

Universidad Mayor de San Andrés  
Facultad de Medicina Carrera de Nutrición y Dietética  
DIVISION DE POST GRADO E INVESTIGACIÓN



SITUACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y  
FACTORES QUE DETERMINAN SU DURACIÓN EN MADRES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL "LOS ANDES"  
EL ALTO OCTUBRE 2005

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE  
ESPECIALIDAD EN ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN COMUNITARIA

**POSTULANTE:**

*Lic. Yeaneth Cari Gutierrez*

**TUTOR:**

*Lic. Magdalena Jordan de  
Guzmán*

*La Paz - Bolivia  
2007*

## **DEDICATORIA**

*Dedico esta tesis a mi madre y a mis hijos por ser lo más importante en mi vida y por brindarme sacrificada colaboración y tolerancia personal en mis estudios.*

## **AGRADECIMIENTO**

*Doy gracias a Dios por lo bueno y bondadoso que es conmigo, por darme fortaleza, sabiduría y perseverancia, para lograr los más grandes anhelos de mi vida*

<b>INDICE</b>	<b>Pág.</b>
<b>RESUMEN</b>	
<b>I.- INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>II.- JUSTIFICACIÓN</b>	<b>3</b>
<b>III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>3</b>
<b>3.1. Caracterización del Problema</b>	<b>3</b>
<b>3.2. Delimitación del Problema</b>	<b>11</b>
<b>3.3. Formulación del Problema</b>	<b>12</b>
<b>IV.- OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
<b>4.1. Objetivo General</b>	<b>13</b>
<b>4.2. Objetivo Específicos</b>	<b>13</b>
<b>V.- MARCO TEÓRICO</b>	<b>14</b>
<b>5.1. Antecedentes</b>	<b>14</b>
<b>5.2. Anatomía de la Glándula Mamaria</b>	<b>18</b>
<b>5.3. Marco conceptual</b>	<b>19</b>
<b>5.4. Ventajas de la lactancia materna</b>	<b>21</b>
<b>5.5. Composición de la lactancia materna</b>	<b>25</b>
<b>5.6. Los 10 pasos para la lactancia materna exitosa</b>	<b>29</b>
<b>5.7. Marco referencial</b>	<b>30</b>
<b>VI.- HIPOTESIS</b>	<b>34</b>
<b>VII.- VARIABLES</b>	<b>35</b>
<b>7.1. Variables dependientes</b>	<b>35</b>
<b>7.2. Variables independientes</b>	<b>35</b>
<b>VIII.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES</b>	<b>36</b>

<b>IX.- DISEÑO METODOLÓGICO</b>	38
<b>9.1. Tipo de Estudio</b>	38
<b>9.2. Área de Estudio</b>	38
<b>9.3. Universo y Muestra</b>	38
<b>9.4. Métodos e Instrumentos</b>	39
<b>9.4.1. Método</b>	39
<b>9.4.2. Instrumento</b>	39
<b>9.5. Procedimiento</b>	39
<b>X.- RESULTADOS</b>	41
<b>10.1. Características generales de la población</b>	41
<b>10.2. Situación de la lactancia materna exclusiva</b>	42
<b>10.3. Correlación de variables</b>	44
<b>XI.- VERIFICACIÓN DE LA HIPOTESIS</b>	60
<b>XII.- DISCUSIÓN</b>	63
<b>XIII.- CONCLUSIONES</b>	65
<b>XIV.- RECOMENDACIONES</b>	67
<b>XV.- BIBLIOGRAFIA</b>	68
<b>XVI.- ANEXOS</b>	70
<b>1.- Instrumento de recolección de datos</b>	71
<b>2.- Recursos</b>	73
<b>1.1. Humanos</b>	73
<b>1.2. Materiales</b>	73
<b>1.3. Económicos</b>	73
<b>3.- Cronograma</b>	74

## **RESUMEN**

### **OBJETIVO GENERAL**

Identificar la situación de la lactancia materna exclusiva y factores relacionados con su duración, en madres atendidas en el Hospital Materno Infantil “Los Andes” de la ciudad de El Alto , Octubre de 2005.

### **MATERIAL Y METODO**

En octubre de 2005 se efectuó el estudio transversal , descriptivo y correlacional en madres atendidas en la consulta externa del Hospital Materno Infantil Los Andes.

A 307 madres se les aplicó la entrevista personal relacionada con lactancia materna para identificar situación y los factores relacionados con su duración y tipo de alimentación del menor de seis meses.

### **RESULTADOS**

El inicio de la lactancia materna exclusiva en la mayoría de niños fue ideal.

La duración de la lactancia materna es inversamente proporcional a la edad del niño, en el primer mes el 81.8% de los niños es alimentado con lactancia materna exclusiva esto disminuye con el transcurso de los meses.

El 62% de las madres practican lactancia materna exclusiva.

Se identificaron cuatro tipos de alimentación: I. - Lactancia materna exclusiva, II.- Lactancia mixta, III.- Alimentación exclusivamente con formula y IV. - Lactancia materna más alimentos.

La causa más común para la introducción de otros alimentos a la alimentación del niño es la creencia de la madre que su producción de leche es insuficiente, los alimentos más comunes que consume el niño es la leche en polvo seguida en importancia de los mates.

La mayor parte de las madres que dan lactancia materna exclusiva tiene instrucción medio.

El 48.53% de madres a pesar de no haber recibido información sobre lactancia materna brinda a sus niños lactancia materna exclusiva.

Llama la atención que del total de madres amas de casa un tercio de ellas no da lactancia materna exclusiva a pesar de estar todo el tiempo con sus niños.

En las relaciones estables, en madres de 15 a 29 años de edad, en partos normales, la realización del control prenatal, el apego precoz adecuado la lactancia materna exclusiva aumenta.

Cuanto más hijos tiene la madre la lactancia materna exclusiva disminuye.

## **CONCLUSIONES**

La duración de la lactancia materna exclusiva y la información que recibió la madre tienen correlación intermedia de 0.52 siendo esta la más elevada del estudio, esto significa que si las madres estuvieran bien informadas sobre las ventajas de la lactancia materna no dejarían de practicarla beneficiando así a sus niños.

Seguida en importancia la edad y la ocupación de la madre con un valor de correlación de 0.33 y 0.31 respectivamente.

Todas las variables antes mencionadas son las que tienen mayor grado de relación, para la duración de la lactancia materna exclusiva, por lo que se las debería tomar en cuenta para mejorar las buenas prácticas de lactancia materna exclusiva.

## **PALABRAS CLAVES**

Lactancia materna exclusiva, duración de la lactancia materna.

## **I. INTRODUCCION**

La lactancia materna es el mejor método de alimentación de los lactantes por razones tanto económicas como higiénicas y afectivas. La leche materna es un recurso natural de bajo costo y contiene proteínas que favorecen la respuesta inmunitaria y elementos que fomentan el crecimiento del cerebro. La lactancia materna no solo ayuda a la pronta normalización del útero y a que se establezca una relación estrecha entre madre e hijo, sino que además inhibe la ovulación en muchas mujeres, lo cual disminuye las probabilidades de un embarazo inmediato.

A pesar de que en muchos estudios se han demostrado los beneficios que aporta la leche materna al recién nacido, muchas mujeres no amamantan a su hijo o si lo hacen es por muy poco tiempo (21), esta declinación podría deberse a la comercialización y disponibilidad de sucedáneos de la leche materna, inclusión de las mujeres a la fuente laboral, actitudes negativas del personal de salud. (31)

Es por ello que consideramos que la interacción del niño o niña durante los primeros días, semanas y meses con sus padres, y la formación de las bases de su personalidad y seguridad en si mismo, está estrechamente ligada al amamantamiento, algo que para otros mamíferos resulta absolutamente natural y cotidiano. Por ello el amamantar a un hijo durante un tiempo

adecuado es el primer gesto amoroso que podemos ofrecerle a un niño o niña que inicia el camino de la vida, porque junto con su leche, la madre está entregando su amor, sus caricias, su mirada, su tiempo, a un ser humano que es por naturaleza totalmente vulnerable y dependiente.

Si a éste proceso de interacción emocional y social se puede incorporar al padre y otros miembros de grupo familiar, se está estableciendo las bases de una relación afectiva sólida entre el niño y los adultos significativos para su desarrollo. (1)

Se calcula que un millón de niños mueren cada año por diferentes enfermedades e infecciones debido a que no son adecuadamente amamantados ya que por diversos factores sociales y culturales «la lactancia materna en niños menores de meses es interrumpida».

Numerosas investigaciones han demostrado que la relación de cercanía física y afectiva con la madre, es una necesidad imperiosa de la naturaleza humana y esa experiencia inicial de comunicación que es el amamantamiento, influye fuertemente en el bienestar inmediato y el desarrollo físico, psíquico y social posterior del niño o niña. (1)

La duración de la lactancia materna depende de varios factores, como los socio - económicos, culturales y psicológicos (emocionales).

En el presente trabajo se identificó la situación de la lactancia materna exclusiva y aquellos factores relacionados con su duración en madres atendidas en el Hospital Materno Infantil “Los Andes” de la ciudad de El Alto, octubre de 2005. Los datos fueron obtenidos a través de una guía de entrevistas realizada por la nutricionista.

Entre los datos más sobresalientes se encontró que la madre piensa que su producción de leche es insuficiente siendo esta una de las causas más

comunes para el abandono de la lactancia materna exclusiva, otro de los datos importantes que se encontró es la relación muy estrecha entre la duración de la lactancia materna exclusiva y la información que recibió la madre, en cuanto al tipo de alimentación esta se encuentra más relacionada con la edad de la madre.

## **II. JUSTIFICACIÓN**

Las elevadas prevalencias de desnutrición en niños menores de un año en el país ponen en evidencia que existen problemas en la lactancia materna, problemas como el abandono de esta por diversas razones, su corta duración y temprana introducción de otros alimentos a su dieta.

Este estudio tiene por objeto generar información sobre la situación de la lactancia materna exclusiva e identificar los factores sociales y culturales que se relacionan con su duración en madres con niños menores de seis meses, con el propósito de que las entidades responsables como el Ministerio de Salud y Deportes, Organizaciones no Gubernamentales tomen las medidas necesarias de acuerdo a los resultados que se obtengan.

## **III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **3.1. Caracterización del problema**

En la última década a nivel mundial, se ha reportado el abandono de la práctica de la Lactancia Materna pese a ser el recurso natural imprescindible para la alimentación y el bienestar del niño. Diversos factores han sido estudiados y descritos como causales de esta situación (3).

Durante la segunda guerra mundial la mujer tuvo la necesidad de sostener el hogar mientras su compañero luchaba en los campos de batalla. Esto la obligó a salir de casa en busca de trabajo y dinero para proveer las necesidades, desencadenando que la Lactancia Materna pasara a un segundo plano y las comunidades buscaran otra alternativa para la alimentación de los niños. A partir de este momento, surge la llamada "Cultura del Biberón" y las empresas productoras de "Leches Maternizadas" la presentaron a las madres como la mejor alternativa. (3)

Colunga R., en estudio realizado en un servicio de salud en Nuevo León México, determinó que el desconocimiento sobre la importancia de la lactancia materna lleva a las madres a que la duración de esta sea corta. (9)

Muchas creen que la leche es de mala calidad por una variedad de razones sin base científica, algunas madres dejaban de darle el pecho a su hijo cuando este sufría un episodio diarreico.

Por lo que concluye que el médico debería brindar información sobre el tema en la consulta prenatal y no dejar esa responsabilidad a familiares o amistades de la futura madre. (9- 21)

La poca información y capacitación que recibe el agente de salud durante su formación también es otro factor que disminuye la práctica de la lactancia materna, por que al no tener éstos sólidos conocimientos sobre el tema, tampoco podrá brindar una buena orientación a la comunidad interesada. La mayoría de ellos recomienda el destete ante problemas como las infecciones

mamarias y el poco aumento de peso del niño, en vez de fomentar periodos de lactancia mas frecuente.

La mayoría de los currículos dedican un número de horas al estudio de la preparación de las leches de formula, mientras que la leche materna, apenas si es mencionada, sin darle importancia y trascendencia necesaria. (3)

La vinculación progresiva de la mujer al campo laboral, a hecho que se abandone la lactancia materna tempranamente y se recurra a la leches de formula. (3)

Por ejemplo, en varios países de América Latina y en la población de origen mexicano de Los Ángeles el trabajo de la madre hace que esta no inicie la lactancia materna u opte por el destete prematuro.

En nuestro medio y a pesar del tiempo transcurrido, la situación de la madre en época de lactancia no ha sufrido mayores cambios, debido a que incluso en esta etapa ella debe buscar el sustento diario para su familia, por ser esta en algunos casos jefe de familia, motivo por el cual se ve obligada a dejar a su niño en su hogar abandonando de esta manera la lactancia materna exclusiva. Situación que podría variar dependiendo del tipo y lugar de trabajo de la madre. (3)

Eso se debe sobre todo a la falta de información sobre como combinar el trabajo de la alimentación del niño y la carencia de guarderías en el centro de trabajo o de un horario flexible. (21)

En nuestro medio para incentivar la Lactancia Materna, mediante el artículo 32 del decreto ley 13214 (1975) dispone que la asegurada durante el seguro de maternidad tendrá derecho a un periodo de descanso de 45 días antes y 45 días después del parto y al subsidio de capacidad temporal por maternidad, siempre que cuente con cuatro cotizaciones previas al seguro y una hora

diaria de tolerancia ya sea en el ingreso o salida de la fuente de trabajo de la madre hasta que el niño cumpla un año de vida con el fin de fomentar la lactancia materna, ley vigente tanto para instituciones públicas como privadas.(7)

El vínculo afectivo entre madre e hijo durante el amamantamiento es una experiencia satisfactoria para la madre, quien se involucra en la nutrición de su hijo, pues este tiene una necesidad instintiva de protección, además de aquella de ser alimentado, ese mutuo acercamiento tiene efectos positivos para la vida. (14-15)

En algunos hospitales se separa a la madre del niño durante su estancia en la institución y la lactancia se hace solo durante períodos limitados, lo que unido a la costumbre de darle también algún biberón tiene un efecto directo sobre la duración del período de amamantamiento . Estas prácticas no solo afectan la frecuencia con que las madres dan el pecho a sus hijos, sino que disminuyen su confianza en cuanto a si tienen o no leche suficiente. Lo más aconsejable es alentar a la madre a que amamante a su hijo en la primera hora de spués de dar a luz y a que lo haga con mucha frecuencia durante los días posteriores. (21)

La cohabitación o alojamiento conjunto, además de favorecer el vinculo entre madre e hijo, permite que el niño sea amantado cuando lo requiera, esto hace posible que exista menor número de infecciones que podría contraer el niño por una serie de circunstancias. (17)

Actualmente en nuestro país se practica la cohabitación o alojamiento conjunto a pesar de la mala infraestructura de nuestros hospitales.

Muchas mujeres de origen latinoamericano que viven en los Estados Unidos tienen ciertas creencias que obstaculizan el éxito de la lactancia; algunas de

estas creencias están generalizadas y otras son particulares de una región o grupo. Por ejemplo, muchas mujeres mexicano americanas consideran que la alimentación con biberón es más "moderna", es decir, mejor, y otras creen que cuando están lactando deben excluir de su alimentación ciertos productos .

Algunas mujeres procedentes de América Central tienen una actitud negativa hacia el calostro, aunque se sabe que esta primera secreción del pecho materno es especialmente importante para el recién nacido porque contiene muchos elementos inmunitarios. (21)

Tradicionalmente y en convencimiento de las madres, la lactancia al seno es necesaria para que el niño sea fuerte, al parecer estos son factores que mantienen la lactancia materna en periodo mas prolongado. En algunas comunidades de Bolivia inician la lactancia tres días después del nacimiento, tiempo en el que le brindan agua de anís para que elimine la brea negra que le causa cólico. (19) Creencia errónea que influye negativamente en la salud del niño.

De hecho las creencias populares hasta cierto punto místicas, provenientes de un desconocimiento científico real , han hecho que la Lactancia Materna se vea perjudicada. Combatir los mitos y divulgar las ventajas de la lactancia materna supone el conocimiento real de los factores que obstaculizan su implementación, sobre todo en aquellos estratos sociales de bajos recursos y por lo tanto de menor grado de instrucción. También se atribuyen diversas creencias a distintos alimentos, condimentos y drogas . (18)

Si la madre no está suficientemente motivada, no intentará dar el pecho a su hijo o si lo hace iniciará el destete rápidamente. Si la mujer no tiene suficiente leche, pronto se desanimará a dar de lactar o sustituirá la alimentación al pecho por el biberón. (21)

Aunque no hay muchos estudios al respecto, es lógico suponer que las experiencias previas de lactancia son parte importante de la motivación de una mujer para amamantar a su hijo: un fracaso anterior disminuirá la motivación, mientras que una experiencia previa positiva la aumentará. La ansiedad y la falta de conocimientos de la primípara también pueden obstaculizar el éxito de la lactancia; una multípara que amamantó antes a un hijo generalmente tiene menos problemas. (21)

La actitud positiva de los seres queridos es fundamental para motivar a la mujer a dar el pecho a su hijo. La cultura latinoamericana es alo céntrica, es decir, considera importantes las necesidades, los valores, las metas y los puntos de vista de los miembros del grupo. Este alo centrismo significa que las actitudes del marido, de la familia y de las amigas de la mujer desempeñan un papel fundamental en su decisión de amamantar al niño y en el éxito de la lactancia. La creencia de que el biberón es más moderno suele encontrarse también entre los parientes y amigos de muchas mujeres, con el consiguiente menoscabo de la lactancia materna. (21)

Vigor de la succión. Para que la provisión de leche de la madre sea adecuada es necesario que el niño succione el pecho con frecuencia y vigor. Si en el hospital surgen complicaciones en el momento del nacimiento o cuando se aplica la anestesia a la madre, el recién nacido puede presentar un estado de somnolencia que mengua su capacidad de chupar. La práctica de darle biberones con agua, o leche maternizada puede también afectar la succión y crearle confusión entre la mamila y el pezón, ya que la criatura chupa de manera diferente y con menos fuerza la mamila del biberón que el pezón de la madre.

Durante el primer mes de vida el agua o los medicamentos se deben darse con cucharita o gotero y nunca con biberón. (21)

Los niños nacidos antes de tiempo o con bajo peso suelen tener problemas para mamar porque carecen de fuerza suficiente para sacar del pecho de la madre cantidades suficientes de leche.

Un programa que se llevó a cabo con éxito en Bogotá, Colombia (21), para ayudar a estos niños consistió en mantenerlos dentro de la ropa y cerca del pecho de la madre; así se beneficiaban del calor corporal de esta y tenían además la oportunidad de amamantarse casi constantemente . (21)

Otros niños presentan anomalías anatómicas de la boca, maxilares o nariz que les impiden una succión adecuada; en ocasiones los pezones invertidos de la madre dificultan la lactancia. (21)

La insuficiencia de leche es una de las razones más frecuentes para iniciar el destete prematuro. La provisión de leche la determinan cuatro factores: la frecuencia del amamantamiento, el vigor con que chupa el niño, el reflejo del flujo de leche y el uso de anticonceptivos hormonales. Entre ellos la frecuencia del amamantamiento es el más importante . (21)

La succión del niño favorece la producción de leche de la madre porque al estimular los nervios de la areola se produce oxitocina, la cual inicia el reflejo del flujo de leche. (3). Cuanto mayor es la producción de leche en un momento dado, más leche podrá producir en los días siguientes. Si la secreción láctea es escasa se puede hacer aumentar mediante un régimen de descanso, una buena alimentación de la madre y sobre todo, la lactancia frecuente (incluso cada media hora). (21)

Cuando el niño succiona el pezón de la madre se libera la hormona oxitócica, que estimula el flujo de leche. Este reflejo es sumamente sensible a los estados de ánimo de la mujer, la que al no contar con el apoyo de familiares y amigos o carecer de experiencia previa y de información acerca de la lactancia

puede manifestar ansiedad y, como consecuencia, no tener la tranquilidad necesaria para lograr una secreción abundante de leche . (21)

Hay varias afecciones comunes del pecho que algunas veces causan dificultades para amamantar:

- Pezones planos e invertidos , pezones largos o granales
- Ingurgitación o plétora ( también llamada abotagamiento )
- Conductos obstruidos y mastitis
- Pezones inflamados y fisuras del pezón

El diagnóstico y el manejo de estas afecciones del pecho son importantes, tanto para aliviar a la madre como para permitir que la lactancia continúe. (2)

Las autoridades de la OMS y UNICEF, convocaron en el año 1989 a expertos de todo el mundo a una reunión conjunta para definir políticas y recomendaciones para promover la lactancia materna como una estrategia para mejorar la calidad de vida de los niños del mundo.

El componente central de la Declaración Conjunta está contenido en el código denominado "Diez pasos hacia una feliz lactancia natural" y en la "Iniciativa de los Hospitales Amigos del Niño" (IHAN) (1).

En el año 1991 como una forma de materializar el compromiso asumido por el país en distintos foros internacionales destinados a incentivar la lactancia materna a nivel mundial, el Ministerio de Salud incluye este tema como una de sus prioridades en salud infantil, se convoca a un grupo de trabajo de expertos - Comisión Nacional de Lactancia Materna" Para implementar planes y políticas de promoción de la lactancia materna".

En abril de 1992 se pone en marcha la iniciativa del Hospital Amigo del Niño y de la Madre, destinada a promover una lactancia exitosa y su manutención posterior en los primeros 6 meses de vida .(1)

La alimentación del niño afecta a su estado nutricional, el que a su vez conducirá a su potencial de desarrollo y crecimiento. En este sentido la practica de la Lactancia Materna provee a los niños de nutrientes adecuados y de inmunización, para combatir un gran numero de enfermedades comunes en la niñez (12-13)

Sin embargo, el temprano inicio de la alimentación complementaria sin las medidas de higiene y esterilización adecuadas, limita lo valioso de la lactancia al ponerse el niño en contacto con sustancias contaminadas en el ambiente. Los hábitos de lactancia y destete están pues, muy relacionados entre los riesgos de enfermedad y muerte y con el nivel de nutrición (12-13)

La Lactancia Materna inicial, según el ENDSA 1998 y 2003, afirma que un 97% de los recién nacidos lactó alguna vez.

En relación a la Lactancia Materna durante la primera media hora, de un 39% reportado por el ENDSA 1998, se incrementó al 61% de acuerdo al ENDSA 2003.

Según el ENDSA 1998 la Lactancia Materna Exclusiva recomendable durante los primeros 4 a 6 meses de vida solo es recibida por el 69% de los menores de 2 meses y por el 53% de los niños con 2 a 3 meses de edad, otorgando solo el 15% de los niños de 6 a 7 meses de edad, dichos porcentajes tuvieron un ligero incremento de 70% y 56 % y 17% respectivamente, gracias en parte a la continua aplicación del amamantamiento exclusivo en los programas de salud. (12-13)

### **3.2. Delimitación del Problema**

Con relación a la lactancia materna en Bolivia, algunas entidades demuestran que esta es aun prolongada y brinda una buena función, favoreciendo el posterior desarrollo del lactante (16)

Como se ha señalado existen múltiples causas a investigar en relación a los factores que intervienen en la situación de la lactancia materna exclusiva, su duración en madres con niños menores de seis meses, de los cuales se estudiaron específicamente:

- La situación de la lactancia materna exclusiva.
- Entre los factores sociales se estudiaron el grado de instrucción, aspectos laborales, información que recibió la madre, estado civil y apoyo familiar.
- Entre los factores culturales se estudiaron, apego precoz, número de hijos, edad de la madre, control prenatal y tipo de parto.

### **3.3. Formulación del problema**

¿Cuál será la situación de la lactancia materna exclusiva, los factores relacionados con su duración en madres atendidas en el Hospital Materno Infantil “Los Andes” de la ciudad de El Alto, Octubre de 2005?

## **IV. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo general**

Identificar la situación de la lactancia materna exclusiva y los factores relacionados con su duración en madres atendidas en el Hospital Materno Infantil “Los Andes” de la ciudad de El Alto , Octubre de 2005.

#### **4.2. Objetivos específicos**

- Identificar la situación de la lactancia materna exclusiva.
- Establecer la relación que existe entre el grado de instrucción, la ocupación, la información que recibió, el estado civil de la madre y el apoyo familiar sobre la duración de la lactancia materna exclusiva.
- Establecer la relación que existe entre el apego precoz, el número de hijos, la edad de la madre, el control prenatal y el tipo de parto sobre la duración de la lactancia materna exclusiva.

## **V. MARCO TEÓRICO**

### **5.1. ANTECEDENTES**

La mortalidad infantil en Bolivia es muy elevada, especialmente en niños de nivel socio económico inferior, la mejora en la practica de la lactancia materna

en nuestros niños y niñas podría contribuir a reducir drásticamente estas tasas de mortalidad infantil.(33)

El Ministerio de Salud y Deportes, revela que más del 56% de las muertes de niños bolivianos menores de un año son debidas a enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas. Esto no es de extrañar si tenemos en cuenta el elevadísimo porcentaje de niños amamantados de forma inadecuada o por tiempo insuficiente. Las cifras revelan que el 47% de las muertes infantiles por enfermedades diarreicas agudas y el 23% de las muertes infantiles por infecciones respiratorias aguda, son debidas a la práctica inapropiada de lactancia materna. Ello significa que cada año, unos 4.000 niños bolivianos, menores de un año mueren simplemente por que no fueron amamantados de forma correcta o por tiempo suficiente . (33)

La protección promoción y apoyo a la apropiada lactancia materna en Bolivia, permitirá reducir en un 22% la tasa de mortalidad infantil de nuestro país y salvar a más de 45.000 niños menores de un año durante el periodo 2000 - 2010. (33)

Las ventajas que la práctica de la lactancia materna representan para la salud infantil, tanto en relación al crecimiento físico como al desarrollo psicoemocional del niño son ampliamente reconocidas; sin embargo, por diversos factores socioculturales y por los avances logrados en el campo de la producción industrial de productos lácteos, se ha observado una preocupante tendencia a disminuir esta práctica natural. (1)

El arte de dar el pecho y la ciencia de la lactancia se vio avanzar a través de los últimos años, mientras la incidencia y duración de la lactancia materna tuvo altibajos marcados en todo el mundo. América latina y el Caribe se encuentran, en una fase en que la mayoría de las mujeres aún inician la lactancia materna.

Sin embargo, la duración en muchos lugares es corta, menos de un año, principalmente en la población de mayores ingresos económicos (3).

En nuestro país, como en muchos otros, la declinación de la práctica de la lactancia materna se ha venido produciendo aceleradamente en los últimos años. Las causas de esta declinación se consideran un antecedente de gran importancia, ya que ayuda a entender cómo se ha llegado a la situación actual, y a la vez a comprender que es necesario realizar un esfuerzo mancomunado para revertir este proceso. (1)

Hay muchos factores que se pueden aducir como causantes de este cambio. Algunos de ellos son generales, como factores sociales, culturales, de orden económico o de políticas regionales de salud. Otros más específicos, relacionados con la mujer, la organización de la familia, su realidad socioeconómica, su incorporación al trabajo fuera del hogar, la ausencia de redes sociales de apoyo. Por último, como factores más atingentes al equipo de salud, se reconoce que algunas prácticas que se han establecido en los servicios en cuanto a la atención clínica del parto, del nacimiento y del recién nacido, interfieren directamente con la lactancia. (1)

La lactancia materna debe ser iniciada inmediatamente después del parto y continuar exclusivamente hasta los seis meses. Una vez nacido el niño de un ambiente completamente estéril intrauterino, es expuesto a diversos gérmenes del medio ambiente, al ponerlo junto a la madre va a adquirir los gérmenes que tiene la madre, sin embargo al recibir el calostro va a recibir además de los gérmenes la protección contra esos mismos gérmenes que la madre habría producido con la leche materna. (31)

Este efecto es tan beneficioso para el niño se pierde cuando al nacer los profesionales lo separan de la madre, lo llevan a un lado, lo pesan, lo bañan, le ponen ropa, etc.; todos estos procedimientos están favoreciendo a que el niño

se vaya colonizando con otros gérmenes, o sea los gérmenes del person al que los está manipulando y contra los cuales el niño no tiene protección; entonces el efecto de separar al niño de la madre tendría dos aspectos muy importantes: primero el que se lo va colonizando con gérmenes que son deferentes a los de la madre y segundo estamos impidiendo además que reciba el efecto protector contra los gérmenes que tuvieran relación con la madre y se lo acerca nuevamente a ella.(33)

Por razones que hemos explicado la conducta más apropiada es acercar muy precozmente, inmediatamente después del parto al niño a la madre para que pueda hacer una succión temprana. Hay evidencia científica bastante amplia que apoya el hecho de que la lactancia precoz, inmediatamente después del parto apoya también a una mejor lactancia posteriormente. (33)

La práctica de la lactancia provee a los niños los nutrientes adecuados y de inmunización para gran número de enfermedades comunes de la niñez, sin embargo el temprano inicio de la complementación alimentaría sin las medidas de higiene y esterilizaciones adecuadas limitan lo valioso de la lactancia al ponerse al niño en contacto con substancias contaminadas en el ambiente. (1)

Si tomamos en cuenta que las personas que son atendidas en el hospital que se elige como área de investigación proveniente de sectores empobrecidos y de bajos niveles de instrucción, mal pueden tener conocimiento del rol que les corresponde desempeñar cuando nace su niño, especialmente en aquellas que son madres primigestas y que no saben la mayoría de las veces manipular al bebe en el primer contacto para el amamantamiento. La mayor parte de estas madres, por su nivel de educación se desempeñan en trabajos que son de servicios lo que da lugar a que suspendan la lactancia antes del tiempo recomendado por las normas. (1)

De acuerdo a los estudios a los que se tuvo acceso se pudo establecer que aquellas madres comprendidas entre 15 a 25 años de edad son las que abandonan prematuramente la lactancia materna por razones de falta de información adecuada sobre su importancia y la asimilación de estas a temprana edad al mercado laboral. (1)

También se puede observar a través de la información teórica obtenida que son las madres primigestas las que por falta de educación y orientación especializada, descuidan esencialmente la lactancia materna, perjudicando la adecuada nutrición del niño.

La desnutrición que es una causa de 30% de las muertes infantiles en Bolivia y uno de los factores de la desnutrición infantil es la práctica inadecuada de la lactancia materna en los primeros seis meses de vida.

La evidencia epidemiológica ha demostrado que la practica inadecuada de la lactancia materna contribuye de forma contundente al incremento de la mortalidad infantil debido a que se ha establecido que niños/ niñas que están alimentados con leche artificial versus niños con lactancia materna exclusiva tiene 18 veces más riesgo de mortalidad por diarreas y de 2.8 veces mas por infecciones respiratorias agudas. (22)

Actualmente en nuestro país esta normado que el niño debe recibir lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida, posteriormente se debe complementar la alimentación del menor con otros alimentos a parte de la lactancia materna.

Esta norma es, el resultado de un cúmulo de investigaciones que confirman y expanden las ventajas que la leche materna tiene para el recién nacido, suministrando una buena nutrición y los nutrientes necesarios para el crecimiento del cerebro y la protección necesaria contar infecciones . (3)

## 5.2. ANATOMÍA DE LA GLÁNDULA MAMARIA

La mama es la estructura anatómica en la cual se encuentra la glándula mamaria. La forma de las mamas es variable según las características individuales, genéticas y raciales, en la misma mujer, de acuerdo a la edad y paridad. Tanto el tamaño como la forma dependen de la cantidad de tejido adiposo, ya que este constituye la mayor parte de la masa del pecho.

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

La areola, zona de la piel de color café que rodea al pezón, en la mujer adulta mide de 3 a 5 cm. de diámetro, contiene numerosas glándulas de Montgomery. Durante el embarazo y la lactancia se aprecia claramente como sobre levantamientos bajo la piel. Se les atribuye un rol importante de lubricación y odorización de la mama, bajo la zona areolar los conductos galactóforos se ensanchan formando los senos lactíferos, en los cuales se acumula la leche que el niño debe exprimir al mamar. Bajo la piel de la areola y el pezón no hay tejido adiposo como en el cuerpo de la mama. (1)

La glándula mamaria está formada por un conjunto más o menos regular de 15 a 20 racimos glandulares denominados lóbulos mamarios cada uno con propio conducto galactóforo que llega a la punta de pezón con un pequeño agujero independiente. (2)

Los lóbulos mamarios están constituidos por numerosos lobulillos y éstos a su vez están formados por 10 a 100 acinos ó alvéolos. Cada acino está constituido por un conjunto de células secretoras que rodean una cavidad central en la que vierten su contenido que saldrá por el conducto terminal. Tanto los acinos como los conductos excretores están rodeados de células mioepiteliales y capilares sanguíneos, de singular importancia en el proceso de secreción y eyección de la leche. (2)

### 5.3. MARCO CONCEPTUAL

En forma genérica, la lactancia materna se refiere a la alimentación del recién nacido y lactante a través del pecho materno. (3)

**Lactancia materna.-** Es la alimentación del niño directamente del pecho materno, es considerado como el puente maternal entre la vida intrauterina y la adaptación al mundo exterior. (10)

**Lactancia materna exclusiva.-** Significa que al bebe se le da solo leche materna y no se le da ningún otro alimento o bebida, incluyendo agua (excepto medicinas y vitaminas o gotas de minerales; también se le puede dar leche materna extraída). (2)

**Lactancia materna a libre demanda.-** Es la que se brinda cada vez que el bebé lo solicita, sin límites de horario y sin excluir la alimentación nocturna. La lactancia natural es la mejor opción para alimentar al niño durante el primer año de vida. (3)

**Lactancia materna parcial:** Significa que al bebé se le amamanta algunas veces y en otras se le da formula láctea artificial cereales u otro tipo de alimentos.

La secreción láctea humana evoluciona en tres etapas durante la lactancia, adaptándose a las necesidades fisiológicas del recién nacido:

**Calostro:** fluido viscoso amarillento y espeso que se produce desde el último trimestre de embarazo y en los primeros cinco días después del parto. Varía su producción desde 10 a 100 ml/día. (2-3)

**Leche del comienzo.-** Es la leche que se produce al inicio de la mamada. Se ve más azul que la leche del final. Se produce en cantidad mayor que aquella y

proporciona gran cantidad de proteínas, lactosa y otros nutrientes, obteniendo de ella toda el agua que necesita. (2)

**Leche transicional:** fluido de color blanquecino azulado, se secreta desde el quinto o séptimo día hasta el final de la segunda semana. (3)

**Leche madura:** se produce a partir de la tercera semana tiene mayor consistencia que las anteriores. Su composición es variada . (3)

**Leche del final.-** Es la que se produce más tardíamente. La leche del final se ve más blanca que la del comienzo por que contiene más grasa. Esta grasa proporciona gran parte de la energía de la leche materna. Esta es la razón por la cual no hay que precipitarse a retirar al bebe del pecho, sino que debe permitírsele que continúe hasta saciarse. (1)

**Alimentación con biberón:** Significa que el bebe se alimenta usando biberón, sin importar el contenido del frasco, incluida la leche materna extraída. (2)

**Alimentación con formula:** Significa que al bebé se le alimenta con formulas lácteas artificiales y no recibe nada de leche materna.

**Tiempo de iniciación de la lactancia.-** Periodo que transcurre entre el nacimiento y el primer contacto físico y visual entre madre e hijo para el amamantamiento, mensurable en minutos y horas.

**Frecuencia de la lactancia.-** Número de mamadas que recibe el niño durante el día y la noche. (33)

**Relactación.-** La madre comienza a amamantar de nuevo y a producir leche después de haber suspendido la lactancia.

#### 5.4. VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna juega un rol importante, al hacer seguridad alimentaría realidad para 140 millones de niños que nacen cada año. Seguridad alimentaría significa suficiente alimento para mantener una vida saludable y productiva hoy y el futuro.

La lactancia materna es el primer alimento para los niños beneficiando no solo a los niños sino también a las mujeres, a la familia, a la sociedad y a nuestro ambiente. (33-35)

##### *Ventajas para el niño*

**Ventajas nutricionales.-** La lactancia materna cubre las necesidades nutricionales los primeros meses de vida. (34)

**Ventajas inmunológicas.-** La leche materna también posee factores protectores que previenen enfermedades infecciosas en los lactantes.

Los anticuerpos humorales que contiene la leche humana, son las inmunoglobulinas, Ig. A, G, M, D. La inmunoglobulina A es la más importante y constituye el 90% de todas las inmunoglobulinas del calostro y de la leche humana, se produce después de nacido el niño, no se destruye con las encimas digestivas del tubo digestivo del recién nacido . (31-33-35)

Por otra parte están presentes las células, entre ellas las células T, las B, macrófagos y neutrofilos todos con características antiinfecciosos . (31)

Otros que se encuentran en la leche materna con propiedades inmunitarias son:

El factor bífido que es una glucoproteina esencial para promover el crecimiento del lactobacilo, este protege al intestino de la colonización por bacterias entero patógenas, o sea ejerce un efecto antiinfeccioso intestinal . (31-35)

La enzima llamada lisozoma con actividad bacteriostática para las enterobacterias y las bacterias gram positivas. (34)

La lactoferrina que es una proteína que tiene capacidad de actuar a nivel del lumen intestinal, captando el hierro disponible o inhibiendo la proliferación de E. Coli. (34)

El interferón con propiedades antivirales y la proteína fijadora de B12 con acción inhibitoria en el crecimiento y multiplicación de la E. Coli . (34)

Las propiedades inmunológicas de la leche humana, protegen al niño contra las enfermedades gastrointestinales, respiratorias y las otitis, particularmente cuando el riesgo de contaminación es mayor, como sucede en comunidades pobres que viven en condiciones sanitarias insalubres. (34-35)

**Ventajas psicoafectivas.**- Una de las más importantes que se la atribuye a la leche materna es el vínculo entre madre e hijo a través del contacto táctil, visual, olfativo, estos vínculos afectivos tempranos ayudan al éxito de la lactancia materna y ayudan a una madurez neuromotora, también son determinantes para el desarrollo físico, afectivo, intelectual y social del niño. (34)

La desnutrición es 10 veces mayor en niños alimentados con fórmula, disminuyendo a 4% cuando la lactancia es mixta. Un bebé amamantado presenta infecciones respiratorias menos severas. (4)

El riesgo de presentar otitis media en niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva es casi nula, sin embargo el riesgo aumenta 8 veces mas en niños alimentados con fórmula. (4)

Contraer meningitis por *Hemofilus Influenzae* entre niños alimentados con fórmula es de 4 a 16 veces mayor. (4)

En relación al desarrollo intelectual y motor, varios estudios confirman que los niños amamantados sobresalen en pruebas de desarrollo intelectual y motor en comparación con los que no son amamantados.

#### *Ventajas para la madre*

**Espaciamiento entre embarazos.** - El inicio de la lactancia materna inmediata después del parto estimula la liberación de oxitocina, una hormona que ayuda a contraer el útero y disminuir el sangrado posparto. Efecto anticonceptivo, atribuible a la prolactina, ésta relacionada con la frecuencia de succión del pezón. Si el niño tiene lactancia materna exclusiva de día de noche durante los seis primeros meses de vida la probabilidad de ovulación disminuye por lo tanto hay periodos en que la madre no ovula y el espaciamiento ínter genésico es mayor por lo que hay una escasa probabilidad de que la madre se embarace (2%) y eso sin el uso de ningún otro anticonceptivo . (1-4-31-34)

**Protección contra el cáncer de mama.** - En países en desarrollo, donde la lactancia materna es prolongada, incidencia de cáncer es baja, en relación con aquellos que es breve o nula. Se asume que el cese de la ovulación y los cambios hormonales que acompañan a los embarazos y la lactancia prolongada, especialmente una disminución o alteraciones de las fracciones de estrógenos, pueden proteger del cáncer de mama, también se reducen otros riesgos como la anemia y la osteoporosis. (34-35)

#### *Ventajas para la familia*

Todas las ventajas antes mencionadas repercuten a nivel familiar y a que se ha demostrado que alimentar al niño con lactancia materna es más económico que alimentar con fórmula ya que no se necesita comprar leche, biberones, ni combustible para preparar la leche. (34)

Si una familia por alguna razón da leche de fórmula al niño y por el alto costo que esto significa como consecuencia a menudo son excesivamente diluidas para que duren más contribuyendo a aumentar la desnutrición. (33-34)

### **Ventajas para la sociedad**

Tiene que ver con la disminución de la dependencia en los sucedáneos de la leche, que se compran con divisas escasas, por lo que el efecto de la lactancia es muy positivo en la economía nacional. (33-34)

### **Ventajas para el medio ambiente**

Con la lactancia materna no se desearían toneladas de aluminio, biberones de plástico que no se reciclan, no habría desechos que contaminen el agua de ríos y mares, a esto se suma el consumo de energéticos para la preparación de biberones y la extinción de especies por deforestación y contaminación de su hábitat. (31-34)

Habiendo mencionado las innumerables ventajas de la lactancia materna, algunos niños no pueden acceder a este tipo de alimentación debido a:

- Nacimiento prematuro
- Tamaño pequeño Condición física débil
- Dificultad para succionar
- Defectos congénitos de la boca (labio leporino. Paladar hendido)

- Problemas digestivos ( ictericia por leche materna y galactosemia) (5)

A algunas madres se les aconseja no amamantar debido a problemas de salud tales como:

- Enfermedades graves ( enfermedades del corazón , cáncer )
- Nefritis
- Tuberculosis activa no tratada
- Infecciones VIH - SIDA (síndrome de inmune Deficiencia Adquirida)
- Lesiones por herpes activo de la mama
- Desnutrición grave (5)
- Mastitis, afecciones de pezones.

## **5.5. COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA**

La leche de cada mamífero es específica. La concentración de proteínas grasas y carbohidratos varía de una especie a otra. En el caso de las grasas si bien la concentración total es muy similar entre la leche humana y la de vaca, la calidad de la misma es muy diferente . La concentración de grasa constituye el 3% de la leche materna y proporciona cerca del 40% de las kilocalorías de la leche. Los lípidos predominantes que posee son grasas neutras o triglicéridos, ácidos grasos libres, fosfolípidos, glucolípidos, esterole s y colesterol. Los triglicéridos de la leche humana tienen un mayor porcentaje de ácido palmítico en posición 2, lo cual permite una absorción del 98%. Además, la leche humana es rica en ácidos grasos monoinsaturados como el oleico, los cuales se absorben muy bien. La razón por la cual la leche humana es de fácil asimilación es por que tiene triglicéridos de estructura especial y contiene sus propias lipasas, que ayudan a la digestión de las grasas contenidas en la misma leche. (31-34)

El alto contenido de ácidos grasos libres y no saturados, de fácil digestión, favorecen la absorción de calcio y son de vital importancia en la mielinización de las células nerviosas. (34)

Otro aspecto interesante en relación a los lípidos de la leche humana es que hay variaciones en cuanto a su concentración, también existe variaciones en la misma mujer en diferentes momentos del día o en diferentes momentos en que ella está alimentando a su niño; por ejemplo en la mañana generalmente el contenido graso tiende a ser mayor y en las tardes tiende a ser menor para una misma madre. También hay cambios entre la leche inicial y la leche terminal, cuando la madre empieza a alimentar hay un contenido menor de grasa que va aumentando a medida que se va prolongando una misma sesión de lactancia. (31)

La leche humana tiene menor cantidad de proteínas que la leche de muchos mamíferos.

Entre las proteínas se encuentra principalmente, en cantidades apreciables la alfa lactoalbúmina. Existen otras proteínas con propiedades antiinfecciosas como la lactoferrina, inmunoglobulina A secretora, la lisozima, el complemento y un factor antiestafilococo. (31-34)

Un aspecto importante que se debe tomar en cuenta es que la proteína del suero de leche materna es aproximadamente 40% de caseína y 60% de lactoalbúmina. Esto es importante ya que la lactoalbúmina forma coágulos suaves fáciles de digerir y reduce el tiempo de vaciado gástrico, mientras que la caseína que se encuentra en un 80% en la leche de vaca forma coágulos duros difíciles de digerir. Esto explica por que el niño alimentado artificialmente parece sentirse lleno por más tiempo, en realidad lo que sucede es que le cuesta más digerir la proteína de la leche de fórmula elaboradas con leche de vaca. (31-34)

Otro punto importante de las proteínas es el contenido de aminoácidos taurina, esta juega un papel importante como neurotransmisor o neuromodulador a nivel del cerebro y la retina. (34)

En relación a los carbohidratos la leche humana tiene la concentración más elevada de todas las especies, destacándose la lactosa la que se forma en la glándula mamaria, a partir de la glucosa y la galactosa independientemente de la concentración de estas, en la sangre de la madre. Este beta disacárido tiene un sabor menos dulce en comparación con otros azúcares que tienden a disminuir el apetito. La lactosa al fermentarse en el intestino delgado, produce un medio ácido que favorece la absorción del calcio en el niño alimentado con leche materna. (34)

Si bien la lactosa es cuantitativamente el carbohidrato más importante, no es el único presente en la leche materna. Muchos de ellos son importantes en la síntesis de otras sustancias, por ejemplo, la lactosa interviene mediante una serie de reacciones en la formación de galactolípidos que son sustancias esenciales para el desarrollo del sistema nervioso. El cerebro humano es el más inmaduro de todas las especies en el momento del nacimiento esta cantidad elevada de lactosa es la que permite una síntesis apropiada de estos galactolípidos para permitir el mejor desarrollo de este sistema nervioso tan inmaduro. Las glucoproteínas son moléculas complejas que resultan de la unión de un carbohidrato con proteínas. Un complejo es el factor bifido que es esencial para promover el crecimiento del lactobacilo, este protege al intestino de la colonización por bacterias enteropatógenas o sea que ejerce un efecto antiinfeccioso intestinal. (31-34)

El agua es un elemento importante para la eliminación renal de los solutos. La leche humana y la leche de vaca son similares en cuanto a contenido de agua 87 a 90%. Sin embargo a pesar de que esta cantidad de agua es similar, se debe tener en cuenta que la cantidad de proteína y minerales es mayor en la

leche de vaca y que en proceso de digestión se producen varias otras sustancias intermedias que tienen que ser eliminadas por el riñón resulta que para el niño la cantidad de agua presente en la leche de vaca no es suficiente para la eliminación renal de las sustancias sólidas diluidas en la misma. (31)

Referente a las vitaminas, la leche humana en comparación con la leche de vaca, contiene más ácido ascórbico y vitamina A. Con excepción del ácido fólico, las vitaminas del complejo B, se encuentran en menor cantidad. La leche humana, a diferencia de la leche de vaca, contiene menor cantidad de calcio. Sin embargo, el contenido de grasa y lactosa permiten una mejor absorción y satisfacen las necesidades del niño. El zinc es otro elemento que se encuentra en la leche humana aunque en cantidades no muy altas, su biodisponibilidad es muy grande y por ende también su absorción. (34)

Referente al hierro, ambas leches son pobres en este mineral, pero se sabe que el de la leche humana se absorbe alrededor del 75% comparado con el 4% con el de fórmulas lácteas. La cantidad de hierro contenida en la leche humana es suficiente para prevenir la anemia por deficiencia de hierro, por lo menos durante los primeros seis meses de vida. Por ello no se recomienda la suplementación rutinaria de hierro, ya que no solo reduce la absorción del hierro de la leche humana, sino que inhibe el papel bacteriostático de la lactoferrina pues la satura. (4)

## **5.6. LOS DIEZ PASOS PARA UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA**

Como parte de las políticas del Ministerio de Salud y como una prioridad en la salud infantil, en Abril de 1993 se pone en marcha la iniciativa del Hospital amigo del Niño y de la Madre, destinada a promover una lactancia exitosa durante la estadía hospitalaria y su mantención posterior en los primeros meses de vida.

Por lo cual todos los servicios de maternidad y de atención a los recién nacidos deberán seguir los 10 pasos que a continuación se mencionan:

1. Tener una política escrita de lactancia que conozca todo el personal de salud
2. El personal esta capacitado para poner en práctica esta política.
3. Informar a todas las embarazadas las ventajas de la lactancia y la manera de ponerlas en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia, dentro de la media hora de nacido el niño.
5. Mostrar a las madres como dar de lactar al niño y como mantener la lactancia, aunque tengan que separarse de sus hijos.
6. Asegurar que los recién nacidos solo tomen leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a menos que lo recomiende el médico.
7. Hacer que la madre y el niño estén juntos las 24 horas del día.
8. Incentivar a que la madre dé el pecho a su niño cada vez que se lo pida.
9. No dar mamaderas ni chupones.
10. Organizar grupos de apoyo a la lactancia materna y relacionar a las madres, dadas de alta. con estos grupos. (1)

## **5.7. MARCO REFERENCIAL**

En el estudio efectuado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, en el que relacionaron la lactancia materna con la ocupación, se encontró que del total de madres con ocupación, el 48,83% dan leche materna; y del total de amas de casa el 86,5% dan leche materna, esto muestra que la ocupación de la madre determina el amamantamiento. (28)

Otro estudio efectuado en Cebu – Filipinas por Popkin, afirma que la lactancia materna esta disminuyendo en todos los países por diversas causas, así de 3.080 madres de procedencia urbana y rural, solo el 31,1% de los niños de 2

meses fueron amamantados exclusivamente con lactancia materna y a los 8 meses todos los lactantes recibían alguna clase de suplemento, lo que produjo un 60% de episodios diarreicos, esto no ocurrió en niños del área rural, los cuales recibieron más tiempo lactancia materna. (26)

Cabrera en el servicio de neonatología del Hospital General de la ciudad de Habana durante el periodo de junio de 1994 y diciembre de 1996 valoro los niveles de escolaridad de los padres, ocupación, apoyo familiar y nivel de ansiedad de la madre, entre otros. El 59.1 % de los neonatos lactó los primeros 4 meses de vida.

El 55.5% de las madres estudiadas tenían entre 20 y 29 años y el abandono de la lactancia materna fue más frecuente en el grupo menor de 20 años y el de 35 años y más. Ni la edad, ni el nivel de escolaridad de la madre y el esposo influyeron en el abandono de la lactancia. En el grupo de madres estudiantes hubo un mayor porcentaje de abandono de dicho tipo de lactancia. El estado civil tampoco influye en el abandono de la lactancia materna, aunque se observó un mayor porcentaje de madres que daban de lactar en el grupo de las casadas. Las madres que no recibieron apoyo familiar abandonaron con mayor frecuencia la lactancia materna, al igual que aquellas que tenían un alto nivel de ansiedad. Se concluye que la falta de apoyo familiar y el nivel alto de ansiedad como estado influyen sobre el abandono de la lactancia materna. (8)

Sin embargo, es de gran importancia el papel que juegan la estructura familiar y los servicios de salud, son las conclusiones del estudio realizado acerca de " Factores que influyen en el abandono temprano de lactancia materna por mujeres trabajadoras". (6)

De acuerdo a un estudio realizado en Cuernavaca México, en agosto de 2003, refiere que los principales factores asociados con el abandono temprano de la lactancia materna fueron maternos. El único factor laboral fue la ausencia de

facilidades para amamantar. Es probable que la calidad de los conos, la experiencia previa con ella y tener facilidades laborales influyan en la decisión de prolongarla. (6)

El estudio realizado en Colombia, por Navarro y Cols., da cuenta de que el comportamiento sobre el abandono de la lactancia materna exclusiva se ha encontrado asociada a diferentes factores, algunos de ellos señalados por Navarro y colaboradores, como son la falta de conocimiento sobre la lactancia materna, el no haber amamantado previamente, el plan materno de duración de la lactancia. (6)

En Brasil, Victoria C. G., estudió a niños menores de un año relacionando la alimentación con episodios diarreicos entre lactantes amamantados al seno materno más fórmula láctea, presentaron 4,2 veces el riesgo de morir por diarrea, mientras que lactantes no amamantados que solo recibían fórmula láctea presentaron 14,2 veces más elevado. (27)

Comprobándose así, que lactantes no amamantados al seno, tienen un riesgo mayor de morir por diarrea. La relación entre el tipo de alimentación y las infecciones respiratorias constató que los lactantes amamantados al seno materno con un suplemento de leche tuvieron 16,1 veces más riesgo de morir por enfermedades respiratorias; pero en los lactantes alimentados solo con leche complementaria el riesgo fue 3,6 veces más elevado. (27)

López de Vargas en Chile, realizó un seguimiento de 2078 niños durante el primer año de vida, mostrando que al mes de vida el 79% de ellos recibían lactancia natural, el 15% mixta y el 5,8% artificial. Asimismo, comprobó que a medida que transcurrían los meses decreció el número de niños alimentados al seno, alcanzando solo un 50% entre 3 y 5 meses de vida. El peso de niños alimentados en forma natural fue mayor hasta los 8 meses, las diarreas fueron 4 veces más frecuentes en niños alimentados artificialmente así como la

desnutrición que fue 3 veces mas frecuente en relación a los que recibieron lactancia natural. (25)

Estudios confirman que Bolivia tiene niveles altos en duración de la lactancia materna, 10,5 meses en comparación con otros países; Colombia 10 meses, Guatemala 8 meses, y Chile 6 meses, esta duración media se da en estrato catalogado como bajo. Y el estudio sobre la situación de la lactancia materna en áreas urbanas de Bolivia, realizado por Vera (14), constata que la duración de la lactancia materna esta determinada por el nivel de instrucción; a medida que aumenta la instrucción de la madre, la duración de la lactancia es menor. Los extremos se dan entre el grupo de alfabetización y nivel técnico con una duración media de 2,5 y 4,9 meses. (29)

Otros estudio sobre la situación de la lactancia en Bolivia realizado por De la Gálvez Murillo (20), indica que hay mayor amamantamiento en los niños de las madres de 15 a 19 años porque estas permanecen mas con sus hijos, mientras que de 30 a 39 años lo efectuaron por tradición, sin embargo mujeres de 20 a 29 años amamantan menos por participación laboral, pero de 40 a 49 años no lo hacían por inseguridad. (30)

De acuerdo a un estudio realizado en Bolivia sobre lactancia natural en el año 1995 se llegó a la conclusión de que una parte importante de las mujeres comerciantes y también de las trabajadoras del hogar creen que después de cierta edad la leche es mala, las explicaciones de por que seria mala la leche, son principalmente las siguientes; Ya no es alimento; ya no sirve; les hace daño. Entre las otras razones para quitar el pecho a cierta edad se pueden mencionar: les arruina los dientes, quedan sonsos; cuando maman mucho es difícil despecharles, el bebe no estaba con la madre. (7)

La edad en que debe destetarse difiere en opinión de las madres. En Santa Cruz algunas madres piensan que después de 6 meses la leche ya no sirve, en

cambio en las otras ciudades, piensan que eso ocurre después del año o de los dos años. Hay correlaciones positivas entre la duración de la lactancia y el nivel de instrucción de la madre, su lugar de nacimiento, la permanencia en la ciudad, y el horario y la modalidad de trabajo. (29)

Ascarrunz, concluye que el grado de instrucción de la madre no determina el amamantamiento a los niños, pues se estudio un grupo de madres jóvenes con igual nivel de instrucción. La ocupación independiente de la madre en este estudio, no es limitante para la lactancia materna sobre todo en los primeros meses de vida.

El tipo de parto de las madres se relaciona con la duración de la lactancia materna, siendo más elevada en el parto normal. La orientación en lactancia materna no determina dicha práctica siendo esta efectuada por decisión de las madres. (11)

Investigaciones realizadas por Bartos, referente al tipo de parto, señalan que este es determinante en la duración de la lactancia y el destete, pues los niños que nacen por cesárea, ya sea por la herida o la anestesia, no entran en contacto inmediato con la madre, lo cual hace que se inicie la alimentación en formulas lácteas, siendo por tanto mayor la frecuencia de alimentación artificial en relación a los que nacen por parto vaginal . (31)

En el estudio realizado por Montaña y Pozo en el Hospital San Gabriel de la Ciudad de La Paz, en una población de 400 mujeres y niños se observó que la lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses alcanzó el 72% y solo un 27,9 % en niños de mayor edad, lo cual hace que la lactancia en nuestro país, aun es prolongada en relación a otros países. (24)

Vera, muestra que la duración de la lactancia por tiempo de iniciación de la lactancia al seno, se prolonga cuando el primer contacto madre – niño se logra a pocas horas de producido el nacimiento, no así cuando transcurrían muchas

horas antes de la primera tetada. Es posible que tenga su influencia el sistema de atención, porque el uso de formulas lácteas artificiales es una práctica corriente en clínicas y hospitales. (32)

Resultados obtenidos por Pérez comprueban que amamantaron de forma adecuada las mujeres de 18 a 34 años, las que tuvieron mejor percápita aquellas con secundaria o con preuniversitario. La estabilidad conyugal y un buen estado nutricional fueron factores determinantes. La información de la importancia de la lactancia materna se impartió de forma aceptable. (23)

## **VI. HIPOTESIS**

El factor más relacionado con la duración de la lactancia materna exclusiva es la ocupación de la madre.

## **VII. VARIABLES**

### **7.1. Variable dependiente**

- Duración de la lactancia materna exclusiva

### **7.2. Variables independientes**

- Inicio de la lactancia materna
- Duración de la lactancia materna
- Tipo de Alimentación del niño
- Frecuencia de la Lactancia Materna
- Edad de la madre
- Grado de instrucción de la madre (escolaridad)
- Número de hijos
- Tipo de parto

- Ocupación de la madre
- Estado Civil
- Orientación que recibió la madre
- Apoyo o Influencia familiar
- Control prenatal

## VIII. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA
Duración de la lactancia materna exclusiva	Periodo o tiempo que el niño es alimentado solo con el pecho de su madre.	Meses de duración	- Meses de duración
Inicio de la lactancia materna	Es el tiempo transcurrido en el que se inicio la lactancia materna después de nacido el niño.	Tiempo en minutos	- Adecuado menor de 30 min. - No adecuado mayor de 30 min.
Tipo de alimentación del menor de seis meses	Alimentos que consume el niño menor de seis meses	Tipo de alimentación	- Lactancia exclusiva. - Lactancia mixta. - Alimentación con formula. - Lactancia materna y alimentos
Frecuencia de la Lactancia Materna exclusiva	Número de mamadas que recibió el niño durante el día y la noche.	Número de veces en 24 horas	- 1-3 - 4-6 - 7-9 - 10-13 - 14 y más
Edad de la Madre	Tiempo que una persona ha vivido a contar desde que	Años de vida	- 15-19 años - 20-24 años - 25-29 años

	nació (34)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 30-34 años</li> <li>- 35-39 años</li> <li>- 40 y mas años</li> </ul>
Grado de Instrucción(escolaridad)	Se refiere al nivel de estudio alcanzado por una persona (madre)	Nivel de estudio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguno</li> <li>- Básico</li> <li>- Intermedio</li> <li>- Medio</li> <li>- Técnico</li> <li>- Universitario</li> </ul>
Número de hijos	Cantidad de hijos nacidos vivos de cada mujer en edad fértil.	Número de hijos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 Hijo</li> <li>- 2 Hijo</li> <li>- 3 Hijo</li> <li>- 4 Hijo</li> <li>- 5 Hijo</li> <li>- 6 Hijo</li> <li>- 7 Hijo</li> <li>+ de7 Hijos</li> </ul>
Tipo de parto	Forma en la cual nació un niño.	Forma de nacimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normal (Eutócico)</li> <li>- Cesárea</li> </ul>
Ocupación	Actividad o tipo de trabajo que realiza una persona, económicamente remunerada o no.	Tipo de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Labores de casa</li> <li>- Comercio informa</li> <li>- Trabajadora del hogar</li> <li>- Empleada estatal</li> <li>- Estudiante</li> </ul>
Estado civil	Estado legal de la persona en una sociedad		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soltera</li> <li>- Casada</li> <li>- Viuda</li> <li>- Divorciada</li> <li>- Concubina</li> </ul>
Orientación sobre Lactancia Materna	Referida a la consejera o información recibida sobre el tema por las madres durante el embarazo, post parto o en controles posteriores	Información recibida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si</li> <li>- No</li> </ul>

Apoyo o Influencia familiar	Es el incentivo y la ayuda que la madre recibió de sus parientes para continuar la lactancia materna.	Tipo de apoyo o influencia.	- Con apoyo - Sin apoyo
Control prenatal	Citas médicas durante el proceso de embarazo.		- Si - No

## IX. DISEÑO METODOLÓGICO

### 9.1 Tipo de estudio

- **Transversal** por que se lo realizó en un tiempo determinado.
- **Descriptivo** por que se caracteriza la situación de la lactancia materna exclusiva.
- **Correlacional** por que se realiza la prueba estadística.

### 9.2. Área de estudio

El presente estudio se realizó en el Hospital Materno Infantil “Los Andes” de la ciudad de El Alto, dependiente del Servicio Departamental de Salud de La Paz.

### 9.3. Universo y Muestra

Esta constituido por 307 niños menores de 6 meses con su madre o apoderado que acuden a la consulta.

**9.3.1. Criterios de inclusión.-** Todo niño menor de seis meses con su madre o apoderado que acuda a la consulta externa, en el periodo del 1 al 30 de noviembre de 2005.

**9.3.2. Unidad de observación.-** Madre con niño menor de seis meses.

#### **9.4. Métodos e Instrumentos**

Se utilizó el método de la entrevista, aplicando una guía de entrevista diseñada para el mismo, un método directo para la recolección de información y un instrumento con preguntas abiertas y cerradas de acuerdo a las variables estudiadas

##### **9.4.1. Método**

Se utilizó el método directo y la aplicación de la entrevista personal a informantes claves (la madre).

##### **9.4.2. Instrumentos**

Se utilizó la guía de entrevista, con 24 ítems previamente revisada por expertos en el tema y validada a través de una prueba piloto en el Hospital Materno Infantil “Los Andes” de la ciudad de El Alto. (Anexo N° 1)

#### **9.5. Procedimientos**

##### **9.5.1. Primera fase:**

En esta fase se procedió a la planificación de la investigación a través de la elaboración del perfil de la tesis el cual tuvo una duración de aproximadamente de tres meses.

##### **9.5.2. Segunda fase:**

En esta fase se procedió a la ejecución de lo planificado, tuvo su inicio con la prueba piloto, el cual sirvió para realizar algunos ajustes

en la guía de entrevista, posterior al cual se procedió con la recolección de la información de acuerdo a los objetivos del estudio, la entrevista se realizó a las madres utilizando un formulario con preguntas abiertas y cerradas, la entrevista fue realizada por la nutricionista tesista por lo que no fue necesario la capacitación de ningún otro personal, la información fue recolectada durante el mes de noviembre de 2005.

## **X. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

### **10.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN: MADRE:**

El estudio se realizó en 307 madres con hijos menores de seis meses que acuden a la consulta externa. Según la edad la mayoría de las madres se encuentra entre las edades de 20 a 24 años (40%), siendo los grupos más reducidos las madres menores de 15 y mayores de 30 años. Gráfico 1.

Respecto al grado de instrucción el 98% de las madres tiene algún grado de instrucción. Siendo que más del 50% corresponden al ciclo medio. Gráfico 2.

En relación a la ocupación de la madre el 51% tiene la ventaja de encontrarse junto a sus niños ya que estas son amas de casa, el restante 49% de alguna manera tiene restricción en este aspecto por la actividad que desempeña, como ser comercio informal, estudiante, artesanas y empleadas del estado. Grafico 3.

En cuanto al estado civil de las madres 89% tiene una relación estable considerándose como estable aquellas madres concubinas y/o casadas. Grafico 4.

Referente al número de hijos más del 57% tienen un solo hijo y del total de madres solo una tiene siete hijos. Gráfico 5.

Un porcentaje amplio (87%) de las madres realizó su control prenatal. Gráfico 6.

También el tipo de parto más practicado (79%) es el normal en relación a las cesáreas. Gráfico 7.

### **NIÑO:**

Referente a los niños el estudio también se realizó en 307 niños cuyas edades oscilan desde recién nacidos hasta cinco meses y 29 días de los cuales los niños de uno y dos meses están representados cada uno por el 25%, seguido de los niños de tres y cuatro meses de edad con 18% cada uno y por último tenemos a los niños de cinco meses con el 14%. Gráfico 8.

Tomando en cuenta el sexo se puede decir que proporcionalmente existe un equilibrio ya que el 51% son varones y el 49% son mujeres. Gráfico 9.

### **SITUACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA:**

#### **10.2.1. Inicio y frecuencia de la lactancia materna exclusiva.**

Referente al inicio de la lactancia materna se puede apreciar que el 55% de los niños inicio la lactancia antes de la media hora de haber nacido lo cual se considera una práctica ideal, el 45 % recibió leche materna después de la media hora de haber nacido. Gráfico 10.

En relación a la frecuencia el 52% de las madres refiere que su niño lacta varias veces al día, el 30% indicaron que lacta cuando quiere y solo un 18% desconoce el número de veces que lacta su niño. Gráfico 11

Del 52% de madres que respondieron varias veces un número importante lactan entre 6 a 10 veces, existiendo niños que lactan menos de 6 y más de 10 veces en menor cantidad. Gráfico 12.

### ***10.2.2. Duración de la lactancia materna***

Referente a la duración de lactancia materna se aprecia que cuanto más pequeño es el niño más se practica la lactancia materna y a medida que van creciendo son menos los beneficiados. Grafico 13.

### ***10.2.3. Tipo de alimentación***

En relación al tipo de alimentación se identifican cuatro grupos; **I.**-los que reciben Lactancia Materna Exclusiva, **II.**-Lactancia Mixta, **III.**-Alimentación con formula y **IV.**-Lactancia Materna más alimentos, el 62% goza de lactancia materna exclusiva, el 38% restante además de leche materna consume otros alimentos como leche de tarro en biberón, cereales y otros alimentos. Asimismo en este grupo se han encontrado niños que son alimentados solo con formula láctea. Grafico 14.

### ***10.2.4. Causas de consumo de otros alimentos en el menor de seis***

*meses*

Existen madres que ya no practican lactancia materna exclusiva, de acuerdo a los resultados obtenidos esto se debería a que la madre piensa que su producción de leche es insuficiente (15%), el 10% de las madres introduce otros líquidos en sustitución a la lactancia por que piensan que alivia el dolor de estómago y muy pocas madres introducen otros alimentos por que el niño no agarra bien el pecho, por consejos o por que el niño estuvo en la incubadora. Gráfico15.

### ***10.2.5. Alimentos más comunes que consume el niño***

El alimento más común que se introduce en la alimentación del menor de seis meses es la leche en polvo (20%), seguida de los mates de anís, manzanilla (10%) y los caldos y sopas (5%), finalmente se puede observar un mínimo porcentaje de niños que consumen cereales (maicena y avena colada) y yogurt. Grafico 16.

### ***10.2.6 Información recibida sobre lactancia materna***

Un número importante (73%) de madres no recibió información sobre lactancia materna y solo el 27% la recibió de este total de madres que recibió la

información el 84% recibió la información del personal de salud y el resto de los familiares. Gráfico 17-18.

#### ***10.2.7. Apoyo familiar***

El 40% de las madres refiere haber recibido apoyo familiar y un porcentaje importante no lo recibió. Gráfico 19.

El apoyo familiar que recibieran las madres fue de los parientes más cercanos como son los padres (38%), el esposo (34%) y el restante (28%) representado por otros parientes y amigos. Gráfico 20.

### **10.2. CORRELACIÓN DE VARIABLES:**

Referente a la información recibida y duración de la lactancia materna exclusiva en todos los grupos de edades las que más brindaron lactancia materna exclusiva fueron aquellas que no recibieron información sobre el tema. Cuadro 1.

Relacionando la duración de la lactancia materna exclusiva con la ocupación de la madre se aprecia que en todos los meses excepto en el cuarto mes gran parte de los niños que reciben lactancia materna exclusiva son de madres amas de casa seguidas del comercio informal. Cuadro 2.

En los cuatro primeros meses la lactancia materna exclusiva en su mayoría fue brindado por madres que cursaron el ciclo medio, solo en el quinto mes las que más dieron lactancia materna exclusiva fueron las que cursaron el ciclo básico. Cuadro 3.

Relacionando la duración de la lactancia materna exclusiva y el estado civil de la madre se observa que en cada uno de los meses las madres que tienen una relación estable son la que más dan lactancia materna exclusiva. Cuadro 4.

En cuanto a la duración de la lactancia materna exclusiva y el apoyo familiar el 38.11% de madres que brindan lactancia materna exclusiva recibió apoyo familiar, un 22.15% a pesar de haber recibido apoyo familiar no brindan lactancia materna exclusiva. Cuadro 5.

Referente al apego precoz y la duración de la lactancia materna exclusiva se observa que de las madres que tuvieron un apego precoz ideal, el 39.41%) practica lactancia materna exclusiva y de este grupo solo el 15.64% a pesar de tener un adecuado apego precoz no practica lactancia materna exclusiva. Cuadro 6.

En referencia a las experiencias previas determinado por el número de hijos y la duración de la lactancia materna exclusiva se encontró que esta va disminuyendo cuando la madre tiene más hijos, situación que podría atribuirse al espaciamiento ínter-genésico más corto. Cuadro 7.

En relación a la duración de la lactancia materna exclusiva y la edad de la madre las que tienen de 15 a 29 años de edad son las que más brindan lactancia materna exclusiva, disminuyendo esta a partir de los 30 años. Cuadro 8.

De la relación entre la duración de la lactancia materna exclusiva y control prenatal el 55.05% de madres que realizó el control prenatal dio lactancia materna exclusiva y solo el 32.58% a pesar de haber realizado el control prenatal no practica la lactancia materna exclusiva. Cuadro 9.

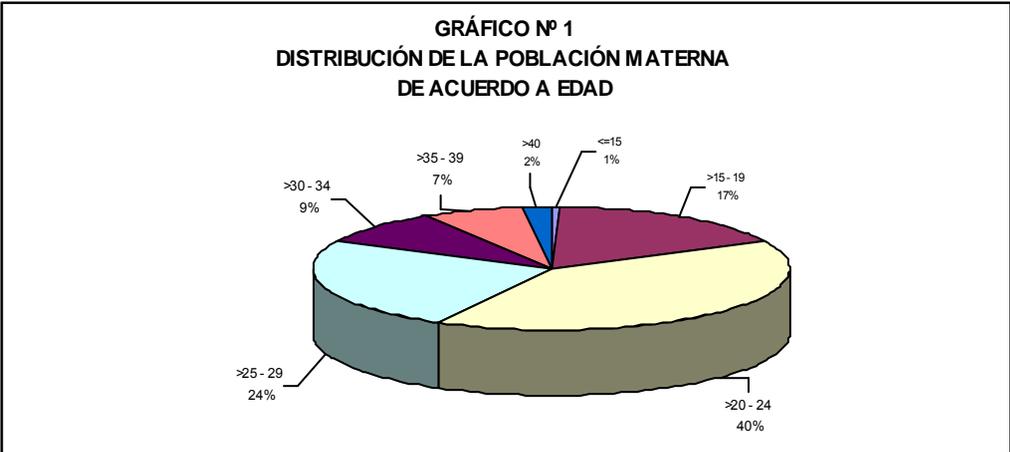
Referente a la duración de la lactancia materna exclusiva relacionado con el tipo de parto, se encontró que del total de madres que tuvo un parto normal el 52.44% brinda lactancia materna exclusiva y del total que tuvo un parto por cesárea solo el 10.42% brinda lactancia materna exclusiva. Cuadro 10.

La duración de la lactancia materna exclusiva relacionada con la edad niño se observa que la lactancia materna exclusiva alcanza al 20.52% en el primer mes de vida disminuyendo considerablemente a 3.91% al quinto mes, lo contrario sucede con la lactancia mixta esta va aumentando de 2.28% a 4.89% del primer al quinto mes de vida.

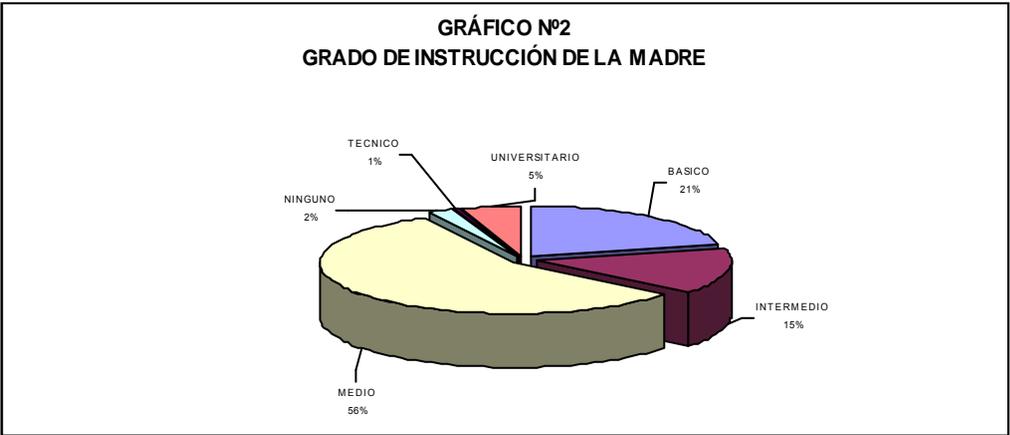
La lactancia materna exclusiva es combinada con los alimentos desde el primer mes de vida incrementándose a partir del cuarto mes lo que podría

deberse a que la madre piensa que no tiene leche o produce poca cantidad, al dolor de estomago del niño, el niño no se harta, se antoja, etc.. Cuadro 11.

**CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN :**



FUENTE: DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

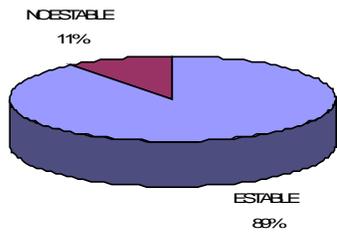


FUENTE: DATOS DE LA INVESTIGACIÓN



FUENTE: DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

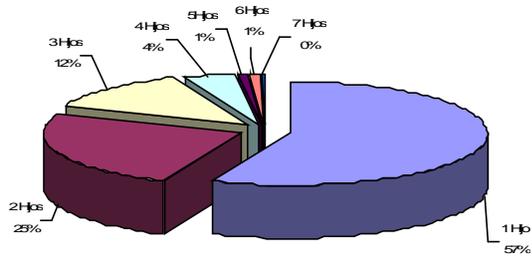
**GRAFICON 4**  
**ESTADOCVILDELAMADRE**



\* ESTABLE =CASADA, CONCUBINA

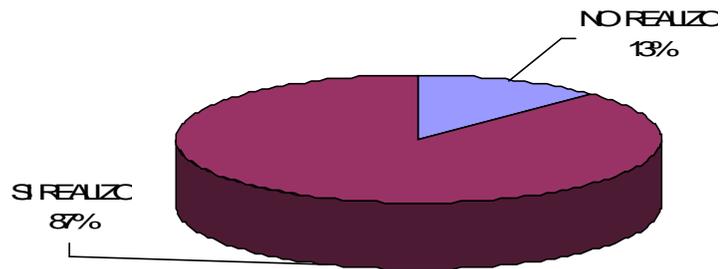
\* NO ESTABLE = SOLTERA, DIVORSIADA Y VIUDA

**GRAFICON 5**  
**CANTIDADDEHIJOSFORMADRE**

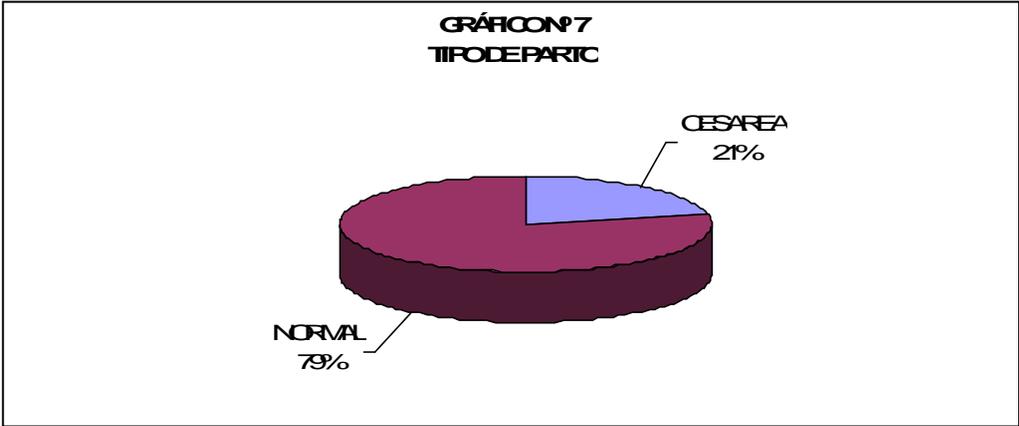


FUENTE: DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

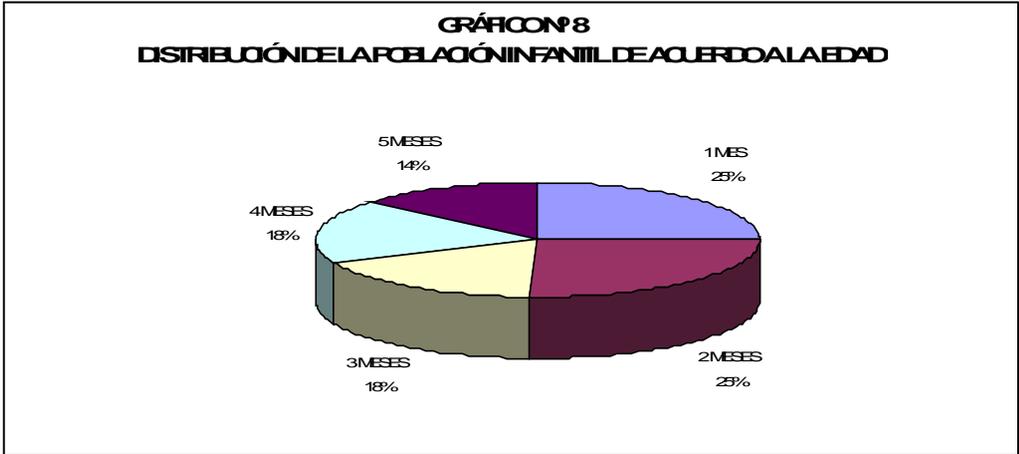
**GRÁFICON 6**  
**CONTROL PRENATAL**



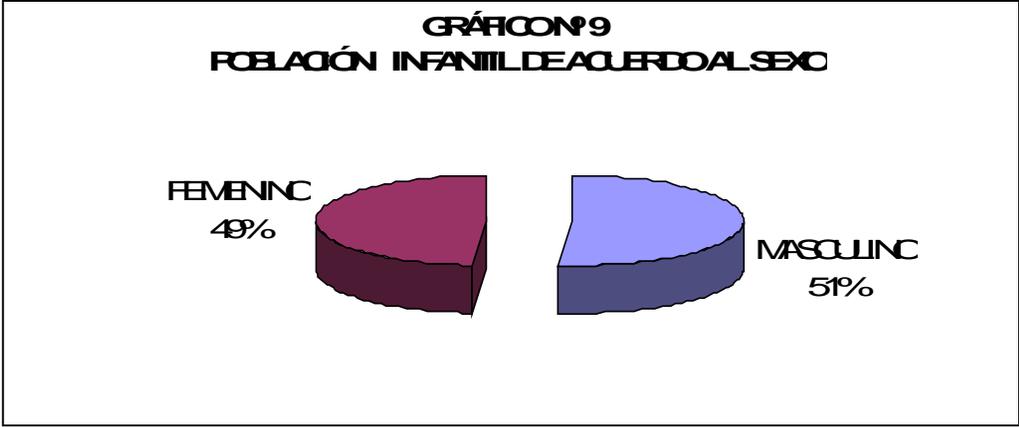
FUENTE: DATOS DE LA INVESTIGACIÓN



FUENTE: DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

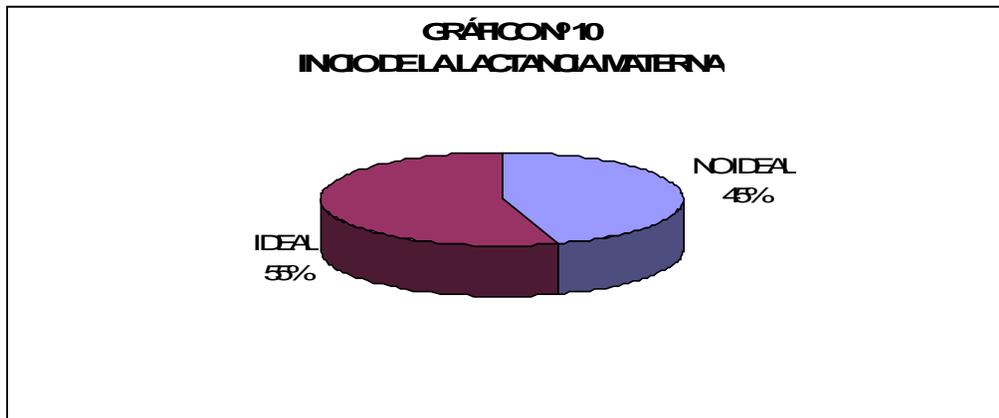


FUENTE: DATOS DE LA INVESTIGACIÓN



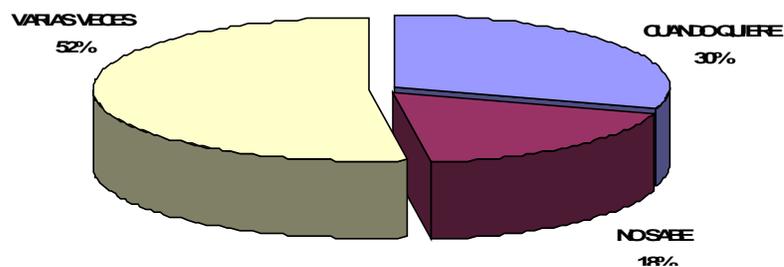
FUENTE: DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

## SITUACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA



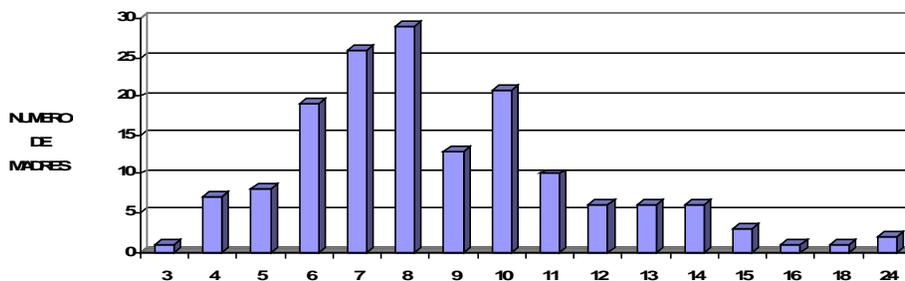
FUENTE: DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

**GRÁFICO 11**  
**FRECUENCIA DE LACTANCIA MATERNA**

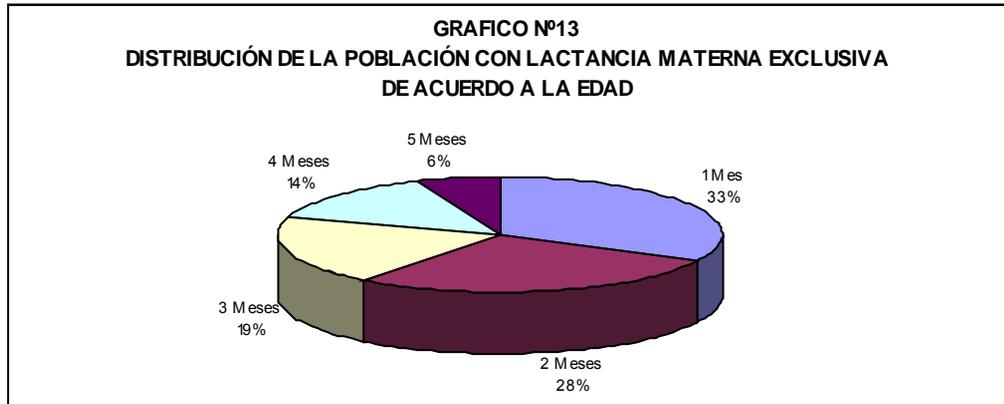


FUENTE: DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

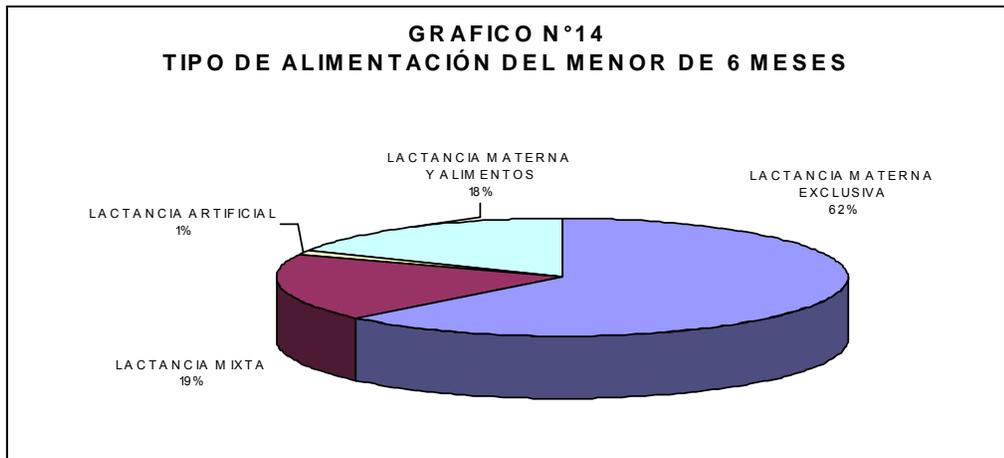
**GRÁFICO 12**  
**FRECUENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA**



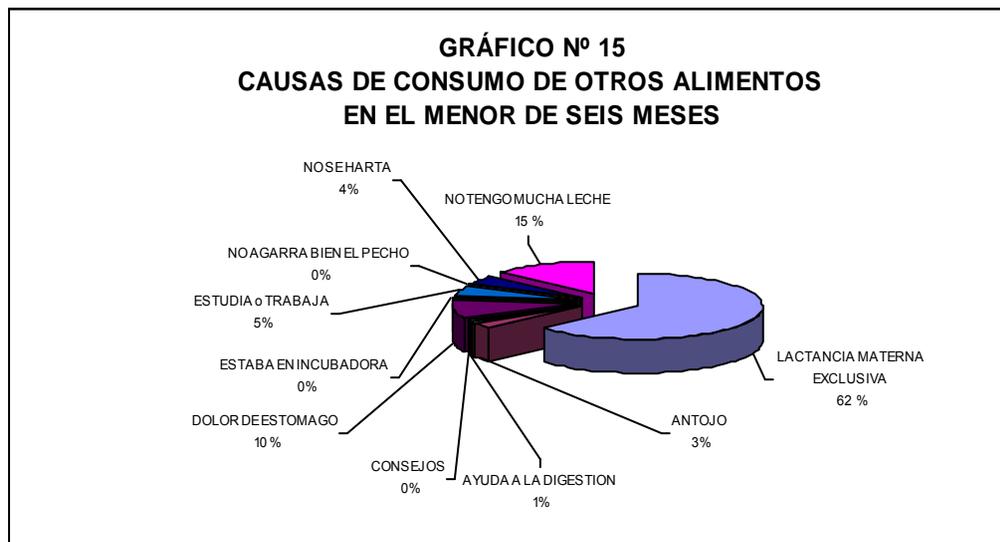
FUENTE: DATOS DE LA INVESTIGACIÓN



FUENTE: DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

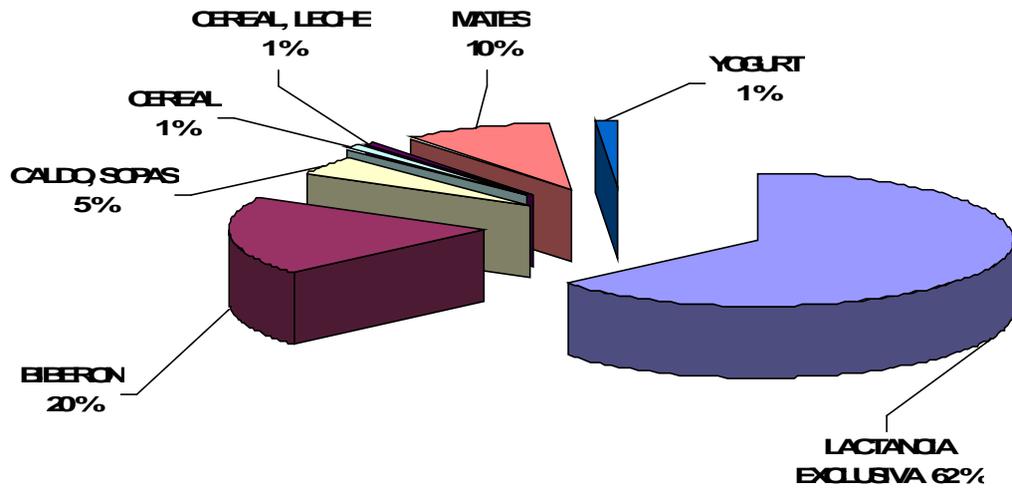


FUENTE: DATOS DE LA INVESTIGACIÓN



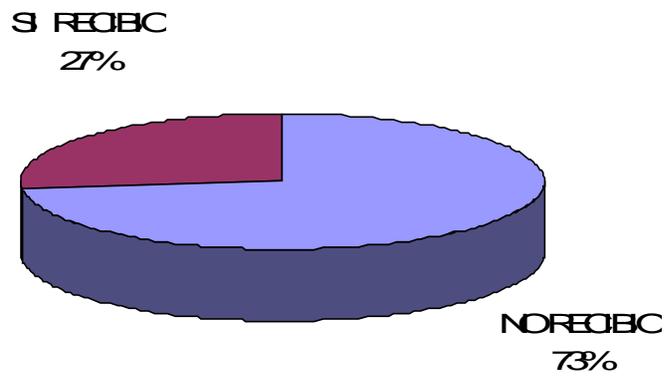
FUENTE: DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

**GRÁFICO Nº16**  
**TIPO DE ALIMENTOS CONSUMIDOS ANTES DE LOS 6 MESES**

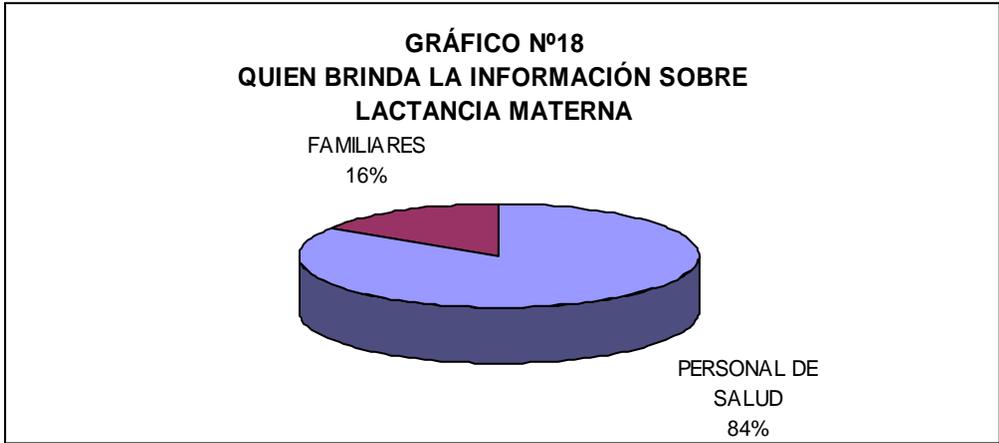


FUENTE: DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

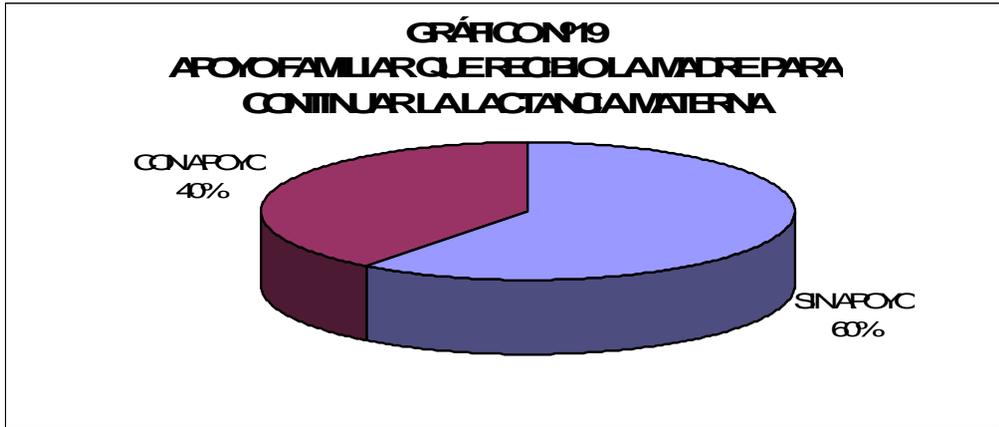
**GRÁFICO Nº17**  
**INFORMACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA**



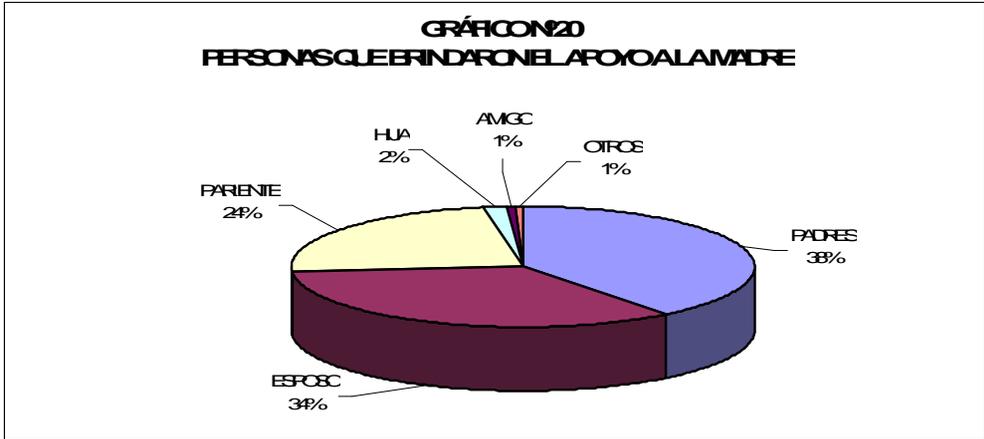
FUENTE: DATOS DE LA INVESTIGACIÓN



FUENTE: DATOS DE LA INVESTIGACIÓN



FUENTE: DATOS DE LA INVESTIGACIÓN



FUENTE: DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

## CORRELACIÓN DE VARIABLES:

CUADRO Nº 1

DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA  
EN RELACION A LA INFORMACIÓN RECIBIDA POR LA MADRE  
HOSPITAL LOS ANDES, OCTUBRE 2005

DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA	INFORMACIÓN				TOTAL
	NO RECIBIO		RECIBIO		
	Nº	%	Nº	%	Nº
1 MES	51	81.3	12	19	63
2 MESES	42	77.8	12	22.2	54
3 MESES	26	70.3	11	29.7	37
4 MESES	23	85.2	4	14.8	27
5 MESES	7	58.3	5	41.7	12
<b>TOTAL</b>	149	77.2	44	22.8	193

CUADRO Nº 2

DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA RALACIONADA  
CON LA OCUPACIÓN DE LA MADRE  
HOSPITAL LOS ANDES, OCTUBRE 2005

OCUPACIÓN	DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA										TOTAL	
	1 Mes		2 meses		3 meses		4meses		5 meses			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ARTESANO	1	0.526	5	2.59	3	1.55	3	1.55	1	0.52	13	6.7
COM. INFORMAL	18	9.33	16	8.29	8	4.15	11	5.70	4	2.07	57	29.53
EMP. ESTATAL	1	0.52							1	0.52	2	1.04
ESTUDIANTE	3	1.55	2	1.04	3	1.55	4	2.07	1	0.52	13	6.74
LAB. DE CASA	40	20.73	31	16.04	23	11.92	9	4.66	5	2.59	108	56.96
<b>TOTAL</b>	63	32.64	54	27.98	37	19.17	27	13.99	12	6.22	193	100.00

**CUADRO Nº 3**  
**DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA RELACIONADA**  
**CON EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE**  
**HOSPITAL LOS ANDES, OCTUBRE 2005**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	DURACIÓN DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA										TOTAL	
	1 Mes		2 meses		3 meses		4meses		5 meses			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NINGUNO	1	0.52	1	0.52							2	1.04
BASICO	15	7.77	6	3.11	9	4.66	6	3.11	6	3.11	42	21.76
INTERMEDIO	7	3.63	10	5.18	5	2.59	5	2.59	1	0.52	28	14.51
MEDIO	38	19.69	34	17.62	22	11.40	15	7.77	4	2.07	113	58.55
TECNICO		0		0		0	1	0.520		0	1	0.52
UNIVERSITARIO	2	1.04	3	1.55	1	0.52		0	1	0.52	7	3.63
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>32.64</b>	<b>54</b>	<b>27.98</b>	<b>37</b>	<b>19.17</b>	<b>27</b>	<b>13.99</b>	<b>12</b>	<b>6.22</b>	<b>193</b>	<b>100.00</b>

**CUADRO Nº 4**  
**DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN RELACION**  
**AL ESTADO CIVIL DE LA MADRE**  
**HOSPITAL LOS ANDES, OCTUBRE 2005**

DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA	ESTADO CIVIL				TOTAL
	ESTABLE		NO ESTABLE		
	Nº	%	Nº	%	Nº
1 MESES	51	81.3	12	19	63
2 MESES	42	77.8	12	22.2	54
3 MESES	26	70.3	11	29.7	37
4 MESES	23	85.2	4	14.8	27
5 MESES	7	58.3	5	41.7	12
<b>TOTAL</b>	<b>149</b>	<b>77.2</b>	<b>44</b>	<b>22.8</b>	<b>193</b>

\* ESTABLE =CASADA, CONCUBINA

\* NO ESTABLE = SOLTERA, DIVORSIADA Y VIUDA

**CUADRO Nº 5**

**DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA  
EN RELACION AL APOYO FAMILIAR  
HOSPITAL LOS ANDES, OCTUBRE 2005**

TIPO DE ALIMENTACIÓN	APOYO FAMILIAR				TOTAL	
	RECIBIO		NO RECIBIO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
LACTANCIA EXCLUSIVA	117	38.11	76	24.76	193	62.87
LACTANCIA MIXTA	39	12.7	18	5.86	57	18.57
ALIMENTACIÓN CON FORMULA	1	0.33	2	0.65	3	0.93
LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTOS	28	9.12	26	8.47	54	17.59
<b>TOTAL</b>	<b>185</b>	<b>60.26</b>	<b>122</b>	<b>39.74</b>	<b>307</b>	<b>100.00</b>

**CUADRO Nº 6**

**DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA  
RELACIONADO CON EL APEGO PRECOZ  
HOSPITAL LOS ANDES, OCTUBRE 2005**

TIPO DE ALIMENTACIÓN	APEGO PRECOZ				TOTAL	
	IDEAL		NO IDEAL			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
LACTANCIA EXCLUSIVA	121	39.41	72	23.45	193	62.87
LACTANCIA MIXTA	24	7.82	33	10.75	57	18.57
ALIMENTACIÓN CON FORMULA			3	0.98	3	0.93
LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTOS	24	7.82	30	9.77	54	17.59
<b>TOTAL</b>	<b>169</b>	<b>55.05</b>	<b>138</b>	<b>44.95</b>	<b>307</b>	<b>100.00</b>

**CUADRO Nº 7**  
**DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA RELACIONADA**  
**CON EL NÚMERO DE HIJOS**  
**HOSPITAL LOS ANDES, OCTUBRE 2005**

NUMERO DE HIJOS VIVOS	TIPO DE ALIMENTACION								TOTAL	
	Lactancia Exclusiva		Lactancia Mixta		Lactancia Artificial		Lactancia materna y Alimentos		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
1	106	34,53	38	12,38	3	0,98	26	8,47	173	56,35
2	49	15,96	9	2,93	0	0	19	6,19	77	25,08
3	25	8,14	8	2,61	0	0	5	1,63	38	12,38
4	9	2,93	1	0,33	0	0	3	0,98	13	4,23
5	1	0,33	1	0,33	0	0	1	0,33	3	0,98
6	2	0,65	0	0	0	0	0	0	2	0,65
7	1	0,33	0	0	0	0	0	0	1	0,33
<b>TOTAL</b>	193	62,87	57	18,57	3	0,98	54	17,59	307	100

**CUADRO Nº 8**  
**DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA RELACIONA**  
**CON LA EDAD DE LA MADRE**  
**HOSPITAL LOS ANDES, OCTUBRE 2005**

EDAD	TIPO DE ALIMENTACION								TOTAL	
	Lactancia Exclusiva		Lactancia Mixta		Lactancia Artificial		Lactancia materna y Alimentos		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
<=15	2	0,65	0	0	0	0	0	0	2	0,65
>15 - 19	38	12,38	7	2,28	3	0,98	4	1,30	52	16,94
>20 - 24	83	27,04	23	7,49	0	0	17	5,54	123	40,07
>25 - 29	42	13,68	12	3,91	0	0	21	6,84	75	24,43
>30 - 34	18	5,86	5	1,63	0	0	5	1,63	28	9,12
>35 - 39	8	2,61	8	2,61	0	0	5	1,63	21	6,84
>40	2	0,65	2	0,65	0	0	2	0,65	6	1,95
<b>TOTAL</b>	193	62,87	57	18,57	3	0,98	54	17,59	307	100

**CUADRO Nº 9**

**DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN RELACIÓN  
CON EL CONTROL PRENATAL  
HOSPITAL LOS ANDES, OCTUBRE 2005**

TIPO DE ALIMENTACIÓN	CONTROL PRENATAL				TOTAL	
	REALIZO		NO REALIZO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
LACTANCIA EXCLUSIVA	169	55.05	24	7.82	193	62.87
LACTANCIA MIXTA	50	16.29	7	2.28	57	18.57
ALIMENTACIÓN CON FORMULA	2	0.65	1	0.33	3	0.93
LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTOS	48	15.64	6	1.95	54	17.59
<b>TOTAL</b>	<b>269</b>	<b>87.62</b>	<b>38</b>	<b>12.38</b>	<b>307</b>	<b>100.00</b>

**CUADRO Nº 10**

**DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA  
EN RELACION CON EL TIPO DE PARTO  
HOSPITAL LOS ANDES, OCTUBRE 2005**

TIPO DE ALIMENTACIÓN	TIPO DE PARTO				TOTAL
	NORMAL		CESAREA		
	Nº	%	Nº	%	Nº
LACTANCIA EXCLUSIVA	161	52.44	32	10.42	193
LACTANCIA MIXTA	39	12.7	18	5.86	57
ALIMENTACIÓN CON FORMULA	2	0.65	1	0.33	3
LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTOS	39	12.7	15	4.89	54
<b>TOTAL</b>	<b>241</b>	<b>78.5</b>	<b>66</b>	<b>21.5</b>	<b>307</b>

**CUADRO Nº 11**  
**DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA RELACIONADA**  
**CON LA EDAD DEL NIÑO**  
**HOSPITAL LOS ANDES, OCTUBRE 2005**

EDAD DEL NIÑO	TIPO DE ALIMENTACIÓN								TOTAL	
	Lactancia exclusiva		Lactancia Mixta		Alimentación con formula		Lactancia materna y. Alimentos.		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
<b>1 MES</b>	63	20,52	7	2.28	0	0	7	2.28	77	25
<b>2 MESES</b>	54	17.59	16	5.21	1	0.3	7	2.28	78	25
<b>3 MESES</b>	37	12.05	10	3.26	1	0.3	8	2.61	56	18
<b>4 MESES</b>	27	8.79	9	2.93	1	0.3	17	5.54	54	18
<b>5 MESES</b>	12	3.91	15	4.89	0	0	15	4.89	42	14
<b>TOTAL</b>	193	62.90	57	18.6	3	1.0	54	17.6	307	100.00

## XII. VERIFICACIÓN DE LA HIPOTESIS

Con la finalidad de verificar la hipótesis planteada y establecer la relación de variables para el presente estudio se utilizó la prueba estadística del Chi cuadrado.

La prueba del Chi cuadrado tiene la siguiente expresión:

$$\chi^2 \approx \sum_{ij} \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Donde:

O = Valor observado en la i-ésimo celda.

E = Valor esperado en la i-ésimo celda.

K = Categorías o celdas.

Se establecen las siguientes hipótesis:

Ho = Significa que las variables  $X$  y  $Y$  son independientes que una con la otra no tienen relación.

Ha = Significa que las variables  $X$  y  $Y$  son dependientes que una con la otra tiene relación.

También se calculó el coeficiente de contingencia en la que se utilizaron los valores del Chi cuadrado y número de muestra, bajo la siguiente expresión:

- Relación de dos variables baja  $0 < r < 0,30$
- Relación de dos variables intermedia  $0,30 < r < 0,70$
- Relación de dos variables fuerte  $0,70 < r < 1$

**CUADRO Nº 12**  
**DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA**  
**EN RELACIÓN A LOS FACTORES SOCIALES Y CULTURALES**

<b>RELACIÓN DE VARIABLES</b>	<b>Valor calculado de las variables</b>	<b>Número De muestra</b>	<b>Coefficiente de correlación</b>
Duración de lactancia materna exclusiva Vs. Información recibida por la madre	4,9288	193	0,52
Duración de la lactancia materna exclusiva Vs. Edad de la madre	36,4471	307	0,33
Duración de lactancia materna exclusiva Vs. Ocupación	21,1788	193	0,31
Duración de lactancia materna exclusiva Vs. Grado de instrucción	20,6059	193	0,31
Duración de lactancia materna exclusiva Vs. Edad del niño	21,188	307	0,25
Duración de lactancia materna exclusiva Vs. Estado civil	9,6513	193	0,22
Duración de lactancia materna exclusiva Vs. Apego precoz	14,5462	307	0,21
Duración de lactancia materna exclusiva Vs. Tipo de parto	7,7088	307	0,16
Duración de lactancia materna exclusiva Vs. Numero de hijos	12,9528	307	0,2
Duración de lactancia materna exclusiva Vs. Apoyo familiar	3,3679	307	0,1
Duración de lactancia materna exclusiva Vs. Control prenatal	1.2956	307	0,06

FUENTE: DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

Con los criterios antes mencionados y considerando los datos obtenidos mostrados en los cuadros anteriores, se obtuvo que en todas las relaciones de variables se acepta la hipótesis alterna del chi cuadrado, esto quiere decir que en mayor o menor grado existe relación entre las variables planteadas.

Cabe resaltar que la información recibida por la madre con un valor de correlación intermedia de 0.52 es la variable que más se relaciona con la duración de la lactancia materna exclusiva, seguida por la edad de la madre también con un valor de correlación intermedia de 0.33.

Esto significa que si la madre estuviera bien informada sobre las ventajas de la lactancia materna no dejarían de practicarla beneficiando así a sus niños.

Las variables antes mencionadas son las que tienen más relación, con la duración de la lactancia materna exclusiva por lo que se las debería tomar en cuenta para mejorar las buenas prácticas sobre lactancia materna.

### **XIII.- DISCUSIÓN**

En los hallazgos de este estudio en cuanto a la situación de la lactancia materna y los factores que determinan su duración, se encontró resultados superiores a otros estudios reportados en la literatura respecto al apego precoz, es decir en este estudio mayor porcentaje de madres que inician precozmente la lactancia materna (31) beneficiando así a un mayor número de niños con lactancia materna exclusiva.

En cuanto a la duración de la lactancia materna exclusiva se encontraron resultados inferiores a los de la literatura (24 -25), es importante resaltar que se coincide al mencionar que a medida que transcurren los meses este número decrece , esto pese a existir normas y disposiciones oficiales que deberían ser difundidas constantemente por el personal de salud.

La lactancia materna exclusiva es el tipo de alimentación más practicado en este estudio, el grado de instrucción elevado que incide en el aumento de la duración de la lactancia materna exclusiva, en las relaciones estables que podrían influir en el estado de estrés de la madre y por lo tanto en su estado emocional lo que repercute en la producción de leche y por lo tanto en la duración de la lactancia materna datos coincidentes con la literatura. (23)

En cuanto a la información recibida, muy pocas madres la recibieron, por lo tanto sus conocimientos eran escasos, hecho que no fue una limitante ya que una mayor parte de esas madres brindan a sus niños lactancia materna exclusiva, esto coincide con lo encontrado por otros autores. (11)

Referente al tipo de alimentación más del 60% practican la lactancia materna exclusiva siendo que el resto la complementa con formulas lácteas y otros alimentos, la ablactación y la introducción de lácteos fue debido principalmente

a la impresión subjetiva de la madre de no tener suficiente leche, datos coincidente con la literatura. (31)

En relación a la edad de las madres, las que más practican lactancia materna exclusiva se encuentra en el grupo de 20 a 24 años de edad, por otro lado en este grupo también se encuentran la mayor cantidad de madres que más precoz mente abandonan la lactancia materna talvez por falta de conocimientos o por falta de experiencia.

El número de hijos que tiene la madre es determinante en la duración de la lactancia materna exclusiva, ya que se encontró que cuantos más hijos tiene una madre menos practican la lactancia materna exclusiva.

Durante el parto por cesárea se puede apreciar una separación más prolongada, ya sea por los efectos de la anestesia, por dolor causado por la herida, la administración de soluciones endovenosas, etc., son factores que interfieren en el inicio de la lactancia materna y el tipo de alimentación que este recibirá posteriormente.

Llama la atención que madres que se ocupan de las labores de casa y por lo tanto están más tiempo con sus niños podrían amamantar exclusivamente hasta más edad a sus hijos, hecho que no sucede ya que un tercio de estas madres amas de casa brindan otro tipo de alimentación a sus niños.

Aquellas madres que asisten el control prenatal mantienen por más tiempo la lactancia materna, esto podría deberse a que en estos controles la madre se informa sobre los beneficios de la lactancia materna para su bebe y por lo tanto lo practica.

#### **XIV.- CONCLUSIONES**

De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que la hipótesis no se confirma ya que la ocupación de la madre no es factor más relacionado con la lactancia materna exclusiva.

La duración de la lactancia materna exclusiva esta más relacionada principalmente con la información recibida y con la edad de la madre ya que cuando la madre es muy joven o muy adulta la lactancia materna dura menos.

El inicio de la lactancia materna en la mayor parte de los niños fue ideal, la frecuencia de lactancia materna exclusiva es de seis a diez lactadas por día.

Cuando la edad del niño es mayor la lactancia exclusiva dura menos y el ingreso de otros alimentos a su dieta se incrementa.

En la alimentación del niño menor de seis meses se identificaron cuatro grupos: Lactancia materna exclusiva, Lactancia mixta, Alimentación con formula y Lactancia materna más alimentos, predominando la lactancia materna exclusiva.

Existen muchas razones para que lactancia deje de ser exclusiva entre las más comunes se encuentran suposiciones de la madre: que no tiene leche, el dolor de estómago del niño, el niño se antoja, etc.

Los alimentos más utilizados en la dieta del niño son la leche en polvo, reconstituida y utilizada a través del biberón y los mates especialmente el de anís.

El apoyo familiar es brindado especialmente por los parientes más cercanos como ser los padres y el esposo.

La mayoría tienen una relación estable y recibieron información sobre lactancia materna especialmente del personal de salud

Una gran mayoría de las madres realizo su control prenatal lo que generalmente concluye en un parto normal.

El apoyo familiar es brindado especialmente por los parientes más cercanos como ser los padres y el esposo.

La ocupación de la madre influye en forma positiva en la duración de la lactancia materna exclusiva; en un número menor la influencia es negativa por que la madre a pesar de encontrarse todo el tiempo con sus hijos no todas brindan lactancia materna exclusiva lo que podría deberse a la modernización.

La lactancia materna exclusiva dura más en las relaciones estables y cuando existe apoyo familiar.

Cuando el parto es normal la lactancia exclusiva es mayor.

La realización del control prenatal y el apego precoz ideal influyen positivamente en la duración de la lactancia materna exclusiva.

## **XV.- RECOMENDACIONES**

- Realizar campañas masivas y constantes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva y evitar las propagandas de los sucedáneos de la leche materna.
- Todo el personal de salud debe ser concientizado sobre las ventajas de lactancia materna y educar en forma permanente a las madres y familiares
- Activar los Comités de Lactancia Materna en todo el sistema de Salud especialmente en maternidades.
- Introducir el tema de lactancia materna en los contenidos de los colegios del estatal como privados y preparar de esta manera a las futuras madres y padres.
- Concienciar a los pediatras para incentivar la lactancia materna exclusiva y no así los sucedáneos de esta.
- Difundir la nueva ley N° 3460 Ley de fomento a la lactancia materna y comercialización de los sucedáneos promulgada el 15 de agosto de 2006, para que sea aplicada por todos los profesionales siempre pensando en beneficio del menor de seis meses priorizando de esta manera la lactancia materna en todos los centros de salud públicos y privados.
- Implementar una ley de fomento a la lactancia materna que proteja a madres que no tienen un trabajo estable.

## BIBLIOGRAFÍA

1. O. M. S. **Lactancia materna. Contenidos Técnicos para profesionales de la salud** . Ministerio de Salud. Comisión Nacional de la Lactancia Materna. OMS – OPS, UNICEF. 1993..
2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Manual de Consejería en Lactancia Materna** . UNICEF - OMS. Págs. 3, 7, 8-11, 182-185, 188. CURE, C. **Revista de la Asociación Colombiana**. Vol. 11 N° 2. Junio 2002.
3. SEGURA ROSERO , A. M. ; MAESTRE , C. ;
4. CURE, C. **Revista de la Asociación Colombiana** . Vol. 11 N° 2. Junio 2002.
5. BIBLIOTECA NACIONAL DE LOS ESTADOS UNIDOS. **Enciclopedia Médica en Español** . Página Actualizada 2005.
6. NAVARRO E. y Cols. **Factores que influyen en el Abandono Temprano de la Lactancia por Mujeres Trabajadoras** . Salud Pública – México. Vol. 45. N° 4. Cuernavaca 2003.
7. UNICEF. **Ministerio de Desarrollo Humano** . Mujeres, Empleo y Lactancia Natural en Bolivia. 1995
8. CABRERA, E. **Abandono sobre la Lactancia Materna** . Hospital General La Habana – Cuba. 1996.
9. COLUNGA, R. **Estudio sobre Lactancia Materna** . Nuevo León - México.
10. CAMACHO, S. **Duración de la Lactancia Materna en Madres del Área Urbana y Rural** . Tesis de Grado. Bolivia. 1982.
11. ASCARRUNZ Q, E. **Influencia de algunos Factores Socio Económicos y Maternos en el tipo de Lactancia que recibe el niño menor de 6 meses y la relación con su Estado Nutricional y Presencia de Enfermedades** . Tesis de Grado. Bolivia. 1994.
12. ENDSA 1998.
13. ENDSA. **Proyección de Reducción de la Mortalidad Infantil / Compromiso del Servicio Departamental de Salud Bolivia** 2003.
14. FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. **Tomemos la iniciativa en pro de los niños**. Nueva York. 1998.
15. JIMÉNEZ, M. **Manual de Fomento para la Lactancia Materna** . Ministerio de Salud. Año 1987.
16. INE. Biblioteca del Ministerio de Planeamiento y Coordinación. **Encuesta Nacional de Demografía y Salud**. Bolivia 1989.
17. OMS – UNICEF. Declaración Conjunta. **Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural**. Ginebra 1990.
18. FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. **Conocimientos, Actitudes y Prácticas frente a la Lactancia Materna** . Bolivia 1986.

19. MINISTERIO DE PLANEAMIENTO Y COORDINACIÓN. Dirección de Planeamiento Social. Departamento de Alimentación y Nutrición. **Hábitos Alimentarios y algunos patrones culturales frente a la Alimentación Complementaria** . Lactancia Materna, Diarrea y Bocio en Bolivia. 1981.
20. Servicio Departamental de Salud **Compromiso proyección de reducción de la mortalidad infantil**
21. GUERRA DE MACEDA, CARLYLE MD. Oficina Sanitaria Panamericana. **Boletín Nº 1. Vol. 104.** Enero 1988.
22. PROYECTO LINKAGES. **Nutrición en Bolivia: la prioridad en la lucha contra la pobreza** . Un análisis PROFILES para la abogacía a favor de la nutrición en Bolivia. Washington D. C. USAID. Año 2000.
23. AGUILAR, A. M.; MAZZI, E. **Crecimiento durante los seis primeros meses de vida en niños con Lactancia Materna Exclusiva** . Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría 1992.
24. MONTAÑO, L.; POZO G. **Crecimiento, Desarrollo y Lactancia Materna. Participación Comunitaria.** Bolivia 1990.
25. LÓPEZ DE V. YLSE. **Lactancia Materna – Peso - Diarrea – Desnutrición en el primer año de vida.** Oficina Sanitaria Panamericana. Panamá 1983.
26. POPKIN, BARRY M. **Breast, Feeding and Diarrhea Morbidity** . Cebú – Filipinas 1990..
27. GALVES V. C.; SMITH, D. **Evidence for Protection by Breast Feeding Against Infant Deaths from Infections Diseases in Brazil** . Brasil 1987.
28. FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. **Conocimientos, Actitudes y Prácticas frente a la Lactancia Materna** . Bolivia 1990.
29. VERA, R. **Situación de la Lactancia Urbana en Bolivia** . Bolivia 1982.
30. DE LA GALVEZ MURILLO. **Situación de la Lactancia Materna en Bolivia** . Bolivia 1984.
31. BARTOS, MIKLOS. **Lactancia Materna** . Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría Volumen 30. 1991.
32. UNICEF Mujer Empleo y Lactancia Natura en Bolivia. Bolivia 1995.
33. Boletín Informativo AIS- Metas del Milenio, Globalización, Seguridad alimentaria y Lactancia Materna. Vol. 8 Nº 4. 2003.
34. JORDAN M. Importancia de la lactancia Materna Miomografo, Carrera de Nutrición, La Paz Bolivia 2003.
- 35.- LOPEZ Sonia V. Conocimientos y Actitudes Sobre Lactancia Materna de Adolescentes que pertenecen a Colegios Fiscales y Particulares de la Ciudad de El Alto. La Paz -Bolivia 2002.

**ANEXOS**



**DATOS DE LA MADRE:**

17.- Cuantos años tiene.....

18.-Hasta que curso estudio:

- Ninguno
- Básico
- Medio
- Intermedio
- Técnico Medio
- Universitario

19.-Que Ocupación tiene:

- Labores de casa
- Trabajadora del Hogar
- Estudiante
- Comercio informal
- Empleada Estatal

20.- Cuantos hijos tiene.....

21.- Cual es su estado civil:

- Casada
- Viuda
- Soltera
- Divorciada
- Concubina

22.- Alguien le hablo sobre lactancia materna Si  No

Quien.....

Sobre que tema.....

23.- Tipo de parto Normal

Cesárea

24.- Realizo control prenatal . Si  No

## **ANEXO Nº 2**

### **RECURSOS**

#### **1.- Humanos**

Una nutricionista del curso de post grado

#### **2.- Materiales**

- Computadora
- Impresora
- Material de escritorio
- Hojas de registro
- Fotocopia de instrumento
- Material bibliográfico – Internet
- Pasajes

#### **3.- Económicos**

Corren por cuenta de la tesista

## ANEXO Nº 3

### CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	MESES															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
<b>PLANIFICACIÓN</b>																
Planificación de la investigación	X															
Elaboración del perfil de tesis		X	X													
<b>EJECUCIÓN</b>																
Recolección de información				X												
Tabulación de datos					X	X	X									
Redacción y presentación de resultados								X	X	X	X					
Revisión del informe final												X	X	X	X	X

