono de la LME**

En cuanto a la mantención de la LME posterior al cuarto mes de nacimiento, se identifican distintos motivos y factores influyentes, aunque similares entre las opiniones maternas, es así como la sensación de insatisfacción del lactante con el pecho materno es una de los motivos más mencionados por las madres para abandonar la práctica de la LME. Esta sensación es manifestada a través de distintas expresiones:

*“...Porque él no se quedaba conforme con mi pecho...” (E12P3)<sup>1</sup>*

*“...Porque ella pedía comer más, si cuando estábamos tomando once ella miraba el té...” (E2P3)*

*“...Porque me vaciaba los pechos y me pedía más y yo no tenía” (E2P4)*

*“...No subía de peso...” (E19P6)*

Otros factores que también se corresponden con la saciedad del niño y que fueron mencionados por las madres como motivos de abandono de la LME, son aquellos que comprometen la cantidad de leche producida, es así como algunas percibieron que producían poca cantidad de leche o que dejaron de producir:

*“...Porque no me salía más leche...” (E3P3)*

*“...Se me cortó la leche...” (E13P7)*

*“...No tengo tanto para darle...” (E19P2)*

---

<sup>1</sup> Las viñetas o fragmentos del discurso son identificados con el N° de entrevista (EX) y el párrafo (PX)

A pesar esta percepción de falta de leche, existen opiniones divergentes que se relacionan con la necesidad de disminuir la cantidad de leche que ingiere el bebé por el sobrepeso de este, además de las propiedades que se les atribuyen a las agüitas y tés:

*“...Porque estaba muy gordito, estaba sobrepeso...” (E11P3)*

*“...Igual los cólicos, porque me decían que con el agüita de anís se le podían pasar...” (E11P5)*

*“...Mi papá me dijo que ellos piden agüita y les hace bien... les ayuda a crecer el estómago...” (E20P8)*

Otros factores mencionados se relacionan con distintos problemas o situaciones maternas y del RN que impiden el normal desarrollo de la lactancia, es así como volver al liceo que se relaciona directamente con la etapa del ciclo vital en la que fueron madres, se menciona como uno de los motivos para abandonar la práctica de la LME, además del ingreso del lactante a un centro hospitalario.

*“...Estuvo hospitalizado y le daban formula...” (E8P3)*

*“...Lo que pasa es que como yo no estoy siempre con el mi mamá le da leche, o las tías del jardín le dan relleno...” (E1P6)*

*“...Porque empecé a ir al liceo y como es regalón mi mamá en las mañanas le comenzó a dar leche...” (E4P5)*

*“...Es que yo estaba yendo al liceo y a las 12 yo venía a mi casa y le daba, pero en la mañana no podía entonces ahí mi mamá le daba leche de la Nido...” (E7P3)*

*“...Porque voy a entrar al liceo y ella ya tiene tres meses y la persona que esté a cargo tiene que darle si o si una pequeña mamadera...” (E14P2)*

*“...Lo que pasa es que mi guagua estuvo hospitalizado dos veces pó al principio en neonatología y después hace poquito en lactante y se acostumbró al relleno...” (E18P4)*

*“...Es que estaba enfermo y no quería tomar de la mía...” (E6P7)*

Como factores protectores de la LME se identificaron los relacionados con la economía, disponibilidad y los beneficios que otorga la leche materna, observando una clara inclinación de las madres por preferirla.

*“...Igual tenia harta leche o sea me salía harta...” (E8P5)*

*“...Tengo miedo que se me enfermen o se me empachen...” (E16P8)*

*“...Hubiese preferido mil veces darle pecho, si el tarro de leche nido me sale 8 lucas...” (E3P5)*

Para abandonar la práctica de la LM se observan factores que no se habían mencionado con anterioridad que se relacionan con estados emocionales negativos de la madre y dolor físico producido por grietas en los pezones.

*“Me hería los pechos y me dolía mucho” (E15P3)*

*“...Ahora último estoy triste, porque estoy sola...” (E15P4)*

La percepción de muchas madres es que existe un único factor condicionante, cualquiera de los antes descritos, que de no existir continuarían con la LME.

*“...Le hubiera seguido dando...” (E14P5)*

*“...No, porque cuando no voy al liceo paso todo el tiempo con él...” (E4P7)*

*“...Sí, hasta los 6 meses como dicen...” (E16P10)*

## **Tema 2: Percepción sobre la información y atención recibida:**

Dentro del modelo de salud actual se otorga especial importancia a la información que se entrega a los usuarios, al igual que la calidad con la que estos son atendidos, por ello se han creado estrategias con el fin de mejorar éstos ya mencionados aspectos. En relación a la información que se entrega específicamente a las embarazadas encontramos un número mínimo de controles prenatales donde debiera ser entregada toda la información necesaria para que dichas futuras madres puedan enfrentar el proceso de embarazo, parto y LM, sumado a esto encontramos en el control de salud del niño un refuerzo en relación a la LM y los cuidados de éste. El resultado se ve reflejado en la opinión positiva de las madres encuestadas frente a dichos temas, a través de diferentes expresiones como:

*“...Desde el primer taller que tuvimos en el consultorio me explicaron...” (E10P7)*

*“...Me dijeron que tenía que hacer y para que le servía a mi bebé...” (E6P9)*

*“...Recibí información en los controles no más...” (E20P6)*

*“...Todo lo que he leído me lo he grabado y me ha servido...”* (E2P8)

*“...Igual una aprende...”* (E8P5)

*“...Fue bacán...”* (E3P9)

A pesar de los resultados positivos antes mencionados, debemos considerar a la minoría cuya opinión es que la atención brindada no es igual en todos los centros de salud, esto se ve reflejado en la siguiente opinión

*“Yo me cambie a otro centro porque no me atendían nunca en el XX”* (E3P6)

También encontramos un número mínimo de madres que considera que la información fue escasa, no recuerda, o dicha información no cumple los objetivos. Cuyas expresiones fueron:

*“Me explicaron en el hospital sobre la leche y como darle, en el consultorio no mucho”* (E19P6)

*“Recibí información en los controles no más”* (E19P6)

*“Recibí información pero no me acuerdo”.* (E18P6)

Lo anterior mencionado tiene directa relación con la atención brindada por parte de los centros de salud, en donde las madres reflejan lo superficial de los controles, falta de material visual para reforzar los conocimientos lo cual se ve reflejado en sus opiniones:

*“Nunca me enseñaron como me tenía que preparar”* (E12P6)

*“Me revisaban no más”* (E12P6)

*“No me pasaron folletos ni nada sobre como yo tenía que dar a luz a mi bebé”*  
(E12P6)

En relación a la atención brindada por los profesionales de la salud existe un claro contraste entre las opiniones maternas dada por las diferentes experiencias, que se ve reflejada en la forma de expresarse frente al mismo tema.

*“Hubo una matrona que me retó súper fuerte”* (E12P6)

*“La matrona siempre me respondía”* (E7P6)



## 6. DISCUSIÓN

Esta tesis ha dejado en evidencia el alto porcentaje de abandono de la LME al cuarto mes no alcanzando el 50%. Consecuentemente, y observando la tendencia, el porcentaje que alcanzaría la recomendación de LME al sexto sería mínima. Adicionalmente, se detectó como único factor asociado significativamente al abandono precoz de la LME el tipo de parto.

La duración media de la LME fue de 83,9 días lo cual es similar a lo encontrado en un estudio en adolescentes de 14 a 19 años que alcanzó 3,1 meses (Spear, 2006).

En este trabajo, la LME al tercer mes alcanzó 50% cifra inferior a lo encontrado en un estudio local previo en población similar realizado entre 2005 y 2006, en donde la prevalencia a este tiempo alcanzó 59%. En ese mismo estudio, se estimó un riesgo relativo de abandono de la LME en madres adolescentes de 1,5 (IC<sub>95%</sub> 1,09-2,14) comparado con madres mayores (Barría, Santander y Victoriano, 2008).

Al analizar la variable LME al cuarto mes (Si/No) se observó una asociación con el tipo de parto, evidenciándose que el 100% de las madres cesarizadas había abandonado la LME al cuarto mes, a diferencia de las que presentaron un parto normal (48,8%). Resultados similares se obtuvieron en México donde se detectó una LM evidentemente mas corta (70% de las madres cesarizadas abandona la LM antes de los 15 días postparto). A su vez en un estudio realizado en España se detectó como factor condicionante en el cese de la LME, el origen de la madre y el tipo de parto (Bazán, et al., 2007; García-López, Ros-Bas, 2010).

La condición de ser adolescente ha sido descrita como uno de los factores relacionados con el abandono precoz de la LME, sin embargo en este estudio no se observó una asociación significativa de la variable duración de LME con las características de la madre (edad, escolaridad, número de CPN, paridad), o del RN (peso, edad gestacional, adecuación o sexo), contraponiéndose con un estudio realizado por autores Daneses (Kronborg y Vaeth. 2004), que señala una relación positiva entre la duración de la LM y la escolaridad de la madre, sin embargo existen similitudes en relación a conocimiento sobre LME y duración del amamantamiento en las primigestas, ya que se observó una tendencia a mayor duración de LME cuando las madres recibieron información sobre el tema en el embarazo o puerperio (85 días vs. 77 días de LME).

Respecto al tema apoyo, se observó una tendencia a mayor duración de LME cuando recibieron apoyo de la pareja (88 días vs. 72 días de LME) o apoyo familiar durante la gestación (86 días vs. 61 días LME). Éstos resultados se condicen con los obtenidos en Dinamarca (2004), pero difieren de otros estudios que señalan una relación negativa entre LME y apoyo familiar (Ladomenou, et al., 2007).

Al finalizar el estudio se concluyó que las principales causas referidas por las madres adolescentes para abandonar precozmente la LME fueron insatisfacción del lactante con el pecho materno, déficit de información, hipogalactasia de las madres, reingreso a las actividades estudiantiles e ingreso del RN a un centro hospitalario. Resultados similares fueron descritos en Cuba, donde las principales causas que motivaron el abandono de la lactancia materna fueron: insatisfacción del niño con la leche materna, reinicio de las actividades estudiantiles e insuficiencia de información sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva (46,9%, 40% y 33,3% respectivamente) (Alvear, De los Reyes, Falcón y Puente, 2010).

## 7. CONCLUSION

La LME juega un rol fundamental como factor protector de trastornos del RN a corto y largo plazo. Pese a las campañas de promoción establecidas por el MINSAL en cuanto a la prevención del embarazo adolescente y la mantención de la LME hasta el sexto mes, esta última no se ha mantenido en el tiempo como una práctica constante. Es por ello que la investigación tuvo como objetivo identificar factores y motivos por los cuales las madres adolescentes abandonan la LME precozmente, y si la condición de adolescente tiene influencia o es considerado un factor de riesgo para ello.

Se logró un acercamiento significativo a las madres adolescentes, a pesar de la dificultad presentada para entablar un dialogo fluido, a causa de la etapa del ciclo vital en la que se encuentran, destacando personalidades retraídas, de pocas palabras, y falta de fluidez en las ideas, pese a ello los resultados obtenidos a nivel local están estrechamente relacionados con estudios previos realizados en Chile y otros países, lo cual demuestra que las situaciones y factores que afectan a las madres adolescentes son análogos en todo el mundo, fomentando así la utilización de herramientas implementadas con anterioridad y cuyos resultados sean positivos, con el fin de garantizar prestaciones de salud acorde a las necesidades encontradas.

La baja prevalencia LME al cuarto mes posparto y la esperada baja al sexto mes hacen suponer que la condición de madre adolescente comporta un riesgo importante para la salud de los hijos de estas mujeres. Consecuentemente se hace necesario profundizar en las estrategias de promoción de LM desde la gestación y focalizar en aquellos grupos en los que se prevé un abandono más temprano de la LM. Si bien, las políticas públicas están orientadas a favorecer el apego y la LME hasta el sexto mes, deben hacerse efectivas a nivel operativo.

Esta tesis encontró como un factor asociado a término precoz de la LME el tipo parto, evidenciándose que aquellas mujeres que cursan con parto normal mantienen más tiempo la lactancia. De esta forma, a nivel hospitalario es posible favorecer todas aquellas acciones que fomentan el apego y el inicio precoz de lactancia.

## 8. REFERENCIAS

Alvear, N., De los Reyes, A., Falcón, R. y Puente, M. (2010). ¿Por qué las madres adolescentes abandonan la lactancia materna exclusiva? *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*. 20,280-286.

Atalah, E., Castillo, C. y Reyes, C. (2000). Efectividad del programa de lactancia resultado encuestas nacionales 1993-2000. Recuperado el 12 de septiembre de 2010 desde [http://www.redsalud.gov.cl/archivos/informe\\_lactancia\\_oct\\_2005.pdf](http://www.redsalud.gov.cl/archivos/informe_lactancia_oct_2005.pdf)

Aguilar, M. (2005). *Lactancia materna*, (1ª edición). Madrid: Elsevier España. Recuperado el 6 de Septiembre de 2010 desde <http://books.google.cl/books?id=Zi6a9oXZYksC&pg=PT376&dq>

Barría, R.M., Santander, G. y Victoriano, T. (2008). Factors associated with exclusive breastfeeding at 3 months postpartum in Valdivia, Chile. *Journal of Human Lactation*, 24, 439-445.

Bazán, M., Garfias, A., Márquez, E. y Moreno, F. (2007). Factores de riesgo maternos y familiares que influyen en el abandono de la lactancia materna. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. pp. 53-57.

Beratto, G. (06 Agosto 2010). Seremi de Salud de la Araucanía promueve lactancia materna. Recuperado el 05 de Octubre de 2010 desde [http://www.redsalud.gov.cl/noticias/noticias.php?id\\_n=887&show=6-2008](http://www.redsalud.gov.cl/noticias/noticias.php?id_n=887&show=6-2008)

Blázquez, M. (2000). Ventajas de la Lactancia Materna. *Revista de Medicina Naturista*. 1, 44-49.

Borgoña R., León P., Minassian M. y Bustamante F. Embarazo adolescente. *Revista Pediatría Electrónica*. 2008; 5. 42-51. Recuperado el 09 de septiembre de 2010 desde <http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/5.html>

Boyle, J. (2005). Estilos de etnografía. En: Morse, J. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Editorial Universidad de Antioquia. pp 215-238.

Casas, J. y González, C. (2005) Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*. 9, 20-24.

Castillo, V. y Lamas, R. (2005). Lactancia materna un desafío en madres adolescentes. Recuperado el 12 de septiembre de 2010 desde: [http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202005/Lactancia materna un desafio en madres adolescentes.pdf](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202005/Lactancia%20materna%20un%20desafio%20en%20madres%20adolescentes.pdf)

Chisnall, P. (2001). *Virtual ethnography*. International Journal Market Research. 43, pp.354-356

Delgado, A., Arroyo, L., Díaz, M., Quezada, C. (2006). Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 63, 31-39.

Departamento de Estadística e Información en Salud. (s.a,a). Proporción de nacidos vivos (%) en madres adolescentes (>20 años) por región. 1990 y 2004. Recuperado el 12 de septiembre de 2010, desde <http://deis.minsal.cl/deis/ev/natalidad/foto1.htm>

Departamento de Estadística e Información en Salud. (s.a,b). Nacidos vivos según edad de la madre. Chile. 1990-2008. Recuperado el 12 de septiembre de 2010, desde <http://deis.minsal.cl/deis/salidas08/naced/naedpa.htm>

Departamento de Estadística e Información en Salud. (s.a,c). Nacidos vivos según edad de la madre. Región de los Ríos. 1990-2008. Recuperado en 12 de septiembre de 2010, desde <http://deis.minsal.cl/deis/salidas08/naced/naedrios.htm>

Díaz-Argüelles, V. (2005). Lactancia materna: evaluación nutricional en el recién nacido. *Revista Cubana de Pediatría*, 77(2). Recuperado el 11 de noviembre de 2010 desde [http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol77\\_2\\_05/ped05205.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol77_2_05/ped05205.htm)

Díaz, S. (2006). Anticoncepción para la mujer que amamanta. Recuperado el 3 de Octubre de 2010 desde <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod04/AnticoncepcionLactancia%202006.pdf>

Díaz de Rada, V. (2002). ¿Afecta el orden de presentación de las respuestas en las elecciones de los entrevistados?. *Política y Sociedad*, 39 (3), 691-706.

Fonseca, M., González, D., Urbino, M., Almaguer, B. (2004). Efectividad de modelos educativos sobre lactancia materna en embarazadas del Policlínico “Pedro Díaz Coello”. 2003. Holguín. *Correo Científico Médico de Holguín*. 8. Recuperado el 11 de Noviembre de 2010 desde <http://www.cocmed.sld.cu/no84/n84ori1.htm>

García- López, M. y Ros-Bas, Olga. (2010) Factores socioculturales y perinatales relacionados con la lactancia materna exclusiva. *Enfermería Clínica*. 20, 109-13.

González, I., Huespe, M., Auchter, M.C. (2008). Lactancia materna exclusiva factores de éxito y/o fracaso. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*. N° 177. Recuperado el 25 de Octubre de 2010 desde [http://med.unne.edu.ar/revista/revista177/1\\_177.pdf](http://med.unne.edu.ar/revista/revista177/1_177.pdf)

Gumucio, M. (s.a.). Desarrollo psicosocial y psicosexual en la adolescencia. Recuperado el 10 de noviembre de 2010 desde <http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/Curso/Lecciones/Leccion02/M1L2Leccion.html>

Hannon, P., Willis, S., Bishop-Townsend, V., Martinez, I. y Scrimshaw, S. (2000). African-American and Latina adolescent mothers' infant feeding decisions and breastfeeding practices: a qualitative study. *Journal of Adolescent Health*. 26, 399-407

Issler, J. (2001). Embarazo en la adolescencia. *Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina*. 107, 11-23.

Kronborg, H. y Vaeth M. (2004). The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Scandinavian Journal of Public Health*. 32, 210–216.

Ladomenou, F., Kafatos A. y Galanakis, E. (2007). Risk factors related to intention to breastfeed, early weaning and suboptimal duration of breastfeeding. *Acta Paediatrica*. 96, 1441–1444.

Lete, I., De Pablo, J.L., Martínez, C., Parrilla, J.J. (2007). *Embarazo en la adolescencia*. En: Sociedad Española de Contracepción. *Manual de Salud Reproductiva en la adolescencia*. (pp. 817-835).

Luna, R. (2002). Embarazo y lactancia durante la adolescencia. *Revista del Hospital General Dr. Manuel Gea González*. 5, 55-58.

Macías, S., Rodríguez, S. y Ronayne, P. (2006). Leche materna: composición y factores condicionantes de la lactancia. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 104, 423-430.

Maddaleno, M., Silber, T., Suárez, E. (1999) *Manual de medicina de la adolescencia*. Estados Unidos: Washington OPS/OMS.

March, JC. (1999). Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnica. *Gaceta Sanitaria*. 13, 312-319.

Marquis, G. (2010). Lactancia Materna y su Impacto sobre el Desarrollo Emocional y Psicosocial Infantil. *Enciclopedia sobre el desarrollo de la primera infancia*. Centre of Excellence for Early Childhood Development. pp.1-5.

Ministerio de Salud. (2010). Seremi de Salud de la Araucanía promueve lactancia materna. Recuperado el 11 de Septiembre de 2010 desde [http://www.redsalud.gov.cl/noticias/noticias.php?id\\_n=887&show=6-2008](http://www.redsalud.gov.cl/noticias/noticias.php?id_n=887&show=6-2008)

Molina, M., Ferrada, C., Pérez, R., Cid, L., Casanueva, V, y García, A. (2004). Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Revista Médica de Chile*. 132, 65-70.

Morse, J. (2005). Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Editorial Universidad de Antioquía. pp. 215-238.

O'Brien, M., Buikstra, E. y Hegney, D. (2008). The influence of psychological factors on breastfeeding duration. *Journal of Advanced Nursing*. 63, 397-408.

Olivares, R. (9 de agosto. 2010). Hijos con lactancia exclusiva de sus madres caen por primera vez en 17 años y llegan sólo al 45%. Recuperado el 12 de septiembre de 2010, desde [http://diario.elmercurio.cl/2010/08/09/nacional/\\_portada/noticias/ea49ce60-3dbc-4800-bef3-0b5a78ce528e.htm](http://diario.elmercurio.cl/2010/08/09/nacional/_portada/noticias/ea49ce60-3dbc-4800-bef3-0b5a78ce528e.htm)

OMS. (s.a.). Lactancia materna. Recuperado el 11 de Septiembre de 2010 desde [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/topics/prevention\\_care/child/nutrition/breastfeeding/es/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/nutrition/breastfeeding/es/index.html)

Ossandón, M., Ilabaca, J., Gajardo, C., Castillo, N. y Namur, L. (2000). Fomento de la lactancia materna, programa iniciativa hospital amigo del niño y la madre, en hospital Barros Luco Trudeau. *Revista Chilena de Pediatría*. 71, 98-106.

Palma, I. (2001). Consideración de la salud y derechos sexuales y reproductivos de los/as adolescentes y jóvenes en el contexto de la reforma a la salud en Chile. Recuperado el 12 de septiembre de 2010 desde <http://estudios.sernam.cl/?m=t>

Paricio, J., Lizán-García, M., Otero, A., Benlloch, M., Beseler, B., Sanchez-Palomares, M., et al. (2006). Full Breastfeeding and Hospitalization as a Result of Infections in the First Year of Life. *Pediatrics*. 118, 92-99. Recuperado el 12 de septiembre de 2010 desde <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/118/1/e92>

Quezada, C., Delgado, A., Arroyo, L. y Díaz, M. (2008). Prevalencia de lactancia y factores sociodemográficos asociados en madres adolescentes. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 65, 19-25

Riordan, J. (2005). *Breastfeeding & Human Lactation*, (3th ed.). London: Jones and Bartlett Publishers. (pp. 16-17)

Rivera, S. (2003). Embarazo en adolescentes, aspectos de tipo social, psicológico y cultural. Recuperado el 20 de septiembre de 2010 desde [www.binasss.sa.cr/adolescencia/broch.pdf](http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/broch.pdf)

Salgado, A. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Revista de Psicología de la Universidad de San Martín de Porres*. 13, 71-78.

Shams, A., Negro, R., Gretchen, A., Baqui, A., Caulfield, L. y Becker, S. (2001). Exclusive Breastfeeding Reduces Acute Respiratory Infection and Diarrhea Deaths Among Infants in Dhaka Slums. *Pediatrics*. 108, 67. Recuperado el 12 de Septiembre de 2010 desde <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/108/4/e67>

Sociedad Chilena de Pediatría. Decaen cifras de Lactancia Materna exclusiva a los 6 meses. (2006). *El estetoscopio*, 4 (5). Recuperado el 11 de Septiembre de 2010 desde [http://www.sochipe.cl/nueva/html/estetoscopio/5-4/5\\_4\\_lactancia.htm](http://www.sochipe.cl/nueva/html/estetoscopio/5-4/5_4_lactancia.htm)

Spradley, J. (1979). *The Ethnographic interview*. Holt, Rinehart and Winston. New York. USA. 427.

Spear, H. (2006). Breastfeeding Behaviors and Experiences of Adolescent Mothers. *American Journal of Maternal Child Nursing*. 2, 106-113.

Stuebe, A., Rich-Edwards, J., Willett, W., Manson, J. y Michels, K. (2005). Duration of Lactation and Incidence of Type 2 Diabetes. *JAMA*. 294, 2601-2610.

UNICEF. (s.a.). Iniciativa hospital amigo de la madre y el niño. Recuperado el día 12 de septiembre de 2010, desde [http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar\\_insumos\\_LMHospitalAmigo.PDF](http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_LMHospitalAmigo.PDF)

Valdés, S., Essien, J., Bardales, J., Saavedra, D. y Bardales, E. (2002). Embarazo en la adolescencia, riesgos y complicaciones. *Revista Cubana de Obstetricia Ginecología*. 28. Recuperado el 12 de septiembre de 2010 desde [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138600X2002000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2002000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)



## 9. ANEXO 1

### Encuesta para madres adolescentes.

Instrucciones.

A continuación le presentamos una serie de preguntas relacionadas con la lactancia materna, le solicitamos su más sincera colaboración contestando las mismas con sus ideas y opiniones, tus respuestas serán confidenciales. Existen preguntas en las que solo pueden responder a una opción, otras son de varias opciones.

Muchas gracias por su colaboración.

- Edad : \_\_\_\_\_
- Cefam al que pertenece : \_\_\_\_\_
- N° de partos anteriores : \_\_\_\_\_
- Ha ejercido lactancia materna efectiva anteriormente: \_\_\_\_\_
- Escolaridad : \_\_\_\_\_
- Situación escolar actual : \_\_\_\_\_
- Sexo recién nacido : \_\_\_\_\_
- Controles prenatales : \_\_\_\_\_
- N° de controles prenatales : \_\_\_\_\_
- Nivel socioeconómico : \_\_\_\_\_
- N° de personas que viven en el hogar : \_\_\_\_\_
- Ingreso del RN a alguna unidad crítica : \_\_\_\_\_

¿Tiene pareja, novio, esposo?

Si\_\_\_\_\_

No\_\_\_\_\_

¿Durante el proceso de embarazo y parto ha sentido el apoyo de su pareja, novio, esposo?

Si\_\_\_

No\_\_\_

¿Durante el proceso de embarazo y parto ha sentido el apoyo de su familia?

Si\_\_\_

No\_\_\_

¿El embarazo fue planificado?

Si\_\_\_

No\_\_\_

¿El embarazo fue deseado?

Si\_\_\_

No\_\_\_

¿Ha recibido información sobre lactancia materna?

Si\_\_\_

No\_\_\_

¿Conoce algunas ventajas de la lactancia materna?. Mencione 4 de ellas.

¿Cómo debe colocar la mano para darle el pecho al niño?

- En forma de C
- En forma de tijera.
- Desconozco.

¿Cada cuanto tiempo hay que darle el pecho?

- Cada 3 horas.
- Cada vez que el niño lo pida.
- Cada 4 horas.
- Cada 6 horas.
- Desconozco.

La próxima vez que amamante el niño. Debe comenzar con:

- El pecho que tomó de último.
- El pecho que tomó primero.
- Desconozco.

¿Qué debo hacer para tener suficiente leche?

¿Existe algún alimento que no debe comer cuando esta lactando?

¿Cómo sabe si el niño no se llena?

- Porque llora constantemente y no parece satisfecho.
- Le dan biberón y duerme por un tiempo más largo.
- Porque el niño no está aumentando bien y no duerme entre las mamadas.
- Porque quiere vivir mamando y se chupa los dedos.
- Porque la leche no le gotea del pecho y están más flojos.
- Desconozco.

¿Qué debe darle al niño los primeros seis meses?

- Leche de vaca, evaporada o en polvo.
- Agua entre las tetadas.
- Te u otro alimento.
- Pecho nada más.
- Desconozco.

Si el niño tiene cólicos ¿Qué hace?

- Dar agüitas o tesitos de anís y suspender la leche.
- Caminar con el niño cargándolo de barriga sobre el brazo.
- Ponerle paños de agua tibia en la barriga.
- Poner la barriga del niño contra el cuerpo y hacerle masajes en la espaldita para eliminar los gases.
- Desconozco.

¿Qué hacer para el dolor y las grietas en los pezones?

- Usar cremas y lavarse los pezones antes y después de mamar.
- Usar jabón, limón, alcohol o agua boricada
- Antes de cada tetada sacar unas gotas de leche y ponerla sobre las grietas.
- Dejar las mamas al aire libre durante 5 minutos y a la luz del sol 2 veces al día.

¿Conoce algunas posiciones para lactar correctamente?

## ANEXO 2

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

*ESTUDIO: FACTORES Y MOTIVOS DEL ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES.*

Investigador Responsable: María Paz Monsalve, Camila Elena Rojas, Mariel Barbara Unda.

Escuela de Enfermería, Universidad Austral de Chile

Fono: 98579361- e-mail: [tesislactanciamaterna@gmail.com](mailto:tesislactanciamaterna@gmail.com)

Se me ha informado que se está ejecutando un estudio en Valdivia cuyo objetivo es evaluar en madres adolescentes algunos factores relacionados con el abandono de la Lactancia Materna Exclusiva antes del tercer mes posterior al parto.

En vista de que cumpla con las características y requisitos de incorporación al estudio, esto es: ser madre adolescente de un niño de término sano, residente dentro de los límites urbanos de la ciudad de Valdivia e inscrita en alguno de los centros de atención primaria de la ciudad (Consultorio o CESFAM), se me ha solicitado aprobación y consentimiento para que mi hijo(a) y yo participemos en el estudio.

Si accedo a incorporarme al estudio, mi participación consistirá en responder un cuestionario aplicado por un entrevistador durante mi estadía hospitalaria luego del parto. Se me ha solicitado también mi aprobación para que las investigadoras puedan recopilar datos desde la ficha de salud de mi hijo/a del CESFAM o consultorio en el que se controla. Dichos documentos serán revisados hasta el 3° mes para establecer las características de la alimentación que he otorgado a mi hijo/a en este periodo, información que se registra en cada control de salud de mi hijo/a. En caso de inasistencia a algún control, podré ser contactada telefónica o personalmente por los encargados del estudio. Para poder establecer el tiempo en que he mantenido la lactancia exclusiva (sin dar otro tipo de alimentos o líquidos).

Adicionalmente se me ha explicado que podría ser seleccionada para realizar una entrevista, la cual sería realizada por una de las investigadoras de acuerdo a mis posibilidades de tiempo y lugar.

Se me ha explicado que la incorporación al estudio no implica riesgos ni costos y que mi participación, así como la de mi hijo(a), es absolutamente libre y voluntaria. De esta manera, se me ha afirmado que puedo negarme a participar o retirarme del estudio en cualquier momento sin dar explicaciones, sin derivar esto en ninguna sanción ni menos aún, poner en riesgo o provocar un menoscabo en la atención médica que a futuro necesite.

Por último, si decido participar se me ha asegurado que toda información y datos entregados personalmente o por revisión de fichas de salud, será manejada con reserva y sólo para los fines de esta investigación por las personas involucradas en el estudio.

Afirmo que he tenido la oportunidad de realizar libremente todas las consultas y que se han aclarado mis dudas con respecto al estudio. Si requiriera efectuar consultas adicionales sobre el proyecto y sus procedimientos podré contactar al investigador responsable cuyo teléfono y dirección se especifican al comienzo de este formulario.

Yo, \_\_\_\_\_ he sido informada(o)

(Nombre de la madre)

Por el Sr./Sra./Srta. \_\_\_\_\_ respecto al estudio

(Nombre de la persona que aplica el consentimiento)

Quien ha aclarado todas mis interrogantes e inquietudes.

He decidido, Aceptar  No Aceptar , mi participación y la de mi hijo en el estudio.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que aplica el consentimiento

\_\_\_\_\_  
Firma de la madre

DR: Ginette Grandjean Obando (presidenta comité ético de investigación servicio de salud Valdivia)

Fono: 281784

La realización de éste estudio está aprobada por el COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN SERVICIO DE SALUD VALDIVIA.

### Anexo 3

ANEXO 1. DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES	DEFINICIÓN NOMINAL	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Lactancia materna exclusiva al tercer mes	Consumo exclusivo de leche materna; sin el agregado de ningún otro líquido o sólido, salvo vitaminas, o medicamentos hasta el tercer mes de vida del RN.	Dicotómica nominal	0: lactancia materna exclusiva 1: lactancia mas algún tipo de suplemento alimenticio.
Tiempo de mantención de LM durante los primeros 3 meses.	Duración de la lactancia	Numérica continua	Valor que especifica la duración de un intervalo de tiempo
Sexo del RN	Condición orgánica, biológica por la cual los seres humanos se diferencian en femeninos o masculinos.	Dicotómica nominal	0: Femenino 1: Masculino
Edad	Tiempo que una persona ha vivido a contar desde la fecha de su nacimiento	Numérica discreta	Valores numéricos enteros Como 10, 12, 14.etc
Escolaridad de la Madre	Grados o niveles que la persona ha aprobado en un establecimiento educativo reconocido legalmente	De escala	Entre 1ro y 8vo básico: estudios básicos Entre 1ro y 4to medio: estudios medios Técnico o universitario: estudios superiores
Apoyo familiar	Soporte económico o emocional, otorgado por persona con el que posea lazo sanguíneo o político.	Dicotómica nominal	0:si 1:no
Apoyo de pareja o cónyuge	Soporte económico o emocional, otorgado por persona con la que se mantiene una relación	Dicotómica nominal	0:si 1:no
Nivel socioeconómico	atributo del hogar, compartido y extensible a	De conjuntos	Estratos sociales según ingreso económico:

	todos sus miembros		Bajo: ingreso familiar menor de 120.000 pesos Medio bajo: ingreso familiar entre :120.000 y 350.000pesos Medio alto: ingreso familiar entre 351.000 y 700.000 pesos Alto: ingreso familiar superior a 700.000 pesos.
Situación escolar actual	Especifica si el sujeto, cursa algún grado académico actualmente	Dicotómica nominal	0:si 1:no
Numero de controles pre natales	Es el conjunto de acciones de salud que reciben las embarazadas durante la gestación	Numérica discreta	Valores enteros como 1,2,3,etc
Información previa sobre LM	Información adquirida por la persona que otorgará la lactancia, previo al inicio de esta.	Dicotómica nominal	0: Tuvo información previa 1: No tuvo información previa
Asistencia a talleres sobre LM	Participa de charlas, seminarios, sesiones educativas, etc, donde le entregan información sobre LM	Dicotómica nominal	0: asiste 1: no asiste
Embarazo deseado y/o planificado	Es aquel que se produce con el deseo y/o planificación previa del progenitor o progenitores.	Dicotómica nominal	0:deseado 1: no deseado
Ingreso del RN a alguna unidad crítica	Requerimiento por parte del RN, de permanecer hospitalizado ya sea por complicaciones del parto, o por algún tipo de patología.	Dicotómica nominal	0:El RN requiere de hospitalización post al parto 1: El RN no requiere hospitalización post parto



## ANEXO 4

### Entrevista telefónica.

El bebe está recibiendo leche materna.

Si\_\_\_

No\_\_\_

El bebe está recibiendo otros tipos de alimento además de la leche materna.

Si\_\_\_

No\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa se preguntará por el consumo de los siguientes alimentos:

Formulas lácteas :

Agua :

Jugos :

Papillas :

Alimentos sólidos :

## ANEXO 5

Entrevista semi estructurada a madre adolescente que haya dado a luz en el Hospital Base Valdivia durante el periodo Febrero-Junio 2011 y haya abandonado la LME al primer, segundo, tercer o cuarto mes postparto.

¿Cuántos meses tiene su bebé?

¿A qué edad dejó de recibir LME su bebe?

¿Cuáles fueron los motivos por el cual usted abandono esta práctica?

¿Hubo algún factor que influyó en que usted dejara de dar LME a su bebé?

¿Si no hubiese existido ese factor que influyó en el cese de la LME, habría existido algún otro motivo por el cual usted de todas formas abandonara esta práctica?

¿Cómo considera usted que es la información o capacitación entregada por los profesionales del área de salud respecto a los beneficios que otorga la LM al binomio madre-hijo?

## Anexo 6

DOMINIO CULTURAL 1: Razones para abandonar la lactancia materna exclusiva antes del 4to mes posparto.		
Término incluido	Relación Semántica	Término cubierto
<p><i>“es que estaba enfermo y no quería tomar de la mía”</i></p> <p><i>“Estuvo hospitalizado y le daban formula”</i></p> <p><i>“es que mi guagua estuvo hospitalizado dos veces ... y se acostumbró al relleno”</i></p> <p>Sensación de insatisfacción del lactante con pecho materno</p> <p><i>“porque él a cada rato lloraba”</i></p> <p><i>“Porque no me salía más leche”</i></p> <p>Reincorporación al liceo</p> <p><i>“no subía de peso”</i></p> <p><i>“Le sonaba mucho su guatita”</i></p> <p><i>“No me recibía pecho y lloraba”</i></p>	<p>Es una razón para</p>	<p>Agregar relleno</p>

<p><i>mucho”</i></p> <p><i>“Se me corto la leche”</i></p> <p><i>“no tengo tanto para darle”</i></p> <p><i>“No estoy siempre con él... mi mamá le da leche, las tías del jardín relleno”.</i></p> <p><i>“El tiempo, yo venía al almuerzo, en las mañanas no podía “</i></p> <p><i>“Porque estaba muy gordito”</i></p> <p><i>“cuando estábamos tomando once ella miraba el té y no la podíamos dejar mirando”</i></p> <p><i>“Porque mi papá me dijo que ellos piden agüita y les hace bien... les ayuda a crecer el estómago”</i></p> <p><i>“Los cólicos”</i></p>	<p>Es una razón para</p>	<p>Agregar aguas y té</p>
---	--------------------------	---------------------------

DOMINIO CULTURAL 2: Razones para suspender la lactancia materna antes del 4to mes posparto.		
<b>Término incluido</b>	<b>Relación Semántica</b>	<b>Término cubierto</b>
<p><i>“Ahora último estoy triste, porque estoy sola”</i></p> <p><i>“Me hería los pechos y me dolía mucho”</i></p>	Es una razón para	Suspender lactancia materna

DOMINIO CULTURAL 3: Razones para preferir la LME		
<b>Término incluido</b>	<b>Relación Semántica</b>	<b>Término cubierto</b>
<p><i>“igual tenía harta leche o sea me salía harta”</i></p> <p><i>“tengo miedo que se me enfermen o se me empachen”</i></p> <p><i>“hubiese preferido mil veces darle pecho, si el tarro de leche nido me sale 8 lucas”</i></p>	Es una razón para	Preferir la LM

DOMINIO CULTURAL 4: Motivos adicionales para el cese de la LME		
<b>Término incluido</b>	<b>Relación Semántica</b>	<b>Término cubierto</b>
<p>No existe más de un motivo</p> <p><i>“No, le hubiera seguido dando”</i></p>	<p>Es una opinión sobre</p>	<p>Motivos adicionales para el cese de la LME</p>

DOMINIO CULTURAL 5: Opinión sobre la calidad de la información recibida por las madres adolescentes en relación a LM en los centros de salud.		
<b>Términos incluidos</b>	<b>Relación Semántica</b>	<b>Dominio</b>
<p><i>“Me explicaron en el hospital sobre la leche y como darle, en el consultorio no mucho”</i></p> <p><i>“Recibí información en los controles no más”</i></p> <p><i>“Todo lo que he leído me lo he grabado y me ha servido”</i></p> <p><i>“Recibí información pero no me acuerdo”</i></p> <p>Información buena completa y clara</p> <p><i>“Igual una aprende”</i></p> <p><i>“Fue bacán”</i></p> <p><i>“Desde el primer taller que tuvimos en el consultorio me explicaron”</i></p> <p><i>“ me dijeron que tenía que hacer y para que le servía a mi bebé”</i></p>	<p>Es un tipo de opinión</p>	<p>Sobre la información recibida en los Centros de salud sobre la LM</p>

DOMINIO CULTURAL 6: Razones para considerar deficiente la atención recibida en los centros de salud.		
<b>Término incluido</b>	<b>Relación Semántica</b>	<b>Término cubierto</b>
<p><i>“Nunca me enseñaron como me tenía que preparar”</i></p> <p><i>“Me revisaban no más”</i></p> <p><i>“No me pasaron folletos ni nada sobre como yo tenía que dar a luz a mi bebe”</i></p>	Es una razón para	Considerar deficiente la atención recibida en los centros de salud

DOMINIO CULTURAL 7: Opinión sobre la calidad de la atención otorgada por los profesionales de salud		
<b>Término incluido</b>	<b>Relación Semántica</b>	<b>Término cubierto</b>
<p><i>“Hubo una matrona que me retó súper fuerte”</i></p> <p><i>“La matrona siempre me respondía”</i></p>	Es un tipo de	Opinión sobre calidad de la atención otorgada por los profesionales de salud

DOMINIO CULTURAL 8: Opinión sobre calidad en el sistema de atención de salud		
<b>Término incluido</b>	<b>Relación Semántica</b>	<b>Término cubierto</b>
<i>“Yo me cambie al Angachilla porque no me atendían nunca en el gil de castro”</i>	Es un tipo de opinión sobre	Calidad sistema de atención de salud.



## Anexo 7

Análisis taxonómico:

Taxonomía 1: Factores y motivos del abandono de la LME
Dominio cultural 1: Razones para abandonar la lactancia materna exclusiva antes del 4to mes posparto.
Dominio cultural 2: Razones para suspender la lactancia materna antes del 4to mes posparto.
Dominio cultural 3: Razones para preferir la LME
Dominio cultural 4: Motivos adicionales para el cese de la LME

Taxonomía 2: Percepción sobre la atención recibida.
Dominio cultural 5: Opinión sobre la calidad de la información recibida por las madres adolescentes en relación a LM en los centros de salud.
Dominio cultural 6: Razones para considerar deficiente la atención recibida en los centros de salud.
Dominio cultural 7: Opinión sobre la calidad de la atención otorgada por los profesionales de salud.
Dominio cultural 8: Opinión sobre calidad en el sistema de atención de salud.