

Universidad de Valparaíso  
Facultad de Medicina  
Escuela de Enfermería y Obstetricia  
Carrera de Enfermería



“LACTANCIA MATERNA Y SUS CARACTERÍSTICAS  
EN EL BINOMIO MADRE – HIJO”

Seminario de tesis para optar al grado:  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

---

Tesistas: Luis Álvarez Sepúlveda

---

Paulina Arancibia Portales

---

Mariajosé Cos Barra

---

Maite Hernández Serey

---

María Herrera Pedraza

---

Gloria Maldonado Donoso

---

Jéssica Reyes González

---

Docente Asesora: Pamela Lobos Díaz

---

Valparaíso, 2009

## **AGRADECIMIENTOS**

*"La gratitud es la memoria del corazón" (Jean Baptiste Massieu)*

La presente tesis se ha elaborado con una gran entrega y dedicación por parte de sus autores y docente guía. Refleja el esfuerzo de nuestros años de estudio, en cuyo caminar se han ido alcanzando herramientas y conocimientos que nos guiarán en un desempeño eficiente como profesionales. Esta tesis, nos ha permitido conocer acerca del trabajo científico y además con ello hemos ido aprendiendo del trabajo en equipo, explorando nuestras fortalezas y debilidades. Su elaboración no hubiese sido posible sin el aporte desinteresado de todas y cada una de las personas que a continuación se citan.

En primer lugar, agradecer a cada una de nuestras familias, por el apoyo incondicional y vital concedido a través de nuestra formación como profesionales, y que a veces sin estar presentes físicamente procuran nuestro bienestar desde la distancia.

A nuestra docente guía, Sra. Pamela Lobos, por brindarnos todo su apoyo y conocimientos siempre en un marco de confianza, afecto y amistad; elementos básicos y esenciales para la concreción del trabajo a presentar.

A la Sra. Nidia Nuñez, por su generosidad científica y entregarnos valiosas críticas al discutir los resultados de este trabajo.

A las personas, que con mucho compromiso y desinterés, convinieron a ser revisadores de los instrumentos aplicados en terreno. Sra. Angélica Mosqueda, Sra. Nidia Núñez y Dra. Maggi Molfino.

A la Sra. Ana María Carrasco, directora de la CORMUVAL, por permitirnos acceder a los datos que fundamentaron nuestra muestra de estudio.

A cada uno de los distintos directores de los establecimientos utilizados para el desarrollo del trabajo de campo.

A nuestra Escuela de Enfermería representada por todos sus docentes y funcionarios que nos otorgaron su apoyo en los años de estudio, y realización de esta tesis, otorgándonos un lugar de trabajo.

A todas las mujeres, objeto de nuestra investigación, que colaboraron en la realización de esta tesis.

A todos, nuestro mayor reconocimiento y gratitud.

Durante la realización de esta tesis se han formado lazos afectivos de amistad y compañerismo entre cada uno de los integrantes y docentes, quienes estarán siempre presente en nuestras mentes y corazones al formar parte de este proceso tan importante para nuestras vidas y desarrollo profesional.

*“El agradecimiento que sólo consiste en el deseo es cosa muerta como es muerta la fe sin obras”. (Cervantes)*

## INDICE DE MATERIAS

<b>AGRADECIMIENTOS</b>	II
<b>ÍNDICE DE MATERIAS</b>	IV
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b>	VIII
<b>ÍNDICE DE ANEXOS</b>	X
<b>CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN</b>	1
1.1 Introducción	1
1.2 Delimitación del problema	2
1.2.1 Definición de Términos	2
1.3 Limitaciones del estudio	4
<b>CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL</b>	5
2.1 Marco teórico	5
2.1.1 Fundamentación del problema	5
- Antecedentes internacionales de la LM	5
- Estudios referentes al nivel de conocimiento sobre LM	5
- Estudios referentes a la actividad de las madres, en relación con la LM	8
- Estudio referente a la escolaridad de las madres, en relación con la LM	8
- Antecedentes nacionales de la LM	9
- Perspectiva legal en relación a la LM	12
2.1.2 Generalidades de la LM	13
2.1.2.1 Características de la LM	13
- Propiedades inmunológicas de la LM	16

- LM y Apego: vínculo especial madre-hijo	16
- Ventajas de la LM	17
- Dificultades con la LM	18
- Complicaciones más frecuentes: Mastitis y grietas del pezón	19
2.1.2.3 Factores que afectan y/o interfieren con la LM	19
- Nivel de conocimientos	20
- Políticas Públicas	20
- Atención Sanitaria	20
2.1.3 Antecedentes Sociodemográficos	21
- Oportunidades de educación	21
- Avances en el nivel educativo de la población	22
- Oportunidades de trabajo	22
- Apoyo familiar y comunitario	23
- Características de las madres que tuvieron hijos/as durante el año anterior al Censo 2002	23
- Hogares y familias en Chile	24
- Tipología de hogares	24
- Hogares según ingreso socioeconómico	25
- Características de la vivienda	26
- Viviendas particulares con relación a la tenencia y grado de estabilidad	26
Situación de las viviendas particulares en relación a los servicios básicos	26
2.2 Objetivos Generales	28
2.3 Objetivos específicos	28
2.4 Definición y operacionalización de variables	29

- Duración de la LM	29
- Características Maternas	31
- Características Filiales	34
- Características Familiares y comunitarias	35
<b>CAPITULO 3: METODOLOGÍA</b>	<b>38</b>
3.1 Tipo de diseño de Investigación	38
3.2 Población en estudio – Definición del Universo	38
3.3 Diseño muestral	40
3.4 Método de recolección de datos	40
3.5 Descripción de los instrumentos	41
3.6 Estudio de confiabilidad de los instrumentos	42
3.7 Criterios utilizados para el análisis de los datos	43
- Vaciamiento de datos	43
- Criterios para efectuar el análisis de la información	43
3.8 Organización del trabajo en terreno	44
<b>CAPITULO 4: RESULTADOS. PRESENTACIÓN DE GRAFICOS</b>	<b>45</b>
4.1 Antecedentes de la muestra	45
4.1.1 Características maternas	45
4.1.2 Características filiales	49
4.1.3 Características familiares y comunitarias	50
4.2. Resultados descriptivos	52
4.3 Resultados según características del binomio	60

<b>CAPITULO 5: DISCUSIÓN, RESUMEN Y RECOMENDACIONES</b>	67
5.1. Conclusiones	67
5.2 Recomendaciones	68
5.3 Resumen	68
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	70

## INDICE DE GRÁFICOS

<b>Antecedentes de la muestra</b>	45
Gráfico N° 1: Porcentaje de madres encuestadas por Centro de Atención Primaria	45
<b>Características maternas</b>	
Gráfico N° 2: Edad Materna	45
Gráfico N° 3: Escolaridad materna	46
Gráfico N° 4: Estado civil de las madres del estudio	47
Gráfico N° 5: Previsión de salud de las madres del estudio	47
Gráfico N° 6: Ocupación de las madres del estudio	48
Gráfico N° 7: Número de hijos vivos mayores de 6 meses	48
<b>Características filiales</b>	49
Gráfico N° 8: N° de controles de niño sano antes de los 6 meses en los lactantes del estudio	49
Gráfico N° 9: Antecedentes de patología aguda en los lactantes del estudio antes de los 6 meses de edad	49
<b>Características familiares y comunitarias</b>	50
Gráfico N° 10: Tipo de familia	50
Gráfico N° 11: Tenencia de la residencia	50
Gráfico N° 12: Saneamiento básico	51
<b>Resultados descriptivos</b>	52
Gráfico N° 13: N° horas dedicadas al estudio en madres estudiantes	52
Gráfico N° 14: Lugar de Trabajo	52
Gráfico N° 15: N° de horas dedicadas al trabajo	53
Gráfico N° 16: Uso de hora legal para amamantar	53
Gráfico N° 17: Tipo de LM al 6° mes	54



Gráfico N° 18: Duración de la LME en las madres del estudio	54
Gráfico N° 19: LME hasta 6 meses al total de hijos	55
Gráfico N° 20: Primer alimento introducido a la alimentación de los lactantes del 1° al 5° mes	55
Gráfico N° 21: Motivo de abandono de la LME antes de los 6 meses en los lactantes del estudio	56
Gráfico N° 22: Nivel de conocimientos sobre LM en las madres del estudio	57
Gráfico N° 23: Principales complicaciones para el amamantamiento	57
Gráfico N° 24: Continuidad de la LM durante la enfermedad del lactante	58
Gráfico N° 25: Suspensión de la LM durante la enfermedad del lactante	58
Gráfico N° 26: Motivo de introducción de relleno durante la enfermedad del lactante	59
Gráfico N° 27: Recibió apoyo para el amamantamiento	59
<b>Resultados según características del binomio</b>	60
Gráfico N° 28: Tipo de LM según número de hijos	60
Gráfico N° 29: Tipo de LM según edad de la madre	61
Gráfico N° 30: Tipo de LM según ocupación de las madres del estudio	61
Gráfico N° 31: Tipo de LM según utilización de hora legal para amamantar	62
Gráfico N° 32: Tipo de LM según nivel de conocimiento sobre LM	63
Gráfico N° 33: Nivel de conocimientos según escolaridad	64
Gráfico N° 34: Tipo de LM según tipo de familia	65
Gráfico N° 35: Tipo de LM según apoyo familiar y comunitario	66

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo N°1: Contraindicaciones para la LM	76
Anexo N°2: Técnica de amamantamiento	77
Anexo N°3: Extracción y conservación de la Leche Materna	78
Anexo N°4: Consentimiento informado	80
Anexo N°5: Encuesta materna	81
Anexo N°6: Test sobre Lactancia Materna	84

## **CAPÍTULO 1**

### **INTRODUCCIÓN**

#### **1.1 Introducción**

El amamantamiento es el primer acto de amor consiente de una madre hacia su hijo y uno de los derechos fundamentales del recién nacido.

Desde hace algunas décadas, existe un interés especial por la salud de los niños y los factores que la alteran. La lactancia materna (LM) es un indicador muy importante que refleja el nivel de bienestar de una sociedad en su conjunto. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), podrían salvarse en el mundo más de un millón de vidas infantiles al año si todas las madres alimentaran exclusivamente con LM a sus hijos durante los primeros 6 meses de vida. La LM es una medida clave en la salud pública, dado que ofrece reconocidos y bien documentados beneficios para la salud, tanto para la madre como para el niño, siendo una alimentación óptima, de bajo costo y beneficiosa. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), señaló que el riesgo de morir de los niños menores de un año alimentados artificialmente, es 3 a 4 veces mayor que para los lactantes alimentados al seno materno<sup>1</sup>. Sin Embargo, y pese a que se han empleado varias medidas para generar un aumento de la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses, existen aún madres que no logran cumplir con este aspecto tan importante para el crecimiento y desarrollo de un niño.

Entre los roles que debe desempeñar el profesional de enfermería se encuentra la promoción de la salud. En el entendido que la LME es un importante factor protector de la salud de los lactantes, serán de gran utilidad los datos obtenidos de este estudio ya que profesional de enfermería en conjunto con otros profesionales del área de salud podrán intervenir eficaz y oportunamente en la población como parte de su rol, para así aumentar el porcentaje de LME.

## **1.2 Delimitación del problema**

Lactancia materna y características maternas, filiales, familiares y comunitarias del binomio madre e hijo en lactantes de 0 a 12 meses controlados en centro de atención primaria de salud de la Corporación Municipal de Valparaíso en el período comprendido desde septiembre a octubre del 2008.

### **1.2.1 Definición de Términos**

- **Lactancia materna:** Alimentación del lactante a través del amamantamiento con leche materna, incluyéndose también la leche de la madre extraída manualmente o mediante bombas para incorporarla como alimentación a su hijo. Es exclusiva cuando la alimentación incluye sólo leche materna sin ninguna otra incorporación complementaria ya sea agua con azúcar, jugos, leches artificiales o alimentos, desde el nacimiento hasta los seis meses de edad.
- **Madre:** Mujer, que pudiera tener más de un hijo, cuya edad se encuentra entre los 18 años o menos y 36 años o más. Se excluyen del estudio a las mujeres que presenten cualquier tipo de patología mental.
- **Lactante menor:** Todo niño con edad comprendida entre los 6 y 12 meses, que se atiende en cualquier centro de atención primaria de la Corporación Municipal de Valparaíso (CORMUVAL). Y que no presente enfermedades crónicas (asma bronquial, diabetes, fibrosis quística, entre otros).
- **Características maternas:** Todo tipo de cualidades o condiciones propias presentes en las madres del estudio durante el período post-parto hasta los 6 meses de edad del lactante. Se considera: edad, escolaridad, estado civil, previsión de salud, ocupación,

número de hijos vivos, número de hijos amamantados, conocimientos respecto a la lactancia materna y complicaciones durante el amamantamiento.

- **Características filiales:** Todo tipo de cualidades o condiciones propias presentes en los lactantes del estudio hasta los 6 meses de edad. Se considerará para esta definición la asistencia a controles de salud, antecedentes de patologías agudas que pudieron interferir con la LM y la introducción de relleno durante la enfermedad (si la hubo).
- **Características familiares y comunitarias:** Todo tipo de cualidades o condiciones propias presentes en las familias del binomio madre e hijo del estudio. Se considerará el tipo de familia, tenencia de vivienda, saneamiento básico y el apoyo otorgado a la madre durante el período de amamantamiento, ya sea de tipo familiar, comunitario y/o social.

### **1.3 Limitaciones del estudio**

- Limitación en el acceso a datos estadísticos de los censos municipales, siendo necesaria la ayuda de un mediador para obtener la información.
- Inadecuada gestión administrativa por parte de la CORMUVAL hacia los centros de atención primaria seleccionados para el estudio; dícese de esto: lentitud en la respuesta de los permisos para la realización del trabajo de campo.

## **CAPÍTULO 2**

### **MARCO CONCEPTUAL**

#### **2.1 Marco teórico**

##### **2.1.1 Fundamentación del problema**

###### **Antecedentes internacionales de la LM**

Diversos estudios han intentado conocer la LM y la influencia de algunos factores de la madre y del ambiente. A continuación se citan algunos estudios internacionales sobre LM, relevantes para el estudio.

###### **Estudios referentes al nivel de conocimiento sobre LM**

En la Universidad de Nordeste en Argentina, en el año 2002, se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal; llevado a cabo en el Centro Materno neonatal, Anexo al Hospital J.R. Vidal de la ciudad de Corrientes, Argentina durante los meses de Julio a Septiembre de 2002<sup>1</sup>. Dicho estudio trata del nivel de conocimiento sobre la LM que poseen las mujeres luego de la experiencia de gestación, parto y antes del egreso hospitalario, cuyo fin es vislumbrar los factores que afectan y/o interfieren en la LM y así llegar a tiempo para dar aportes educativos e incentivar la LME hasta los seis meses. La población incluyó a 120 mujeres entre 13 y 39 años de edad, que se encontraran en el último trimestre de gestación o el puerperio inmediato.

Dentro de los resultados obtenidos, la edad influyó en la calidad de estas experiencias, siendo más frecuentemente satisfactoria en el grupo mayor de 20 años con respecto al grupo adolescente. La edad de la mujer también condicionó las experiencias no satisfactorias, que fueron más prevalentes en las madres mayores. El nivel de conocimientos sobre LM fue bueno en 1 de cada 4 mujeres con antecedentes previos satisfactorios, situación que se presentó en 1 de cada 10 en el grupo con experiencias no

satisfactorias. Es importante destacar que prevaleció un nivel de conocimiento regular o deficiente en el total de las madres, acentuado en las madres adolescentes y en aquellas con malas experiencias anteriores. Situación que nos muestra la necesidad de reforzar las actividades educativas y formativas en estos grupos de mayor riesgo de destete precoz. Simultáneamente, los resultados obtenidos han puesto en evidencia el déficit general de conocimientos de las madres sobre la LME, sus beneficios y las posibilidades de almacenar leche materna cuando la madre trabaja.

En Cuba, durante los años 1998 al 1999 se realiza un estudio retrospectivo en el Hogar materno La Palma, llamado “Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna”<sup>2</sup>. El universo fue de 192 embarazadas y de ellas se tomó una muestra de 120, pertenecientes al área de Salud La Palma, en un período de 1 año (enero de 1998-99); dichas mujeres estuvieron ingresadas en el hogar Materno "La Palma" y en ellas se estudiaron: su conocimiento acerca de las ventajas de la LM y la influencia positiva para la madre y el niño; posiciones correctas para amamantar al niño y otros detalles que forman una idea correcta de lo preparada o no que estaban esas embarazadas para desempeñar esa importante función con sus futuros hijos. Se comprobó que existe una relación directa entre el grado de escolaridad y el de conocimiento acerca del tema en cuestión, así como la vinculación de la ocupación y residencia de la madre y la duración de la lactancia.

En Perú, por una baja en tres puntos en la tasa de LME hasta los seis meses de edad al año 2004 respecto del año 2000, se realiza un estudio llamado Plan de comunicación educativa. LME y alimentación complementaria “niña y niño que toma pecho crece sano e inteligente...es su derecho”<sup>3</sup>, siendo el objetivo principal fortalecer los conocimientos y prácticas sobre la LME hasta los 6 meses de edad. En esta investigación La Red Peruana de LM concluye una serie de obstáculos que pueden interferir en la LME, los cuales serán puntos a intervenir posteriormente para lograr un aumento de la LME hasta los seis meses de edad. Dichos obstáculos son:



- a) Falta de información: La mayoría de las mujeres desconocen que la LM es beneficiosa para su propia salud, y propicia el desarrollo físico e intelectual de sus hijos. Asimismo, no están informadas sobre las técnicas para realizar un amamantamiento exitoso y desconocen las normas que las favorecen.
- b) Barreras socioculturales: Actitudes y creencias que menosprecian a la LM, desanimando a las mujeres en iniciar y/o mantener la lactancia. A menudo los medios de comunicación fortalecen este aspecto, como también los consejos de amigos y de la familia, principalmente de las abuelas.
- c) Falta de apoyo en el lugar de trabajo: Pocas madres gozan de licencias de maternidad pagadas, o de tiempos y lugares adecuados para amamantar o extraerse la leche. Asimismo, no están informadas sobre la existencia de normas legales que las favorecen.
- d) Prácticas nocivas en los servicios de salud: la distribución de suministros gratuitos de leches artificiales infantiles a través de los servicios de salud fomenta la alimentación con mamadera e incorporación temprana de leches artificiales. Algunos profesionales de salud recomiendan alimentación con mamadera, especialmente en servicios privados porque nunca han recibido capacitación sobre cómo ayudar a las madres a hallar soluciones prácticas a los problemas de lactancia, o también existen profesionales de la salud, cuyas competencias, orientan inadecuadamente a las mujeres, durante su embarazo, parto o puerperio.
- e) Presiones Comerciales: A menudo, la comercialización de leches artificiales, induce a las madres a creer erróneamente que hay poca diferencia entre la leche materna y la fórmula artificial.

### **Estudios referentes a la actividad de las madres, en relación con la LM**

En México, el año 2003 se realiza un estudio transversal, comparativo llamado “Factores relacionados con la duración de la lactancia materna en un grupo de niños mexicanos”<sup>4</sup>. Su objetivo es comparar características epidemiológicas de dos grupos de niños amamantados con LM y de sus familias, según duración. Se identificó que el 25.6% de las madres proporcionan lactancia menor ó igual a 5 meses y 74.3% lactancia de 6 meses y más, siendo un factor relacionado que estas últimas eran madres que se dedicaban a labores del hogar. La conclusión del estudio fue que es necesario redoblar esfuerzos para motivar y facilitar circunstancias que rodean a las madres en riesgo de un abandono temprano de la LM, como serían las que trabajan fuera del hogar o que amamantan por primera vez.

En Grecia, durante el año 2002 se llevó a cabo un estudio realizado por la Sociedad Iberoamericana de Información Científica de Grecia, que compara frecuencia entre madres trabajadoras y dueñas de casa; afirma que dentro de los factores que influyen directamente sobre la LME se encuentra el nivel de escolaridad.<sup>5</sup>

### **Estudio referente a la escolaridad de las madres, en relación con la LM**

En los Estados Unidos, Leffler D., el año 2000 se realiza el estudio “US high school age girls may be receptive to breastfeeding promotion” (En Estados Unidos a alta edad escolar las niñas pueden ser receptivas a la promoción de la LM)<sup>6</sup>, el cual demostró que las decisiones sobre la alimentación de los hijos se toman mucho antes del embarazo, que las actitudes hacia la lactancia natural varían a través de la adolescencia y que pueden ser fácilmente influenciados por conceptos erróneos, de ahí la importancia de educar a las adolescentes antes de que estos falsos conceptos sean internalizados.

### **Antecedentes nacionales de la LM**

La LM en Chile, al igual que en muchas partes del mundo, ha experimentado importantes fluctuaciones. A fines de la década del 70 la LME al sexto mes de vida no superaba el 5%, lo que originó campañas específicas para revertir este problema, sin embargo, en el año 1986 había una prevalencia al sexto mes de solo 2,1 %.<sup>8</sup>

En Concepción, Chile, en los años 1979-1980 se realiza un estudio retrospectivo efectuado en el Consultorio Plaza Acevedo, titulado “Análisis de algunos factores psicosociales y biológicos que influyen en el período de alimentación natural”<sup>9</sup>. El objetivo general del estudio fue describir el comportamiento de un grupo en el que había madres que habían amamantado y madres que no lo habían hecho en relación con algunas variables dependientes de la madre, del niño y de su alimentación. El resultado muestra que el 92% de las madres amantaron a su hijo y un 8% no lo hizo. Del 92% de niños amamantados el 20% se alimentó con LME por más de seis meses y un 80% con lactancia mixta. Los motivos para que el 8% de las madres no dieran el pecho a sus hijos se relacionó con: problemas de pezón y/o mama (33%); madre refiere “no tuve leche” (24%); hospitalización del niño (19%); hospitalización de la madre (14%); rechazo del niño por el pecho (5%); niño no succionaba (5%). Las razones para dejar de amamantar son más variadas, donde destaca “se me secó la leche”, con un 34,5%; en un menor porcentaje las siguientes: embarazo; el niño era muy grande, entre otras. Se concluyó que dentro de las variables expuestas según rangos de edad, en la categoría de adolescentes y adultas jóvenes no hubo diferencia entre el porcentaje de mujeres que amamantó, no siendo así en la categorización de adultas maduras (31 años y más) quienes fueron el menor el porcentaje de las que amamantaban. Además, dentro del grupo de madres que no amamantó (8%), el 76% refería problemas de salud de ellas o de sus hijos. Dentro de este grupo la mayor parte son adolescentes y adultas jóvenes. Según las autoras se debe a que pertenecen al grupo de edad más vulnerable y expuesta a riesgos de salud derivados del ciclo maternal.

A partir de la década de 1990, tras la Declaración de Innocenti, elaborada y aprobada por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se actualiza el tema de la LM en Chile y promueve la implementación de una serie de actividades orientadas a su fomento. La Declaración de Innocenti establece en dos de sus puntos <sup>10</sup>:

- Todas las mujeres deberán poder amamantar exclusivamente a sus hijos y todos los lactantes deben ser alimentados exclusivamente a pecho desde el nacimiento hasta los seis meses de edad.
- Posteriormente, los niños deberían seguir siendo amamantados, recibiendo al mismo tiempo alimentos complementarios apropiados y en cantidades suficientes, hasta los dos años de edad o más.

A comienzo de la década de 1990 se plantea la meta de lograr al año 2000, el 80% de LME al sexto mes de vida, sin embargo, aunque se avanza en esa dirección, aún falta mucho para cumplir dicha meta, pese a que desde los años ochenta se han llevado a cabo distintas actividades con el fin de fomentar la LME. Entre ellas se pueden mencionar los siguientes hitos <sup>8</sup>:

- Creación de la Comisión Nacional de Lactancia Materna (CONALMA); con un funcionamiento irregular la cual ha tenido altos y bajos, la cual vuelve a activarse en marzo de 2006.
- Diseño de material educativo, como el Manual de LM.
- Implementación de Hospitales y Consultorios Amigos de la Madre y el Niño en 1992. La CONALMA de Chile se adscribió a esta iniciativa, y actualmente funcionan 37 hospitales públicos, un hospital privado, dos clínicas privadas y 28 consultorios certificados en el país, como Amigos de la Madre y el Niño.
- Aumento de la difusión y aplicación del Código de Comercialización de los Sucedáneos de la LM.
- Adecuación de las normas de alimentación infantil.

- Fortalecimiento de actividades de pre y postgrado, en el ámbito académico.
- Introducción del tema de la enseñanza continua a todos los profesionales de la salud; mediante capacitaciones, con énfasis en el monitoreo, evaluación y seguimiento.

La CONALMA<sup>11</sup> a nivel nacional tiene como objetivo la elaboración de planes de protección, promoción y apoyo a la LM., el logro de un cambio en la perspectiva cultural de la población, realizar programas de iniciativa para la LM, promover comités regionales, aumentar e implementar el número de establecimientos acreditados como amigos del niño y la madre, junto con la monitorización de la comercialización de sucedáneos de LM. A nivel regional, el comité tiene como objetivo promover la LM como primera estrategia de salud integral, incentivar la LME hasta los 6 meses en niños/as y realizar alianzas de promoción en los profesionales de los distintos niveles de atención. Dentro de las líneas de acción este organismo considera la constitución de comités locales de LM, quienes están en constante comunicación con las otras regiones del país y el Ministerio de Salud; realización de capacitación sobre LM, de acuerdo a las necesidades detectadas en los diferentes sectores; organización de actividades en la semana mundial de la LM (celebrada en 120 países), como manera de promover e incentivar esta práctica. A su vez es responsable de la acreditación de los establecimientos amigos de la madre y del niño. Cabe señalar ante lo descrito que es de vital importancia la labor que desempeña el profesional de Enfermería junto al equipo de salud para cumplir las metas propuestas por el Ministerio. Las capacidades presentes en cada uno de los profesionales, son relevantes en la promoción, apoyo y protección de la LM en la población, participando de forma activa, ya que cuenta con una metodología de trabajo propia, donde posee conocimientos relacionados con el binomio madre-hijo para el apoyo a la LM, desde su rol educativo para abordar temas, como los beneficios de la LME, la extracción y conservación de la leche materna, desarrollo psicoemocional del niño y técnica de amamantamiento.

En 1992, la iniciativa internacional "Hospital Amigo del Niño y de la Madre" <sup>11</sup> y otras actividades de fomento impulsadas por el Ministerio de Salud (MINSAL) y UNICEF permiten mejorar considerablemente la prevalencia de la LM en Chile, demostrando el efecto positivo de los programas regulares de fomento de la práctica de amamantamiento. Esta iniciativa se resume en el instrumento: "Diez pasos para la lactancia exitosa", que estimula la lactancia desde el control prenatal, la atención hospitalaria, y el control postnatal del binomio madre-hijo.

En Chile a partir del año 2006 se implementa el programa "Chile Crece Contigo"<sup>12</sup> que consiste en un Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia. El eje principal de este programa es el proceso de acompañamiento, apoyo y seguimiento en el desarrollo infantil desde el primer control prenatal hasta el ingreso a pre-kinder. Para estos efectos, el sistema contempla la implementación del programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial que considera un conjunto de prestaciones relacionadas con: reforzamiento del control del embarazo a través de talleres y actividades de preparación al parto, crianza y cuidado de los niños y niñas; promoción de la participación activa de los padres y la familia; visitas domiciliarias del personal de salud en los hogares de las mujeres embarazadas que presenten algún factor de riesgo, entre otras, promoción de la atención personalizada del parto, reforzamiento del control de salud del niño o niña. En cuanto a la lactancia materna este programa incorpora en la 4ª sesión educativa a la embarazada, entre la 32 y 33 semana de gestación, contenidos sobre técnicas y ventajas de la LM.

### **Perspectiva legal en relación a la LM**

Existen leyes que brindan apoyo a las madres trabajadoras en su proceso de amamantamiento. En el artículo 195 del Código del Trabajo<sup>13</sup>, actualizado el año 2005, se establece que la mujer tiene derecho a un descanso de maternidad de seis semanas antes del parto y doce semanas después de él, correspondiente al pre y post natal

respectivamente. En el mismo código el artículo 201, actualizado el año 2000, define el Fuero Maternal como un “derecho que tiene la mujer trabajadora a no ser despedida de su trabajo o que el empleador o quien la represente ponga término a la relación laboral, sin una autorización judicial previa”. Es así que la mujer, tiene fuero por maternidad desde el inicio de su embarazo hasta un año después de concluido el período de postnatal. Además, en enero de 2007 el Congreso Nacional aprueba la nueva Ley de Amamantamiento, Ley N°20.166 <sup>14</sup>, la cual permite a las madres trabajadoras disponer de una hora al día para dar alimento a sus hijos menores de dos años. Este derecho se puede ejercer según lo que se acorde con el empleador, lo cual puede ser en cualquier momento dentro de la jornada de trabajo; dividiéndolo a solicitud de la interesada, en dos porciones; postergando o adelantando en media hora, o en una hora, el inicio o el término de la jornada de trabajo.

A pesar de todas estas medidas implementadas para fomentar la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida, Chile ostenta hoy porcentajes de LME al sexto mes de un 46%, y al cuarto mes de un 60% <sup>15</sup> (UNICEF 2005). Se plantea como meta al año 2009 un porcentaje de LME al sexto mes de vida de un 60%.<sup>16</sup>

## **2.1.2 Generalidades de la LM** <sup>17</sup>

### **2.1.2.1 Características de la LM**

En la lactancia natural, sólo son necesarios dos elementos: un pecho que produzca y secrete leche y un niño capaz de succionarla. La forma en que se coloca al niño en el pecho determinará la combinación satisfactoria de estos dos elementos. Es importante saber y transmitir a las madres el hecho de que existen muchas variaciones en cuanto al tamaño y la forma de los pechos de las mujeres y que no depende de éstos la producción de leche, sino de los niveles hormonales de la madre y de la extracción adecuada de leche del pecho, destacando que sólo la primera parte de la producción de leche está controlada por hormonas. Durante el embarazo el nivel hormonal impide que el pecho produzca

cantidades mayores de leche. Estos comienzan a producir mayores cantidades a medida que disminuyen los niveles de hormonas (progesterona) después del parto (30 a 40 hrs. después). Al final del embarazo comienza la producción de ocitocina y prolactina que luego son estimuladas por la succión del niño. La prolactina estimula la producción de leche por los alvéolos. Es preciso que los niveles de prolactina se mantengan altos para que los alvéolos produzcan leche, lo cual se logra cuando el niño mama, especialmente de noche. Aún cuando el nivel de prolactina sea alto, si la succión es ineficiente y no se extrae leche de algunos sectores del pecho, esas partes dejarán de producirla.

En cuanto a la anatomía de la boca del recién nacido, es importante señalar que los labios están conformados por fibras circulares tipo esfínteres, los cuales le proporcionan mayor sensibilidad y una mejor adherencia al pecho de la madre. Sus mejillas están constituidas por el músculo llamado buccinador y entre él una adiposidad (bolas de bichat) los que son responsables de que las mejillas no se introduzcan a la boca del niño por la presión negativa ejercida en la succión. Su lengua, al estar constituida por 17 músculos, permite la adaptación a cualquier tipo de pezón y una potencia funcional 3 veces superior a la de un adulto. Los rodetes maxilares al actuar como segundo labio también ayudan al éxito de la LM. Sin embargo, esta anatomía perfecta para el amamantamiento no serviría de nada si no se contara con reflejos arcaicos que le permitieran el aprovechamiento de toda esta estructura funcional. Con esta base se puede afirmar que la anatomía y fisiología tanto del cuerpo de la madre como del hijo conforman una estructura perfecta en pro de la LM.

La leche materna es el único alimento capaz de satisfacer todos los requerimientos nutricionales durante los primeros 6 meses de vida, sin requerir otros alimentos agregados como agua o jugos.

Los lactantes amamantados, deben seguir recibiendo LM cuando sufren alguna enfermedad. En los casos en que el lactante esté hospitalizado, hay que intentar por todos los medios el mantenimiento del amamantamiento a través de la extracción de la leche



materna ya que evolucionan mejor de sus procesos si continúan con la LM. Por ejemplo, debido a su baja carga de solutos, los lactantes con fiebre u otras pérdidas de líquidos, tienden a deshidratarse menos si son alimentados con leche materna, la cual debe ser exclusiva si el lactante tiene menos de seis meses.<sup>18</sup>

Para una LM exitosa, según estipulaciones del MINSAL y UNICEF, existen diez pasos a seguir, los cuales se establecen en el instrumento creado por la iniciativa internacional "Hospital Amigo del Niño y de la Madre", que se presenta a continuación:

1. Disponer de una política escrita relativa a la lactancia que en forma sistemática se ponga en conocimiento de todo el personal de salud.
2. Capacitar a todo el personal del hospital de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia y la forma de ponerlo en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia dentro de la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia, incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.
7. Facilitar la habitación conjunta de madre y niño las 24 horas.
8. Fomentar la lactancia a libre demanda.
9. No dar chupetes a los niños amamantados.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a la salida del hospital.

### **Propiedades inmunológicas de la LM <sup>17</sup>**

La leche humana confiere la protección inmunológica necesaria mientras madura el sistema inmune del lactante, ya que contiene tres tipos fundamentales de agentes inmunológicos como antimicrobianos, antiinflamatorios e inmunomoduladores. Por otro lado, disminuye el riesgo de enfermedades agudas como: infecciones respiratorias (3 veces menos), muerte súbita (2 veces menos), Síndrome diarreico agudo (5-6 veces menos). Además de enfermedades crónicas como DM tipo1 (1,6 veces menos), enfermedad celiaca, enfermedad inflamatoria intestinal y obesidad.

### **LM y Apego: vínculo especial madre-hijo <sup>19</sup>**

Se le ha dado al reflejo de amamantar un rol claro en la formación del apego, sin embargo, el amamantamiento no es una condición suficiente para este proceso ya que, es el momento de integración en que diferentes modalidades sensoriales intervienen para provocar un estado de satisfacción y protección. El amamantar es una oportunidad única de encuentro afectivo entre la madre y su hijo que favorece el vínculo entre ellos. Es importante saber que la conducta de apego se encuentra acompañada de sentimientos profundos, de manera que la figura hacia la cual se dirige despierta amor en el niño; en presencia de esta persona se siente seguro; por lo tanto la sola posibilidad de perder la figura de apego le causa angustia, la pérdida real lo sume en el dolor y en ambos casos siente una ira profunda.

El apego a la figura materna determina el desarrollo de la confianza que posteriormente el niño tendrá en los demás; tiene relación directa tanto en el desarrollo intelectual, en la formación de conceptos, en el razonamiento y en el pensamiento abstracto, como el lenguaje, las percepciones y los afectos. El apego íntimo a otras personas es el eje alrededor del cual gira el ser humano, no sólo en la infancia sino también durante la adolescencia, la madurez y la vejez. De allí una persona extrae la fuerza, goza de la vida, y contribuye a que otras personas también lo hagan. Es esencial

entonces que el niño experimente en los tres primeros años de su vida una relación afectuosa íntima y continua con su madre en la que ambos sientan satisfacción y gozo. Este es uno de los aspectos más importante de la LM, porque no hay nada más tranquilizador para el lactante que la suave tibieza del pecho y la seguridad del abrazo materno. El aspecto psicoafectivo es de vital importancia ya que marca el desarrollo y salud mental definitivo y más importante, porque el amor, el arrullo, la voz cariñosa de la madre son totalmente irremplazables por la mamadera.

### **Ventajas de la LM** <sup>17</sup>

Las ventajas de la leche materna son múltiples, pudiendo señalar entre ellas:

- a) Ventajas para el niño: Nutrición y protección inmunológica óptima, es de fácil digestión, contribuye a un mejor crecimiento físico y desarrollo mental, a un patrón afectivo-emocional más adecuado, a un mejor desarrollo intelectual (5 puntos más de C.I.), y un desarrollo dento-maxilar y facial. Además ayuda a una menor frecuencia y severidad de alergias.
- b) Ventajas para la madre: Ayuda a la retracción precoz del útero, a la recuperación del peso, es útil en la prevención de cáncer de mama y ovario. Fortalece la autoestima. Mejora vínculo madre-hijo (apego), y es de menor costo económico.
- c) Ventajas para la familia: Refuerza los lazos afectivos, previene el maltrato infantil. Permite espacios de tiempo entre nacimientos.
- d) Ventajas para la sociedad: Disminuye la mortalidad infantil y las enfermedades (diarrea, IRA, anemia precoz, alergias). Contribuye a una economía de los recursos.
- e) Ventajas ecológicas: Es un recurso natural, renovable y no contaminante. Evita el desperdicio de recursos naturales y evita gastos de fabricación. Evita el uso de fuentes de energía.

### **2.1.2.2 Dificultades con la LM**

En algunos casos, la lactancia puede ser más difícil, pero no imposible, bien porque el niño ha tomado ya mamaderas, ha usado chupete, pezoneras o a causa de algún problema específico como: prematuridad, gemelos, labio leporino, síndrome de down. Dentro de las dificultades más frecuentes en la práctica del amamantamiento en relación a la madre, se encuentran:

- a) Psicosociales: la ansiedad por falta de apoyo, la sobrecarga de trabajo, los problemas conyugales, la depresión materna, el ser madre soltera o madre adolescente.
- b) Médicas: el tener pezones planos o invertidos, cirugía mamaria previa, tener mamas supernumerarias, presentar dolor al amamantar, grieta o fisura del pezón, tener una micosis mamaria, la congestión mamaria, la retención de leche, una mastitis, un absceso mamario, y también existe la crisis transitoria de lactancia.

A continuación se presentan gráficamente (tabla N°1), las principales razones para no amamantar según el estudio “Lactancia Materna mucho más que una fórmula láctea”, realizado en Valparaíso, Chile por la pediatra nutrióloga, Dra. Aída Maggi Molfino, año 2007.

Tabla N°1

<b>Razones para no amamantar</b>	<b>Madres (N°)</b>	<b>Madres (%)</b>
<b>Problemas de pezón y/o mama</b>	7	33.0
<b>No tuve leche</b>	5	24.0
<b>Hospitalización del niño</b>	4	19.0
<b>Hospitalización de la madre</b>	3	14.0
<b>Rechazo del niño por el pecho</b>	1	5.0
<b>El niño no succionaba</b>	1	5.0
<b>TOTAL</b>	21	100.0

La tabla N°1 hace referencia a las principales razones para no amamantar, donde destaca con un 33% complicaciones médicas referentes a problemas del pezón y/o mama.

**Complicaciones más frecuentes: Mastitis y grietas del pezón** <sup>20</sup>

a) Mastitis: inflamación e infección de los conductos glandulares de la mama, en madres que amamantan; causada por microorganismos que suelen ser estafilococos o estreptococos presentes en la piel. La puerta de entrada más usual para los gérmenes es a partir de grietas o fisuras del pezón.

Entre los distintos factores predisponentes que contribuyen a su desarrollo, podemos considerar: Vaciamiento incompleto de las mamas, retención de leche, aumento del intervalo entre las mamadas, agotamiento de la madre.

b) Grietas: heridas producidas generalmente por una posición incorrecta al amamantar; asociado muy frecuentemente a un mal aprendizaje. Otros factores que favorecen la aparición de grietas son las pomadas y las cremas, que pueden producir alergia, o el hecho de lavar el pezón en exceso.

**2.1.2.3 Factores que afectan y/o interfieren con la LM:**<sup>17</sup>

Existen ciertos factores que interfieren en la LM, ya sea exclusiva o no. Estos pueden tener relación con el nivel de conocimientos, políticas públicas, incluso con la atención de salud misma, entre otros.

### **Nivel de conocimientos**

Estudios internacionales avalan la presencia de un desconocimiento de la población respecto a las ventajas socioeconómicas de la LM, su fisiología y técnica de amamantamiento (Anexo N° 2). Una mala técnica de amamantamiento produce molestias a la madre (congestión de los pechos, dolor, grietas del pezón, mastitis, dolor de espalda, entre otros) y una insuficiente extracción de leche por parte del niño, lo que induce a optar por el relleno. También influye la falta de información sobre técnicas de extracción y almacenamiento de la LM.

La promoción y comercialización indiscriminada de fórmulas lácteas con diferentes suplementos: hierro, calcio, proteínas, taurina, cisteína, pre y probióticos, ácidos grasos, entre otros; puede inducir a pensar que la LM ya no es suficientemente nutritiva para criar un niño sano. Además, junto con la comercialización de mamaderas y chupetes como elementos alternativos para la lactancia y como un símbolo de status social y de liberación, que induce a las madres a imitar modelos y sistemas de vida; puede hacer pensar que el pecho materno es fácilmente reemplazable.

### **Políticas Públicas**

Existen factores que tienen relación con la falta de políticas públicas claras que promuevan y protejan la LM a nivel individual, familiar, institucional y comunitario; por ejemplo los sistemas laborales, los cuales no facilitan a la mujer la tarea de amamantar a sus hijos, o bien leyes laborales que no protegen la LME hasta los 6 meses.

### **Atención Sanitaria**

Los factores que se relacionan con las prácticas de salud son: la separación del niño del lado de su madre en el post-parto inmediato que afecta la generación del vínculo madre-hijo y la disposición de la madre para amamantar; la tardanza de la primera mamada del recién nacido, la cual interfiere con los reflejos de búsqueda y succión,

retrasando la lactogénesis y bajada de la leche; la alimentación del recién nacido con mamadera (agua, glucosa, fórmula); los horarios rígidos de la alimentación: el no respetar la libre demanda en los primeros días interfiere con la secuencia de reflejos neurohormonales que coordinan lactogénesis-hambre-succión; la falta de entrenamiento del personal de salud para orientar y apoyar la lactancia en períodos de hospitalización del lactante; el déficit de conocimiento del personal de salud, lo cual conlleva por ejemplo a la interpretación errónea de las curvas de crecimiento, ya que después de los cuatro meses de vida existe un aplanamiento fisiológico de la curva de crecimiento de los niños alimentados con LM lo que se traduce a la introducción inadecuada de relleno en lugar de estimular una mayor producción de leche materna.

Otros de los factores que se pueden encontrar son: el ingreso de la mujer al campo laboral remunerado fuera del hogar o el reintegro de la mujer al trabajo, la falta de apoyo social, de grupos comunitarios o familias extendidas que ayuden a la crianza y la desvalorización social del tiempo dedicado a la crianza.

Otras generalidades de la LM como: contraindicaciones para la LM; técnica de amamantamiento; extracción y conservación de la leche materna, han sido incluidas en los anexos N° 1, 2 y 3 respectivamente.

### **2.1.3 Antecedentes Sociodemográficos**<sup>21</sup>

#### **Oportunidades de educación**

Chile ha logrado avances significativos en el nivel de educación de la población, alcanzando niveles superiores a la mayoría de los países de América Latina. Actualmente el 80% de la población tiene ocho años de estudio y el 70% educación media completa. En las últimas décadas se ha expandido fuertemente la cobertura y el acceso de la población, proceso que ha beneficiado de manera especial a las mujeres, alcanzando

niveles similares a los hombres (60% de mujeres con más de ocho años de estudio, 63% de hombres con más de ocho años de estudio).

En el proceso de expansión de la educación, las mujeres han acumulado un capital educativo superior a los hombres, pero ello no ha sido un requisito suficiente para igualar sus oportunidades y lograr la equidad de género en ámbitos de la participación económica, política y relaciones de poder en general.

El analfabetismo prácticamente se ha erradicado. La persistencia del problema afecta especialmente a la población que vive en zonas rurales y a la de mayor edad. Según el Censo de Población del año 2002, 481.000 personas de 15 años y más no sabe leer ni escribir, de ellas el 52% son mujeres.

### **Avances en el nivel educativo de la población**

Entre los años 1992 y 2002, se produjo un aumento notable en los niveles educativos de la población mayor de 19 años. En 1992, un 43% se concentraba en el tramo superior a 8 años de educación, proporción que en el año 2002 aumenta al 67%. El logro educativo de la población de 19 años, medido por la proporción que completa 12 años de estudio beneficia en promedio a 64 de cada 100 jóvenes de esa edad.

### **Oportunidades de trabajo**

En los últimos años ha habido un incremento de mujeres a la fuerza laboral como consecuencia del aumento de su escolaridad. En 1990 sólo un 32,4% de la población femenina participaba en el mercado del trabajo, mientras que en 2003 este porcentaje es de 42%; aumentando 9,7 puntos porcentuales entre esos años. Cabe destacar que el período de mayor crecimiento profesional coincide en las mujeres con su etapa fértil, lo que limita a la mujer a oportunidades de trabajo en cargos de dirección, en especial si se toma en cuenta que el promedio de horas trabajadas en estos cargos es de diez. Según la Dirección del Trabajo el número de horas diarias trabajadas es de 9 horas en general.



### **Apoyo familiar y comunitario** <sup>22</sup>

A la hora de tratar sobre la familia y el trabajo materno, en relación con la LM, procede primero definirla en primer lugar como una verdadera unidad biopsicosocial, asistencial y sanitaria. Se puede afirmar que la familia y la comunidad constituyen la célula básica de la sociedad en la comunidad. La presencia o ausencia de apoyo familiar y/o comunitario impacta directamente a las mujeres sobre la decisión de amamantar, construyendo así una experiencia exitosa.

Actualmente las familias se componen de la pareja, hijo y a veces otro hijo. Las parejas residen en hogares de tamaño reducido, razón por la cual se pierde de manera significativa las redes de apoyo familiar, vecinales y sociales. Como consecuencia se modifica la vida familiar, en especial en el proceso de salud enfermedad de los niños y en su cuidado.

Un importante apoyo comunitario es la atención brindada a madre e hijo(s) en centros de atención primaria. 78,4% de la población femenina jefe de hogar pertenece al sistema público de salud (FONASA), siendo el grupo B el mayor porcentaje con un 32,4% <sup>23</sup>. Los hijos de las mujeres inscritas en un centro de salud de atención primaria, cuyo tramo de edad es de 0 a 6 meses, tienen derecho a 8 controles de salud de niño sano.<sup>24</sup>

### **Características de las madres que tuvieron hijos/as durante el año anterior al Censo 2002** <sup>21</sup>

A continuación se presenta información nacional relevante para el estudio:

a) Edad: Los niños/as nacidos vivos durante el año anterior al Censo 2002 son en un 70% hijos/as de mujeres entre 20 y 34 años de edad. En las edades extremas de mayor riesgo para las madres e hijos/as (menores de 20 y mayores de 39 años), se concentra el 16% de los nacimientos.

- b) Estado civil: Los resultados censales informan que 27% de los hijos/as eran de madre sin pareja y 73% eran hijos/as de madres con pareja –casada o conviviente.
- c) Actividad principal: La mayoría de las mujeres de todas las edades que tuvieron hijos/as durante el período el año anterior al Censo 2002 declaran como actividad principal el trabajo doméstico no remunerado al interior de sus hogares: un 57% en la población de mujeres de 15 a 19 años; 62% en las de 20 a 24 años; 60% en las de 25 a 29 años; 58% en las de 30 a 34 años; 61% en las de 35 a 39 años y 40 a 44 años; y 57% en las de 45 a 49 años.
- d) Nivel educativo: El nivel educativo de las mujeres que tuvieron hijos/as durante el 2001 es similar al del total de mujeres en edad fértil. Al año 2003, el promedio de escolaridad de mujeres embarazadas y nodrizas es de 10 años. <sup>23</sup>
- e) Número de hijos por madre: El promedio de hijos por mujer al año 2002 fue de 2,26 hijos.

### Hogares y familias en Chile <sup>21</sup>

Las uniones legales o consensuales, que tienen como objetivo, entre otros, la procreación, son el inicio de un hogar familiar o de un núcleo en un hogar existente, especialmente de parientes cercanos. También, los nacimientos se originan en uniones inestables fuera del matrimonio o de una unión consensual, ubicándose frecuentemente el nuevo núcleo conformado por la madre y el hijo, en los hogares paternos.

### Tipología de hogares

Tabla N°2:

Tipos de hogares según composición familiar.				
Tipo de Hogar	Años			
	1970	1982	1992	2002
<b>Unipersonal</b>	5.7	7.1	8.3	8.3

<b>Nuclear</b>	30.3	53.1	58.0	57.9
<b>Extenso</b>	47.4	31.0	23.4	23.4
<b>Otro tipo</b>	16.6	8.8	10.4	10.4
<b>Total</b>	100.0	100.0	100.1	100.0

Fuente: INE

La tabla N° 2 muestra la transformación en la forma de organización de los hogares. Existe una tendencia al aumento de los hogares nucleares, los cuales desde la década de los 80 son la principal forma de composición familiar.

### **Hogares según ingreso socioeconómico <sup>25</sup>**

El ingreso promedio per cápita corresponde a \$149.600 mensuales, sin embargo existe una marcada desigualdad económica debido al grado de discrepancia entre los ingresos más altos y el resto de la población.

La clasificación familiar según el ingreso socioeconómico, se realiza en base a quintiles de ingreso, los cuales son los siguientes:

- 1° Quintil: familias cuyo ingreso per cápita sea igual o inferior a \$42.100; correspondiente a extrema pobreza.
- 2° Quintil: familias cuyo ingreso per cápita sea entre \$42.100 y \$67.100; correspondiente a elevada vulnerabilidad socioeconómica.
- 3° Quintil: familias cuyo ingreso per cápita sea entre \$67.100 – \$102.800; correspondiente a nivel de vida precario.
- 4° Quintil: familias cuyo ingreso per cápita sea entre \$102.800 y \$179.900; correspondiente a situación socioeconómica holgada.
- 5° Quintil: familias cuyo ingreso per cápita es igual o superior \$179.900; correspondiente a mayor nivel socioeconómico.

Según estudios realizados entre los años 1987 y 2003 el primer quintil tiene ingresos 16 a 18 veces inferiores al quinto.

### **Características de la vivienda <sup>26</sup>**

#### **Viviendas particulares con relación a la tenencia y grado de estabilidad**

Según el CENSO 2002 las viviendas particulares propias pagadas en el último decenio han experimentado un crecimiento de 25,5%. En 2002 el 52,8% de las viviendas son de tipo permanente y pertenecen en propiedad a quienes las habitan. De ese total, un 19,7% de las habitaciones propias están en proceso de pago y el 17,7% se encuentra en carácter de arrendada. (Tabla N° 3)

Tabla N° 3

<b>Viviendas particulares en relación a la tenencia y grado de estabilidad. Censos 1992 y 2002</b>						
	Propia pagada	Propia pagando a plazo	Arrendada	Cedida por trabajo	Gratuita	Otra condición
<b>Censo 1992</b>	1.640.990	478.088	555.775	208.318	175.509	42.676
<b>Censo 2002</b>	2.059.288	767.911	688.610	184.587	199.052	-

Fuente: INE

#### **Situación de las viviendas particulares en relación a los servicios básicos**

Según el CENSO 2002, entre 1992 y 2002 las viviendas particulares ocupadas que disponen de alumbrado y agua de red pública se incrementaron en 27,8%. El 96,1%

de las viviendas del país cuenta con alumbrado y el 91,0% con agua, 91,9 % con alcantarillado, 90,5% con saneamiento básico completo.

El siguiente cuadro ofrece una visión objetiva del mejoramiento en el acceso a los servicios básicos experimentado durante el decenio 1992 - 2002. (Tabla N°4)

Tabla N°4

N° de viviendas particulares y su acceso a los servicios de alumbrado y agua por cañería, Censo 1992 y 2002				
Censo 1992			Censo 2002	
Alumbrado Agua	Con	Sin Alumbrado	Con	Sin Alumbrado
	Alumbrado		Alumbrado	
<b>Con alcantarillado</b>	2.734.645	83.804	3.494.885	53.973
<b>Sin alcantarillado</b>	366.711	219.025	252.938	59.782

Fuente: INE

## **2.2 Objetivos Generales:**

1. Describir la LM hasta los 6 meses en el binomio madre –hijo del estudio.
2. Describir las características maternas, filiales y familiares presentes en el binomio madre –hijo del estudio.

## **2.3 Objetivos específicos:**

- 1.1. Identificar la LM en las madres del estudio
- 1.2. Describir la LME hasta los 6 meses en las madres del estudio
- 2.1. Identificar las características de las madres del estudio relacionadas con su contexto social, ocupacional, y/o educacional.
- 2.2. Identificar las características maternas presentes en su práctica de LM.
- 2.3. Describir las características de los lactantes del estudio presentes durante la LM.
- 2.4. Identificar las características del entorno familiar y comunitario presentes en el binomio madre-hijo del estudio.

## 2.4 Definición y operacionalización de variables

Variable	Sub-variable	Def. Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Sub-Indicadores			
Duración de la LM		Período de tiempo en meses de alimentación del lactante a través del amamantamiento, desde el nacimiento. Se incluye también la leche de la madre extraída manualmente o mediante bombas para incorporarla como alimentación a su hijo.	LME	1 mes.	LM más jugo o agua con azúcar. LM más LA. LM más dulce o galleta. LM más papilla.			
				2 meses.				
				3 meses.				
				4 meses.				
				5 meses.				
			LMM	1 mes.		LM más jugo o agua con azúcar. LM más LA. LM más dulce o galleta. LM más papilla.		
							2 meses.	LM más jugo o agua con azúcar. LM más LA. LM más dulce o galleta. LM más papilla.
				4 meses.		LM más jugo o agua con azúcar. LM más LA. LM más dulce o galleta. LM más papilla.		

	Motivo de abandono de la LME antes de los 6 meses			5 meses.	LM más jugo o agua con azúcar.
					LM más LA.
					LM más dulce o galleta.
					LM más papilla.
				Hijo no sube de peso según control de salud.	
				Hijo lloraba de hambre	
				Indicación de un profesional de salud	
				Presión de familiares	
				Tradición familiar	
				Problemas mamarios	Problemas pezón o pecho Suspensión de producción y/o eyección de leche.
Hijo rechaza el pecho					
Reincorporación laboral					
Petición de la pareja					
Enfermedad del lactante					



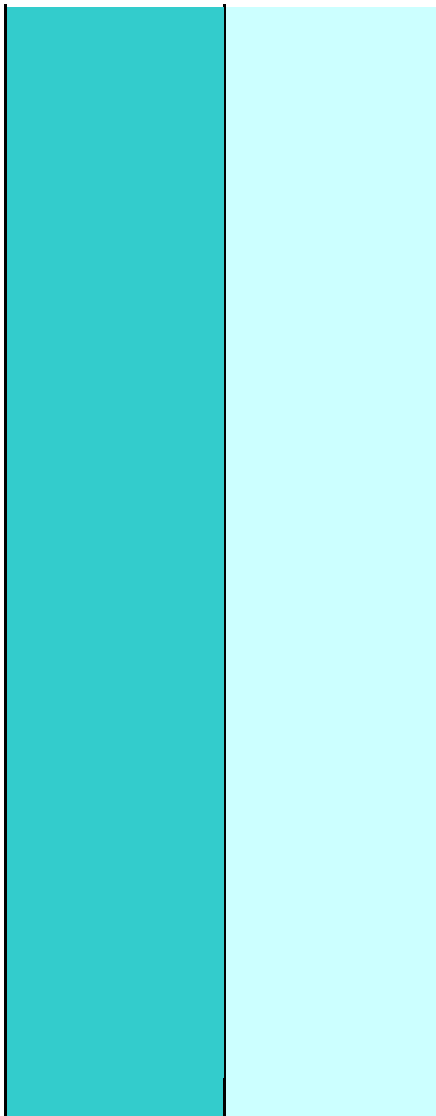
Variable	Sub-variable	Def. Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Sub-Indicadores	
<b>Características Maternas</b>	Edad	Años cumplidos que tiene la mujer desde la fecha de su nacimiento hasta que el hijo cumple los 6 meses de edad		Menos de 18 años		
				19 y 25 años.		
				26 y 35 años		
				36 años y más.		
	Escolaridad	Nivel de estudios aprobados en el sistema de educación formal.		Sin estudios		
				Básica		Completa
						Incompleta
				Media.		Completa
						Incompleta
		Técnica o Superior	Completa			
			Incompleta			
	Estado civil	Situación de pareja en que se encuentra la madre antes de los 6 meses de edad de su hijo.		Con pareja		
				Sin pareja.		
	Previsión de Salud			Fonasa.		
				Isapre.		
				S/ Previsión.		
Otro.						
Ocupación	Actividad habitual de la madre en el tiempo en que el hijo tenía entre 0 y 6 meses.	Dueña de casa.				
			Estudiante		Horas diarias dedicadas al estudio	
			Menos de 4 horas			
			Entre 4 y 6 horas			
			Entre 6 y 8 horas			
	Más de 8					

			Trabajadora	Lugar de trabajo	Dentro del hogar
					Fuera del hogar
				Número de horas diarias trabajadas	Menos de 4 horas
					Entre 4 y 6 horas
					Entre 6 y 8 horas
					Más de 8
				Uso de hora legal para amamantar	Durante la jornada de trabajo
					Ingresa una hora más tarde al trabajo.
					Se retira 1 hora antes del trabajo
					Ingresa media hora más tarde al trabajo y se retira media hora antes del trabajo.
N° hijos vivos	Número de hijos vivos mayores de 6 meses que ha tenido la madre, se incluye el último hijo.		1		
			2		
			3		
			4		
			Más de 4.		
N° hijos amamantados	Numero de hijos amamantados con LME hasta los 6 meses. Se excluye último hijo.		Ninguno		
			1		
			2		
			3		
			Más de 3.		

	Conocimientos sobre LM	Información que posee la madre sobre los beneficios, técnica de la LM, y extracción de la leche materna, según el test de conocimientos aplicado a la madre durante la entrevista.		0-4 puntos	
				5-8 puntos	
				9-12 puntos	
				13-17 puntos	
	Complicaciones durante el amamantamiento	Experiencias anteriores y/o actuales de complicación (es) durante el periodo de amantamiento.	Anteriores	Absceso mamario.	
				Micosis mamaria.	
				Anomalías del pezón.	
				Absceso	
Hongos					
Deformidades en el pezón					
Dolor					
Actuales			Absceso mamario.		
	Micosis mamaria.				
	Anomalías del pezón.				
	Absceso				
Hongos					
Deformidades en el pezón					
Dolor					

Variable	Sub-variable	Def. Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Sub-Indicadores	
Características Filiales	Controles de salud	Número de controles de niño sano a los cuales asistió desde recién nacido hasta la edad de 6 meses.		Más de 6.		
				4 a 6.		
					Menos de 4	
	Antecedente de patología aguda	Existencia de patologías en el lactante, que hayan tenido o no relación con interrupciones del amamantamiento	Dejo de amamantar	Si	Transitoriamente	
					Definitivamente	
				Requirió hospitalización	No	
					Si	
	Introducción de relleno durante la enfermedad				Si	Por indicación profesional
					No	Por consejo
Otro motivo						
				No		

Variable	Sub-variable	Def. Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Sub-Indicadores			
<b>Características Familiares y comunitarias</b>	Tipo de familia	Estructura e integrantes del grupo familiar que residen en la misma vivienda, vinculadas por lazos de afecto o parentesco, ya sean de sangre o políticos.		Nuclear.	Biparental			
					Mono parental			
				Extendida.	Biparental			
					Compuesta			
	Tenencia de residencia	Lugar que habita la madre con su hijo y familia antes que el lactante cumpliera los 6 meses.			Casa Propia			
					Casa arrendada			
					Vive de allegada			
					Casa cedida			
	Saneamiento básico	Servicios básicos con los que cuenta la casa donde vive la familia		Electricidad	Si			
					No			
				Alcantarillado	Si			
					No			
				Agua potable	Si			
					No			
	Apoyo familiar y comunitario	Cualquier tipo de ayuda recibida por alguna persona y/o grupo, que la entrevistada haya considerado que fue un apoyo para amamantar o le facilitó el amamantamiento.	Pareja y Familiares.	Pareja.		Cuidados de su(s) hijo(s)		
						Tareas domésticas		
Apoyo económico								
Solución de problemas de la LM								
						Apoyo psicológico		
Familiares								Cuidados de su(s) hijo(s)
								Tareas domésticas
								Apoyo económico



		Solución de problemas de la LM
		Apoyo psicológico
Vecinos o amigos.	Amiga (s)	Cuidados de su(s) hijo(s)
		Tareas domésticas
		Apoyo económico
		Solución de problemas de la LM
		Apoyo psicológico
	Vecina (s).	Cuidados de su(s) hijo(s)
		Tareas domésticas
		Apoyo económico
		Solución de problemas de la LM
		Apoyo psicológico
Grupos de la comunidad	Instituciones (Consultorio, Iglesia etc.)	Cuidados de su(s) hijo(s)
		Tareas domésticas
		Apoyo económico
		Solución de problemas de la LM
		Apoyo psicológico
	Grupos comunitarios (Centros de Madre)	Cuidados de su(s) hijo(s)
		Tareas domésticas
		Apoyo económico
		Solución de problemas de la LM
		Apoyo psicológico

					<table border="1"> <tr> <td>Otros.</td> <td>Cuidados de su(s) hijo(s)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Tareas domésticas</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Apoyo económico</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Solución de problemas de la LM</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Apoyo psicológico</td> </tr> </table>	Otros.	Cuidados de su(s) hijo(s)		Tareas domésticas		Apoyo económico		Solución de problemas de la LM		Apoyo psicológico
Otros.	Cuidados de su(s) hijo(s)														
	Tareas domésticas														
	Apoyo económico														
	Solución de problemas de la LM														
	Apoyo psicológico														

## CAPITULO 3

### METODOLOGÍA

#### **3.1 Tipo de diseño de Investigación**

El presente estudio es de tipo descriptivo, exploratorio, retrospectivo, cuantitativo.

La investigación fue realizada previa construcción de un marco teórico referencial, y su sujeto de estudio fueron madres de lactantes menores para describir la LM y características maternas, filiales y familiares del binomio madre – hijo en el tramo de 0 a 6 meses de edad del lactante. De esta forma se demostrarán, a través de datos numéricos, las tendencias respecto a la LM; profundizándose el nivel de conocimiento existente respecto al tema.

#### **3.2 Población en estudio – Definición del Universo**

El universo está conformado por todas las mujeres, madres de lactantes entre 6 y 12 meses de edad, que se atienden en los distintos centros de atención primaria pertenecientes a la CORMUVAL, lo cual se muestra en la tabla N° 5.

Tabla N°5

<b>Total de mujeres al 6° mes post-parto y por grupos de edad en centros de atención primaria pertenecientes a la CORMUVAL. Primer Trimestre Enero - Marzo 2008</b>					
<b>Establecimiento</b>	<b>Total (&lt;15-35 y más)</b>	<b>&lt;15-19 años</b>	<b>%</b>	<b>20-35 años</b>	<b>%</b>
<b>Marcelo Mena</b>	39	12	30,8	24	61,5
<b>Quebrada Verde</b>	55	15	27,3	33	60,0
<b>Puertas Negras *</b>	40	17	42,5	20	50,0



<b>Las cañas</b>	27	5	18,5	18	66,7
<b>Placilla</b>	38	14	36,8	19	50,0
<b>Reina Isabel II</b>	102	22	21,6	64	62,7
<b>Esperanza</b>	12	0	0,0	9	75,0
<b>Barón</b>	62	11	17,7	45	72,6
<b>Placeres</b>	47	10	21,3	34	72,3
<b>Padre Damián</b>	19	5	26,3	12	63,2
<b>Rodelillo</b>	26	10	38,5	14	53,8
<b>Cordillera</b>	27	17	63,0	10	37,0
<b>Total:</b>	<b>494</b>	<b>138</b>	<b>27,9</b>	<b>302</b>	<b>61,1</b>

Del universo total se extrajo una población, que considera aquellas instituciones con mayor número de madres al sexto mes pos-parto durante el primer trimestre año 2008, correspondiente a Placeres, Marcelo Mena, Barón, Quebrada Verde, Puertas Negras y Reina Isabel II.

Para estimar la población total actualizada de estas 6 instituciones, al momento del trabajo de campo, se consideró el total de madres al sexto mes post parto durante el primer semestre año 2008 correspondiente a estos 6 centros de atención primaria, con un total de 701 madres.

La tabla N° 6 muestra las instituciones pertenecientes a la CORMUVAL con mayor número de mujeres al sexto mes post parto, durante el primer semestre año 2008. Estos datos corresponden a los más actuales y emanan del INE y censo municipal, por lo cual sirven de base para la selección de la muestra del estudio, ya que se estimó que en los meses de la aplicación de los instrumentos, los lactantes de dichas madres tendrán entre 6 y 12 meses, lo cual corresponde al criterio de inclusión de la muestra referente a la edad.

Tabla N° 6

<b>Mujeres al sexto mes post-parto primer semestre 2008 en centros de atención primaria pertenecientes a CORMUVAL*</b>	
<b>Establecimiento</b>	<b>Total</b>
<b>Placeres</b>	99
<b>Marcelo Mena</b>	65
<b>Barón</b>	121
<b>Quebrada Verde</b>	134
<b>Puertas Negras</b>	70
<b>Reina Isabel II</b>	212
<b>Total</b>	701

### **3.3 Diseño muestral**

En esta investigación se utiliza una muestra determinada por criterios de conveniencia y recomendación de expertos, sin ser utilizados criterios probabilísticos ni estadísticos para determinación del tamaño, el que corresponde a 150 madres inscritas en seis establecimientos de atención primaria pertenecientes a la CORMUVAL y cuyo único o último hijo tenga entre 6 y 12 meses de edad. Se excluye madres con patología psiquiátrica y lactantes con enfermedad crónica.

### **3.4 Método de recolección de datos**

Estudio monofásico, realizado entre Septiembre y Octubre del año 2008, aplicado en seis centros de atención primaria de la comuna de Valparaíso, éstos son; Barón, Marcelo Mena, Placeres, Quebrada Verde, Puertas Negras y Reina Isabel II. En ellos se aplicaron dos instrumentos diferentes, previo consentimiento informado (anexo N°4). El primero consiste en un cuestionario de 40 preguntas de selección múltiple, con un promedio de 10 minutos de demora, y el segundo se aplicó una vez creado un clima

de confianza con la usuaria, el cual consistió de un Test que mide el nivel de conocimientos acerca de la LM, que consta de 17 preguntas de Verdadero y Falso, con un tiempo de 5 minutos para responder. La aplicación fue realizada a modo de entrevista y la madre podría encontrarse en cualquier dependencia dentro de la institución; salas de espera para control de salud, control médico, ginecológico, entrega de leche, entre otros. Los instrumentos se realizan de manera continua sin interrupciones, en un ambiente con el mínimo de distractores, y con previo consentimiento informado. Una vez obtenidos los datos, estos fueron reunidos en conjunto para ser analizados de forma gráfica. En una primera etapa los antecedentes de la muestra, luego los resultados descriptivos y finalmente las características del binomio en relación a la LM.

### **3.5 Descripción de los instrumentos**

El método de recolección de datos utilizado para el objeto de estudio consiste en dos instrumentos: Encuesta materna (anexo N° 5) y Test de LM (anexo N° 6). La encuesta, se aplica en forma continua, sin interrupciones, en un tiempo máximo de 10 min. Las preguntas están orientadas al período de tiempo en que el lactante tenía menos de 6 meses, último hijo en caso de tener más de uno.

La encuesta, está conformada, en primer lugar, por datos generales; establecimiento, número de ficha y fecha de realización. Las preguntas se encuentran agrupadas en 5 secciones: antecedentes maternos generales; antecedentes del lactante; LM; antecedentes familiares; apoyo familiar y comunitario, estructuradas en 40 preguntas de acuerdo a las cuatro variables presentes del estudio, las cuales son: duración de la LM; características maternas; características filiales; características familiares y comunitarias.

El tipo de pregunta utilizada es de tipo cerrada y de selección múltiple. Las preguntas desde la número 1 a la 14 corresponden a la variable de características maternas, desde la pregunta número 15 a la 22 corresponde a la variable de

características filiales, desde la pregunta 23 a la 32 corresponde a la variable de la duración de la LM, de la 33 a la pregunta 40 corresponde a la variable de características familiares y comunitarias (en dos secciones: características familiares; apoyo familiar y comunitario).

El instrumento fue construido de manera inicial para ser autoadministrado, pero fue modificado luego de la prueba en terreno del instrumento, transformándose de manera suministrada.

Se construyó también un instructivo para los encuestadores que debió ser de completo conocimiento previo a la aplicación de la encuesta.

El segundo instrumento es el Test de LM, aplicado a modo de entrevista a las madres, con un tiempo estimado de 5 minutos y se encuentra conformado por diecisiete preguntas cerradas, verdadero o falso, el cual tiene un puntaje máximo de 17 puntos, los cuales se encuentran determinados de la siguiente manera: 0-4 conocimiento precario, 5-8 conocimiento medio, 9- 12 conocimiento alto y de 13 a 17 conocimiento muy alto con respecto a la LM.

### **3.6 Estudio de confiabilidad de los instrumentos**

Los instrumentos utilizados en esta investigación no son validados estadísticamente, pero se sometieron al juicio de expertos para aumentar el grado de validez (Enfermera matrona Angélica Mosqueda, Enfermera Nidia Núñez, Pediatra Nutrióloga Aida Maggi Molfino). Los objetivos de la revisión por parte de los expertos fueron: identificar aspectos críticos para retroalimentar y validar los instrumentos de medición a utilizar por parte de los investigadores; disminuir los sesgos de información.

Tras someter los instrumentos al juicio de expertos, se agregaron nuevas preguntas sugeridas, relevantes a considerar dentro de las características a estudiar.

En relación a la confiabilidad no se realizaron pruebas estadísticas ya que la muestra no fue determinada en base a parámetros aleatorios probabilísticos, sino que se

sometió una prueba en 7 madres con lactantes en control en el CESFAM Las Cañas, perteneciente a la CORMUVAL, valor equivalente al 5% de la población en estudio. Los objetivos de la prueba fueron: identificar la comprensión que las madres demuestran a las preguntas de los instrumentos; identificar problemas en la aplicación de los instrumentos y trabajo de campo por parte del equipo investigador; establecer el tiempo promedio de respuesta para cada una de las secciones que componen los instrumentos de investigación.

Tras la prueba en madres con características similares a la población en estudio, se modificó el planteamiento de ciertos términos, los cuales no eran comprendidos en la totalidad de las madres.

### **3.7 Criterios utilizados para el análisis de los datos**

#### **Vaciamiento de datos**

Para la tabulación de los datos obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos, se utilizó un PC procesador Pentium Dual-Core Inside, memoria 2 GB Ram, sistema Vista.

Para realizar el análisis de los datos se aplicó un instrumento tipo encuesta y test de conocimiento a las madres pertenecientes al estudio, ingresando las respuestas a una base a través del programa SPSS 15.0 para Windows y posterior análisis con el mismo programa SPSS y además el programa Microsoft Office Excel 2003.

#### **Criterios para efectuar el análisis de la información**

Para analizar la sub-variable Conocimientos sobre LM se utilizó una escala ordinal, estableciendo cuatro categorías numéricas, en función al número de respuestas correctas del test de conocimiento: Alto, Medio, Precario y Nulo. (tabla N°7).

Tabla N°7

<b>Visualización general del Nivel de Conocimientos sobre LME</b>		
<b>Categorías</b>	<b>Cantidad de respuestas</b>	<b>Puntaje</b>
<b>Alto</b>	13-17	4 puntos
<b>Medio</b>	9-12	3 puntos
<b>Precario</b>	5-8	2 puntos
<b>Nulo</b>	0-4	1 punto

### **3.8 Organización del trabajo en terreno**

Previo a la recolección de datos se enviaron cartas al Director General de la CORMUVAL, Dr. Alejandro Yáñez; y a cada uno de los directores de las instituciones escogidas, a fin de obtener la autorización para realizar el trabajo de campo con las madres de los lactantes: Nutricionista Ximena Cid (Consultorio Barón); Dra. Ana María Aguilera (Consultorio Marcelo Mena); Dra. Soledad Montenegro, (CESFAM Placeres); Enfermera Gloria Salazar Rodríguez (Consultorio Quebrada Verde); Asistente Social María Alicia Aravena (Consultorio Puertas Negras); Dra. Pamela Aravena (CESFAM Reina Isabel II).

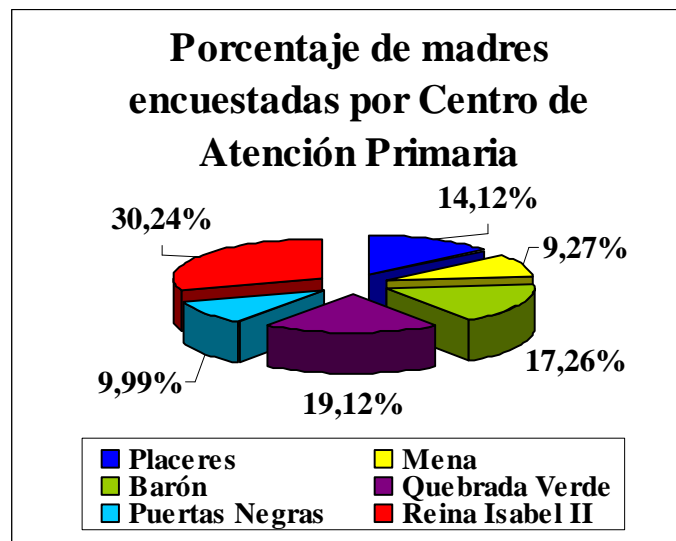
Una vez autorizada la investigación se acordó con cada uno de los directores las fechas y horas propicias para efectuar las entrevistas de acuerdo a los objetivos planteados, para lo cual los siete investigadores se distribuyeron en los distintos centros de salud de atención primaria para la recolección de los datos. El trabajo de campo fue realizado a partir del día lunes 15 de septiembre hasta el día viernes 31 de octubre; los días miércoles, jueves y viernes, con un total de 19 horas semanales, completando un total de 133 horas de trabajo de campo en 21 días.

## CAPITULO 4

### RESULTADOS. PRESENTACIÓN DE GRÁFICOS

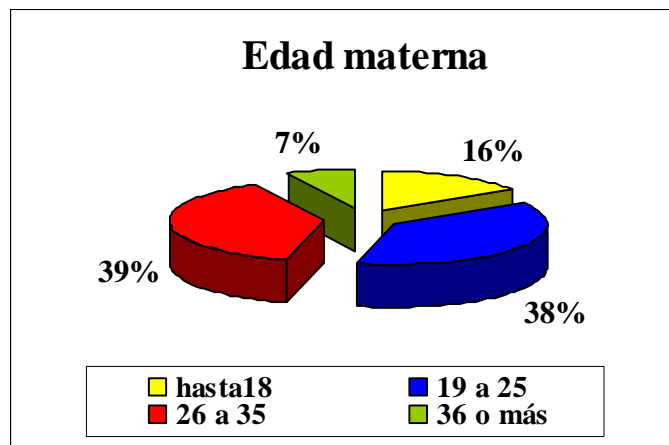
#### 4.1 Antecedentes de la muestra

Gráfico N° 1



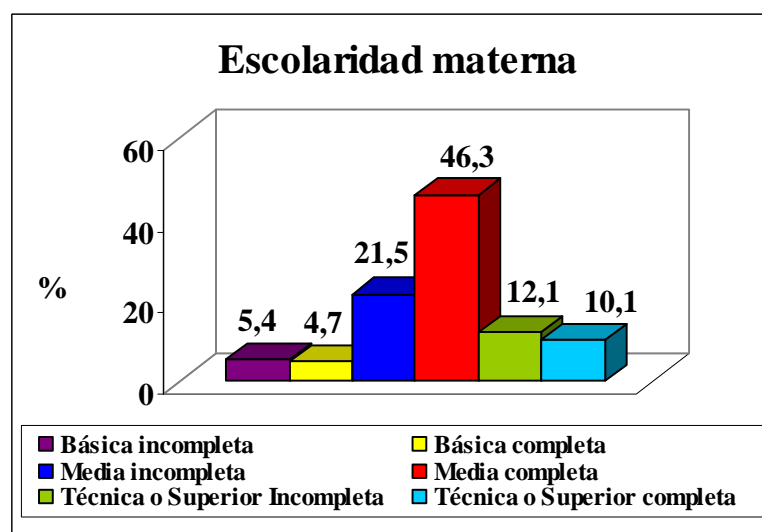
#### 4.1.1 Características maternas

Gráfico N° 2



Un 77% de las madres del estudio corresponde a mujeres con edades entre 19 y 35 años, lo que se asemeja al promedio nacional (70% de madres, Censo 2002). 23% de la muestra corresponde a edades de riesgo: adolescentes y mayores a 36 años; cifra que está sobre el promedio nacional (16%, Censo 2002).

**Gráfico N° 3**



El 94,6% de la muestra supera los 8 años de estudio. Este valor sobrepasa al promedio nacional en la población mayor de 19 años, (27,6%, Censo 2002).

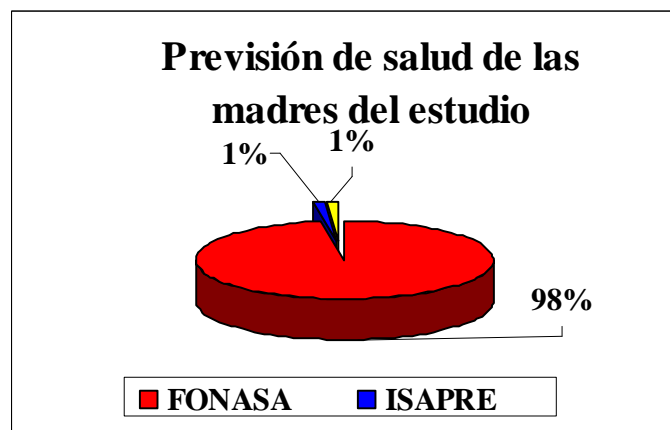


Gráfico N° 4



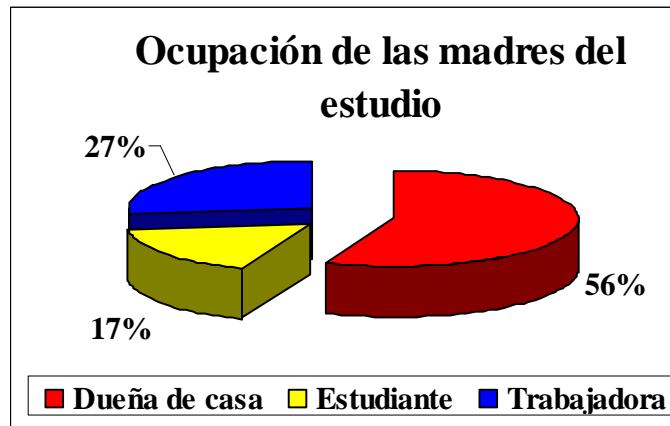
No existe mayor diferencia en el estado civil de las madres del estudio, el 54% vive sin pareja y el 46% con pareja, hecho que contrasta con los datos nacionales. (27% y 73% respectivamente, Censo 2002).

Gráfico N° 5



Un 98% de las madres pertenece a FONASA.

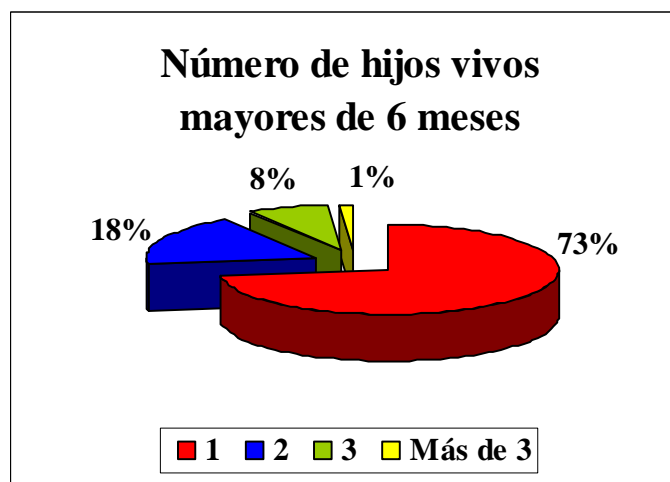
Gráfico N° 6



(\*) Respuestas con más de una opción.

Un 56% de las madres son dueñas de casa, dato que coincide con las estadísticas nacionales (en promedio 52%, Censo 2002) y un 44% tiene actividad fuera del hogar.

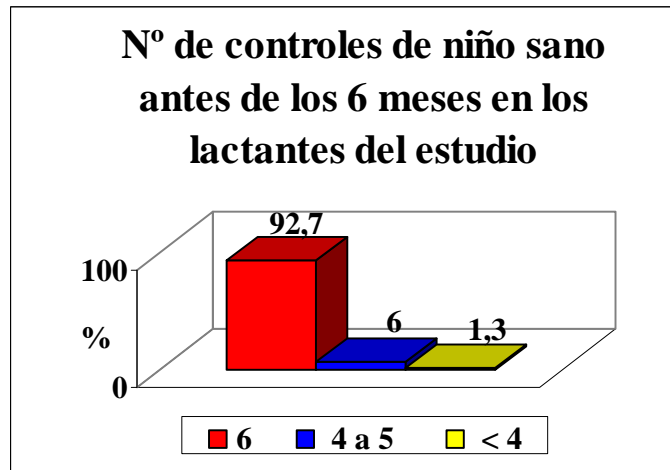
Gráfico N° 7



Se observa que las  $\frac{3}{4}$  partes de las madres del estudio son primíparas.

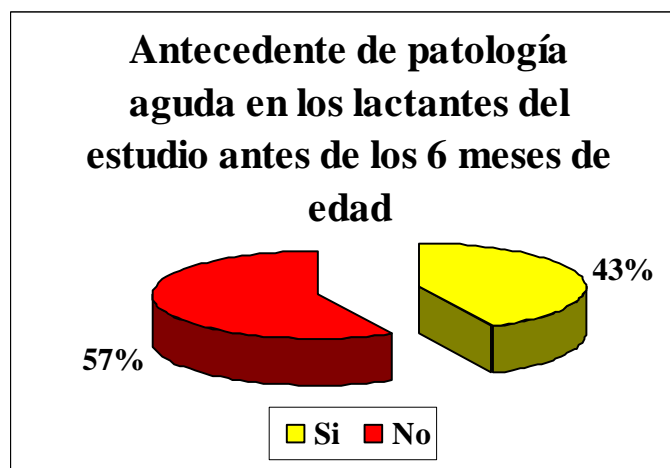
#### 4.1.2 Características filiales

Gráfico N° 8



El 92,7% de los lactantes de la muestra asistió a todos los controles correspondientes para la edad (6 controles, Minsal).

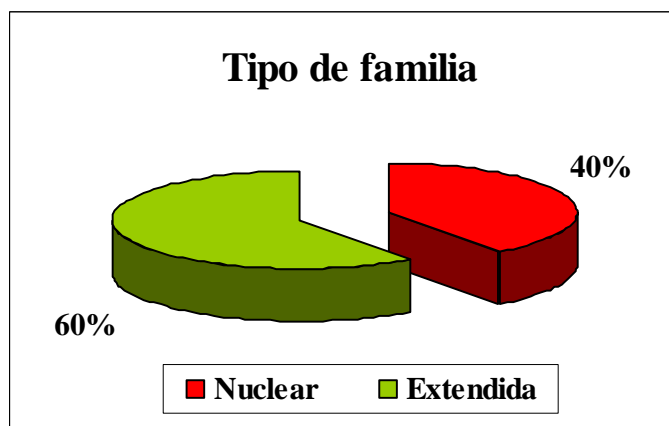
Gráfico N° 9



Un 43% que presenta patología aguda.

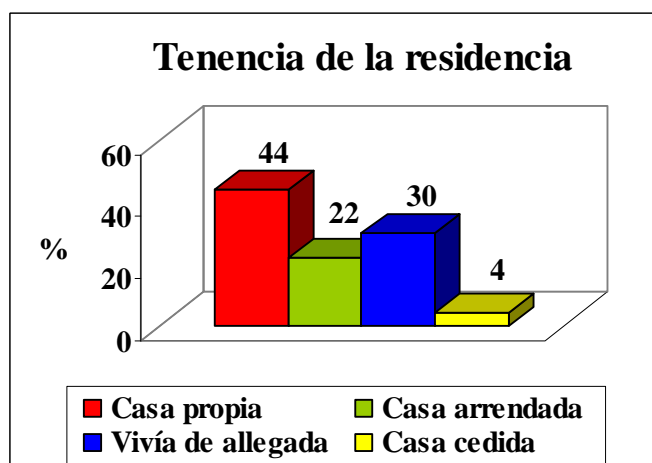
#### 4.1.3 Características familiares y comunitarias

Gráfico N° 10



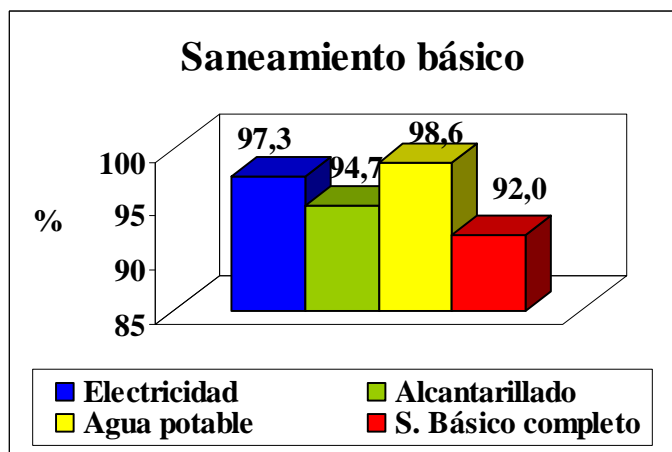
Un 60% de familias de la muestra son de tipo extendida, lo que se contrapone con la realidad nacional ya que han aumentado los hogares nucleares (57,9%, INE), siendo esta la principal forma de composición familiar, los hogares extensos han disminuido en el país (23,4%, INE).

Gráfico N° 11



2/3 de la muestra cuenta con vivienda propia o arrendada, por lo que se deduce que la mayor parte no pertenece a los 3 primeros quintiles. Sólo 1/3 corresponde a la condición de allegado o casa cedidas.

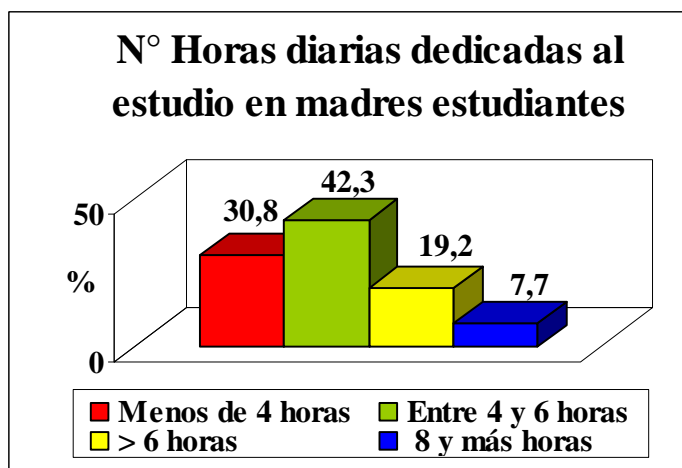
Gráfico N° 12



Un 92% cuenta con saneamiento básico completo, lo que coincide con la realidad nacional (90,5% Censo 2002).

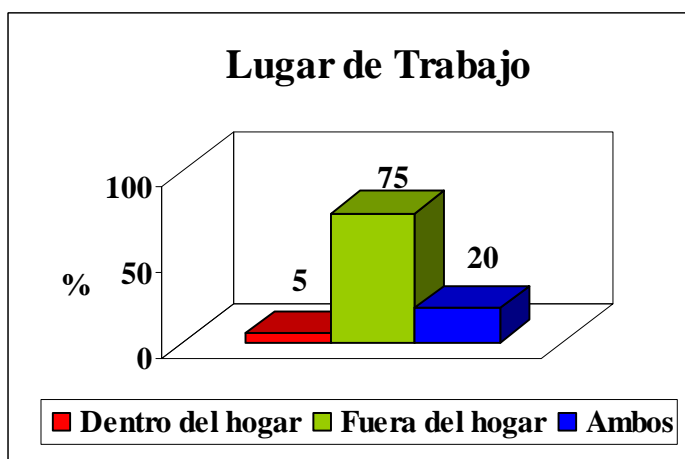
## 4.2 Resultados descriptivos

Gráfico N° 13



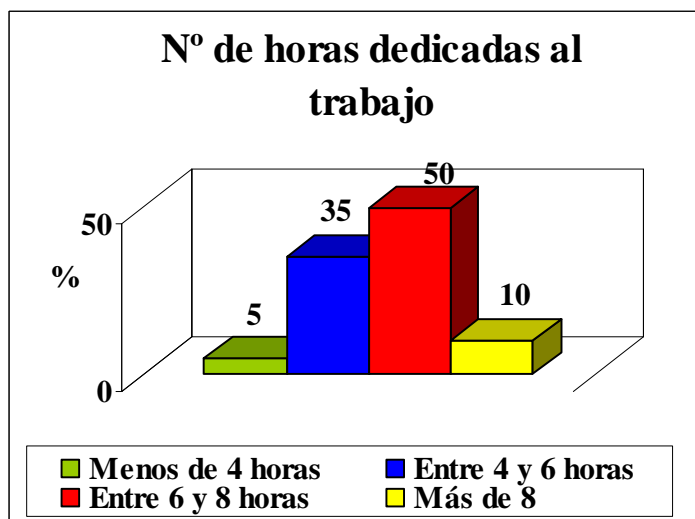
Un 73,1% de las madres estudian menos de 6 horas diarias, solo 1/4 estudian más de 6 horas, lo que equivale a una jornada completa (MINEDUC).

Gráfico N° 14



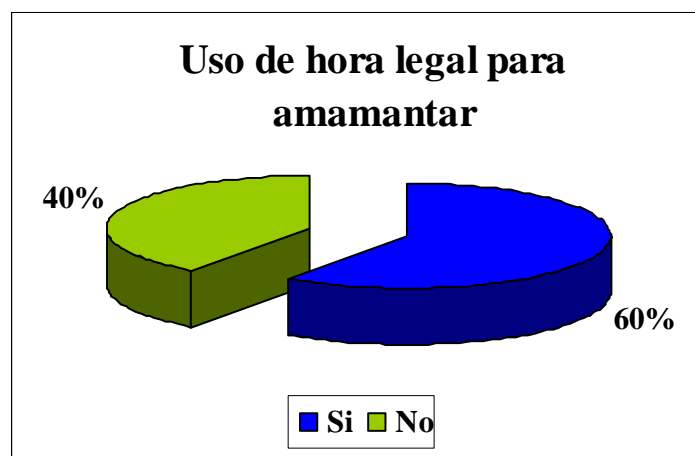
Del las madres que trabajan (27%) un 95% lo hace fuera del hogar.

Gráfico N° 15



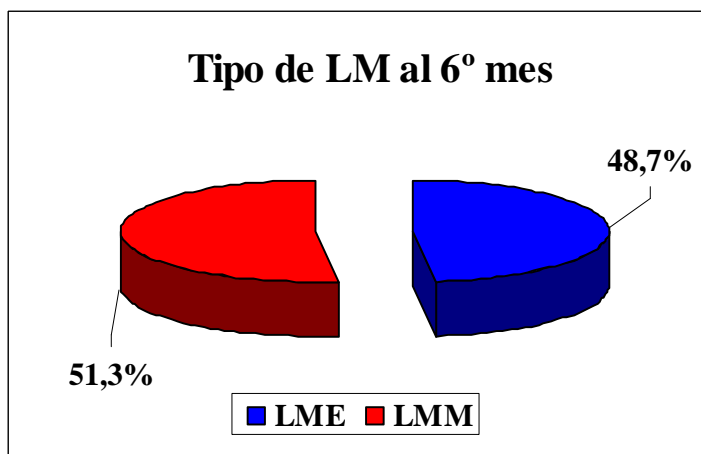
Destaca un trabajo mayor de 6 horas en el 60% de las madres que trabajan, lo que se contrasta con la realidad nacional que es de 9 horas diarias (Dirección del Trabajo).

Gráfico N° 16



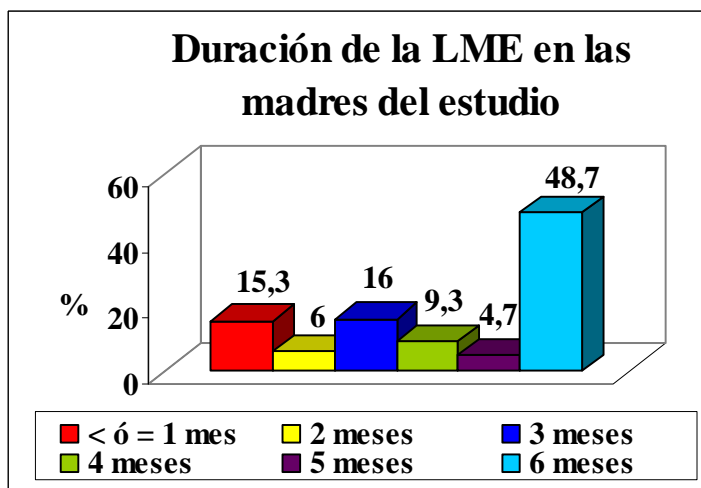
El 40% de las madres contratadas no hace uso de la hora legal pese a la Ley de Amamantamiento, aprobada el año 2007.

Gráfico N° 17



Un 48% corresponde a LME lo que sobrepasa levemente los datos nacionales (46%, UNICEF).

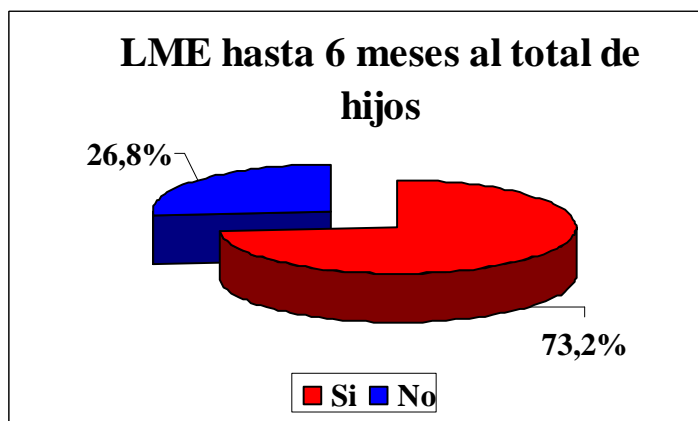
Gráfico N° 18



Un 62,7% corresponde a LME al cuarto mes y 48,7% al sexto mes, sobrepasando levemente los datos nacionales. (60% y 46%, UNICEF 2005).

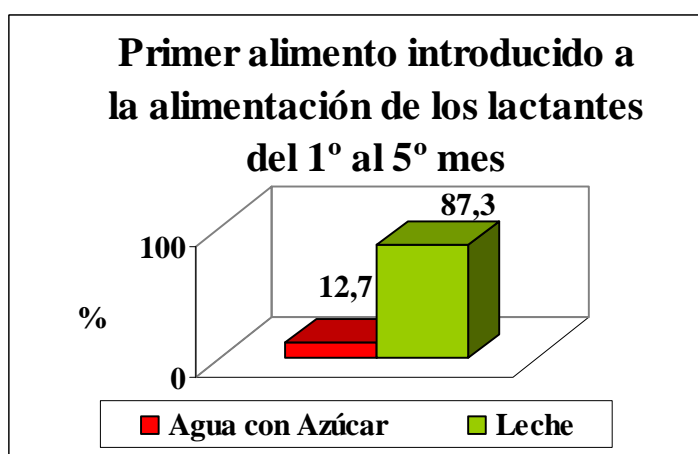


Gráfico N° 19



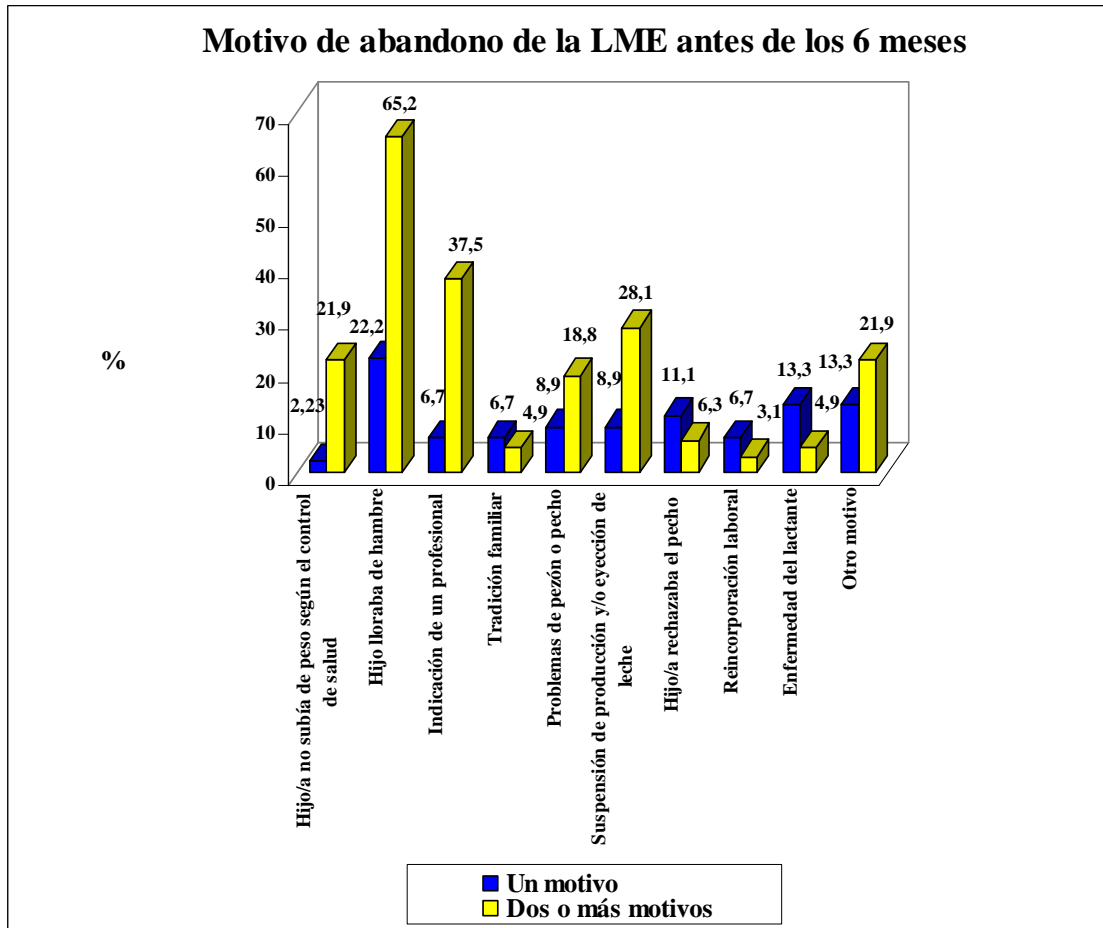
Del 48,7% de la muestra que mantuvo LME hasta los 6 meses,  $\frac{3}{4}$  amamantó a todos sus hijos. Para la mayor parte de las madres este es su primer hijo, por ende éstos resultados no reflejan experiencias anteriores positivas de LME.

Gráfico N° 20



Del total de lactantes alimentados con LMM, 87,3% introduce leche artificial como primer alimento, y el 12,7% introduce agua con azúcar. Llama la atención que ninguna madre le introdujo alimentación sólida antes del sexto mes.

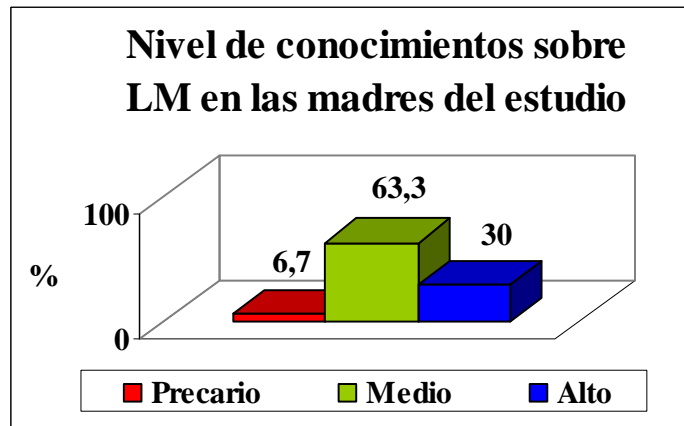
Gráfico N° 21



(\*) Respuesta con más de una opción

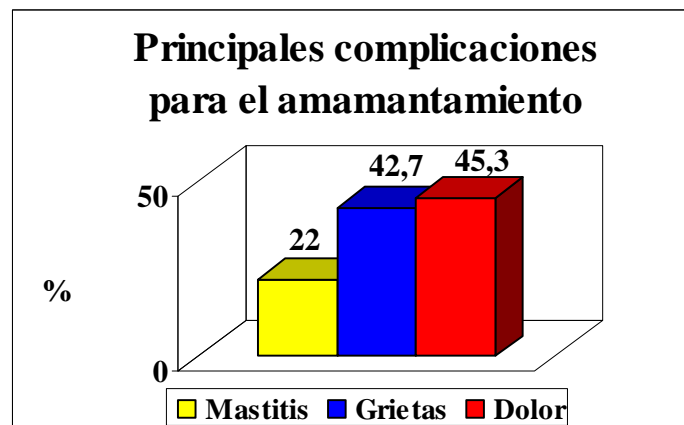
Un 36% de las madres con motivo único manifiesta que su hijo “lloraba de hambre” y “rechaza su pecho”; con dos o más respuestas nuevamente señalan como causa principal que su hijo llora de hambre y además por indicación de un profesional de salud y baja producción láctea. Esto contrasta con un estudio (cfr. pág. 18) donde señala que el mayor motivo de abandono corresponde a problemas de pezón y/o mama.

Gráfico N° 22



Un 30% de las madres presenta un nivel de conocimiento alto, a lo cual podría sumarse casi 2/3 con nivel medio, representando un factor protector para LME.

Gráfico N° 23

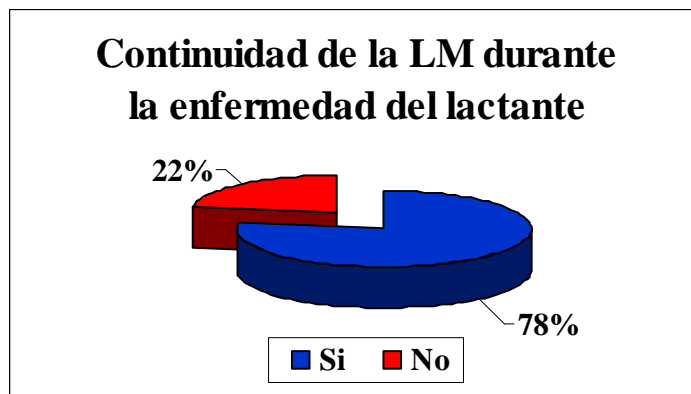


(\*) Respuesta con más de una opción

El orden señalado en las respuestas sitúa en primer lugar el dolor (al amamantar y/o palpación), seguido de las grietas del pezón, y por último la mastitis. Esto se asemeja al resultado de un estudio realizado en Chile, en los años 1979-1980(cfr. pag. 9), y por el estudio realizado por la pediatra nutrióloga Dra. Maggi Molino, año 2007(cfr .pág. 18);

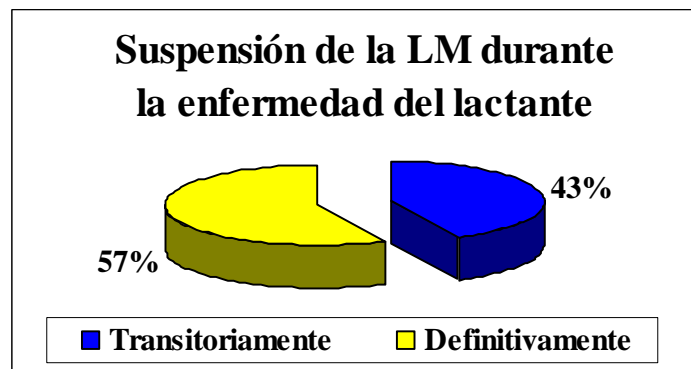
donde las razones para no amamantar o principales complicaciones para el amamantamiento resultaron principalmente los problemas en pezón o mama.

Gráfico N° 24



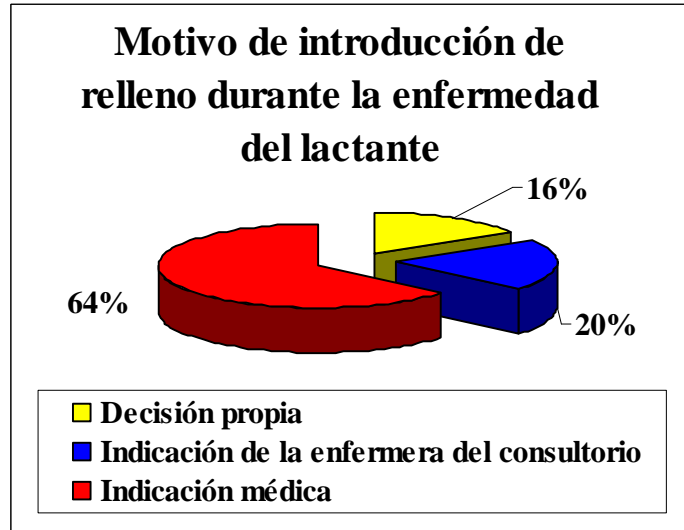
Del 43% de los lactantes que presentó enfermedad aguda antes de los 6 meses,  $\frac{3}{4}$  partes continuó con LME durante la enfermedad aguda.

Gráfico N° 25



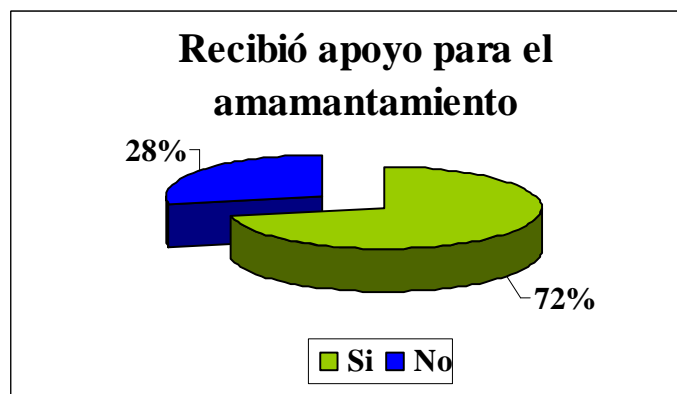
Del 22% de las madres que suspendieron la LME durante la enfermedad de su hijo, el 57% lo hizo en forma definitiva. Esto se relaciona con un estudio realizado en Chile (cfr. pág. 9), donde se vio que dentro del grupo de madres que no amamantó, las  $\frac{3}{4}$  partes fue por problemas de salud de ellas o de sus hijos.

Gráfico N° 26



El 84% de los motivos referidos para la inclusión de relleno se debió a la indicación de un profesional de salud. Llama la atención que el motivo para introducir relleno durante la enfermedad fue en un 64% por indicación de médico y en un 20% por enfermera.

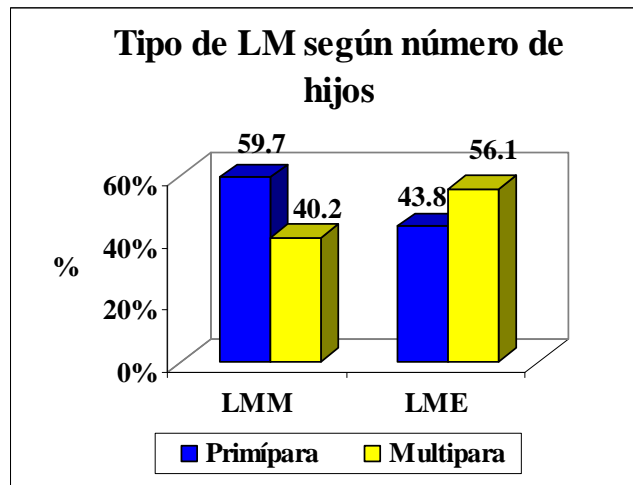
Gráfico N° 27



Casi  $\frac{3}{4}$  partes de las madres recibió apoyo para amamantar. La presencia o ausencia de apoyo familiar y/o comunitario impacta directamente a las mujeres sobre la decisión de amamantar.

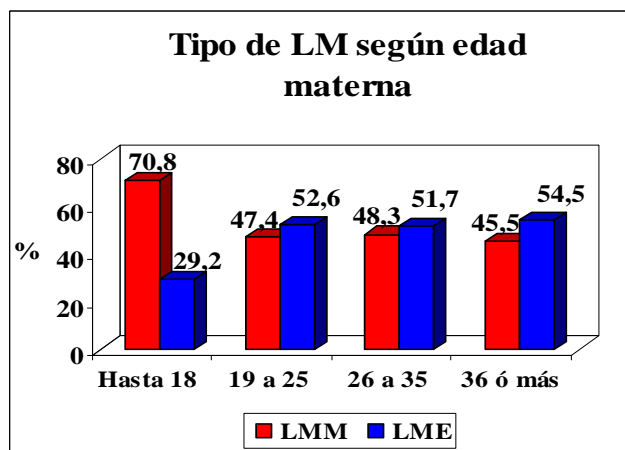
#### 4.3 Resultados según características del binomio.

Gráfico N° 28



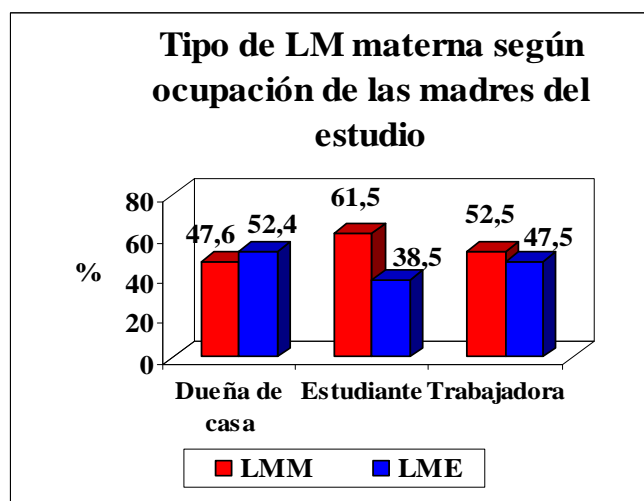
Un 56,1% de las madres del estudio con más de un hijo (vivo mayor de 6 meses) presenta LME. Llama la atención que el 59,7 % de las madres primíparas presente una LMM. Los datos anteriores concuerdan con las conclusiones del estudio realizado en México, año 2003, el cual refiere que las madres en riesgo de un abandono temprano de la LM, serían las que trabajan fuera del hogar o que amamantan por primera vez. (cfr. pág. 8).

Gráfico N° 29



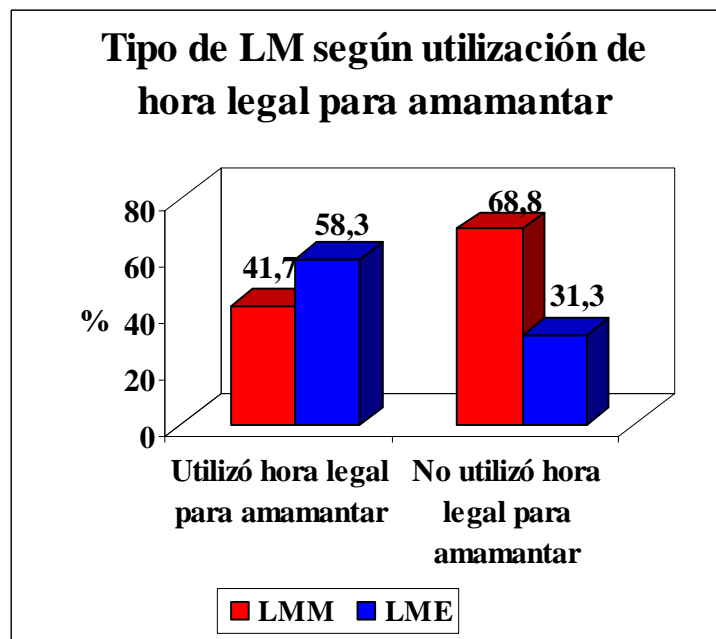
Se refleja que en las madres adultas hay mayor práctica de la LME. Se observa además que en las adolescentes se ve afectada la LME. Esto se relaciona con un estudio realizado en Nordeste de Argentina, año 2002; donde se concluyó que la edad influyó en la calidad de las experiencias, siendo satisfactoria en el grupo mayor de 20 años en relación al grupo adolescente, por lo tanto con mayor LM (cfr. pág. 5).

Gráfico N° 30



El 38,5% corresponde al nivel más bajo de LME, siendo estas estudiantes, lo cual se relaciona con el 29,2% de madres de 18 años o menos, en el presente estudio. El mayor porcentaje de LME se da en las dueñas de casa, sin gran diferencia con LMM, similar a lo que ocurre con la trabajadora. Estos datos son avalados por un estudio realizado en México, año 2003; en el cual una de sus conclusiones fue que un 75% de madres, correspondientes a las que dieron LM por 6 meses o más eran las madres dedicadas a labores del hogar (cfr. pág. 8).

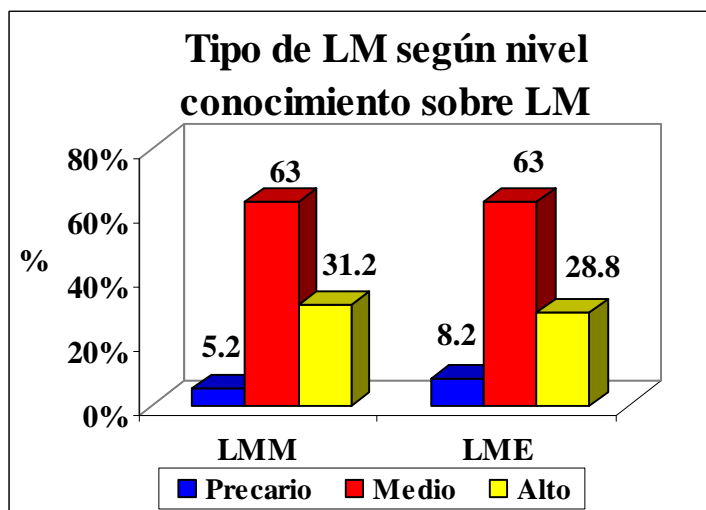
**Gráfico N° 31**



En las madres que utilizaron la hora legal para amamantar se observa un mayor porcentaje de LME, casi el doble con respecto a la LMM. Ello podría estar evidenciando la efectividad de disposiciones legales para el fomento de la LME.

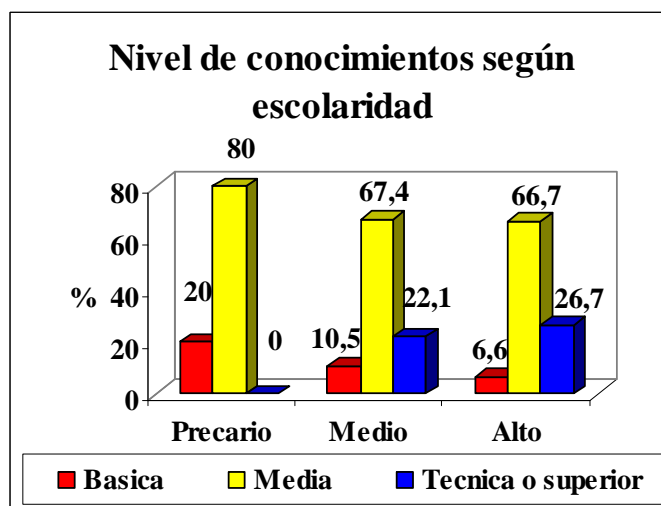


Gráfico N° 32



Se observa un patrón similar en los tipos de lactancia en según el nivel de conocimientos, coincidiendo el nivel medio de conocimientos con los mayores porcentajes. Existe una diferencia en comparación al estudio realizado en Nordeste, Argentina, año 2002; donde prevaleció un nivel de conocimiento regular o deficiente en el total de las madres. (cfr pág. 5)

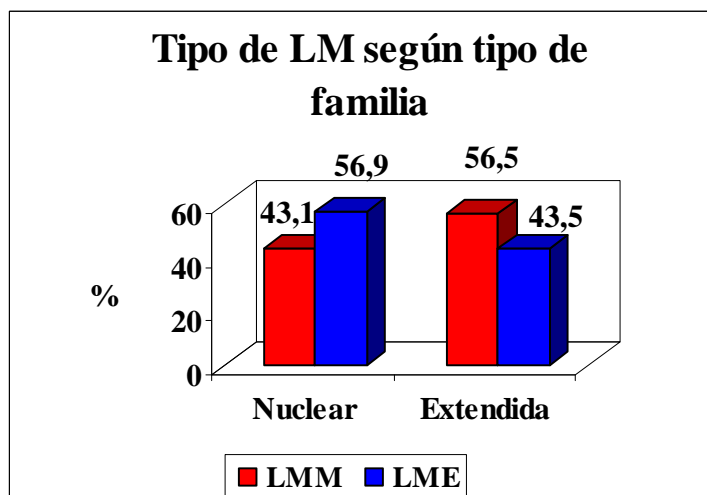
Gráfico N° 33



(\*) Se considera básica, media, técnico o superior completa e incompleta.

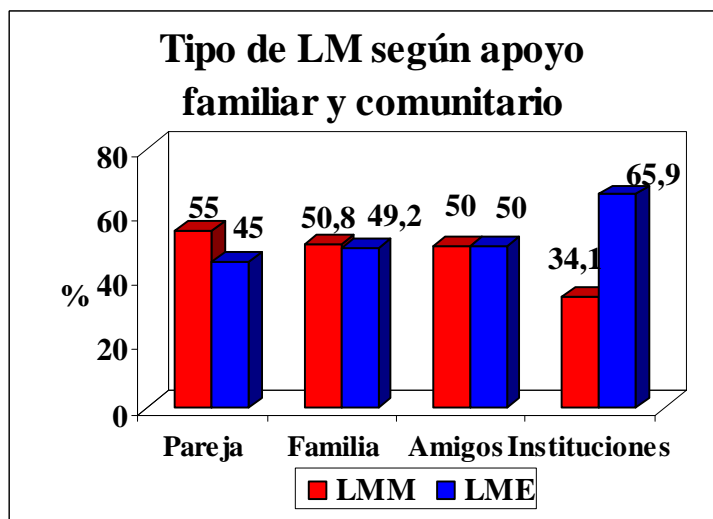
Llama la atención que la escolaridad de nivel medio presenta los tres niveles de conocimiento en forma similar. El nivel más alto de escolaridad presenta los niveles más altos de conocimientos. Lo cual concuerda con el estudio realizado en Cuba, años 1998 a 1999 donde se concluyó que a mayor escolaridad materna, mayor es el conocimiento sobre LM (cfr. pág. 6)

Gráfico N° 34



60 % de las familias del estudio corresponden a extendidas. Sin embargo, donde se concentra mayor LME es en las familias nucleares, con un 56,9%. Por tanto, este tipo de composición familiar es un factor protector para la LME.

Gráfico N° 35



65,9% de las madres que recibe apoyo de instituciones presenta LME. Esto se relaciona con políticas públicas empleadas para fomentar la LME, traducidas en leyes, y programas nacionales, y acciones de promoción por parte de los profesionales de la salud. No existe gran diferencia en los tipos de apoyo de pareja, familia y amigos para la LME.

## **CAPITULO 5**

### **DISCUSIÓN, RESUMEN Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1. Conclusiones**

Con la información analizada en esta investigación, se logró conocer lo que sucedía con la LM hasta los 6 meses en el binomio madre – hijo en los sujetos del estudio, describiendo las características maternas, filiales y familiares

Al analizar los datos en cuanto al tipo de LM, se observó que la LMM lleva un mayor porcentaje que la LME, sin embargo, ésta última presenta un porcentaje significativo, superando los datos de UNICEF. Esto se podría interpretar como que a pesar de los esfuerzos desplegados por los organismos involucrados, aún faltan estrategias para alcanzar las metas comprometidas para el bicentenario.

De acuerdo a los resultados del estudio la LME se da más en las madres con las siguientes características: Mujeres sobre los 19 años, dueñas de casa, multíparas y en las integrantes de familias nucleares. El nivel educacional es un factor protector para la LME sin embargo un alto nivel de conocimiento no evidencia mejores resultados para conservar la LM.

Se observó que la principal complicación para dejar de amamantar fue el dolor, siendo la causa una mala técnica de amamantamiento, resultado que concuerda con los estudios revisados. Sin embargo, el dolor no fue el principal motivo para dejar de amamantar, sino, de acuerdo a los datos registrados por las madres, era que el hijo “lloraba de hambre” o “rechazaba el pecho”, optando por introducir LMM a la alimentación de su hijo.

Los lactantes del estudio, en casi su totalidad, asistieron en forma constante a sus controles de salud del niño sano. Por otro lado, gran parte de los niños que presentaron patología aguda mantuvieron LME, reflejo del trabajo de los profesionales de salud en promoción de la LME, como factor protector.

Finalmente, se observa que gran parte de las madres de la muestra, presento algún tipo de apoyo para amantar. Llama la atención la gran ayuda que otorgan las instituciones al respecto, reflejado con un alto porcentaje de LME. Por tanto, los esfuerzos emanados de las instituciones públicas de salud que promueven la LME, es efectivo, resultado que se asimila a los estudios presentados.

## **5.2. Recomendaciones**

- 1.1 Educar y promover las ventajas de la LME en contraste con la Lactancia Artificial desde el período pre-natal.
- 1.2 Alimentación exclusiva a través de amamantamiento durante los primeros 6 meses de vida del lactante.
- 1.3 Incrementar la promoción y prevención para la salud relacionada con la LME en todos los niveles de atención y crear grupos de apoyo comunitario en pro de la LM con participación de la familia.
- 1.4 Fomentar la LME principalmente en las madres adolescentes y estudiantes.
- 1.5 Informar a las madres sobre las leyes que protegen y fomentan la LM, especialmente en las trabajadoras.
- 1.6 Educar sobre la LM con especial énfasis en las madres de nivel de escolaridad básica, integrantes de familias extendidas y con nivel de conocimiento precario en relación a la LM.

## **5.3. Resumen**

La prevalencia de LME a los 6 meses, había tenido un alza sostenida desde 1993 al 2005, en relación a esto, se realizó un estudio muestral, cuantitativo, exploratorio, transaccional descriptivo y retrospectivo, cuyo objetivo es describir la LM hasta los 6 meses en el binomio madre-hijo con sus características maternas, filiales y familiares. La muestra consta de 150 madres que se atienden en seis Centros de atención primaria

pertenecientes a la CORMUVAL, cuyos hijos tuvieran entre 6 y 12 meses durante el período sep. – oct. del año 2008, se aplicaron dos instrumentos: un cuestionario y un test de conocimientos sobre la LM. El 48,7% mantuvo LME hasta los 6 meses, sobrepasando levemente los datos nacionales (46% UNICEF) siendo mayor en mujeres sobre los 19 años, dueñas de casa, multíparas, de familias nucleares. El 63,3% de las madres presentó un nivel medio de conocimientos sobre LM. En cuanto a las complicaciones para amamantar se encontró el dolor (al amantar y a la palpación), luego las grietas del pezón, y finalmente la mastitis. Los motivos de abandono de la LME fueron que “el hijo lloraba de hambre” y “rechazaba el pecho”. Las  $\frac{3}{4}$  partes de los lactantes que presentó enfermedad aguda antes de los 6 meses continuó con LME. Destaca dentro de las madres que recibieron apoyo por parte de las instituciones que un 65,9% presentó LME. En razón de las variables del estudio se debe enfocar principalmente la promoción de LME hasta el sexto mes a las mujeres menores de 19 años, estudiantes y trabajadoras.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNICEF, *Centro Nacional de Educación para la Salud*. Por una Lactancia Exitosa. DF: México; 2000.p.1. [En línea], <[http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol20\\_1\\_04/enf02104.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol20_1_04/enf02104.htm)>. [Consulta: 23 Junio del 2008]
2. AUCHTER, M. - GALEANO, H. (Licenciados en Enfermería) *Lactancia Materna ¿Conocen las madres la importancia de una alimentación tan especial?*. Universidad Nacional del Nordeste, departamento de Comunicaciones Científicas y Tecnológicas, Cátedra Enfermería Materno infantil, Carrera de Licenciatura en Enfermería, Facultad de Medicina, Corrientes, Argentina, 2003. [En línea], <<http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/cyt/2003/comunicaciones/03-Medicas/M-074.pdf>>. [Consulta: 19 Mayo 2008]
3. GUTIÉRREZ A, BARBOSA D., GONZÁLEZ R., MARTÍNEZ O. (Licenciadas en enfermería) Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna. Rev.Cubana Enfermería edición 2001 [En línea], < [http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol17\\_1\\_01/enf07101.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol17_1_01/enf07101.htm)> [Consulta: 12 Agosto del 2008]
4. MINISTERIO DE SALUD, PERU. *Lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria “niña y niño que toma pecho crece sano e inteligente es su derecho”*. Plan de Comunicación Educativa del Perú. [En línea], <<http://www.minsa.gob.pe/portal/campanas/2006/08Lactancia/archivos/PlanAct.doc>> [Consulta: 10 de Abril 2008]



5. FLORES-DIAZ AL, BUSTOS-VALDES MV, GONZALEZ-SOLÍS R, MENDOZA-SANCHEZ HF. *Medicina Familiar 2006*. Factores relacionados con la duración de la lactancia materna en un grupo de niños mexicanos. Vol.8 (1) 33-39
6. BAKOULA c, VELTSISTA a, PREZERAKOU. *A Mayor Frecuencia de Lactancia Materna en Hijos de Madres Trabajadoras en Comparación con las Amas de Casa, Abril 2007*. Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) Resumen objetivo elaborado por el Comité de Redacción Científica [En línea],  
< <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/pediatweb490.htm> > [Consulta: 13 de Octubre del 2008]
7. DRA. GRÍOS C, Dr. GARCÍA L. *Conocimientos y actitudes de la población adolescente hacia la lactancia materna para direccionar las acciones estrategias de promoción de la lactancia natural, febrero 2004*” Universidad Estatal a distancia sistema de estudios de posgrado maestría en administración de Servicios de Salud Sostenibles. [En línea],  
< <http://www.uned.ac.cr/ingles/sep/recursos/investigaciones/masss/documents/TFGCarlaGrrios.pdf> > [Consulta: 23 de Julio del 2008]
8. DR. ATALAH E., *Situación Actual de la Lactancia en Chile Universidad de Chile, Ministerio de Salud, Comisión Nacional de Fomento de la Lactancia Materna*. [En Línea],  
< <http://www.medwave.cl/cursos/pediatraynutricion06/1/1.act> > [Consulta: 8 Septiembre 2008]

9. SEPÚLVEDA D, FORMAS I, AGUAYO R. *Lactancia Materna: Algunos factores psicosociales y biológicos que la influyen*, *Revista chilena de pediatría julio 1983*, Trabajo patrocinado por la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Concepción, Chile Universidad de Concepción, Facultad de Medicina, Departamento de Enfermería. Boletín de la oficina sanitaria Panamericana. [en línea] <<http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v95n1p51.pdf>> [Consulta: 4 Junio del 2008]
10. ALBA, *Lactancia Materna*, Declaración Innocenti sobre la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. . [En Línea], <<http://www.terra.es/personal7/alba-lac.mat/innocent.htm>> [Consulta : 7 Agosto del 2008]
11. MINISTERIO DE SALUD. ENF. REYES C. *Políticas nacionales de lactancia materna*, Comisión Nacional de Lactancia Materna Chile 2004. [En línea], <<http://www.minsal.cl/ici/lactancia/Presentaci%F3n%20lactancia%20Hospital%20la%20Calera.pdf>> [Consulta: 25 Noviembre del 2008]
12. Gobierno de Chile, *Programa Chile Crece Contigo*. [En Línea], <<http://www.gobiernodechile.cl/viewEjeSocial.aspx?idarticulo=22432&idSeccionPadre=17>> [Consulta: 4 Septiembre del 2008]
13. NAVARRO C. *Fuero Maternal*. [En línea], <<http://www.navarro.cl/trabajo/doc/fuero/FueroMaternal.htm>> [Consulta: 8 Julio del 2008]
14. GOBIERNO DE CHILE, *Ministerio del trabajo y previsión social MIDEPLAN*. Ley N° 20.166 “Amamantamiento” [En línea], <[http://www.mideplan.cl/final/ficha\\_tecnica.php?cenid=330](http://www.mideplan.cl/final/ficha_tecnica.php?cenid=330)> [Consulta: 17 Agosto del 2008]

15. DR. ATALAH E., Universidad de Chile, Ministerio de Salud. *Comisión Nacional de Fomento de la Lactancia Materna. Situación Actual de la Lactancia en Chile*. [En línea], <<http://www.medwave.cl/cursos/pediatraynutricion06/1/1.act>> [Consulta: 2 Diciembre del 2008]
16. DRA MALDONADO ROJAS. J. *Programación de salud en red 2009. Cuidados de la Población Infantil*. [En línea], <[www.ssmale.cl/paginas/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=510&Itemid=123](http://www.ssmale.cl/paginas/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=510&Itemid=123)> [Consulta: 21 Diciembre 2008]
17. MAGGI MOLFINO A.,.Pediatra nutrióloga. *Lactancia Materna “Mucho más que una formula Láctea”*. Universidad de Valparaíso, Hospital Carlos Van Buren año 2007.
18. LAWRENCE R. A., LAWRENCE R M. *Lactancia Materna, una guía para la profesión medica, sexta Edición. Amamantamiento en el Lactante con Problemas*. Pág. 575
19. Dr. AVELLANEDA O. Médico Pediatra. Embarazo, parto, lactancia y vínculo afectivo. [En Línea]. <[http://encolombia.com/embarazo\\_pediatria33-1.htm](http://encolombia.com/embarazo_pediatria33-1.htm)>, [Consulta: 10 noviembre 2008].
20. PROYECTO W.M.C. *Crecer Juntos WMC. Grietas en el Pezón y Mastitis*. [En línea]. <<http://www.crecerjuntos.com.ar/grietasetc.htm>>,[Consulta 01 diciembre, 2008].
21. GOBIERNO DE CHILE, SERNAM. *Mujeres chilenas: tendencias en la ultima década (censo 1991- 2002)*. [En línea], <<http://www.sernam.cl/opencms/opencms/sernam/departamentos/departamentosDescarga/MujChilenas2.pdf>> [Consulta: 13 Mayo del 2008]

22. DRA. AGUILAR CORDERO M. *Lactancia Materna*, 1° edición, año 2005.
23. CASEN 2003, DOCUMENTO MUJER: *Septiembre 2004*, Pág. 50.
24. MINSAL, Chile, 2004. *Programa de salud del niño*, Págs. 9 y 10.
25. UNIVERSIDAD DE CHILE. *Distinción por Quintil* [En línea], <<http://www.uchile.cl/uchile.portal?nfpb=true&pageLabel=not&url=45243>, Sábado 12 de abril de 2008>. [Consulta: 4 Diciembre del 2008]
26. GOBIERNO DE CHILE CENSO 2002; *Censos de Población y Vivienda Instituto nacional de estadísticas*. Síntesis de resultados Santiago de Chile, Marzo de 2003. [En línea]. <<http://www.ine.cl/cd2002/sintesis censal.pdf>>, [Consulta: 09 agosto 2008].
27. PREGNANCY INFO.NET, “*Cuando no debería amamantar*”. [En línea], <[http://espanol.pregnancy-info.net/no\\_amamantamiento.html](http://espanol.pregnancy-info.net/no_amamantamiento.html)> [Consulta: 1 Diciembre del 2008]
28. DRA. VERÓNICA VALDÉS. *Técnica de Amamantamiento*, [En Línea], <<http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod02/TECNICAS%20DE%20AMAMANTAMIENTO1.pdf>> [Consulta: 13 Octubre del 2008].
29. FUNDALAM. *Fundación lactancia y maternidad*. *Extracción y conservación de la leche materna* [En línea], <[http://www.planetamama.com.ar/view\\_notas.php?id\\_notas=733&id\\_etapa=35&id\\_tema=85](http://www.planetamama.com.ar/view_notas.php?id_notas=733&id_etapa=35&id_tema=85)> [Consulta: 22 de noviembre del 2008].

30. DIVISIÓN DE RECTORÍA Y REGULACIÓN SANITARIA DEPTO. SALUD DE LAS PERSONAS. *Programa de Salud del Niño*. Norma de Alimentación del Niño Menor de 2 años [En línea], <<http://74.125.113.104/search?q=cache:9iez-TggPrgJ:www.minsal.cl/ici/nutricion%255CNORMAMENOR2ANOS21-10-02.pdf+tecnica+extraccion+leche+materna+minsal+chile&hl=es&ct=clnk&cd=10&gl=cl>> [Consulta: 05 de octubre 2008].

## Anexos

### **Anexo N°1: Contraindicaciones para la LM <sup>27</sup>**

Algunas de las complicaciones más comunes que no les permiten amamantar a las mujeres son:

- Enfermedades maternas serias, tales como: enfermedades del riñón, enfermedades cardiovasculares, o anemia severa.
- Infecciones graves, tales como: tuberculosis activa.
- Condiciones médicas crónicas que requieren medicaciones que podrían filtrarse a la leche materna y provocar efectos adversos en los bebés recién nacidos. Las drogas antitiroideas, contra el cáncer y antihipertensivas, los medicamentos antidepresivos, o los sedantes pueden traer aparejados efectos secundarios.
- El VIH o SIDA puede ser transmitido a través de la leche materna.
- Las mujeres drogadictas obviamente no deberían amamantar a sus bebés. Las drogas, tales como los tranquilizantes, la cocaína, la heroína, la metadona, la marihuana, o el alcohol pueden ser transmitidos al bebé a través de la leche materna.
- Ciertas cirugías de pecho afectarán su capacidad para amamantar a su bebé. Es por ello que debería visitar la sección dedicada a cirugías de pecho y lactancia para poder informarse sobre cómo los diferentes tipos de cirugías podrían modificar su capacidad de amamantar.

## **Anexo N°2: Técnica de amamantamiento<sup>28</sup>**

Para una lactancia exitosa hay que asegurar una buena técnica de amamantamiento y un buen acoplamiento boca pezón-areola. La madre puede adoptar distintas posiciones:

1. La madre se sienta cómoda, con la espalda apoyada e idealmente un cojín sobre su falda, apoya la cabeza del niño sobre el ángulo del codo. Sostiene la mama con los dedos en forma de “C”.
2. La madre comprime por detrás de la areola con sus dedos índice y pulgar para que cuando el niño abra la boca, al estimular el reflejo de apertura, tocando el pezón a sus labios, ella introduce el pezón y la areola a la boca del niño. Así su lengua masajea los senos lactíferos (que están debajo de la areola) contra el paladar y así extrae la leche sin comprimir el pezón (por que este queda a nivel del paladar blando) y no provoca dolor.
3. El niño enfrenta a la madre; abdomen con abdomen, quedando la oreja, hombro y cadera del niño en una misma línea. Los labios están abiertos (evertidos), cubriendo toda la areola. La nariz toca la mama. Si se puede introducir un dedo entre la nariz y la mama, quiere decir que el niño está comprimiendo el pezón y no masajeando la areola.

Amamantar no debe doler, si duele revisar si el labio inferior quedó invertido y corregirlo. Si aún duele, retirar al niño y volver a ponerlo hasta hacerlo sin que la madre sienta dolor. Luego de unas mamadas rápidas (2/seg.), viene el reflejo eyecto-lácteo y se escucha la deglución (1/seg.). Esto se repite entre 6 y 10 veces en cada mama. Cada binomio tiene su propio tiempo, pero en general, más de 20 minutos por lado indica que la mamada no está siendo muy efectiva y se debe evaluar la técnica. Algunas veces el niño vaciará ambos pechos, otras veces quedará bien y se dormirá luego del primero.

### **Anexo N°3: Extracción y conservación de la Leche Materna<sup>29</sup>**

La extracción de la leche materna es de gran utilidad para superar los problemas que pueden atentar contra el éxito de una buena lactancia. Son varias las situaciones en las que se puede recurrir a esta técnica, como por ejemplo: para alimentar al recién nacido prematuro o de bajo peso que está incapacitado aún para tomar directamente del pecho y al que podemos beneficiar con las propiedades de la leche materna que lo ayudarán a recuperarse y ganar peso; para alimentar al lactante cuando la madre reingresa a su trabajo o cuando debe separarse temporalmente de su hijo por otros motivos (viaje, enfermedad, hospitalización, entre otros); cuando necesita aumentar su producción o volumen de leche; para aliviar la congestión de los pechos cuando se cargan demasiado de leche (como suele ocurrir en la primer bajada de leche).

Técnica de extracción de la leche materna<sup>30</sup>

#### a) Extracción manual: Pasos.

1. Lavarse las manos y uñas con agua y jabón.
2. Masajear la mama suavemente en forma circular siguiendo la ubicación del pezón, para estimular la bajada de leche, o después de una ducha tibia, o aplicando paños tibios durante algunos minutos
3. Sostener el frasco o recipiente en la mano apoyándose en una mesa o superficie lisa y firme.
4. Tomar el pecho rodeándolo con los dedos en C; Coloque el dedo pulgar en la parte superior de la areola y el índice en la parte inferior de la areola.
5. Inclinar hacia delante y presionar la base de la mama hacia atrás. Comprimir la mama con el dedo pulgar, sin arrastrar la piel. Hacer este procedimiento en forma repetitiva, presionando y soltando.
6. Depositar la leche extraída de la mama en un recipiente limpio y hermético.



b) Extracción con bomba: La preparación previa de los pechos es idéntica a la que se indica para la extracción manual, adecuándose al tipo de bomba que se usará. Existen dos tipos de bombas: bombas manuales y bombas eléctricas

#### Conservación de la leche materna<sup>22</sup>

Los tiempos de conservación de la leche materna extraída son distintos dependiendo del lugar donde se mantenga, siendo estos: 12 horas a temperatura ambiente; 5 días refrigerada; 15 días congelada en refrigerador de una puerta; y 3 meses congelada en refrigerador de dos puertas.

## Anexo N°4: Consentimiento informado



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: ...../...../.....

A usted se le ha pedido participar del estudio de tesis de los internos de la carrera de enfermería de la Universidad de Valparaíso, que tiene como objetivo saber qué ocurre con la lactancia materna exclusiva dentro de la ciudad de Valparaíso y contribuir con sus resultados a la información disponible sobre lactancia materna.

Para su participación es importante que sepa que:

- Su nombre no saldrá en ningún informe ni publicación que resulte de este estudio.
- Su participación en este estudio es *voluntaria*. Usted puede negarse a participar o puede interrumpir su participación en cualquier momento durante el estudio, sin daño alguno para usted o su hijo.
- Deberá responder un cuestionario, el cual tiene preguntas en relación a su hijo, a usted, al entorno familiar y a la lactancia materna, que se le aplicará en forma de entrevista. Y además deberá responder un test sobre lactancia materna.

Estoy de acuerdo en colaborar del estudio participando en forma voluntaria del estudio, entregando información verdadera, he comprendido toda la información que se me ha entregado y que puedo retirarme del estudio, sin daño alguno.

---

Firma del Encuestador

---

Firma del Encuestado

## Anexo N°5: Encuesta materna

### CUESTIONARIO

Fecha: ...../...../..... (Día/Mes/Año)

Consultorio: \_\_\_\_\_ Sector: \_\_\_\_\_ Nro. de Ficha: \_\_\_\_\_

#### **A. ANTECEDENTES MATERNOS GENERALES:**

1. ¿Qué edad tenía ud. antes de los 6 meses de edad de su hijo?
2. ¿Cuál fue el último curso que aprobó? a)  Sin estudios b)  Básica incompleta  
c)  Básica completa d)  Media incompleta e)  Media completa f)  Técnica o Superior incompleta  
g)  Técnica o Superior completa
3. ¿Cuál era su estado civil? a)  Soltera b)  Casada c)  Separada d)  Convive e)  Viuda
4. ¿Cuál era su previsión de salud?: a)  Fonasa b)  Isapre c)  Sin previsión d)  Otro
5. ¿Cuál era su ocupación?: a)  Dueña de casa b)  Estudiante c)  Trabajadora
6. ¿Cuál era el horario en que ud. estudiaba? a)  Jornada diurna completa b)  Jornada diurna parcial  
c)  Vespertino (19<sup>00</sup> a 23<sup>00</sup>) d)  Horario Libre (exámenes libres)
7. ¿Cuántas horas diarias le dedicaba al estudio? a)  Menos de 4 horas b)  Entre 4 y 6 horas  
c)  Entre 6 y 8 horas d)  Más de 8
8. ¿Cuál era el lugar donde ud. trabajaba? a)  Dentro del hogar b)  Fuera del hogar c)  Ambos
9. ¿Cuántas eran las horas diarias que ud. trabajaba? : a)  Menos de 4 horas b)  Entre 4 y 6 horas  
c)  Entre 6 y 8 horas d)  Más de 8
10. ¿Contaba con contrato de trabajo en los primeros 6 meses de vida de su hijo?: a)  Sí b)  No
11. ¿Hizo uso de la hora legal para amamantar a su hijo?: a)  Sí b)  No
12. ¿Cómo utilizó la hora legal?: a)  Durante la jornada de trabajo b)  Ingresa 1 hora más tarde al trabajo  
c)  Se retira 1 hora antes del trabajo d)  Ingresa media hora más tarde al trabajo y se retira media hora antes del trabajo.
- 13.- ¿Cuántos hijos vivos mayores de 6 meses ha tenido ud.?: a)  1 b)  2 c)  3 d)  4  
e)  Más de 4
14. ¿Cuántos hijos ha amamantado hasta los 6 meses en forma exclusiva?:  
a)  Ninguno b)  1 c)  2 d)  3 e)  Más de 3

#### **B. ANTECEDENTES DEL LACTANTE:**

15. ¿Su hijo a cuantos controles de salud del niño sano asistió?: a)  6 b)  5 c)  4 d)  3 e)  < 3
16. ¿Su hijo presentó alguna enfermedad desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad?:  
a)  Sí b)  No
17. ¿Qué edad tenía su hijo al momento de enfermar?: a)  Recién nacido hasta 3 meses  
b)  De 3 meses a 6 meses
18. ¿Cuántos días estuvo enfermo?: a)  Menos de 1 semana b)  Más de 1 semana
19. ¿Estuvo hospitalizado a causa de esta enfermedad? a)  Sí b)  No
20. ¿A causa de esta enfermedad debió suspender la Lactancia Materna?: a)  No b)  Sí, en forma transitoria  
c)  Sí, definitivamente
21. ¿Durante la enfermedad, se le dio relleno a su hijo? a)  Sí b)  No
22. ¿Quién(es) le(s) recomendó dar relleno?:  
a)  Ud. lo decidió b)  Se lo indicó la Enfermera del consultorio  
c)  Se lo indicó el médico del consultorio o servicio hospitalario d)  Se lo indicó el pediatra  
e)  Un familiar le aconsejó f)  Otra persona externa a su familia le aconsejó

**C. LACTANCIA MATERNA:**

23. ¿Algún miembro del equipo de salud la vio amamantar a su hijo?: a)  Sí b)  No

24. ¿Recibió educación sobre la Lactancia materna antes de tener a su hijo?: a)  Sí b)  No

25. La educación recibida sobre la Lactancia materna, fue otorgada por: a)  Enfermera  
b)  Matrona c)  Médico d)  Familiar (es) e)  Otro(s): \_\_\_\_\_

26. ¿Hasta que edad utilizó lactancia materna como alimento único para su hijo?:

a)  1 mes o menos b)  2 meses c)  3 meses d)  4 meses e)  5 meses f)  6 meses

27. ¿Cuál fue el primer alimento que introdujo a la alimentación?: a)  Agua sola b)  Agua con azúcar o jugos c)  Leche artificial d)  Dulce o galleta e)  Papilla

f)  Otro: \_\_\_\_\_

28. ¿Cuáles fueron los motivos para no dar LME hasta los 6 meses cumplidos?:

a)  Mi hijo/a no subía de peso adecuadamente según el control de salud b)  Mi hijo lloraba (quedaba con hambre) c)  Por indicación de un profesional (Enfermera, Médico, Nutricionista, Matrona)

d)  Por presiones de familiares: \_\_\_\_\_ e)  Por tradición familiar

f)  Problemas de pezón o pecho g)  Se me cortó la leche h)  Mi hijo/a rechazaba el pecho

i)  Me reincorporé al trabajo j)  Mi pareja me pidió que dejara de amamantar l)  Por enfermedad del lactante m)  Otro motivo: \_\_\_\_\_

29. ¿Tuvo ud. alguna de las siguientes complicaciones durante el período de amamantamiento de su(s) hijo(s)?

*Con hijo(s) anterior(es)*

*Con hijo actual*

a)  Ninguna

b)  Mastitis (Masitas duras en las mamas)

c)  Grietas o heridas en el pezón

d)  Dolor en las mamas al amamantar

e)  Dolor en las mamas a la palpación

f)  Absceso mamario

g)  Hongos en las mamas

h)  Deformidades en el pezón

a)  Ninguna

b)  Mastitis (Masitas duras en las mamas)

c)  Grietas o heridas en el pezón

d)  Dolor en las mamas al amamantar

e)  Dolor en las mamas a la palpación

f)  Absceso mamario

g)  Hongos en las mamas

h)  Deformidades en el pezón

30. ¿Tomó algún medicamento para producir más leche antes de que su hijo cumpliera 6 meses de edad?: a)  Sí b)  No

31. ¿En qué mes de vida de su hijo comenzó a tomar el fármaco?: a)  Antes del mes b)  1 mes  
c)  2 meses d)  3 meses e)  4 meses f)  5 meses

32. ¿Durante cuántos meses lo tomó?: a)  Menos de 1 mes b)  1 mes c)  2 meses d)  3 meses  
e)  4 meses f)  5 meses o más

**D. ANTECEDENTES FAMILIARES:**

33. ¿Cuál era el lugar que habitaba?: a)  Casa propia b)  Casa Arrendada c)  Vivía de Allegada  
d)  Casa cedida

34. ¿Vivía con alguien más?: a)  Sí b)  No

35. ¿Con quién(es) vivía?: a)  Pareja b)  Hijo(s) c)  Madre d)  Padre

e)  Otros familiares: \_\_\_\_\_ f)  Otra persona no familiar: \_\_\_\_\_

36. Número de personas que vivían en el hogar: a)  2 b)  3 c)  4 d)  5 e)  6 f)  Más de 6

37. ¿Con qué servicios básicos contaba su casa en el período en que ud. se encontraba amamantando?: a)  Alcantarillado b)  Agua potable independiente c)  Agua potable compartida  
d)  Electricidad

**E. APOYO FAMILIAR Y COMUNITARIO**

**38. ¿Recibió algún tipo de apoyo para el amamantamiento?:** a)  Sí b)  No

**39. ¿Por parte de quién(es) fue la ayuda recibida?:**

<i>Familiar:</i>	<i>Vecinos o Amigos:</i>	<i>Grupos de la Comunidad:</i>
a) <input type="checkbox"/> Pareja	f) <input type="checkbox"/> Amiga	j) <input type="checkbox"/> Iglesia.
b) <input type="checkbox"/> Madre	g) <input type="checkbox"/> Vecina	k) <input type="checkbox"/> Colegios
c) <input type="checkbox"/> Hermana	h) <input type="checkbox"/> Compañera Laboral	l) <input type="checkbox"/> Centro de madres
d) <input type="checkbox"/> Prima	i) <input type="checkbox"/> Otro: _____	m) <input type="checkbox"/> Consultorio
e) <input type="checkbox"/> Otro: _____		n) <input type="checkbox"/> Otro: _____

**40. ¿En qué tipo de ayuda consistió el apoyo recibido?:**

<i>Familiar:</i>	<i>Vecinos o Amigos:</i>	<i>Grupos de la comunidad:</i>
a) <input type="checkbox"/> Cuidados de su(s) hijo(s)	g) <input type="checkbox"/> Cuidados de su(s) hijo(s)	m) <input type="checkbox"/> Cuidados de su(s) hijo(s)
b) <input type="checkbox"/> Tareas domésticas	h) <input type="checkbox"/> Tareas domésticas	n) <input type="checkbox"/> Tareas domésticas
c) <input type="checkbox"/> Apoyo económico	i) <input type="checkbox"/> Apoyo económico	o) <input type="checkbox"/> Apoyo económico
d) <input type="checkbox"/> Solución de problemas de la lactancia materna	j) <input type="checkbox"/> Solución de problemas de la lactancia materna	p) <input type="checkbox"/> Solución de problemas de la lactancia materna
e) <input type="checkbox"/> Apoyo psicológico	k) <input type="checkbox"/> Apoyo psicológico	q) <input type="checkbox"/> Apoyo psicológico
f) <input type="checkbox"/> Otro: _____	l) <input type="checkbox"/> Otro: _____	r) <input type="checkbox"/> Otro: _____

## Anexo N°6: Test sobre Lactancia Materna

### TEST SOBRE LACTANCIA MATERNA

**Fecha:** ..... /..... /..... (Día/Mes/Año)

**Consultorio:** \_\_\_\_\_ **Sector:** \_\_\_\_\_ **Nro. de Ficha:** \_\_\_\_\_

A continuación le solicitamos que conteste el siguiente cuestionario, que tiene como fin, conocer cuál es su relación con la lactancia materna. En él se le presentan afirmaciones que pueden ser de verdaderas o falsas. Agradecemos responda colocando “V” si usted cree que es verdadero y “F” si cree que es falso.

- 1 \_\_\_\_\_ La lactancia materna exclusiva sirve para proteger a su hijo de enfermedades.
- 2 \_\_\_\_\_ La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses es suficiente para que su hijo crezca fuerte y sano.
- 3 \_\_\_\_\_ La lactancia artificial otorga más y mejores nutrientes que la lactancia materna antes de los 6 meses de edad de su hijo.
- 4 \_\_\_\_\_ El amamantar a su hijo le ayudará a usted a recuperar más rápidamente su peso normal
- 5 \_\_\_\_\_ El amamantar a su hijo disminuye la posibilidad de que usted padezca de cáncer de mama y/o ovario.
- 6 \_\_\_\_\_ La lactancia materna exclusiva ayuda a tener una mejor relación madre-hijo.
- 7 \_\_\_\_\_ Para extraer manualmente la leche o con alguna bomba especial, previamente debe masajear sus mamas
- 8 \_\_\_\_\_ Si al tratar de extraer la leche materna no sale, debe presionar más fuerte.
- 9 \_\_\_\_\_ La leche materna extraída se puede conservar solamente dentro del refrigerador.
- 10 \_\_\_\_\_ La leche materna congelada en el refrigerador de una puerta dura máximo una semana.
- 11 \_\_\_\_\_ La leche materna congelada en el refrigerador de dos puertas puede durar hasta 3 meses.
- 12 \_\_\_\_\_ Usted se da cuenta de que esta amamantando correctamente a su hijo cuando sus mejillas se ven “llenitas”.
- 13 \_\_\_\_\_ La lactancia materna se debe interrumpir si usted es consumidora de alcohol y/o drogas.
- 14 \_\_\_\_\_ La lactancia materna se ve interrumpida si usted padece de diabetes
- 15 \_\_\_\_\_ Si usted se encuentra trabajando es posible continuar con la lactancia materna exclusiva.
- 16 \_\_\_\_\_ La unión correcta de la boca de su hijo con su pecho, previene la aparición de grietas (heridas) en su pezón.
17. \_\_\_\_\_ El vaciamiento completo de ambos pechos, es fundamental para lograr una lactancia materna exitosa.