

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

SISTEMA DE POSGRADO

**FACTORES SOCIALES, CULTURALES Y BIOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN LAS
MUJERES PARA NO AMAMANTAR A SUS HIJOS EN AMÉRICA LATINA.**

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de la Enfermería para optar por el grado y el título que otorga la Maestría Profesional en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal.

Marilyn Danisia Gamboa Dormond

Kristel María Lizano Flores

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, San José

2020

Dedicatoria 1

Al lograr uno de mis sueños a nivel profesional no podría dejar de dedicárselo primeramente a Dios, por guiarme en todo este proceso, no dejarme flaquear, por brindarme salud, perseverancia para culminar esta etapa tan importante en mi vida.

A mis padres, que fueron de gran apoyo incondicional durante esta evolución de mi carrera profesional desde el inicio hasta el final, quienes nunca me dejaron de impulsar en mis momentos de debilidad.

A mis hijos Gabriel y Felipe por nunca dejarme de amar durante este camino de tanta dedicación, por esas horas en las cuales me tuve que ausentar para poder culminarlo, pero que al mismo tiempo eran una de mis razones para salir adelante.

A todas esas personas que durante dos años fueron como ángeles en la finalización de mis estudios, en especial a mis compañeros de universidad que pasaron conmigo en este proceso.

Y por último no podría dejar de dedicármelo por el gran esfuerzo que hice en mi vida diaria y que a pesar de los miles de situaciones por las que pase una de mis cualidades me favoreció, mi perseverancia el cual me hizo alcanzar una de mis metas personales más importantes.

Marilyn Danisia Gamboa Dormond

“Nadie tiene éxito sin esfuerzo. Aquellos que tienen éxito se lo deben a la perseverancia” Anónimo

Dedicatoria 2

A Dios

Por darme la vida y estar siempre conmigo, guiándome en mí camino, brindándome las fuerzas necesarias para poder enfretar todos los duros obstáculos que puso en mi camino.

A mi esposo

En el camino encuentras personas que iluminan tu vida, que con su apoyo alcanzas de mejor manera tus metas, a través de sus consejos, de su amor y paciencia me ayudo a concluir esta meta.

A mi hija

Ximena por ser ese pequeño motor que impulsa mi vida día a día, la llena de alegrías y me hace ser una mejor mujer.

A mis Padres

Gracias a mis padres son quien soy, orgullosamente y con la cara muy en alto agradezco a ellos por lo consejos , las palabras de aliento y motivación , ustedes son mi mayor inspiración.

A mis compañeros y amigos presentes y pasados quienes sin esperar nada a cambio compartieron sus conocimientos, alegrías y tristezas, gracias por estar a mi lado.

Y en especial a mi compañera y amiga de tesis Marilyn por no abandonarme, por el apoyo y hacer juntas de este sueño una realidad.

Kristel Lizano Flores

Agradecimiento

Primeramente, a Dios, pues él nos ha fortalecido a lo largo de toda la carrera, además sin él no somos nadie.

Agradecemos a nuestra directora de tesis, Msc. Laura Lopez por su dedicación, paciencia y entrega, quien con sus conocimientos y su gran trayectoria, ha logrado en nosotras culminar con éxito.

A todos y todas las y las profesoras, pues cada uno ha sembrado una semillita en nosotras de conocimientos y su sabiduría, además han colaborado con el crecimiento como profesional y personal al mismo tiempo.

Agradecer a todas y cada una de las personas que han vivido con nosotras la experiencia en la universidad, con sus altos y bajos y que no necesitamos nombrar porque tanto ellas como nosotras sabemos que desde lo más profundo de nuestro corazón les agradecemos el habernos brindado todo el apoyo, colaboración, ánimo, cariño, amistad y que facilitaron que llegar a la meta fuera más llevadero.

Marilyn Gamboa Dormond.

Kristel Lizano Flores.

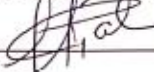
"Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en **Ciencias de la Enfermería** de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en **Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal**".



M.Sc. Eduardo Hernández Gamboa.

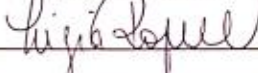
Representante del Decano

Sistema de Estudios de Posgrado



M.Sc. Laura López Quirós.

Profesora Guía



Dra. Ligia Patricia Rojas Valenciano.

Lectora



M.Sc. Yamileth Gutiérrez Obregón.

Lectora



M.Sc. Sunny González Serrano.

Directora del Programa de Posgrado en

Ciencias de la Enfermería



Marilyn Danisia Gamboa Dormond.

Sustentante



Kristel María Lizano Flores.

Sustentante

Tabla de Contenidos

Dedicatoria 1	ii
Dedicatoria 2	iii
Agradecimiento	iv
Hoja de aprobación	v
Resumen	viii
Abstract	ix
Índice de tablas	xi
Índice de esquemas	xii
Índice de figuras	xiii
Capítulo I. Introducción	1
1.1 Introducción.....	1
1.2 Antecedentes	2
1.3 Justificación	12
1.4 Pregunta Clínica.....	17
Capítulo II. Objetivos	18
2.1 Objetivo General.....	18
2.2 Objetivos específicos.....	18
Capítulo III. Marco de referencia	19
3.1 Legislación en la madre embarazada y lactante en Costa Rica.....	19
3.1.1 Ley General de la salud (N°5395)	19
3.1.2 La Política Pública de Lactancia Materna.....	19
3.1.3 En Código de Trabajo.....	21

3.1.4 Reglamento de Condiciones para las salas de lactancia materna.....	23
3.1.5 Ley “Fomento a la lactancia materna” (N°7430)	26
3.1.6 Normativa de Relaciones Laborales de la CCSS.....	26
3.2 Lactancia Materna.....	28
3.2.1 Definición de la lactancia materna exclusiva.....	28
3.3 Generalidades de las mamas y lactancia.....	28
3.3.1 Anatomía de la mama femenina.....	28
3.3.2 Histología.....	28
3.3.3 Anatomía macroscópica	29
3.3.4 El pezón y la areola.....	29
3.3.5 Vasos sanguíneos, drenaje linfático y nervios.....	30
3.3.5.1 Arterias.....	30
3.3.5.2 Las venas.....	30
3.3.5.3 Drenaje linfático	31
3.3.5.3.1 El drenaje superficial	31
3.3.5.3.2 Drenaje parenquimatoso profundo.....	32
3.3.6 Síntesis de la leche materna.....	32
3.3.7 Endocrinología de la lactancia materna.....	33
3.3.8 Fisiología de la lactancia.....	34
3.3.9 Consecuencias inmunitarias la alimentación del seno materno.....	36
3.4 Beneficios de la lactancia materna para el lactante.....	37
3.4.1 Beneficios de la lactancia materna para la madre	40
3.5 Producción de leche.....	40

3.6 Trastornos de la lactancia.....	41
3.6.1 Dolor en los pezones.....	41
3.6.2 Congestión mamaria.....	42
3.6.3 Mastitis.....	43
3.6.4 Pezón invertido	43
3.6.5 Desnutrición materna.....	44
3.7 Contraindicaciones para la lactancia materna.....	44
3.7.1 Virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 y 2 (VIH-1 y VIH-2)	46
3.7.2 Citomegalovirus.....	47
3.7.3 Virus de la hepatitis B.....	48
3.7.4 El virus del herpes simple tipo 1 y 2.....	49
3.8 Enfermedades del lactante.....	49
3.8.1 Síndrome de Down.....	49
3.8.2 Niños con cardiopatías o defectos cardíacos.....	50
3.8.3 Labio leporino y paladar hendido.....	53
3.8.3.1 Estrategias facilitadoras.....	55
3.9 La importancia de la leche materna.....	56
3.9.1 Conservación de la leche materna.....	57
3.10 Técnicas para amamantar al recién nacido.....	58
3.10.1 Como hacer la compresión del pecho.....	58
3.10.2 Posiciones recomendadas para alimentar al bebé.....	59
3.11 Lactancia materna Tándem.....	60
3.12 Hipogalactia.....	62

3.12.1 Criterios de la hipogalactia real.....	62
3.12.3 Hipogalactia secundaria.....	63
Capitulo IV. Marco Metodológico.....	65
4.1 Tipo de estudio.....	65
4.2 Etapas de investigación.....	66
4.2.1 Etapa 1. Definición de la pregunta de investigación.....	66
4.2.1.1 Sesgo de evaluación inicial.....	67
4.2.1.2 Sesgo de concepto.....	67
4.2.2 Etapa 2. Búsqueda de literatura.....	68
4.2.3 Etapa 3. Evaluación de datos.....	75
4.2.4 Etapa 4. Análisis de datos.....	75
4.2.4.1 Reducción de datos.....	75
4.2.4.2 Visualización de datos.....	76
4.2.4.3Comparación de datos.....	76
4.2.4.4 Extracción de conclusiones.....	76
4.2.5 Etapa 5. Presentación de resultados.....	77
4.3 Consideraciones éticas.....	77
Capitulo V. Resultados.....	79
5.1 Presentación de los resultados.....	79
Esquema 1. Etapas de la revisión integrativa de literatura.....	79
Esquema 2. Búsqueda de literatura.....	81
5.2 Presentación de las publicaciones incluidas.....	82
5.3 Inclusión de artículos para el análisis	90

Esquema 3. Categoría. Factores sociales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina.....	108
Esquema 4. Categoría 2. Factores culturales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en America Latina.....	118
Esquema 5. Categoría 3. Factores biológicos que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en America Latina.....	124
5.4 Caracterización de las publicaciones incluidas.....	141
5.4.1 Distribución de las publicaciones de acuerdo con la profesión de los autores	141
5.4.2 Distribución de las publicaciones de acuerdo con el número de autores... ..	142
5.4.3 Distribución de las publicaciones de acuerdo con la base de datos	143
5.4.4 Distribución de las publicaciones de acuerdo con el año de publicación... ..	144
5.4.5 Distribución de las publicaciones de acuerdo con el idioma.....	145
5.4.6 Distribución de las publicaciones de acuerdo con el país de origen.....	146
5.4.7 Distribución de las publicaciones de acuerdo con el diseño metodológico.....	147
Capitulo VI. Discusión de resultados.....	149
6.1 Categoría 1. Factores sociales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina.....	149
6.1.1 Factor social de la ocupación materna.....	150
6.1.2 Factor social de la educación.....	152
6.1.3 Factor de la edad.....	153
6.1.4 Factor social del ingreso de económico.....	155
6.1.5 Factor social de estado civil	155

6.1.6 Factor social de área urbana	156
6.2 Categoría 2. Factores culturales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina	158
6.2.1 Factor de la familia.....	158
6.2.2 Factor del personal de salud.....	161
6.2.3 Factor de creencias y costumbres.....	164
6.2.4 Factor de leyes de protección de la lactancia materna.....	167
6.3 Categoría 3. Factores biológicos que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina.....	169
6.3.1 Factor de percepción de poca leche materna.....	169
Capítulo VII Conclusiones y recomendaciones.....	174
7.1 Conclusiones	174
7.2 Recomendaciones.....	176
Capítulo VIII. Referencias bibliográficas y Anexos.....	178
Anexo 1. Carta de solicitud para la autorización de uso del instrumento para la recolección para el uso del instrumento de recolección de datos.....	188
Anexo 2. Autorización del uso del instrumento de recolección de datos de la revisión integrativa.....	189
Anexo 3. Instrumento modificado.....	190
Anexo 4. Fichas bibliográficas- Instrumento de recolección de datos.....	193

Resumen

Introducción: La lactancia materna se considera el mejor alimento para el lactante. A pesar de las múltiples investigaciones donde se ha documentado su importancia, sus beneficios para el lactante y la madre y de que se le haya considerado como un hecho biológico, resulta fundamental señalar que existen diversos factores que influyen en la decisión que toman las madres de amamantar o no a sus hijos, e inclusive en el abandono precoz.

Objetivo: Describir los factores sociales culturales y biológicos que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina.

Método: La metodología empleada correspondió a una revisión integrativa de la literatura en seis bases de datos, Google académico, Redalyc, Scielo, Pubmed, Proquest y Ebsco, la cual se llevó acabo de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos para asegurar el rigor metodológico de esta investigación. Estos estudios primarios fueron cualitativos y cuantitativos; y los secundarios consistieron en revisiones sistemáticas e integrativas. El período de publicación abarcó desde el año 2013 al 2019. Se identificó que hubo predominio de investigaciones realizadas en Colombia; y los autores principales fueron en su mayoría profesionales de enfermería y medicina, con un mayor predominio del idioma español.

Resultados: Se crearon y discutieron 3 grandes categorías acordes a la temática de la investigación. En la categoría 1 factores sociales donde se presentan seis subcategorías como: el factor de la edad, ocupación, educación, ingreso económico, estado civil y área rural o urbana. La categoría 2 con factores culturales en donde se presentan cuatro subcategorías las cuales son: familia, creencias y costumbres maternas, leyes de protección de la lactancia materna y personal de salud. En la categoría 3 los factores en los que se visualiza 1 subcategoría, la cual se determinó como: percepción de poca leche materna.

Conclusiones: Se determinó que la ocupación de la madre tiene una gran influencia en el abandono de la lactancia materna; a la vez se mostró que son las madres

trabajadoras las que presentan mayor abandono de LME. Mientras que las madres con mayor nivel de educación presentan mayor duración en la lactancia materna exclusiva. También, se evidenció que las creencias y costumbres están asociadas con el abandono de la LM. La percepción de poca leche materna es el principal motivo del abandono de la LM. Además, la familia es fundamental en el proceso positivo de lactancia materna. La presencia del personal de salud es de suma importancia para el éxito de la lactancia y debe de extenderse la educación a la familia; la cual debe brindarse desde el primer trimestre de embarazo para lograr mayor consciencia de la importancia de la lactancia materna exclusiva.

Palabras claves: Lactancia materna, Destete, Abandono, Lactancia

Abstract

Introduction: Breastfeeding is considered the best food for the infant. Despite multiple investigations where its importance and benefits for the infant and mother have been documented and it has been considered as a biological fact, it is essential to point out that there are various factors that influence the decision that mothers make to breastfeed or not their children, and even in early abandonment.

Objective: To describe the social, cultural and biological factors that influence women not to breastfeed their children in Latin America.

Method: The methodology used corresponded to an integrative review of the literature in six databases, academic Google, Redalyc, Scielo, Pubmed, Proquest and Ebsco, which was carried out in accordance with the inclusion and exclusion criteria previously established to ensure the methodological rigor of this research being these primary studies: qualitative, quantitative and secondary: systematic and integrative reviews. The publication period spanned from 2013 to 2019, it was identified that there was a predominance of research conducted in Colombia, the main authors were mostly nursing and medicine professionals, with a greater predominance of the Spanish language.

Results: 3 large categories were created and discussed according to the research topic, in category 1 Social factors where six subcategories are presented such as age, occupation, education, income, marital status and rural or urban area. Category 2 Cultural factors where four subcategories are presented, which are: family, maternal beliefs and customs, laws for the protection of breastfeeding and health personnel, Category 3 Factors where 1 subcategory is displayed, which was determined as: perception of little breast milk.

Conclusions: It was determined that the mother's occupation has a great influence on the abandonment of breastfeeding; At the same time, it was shown that working mothers show greater abandonment of EBF, mothers with a higher level of education have a longer duration of exclusive breastfeeding; It was evidenced that beliefs and customs are associated with the abandonment of BF. The perception of little breast milk as the main reason for abandoning BF. The

family is fundamental in the positive process of breastfeeding. The presence of health personnel is of utmost importance for the success of breastfeeding and education should be extended to the family and that it should be provided from the first trimester of pregnancy to achieve greater awareness of the importance of exclusive breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding, Weaning, Abandonment, Lactation

Índice de tablas

Tabla 1. Maestría de GOP. Descriptores de búsqueda.....	68
Tabla 2. Maestría GOP. Definición de las fuentes de búsqueda.....	69
Tabla 3. Estrategia de búsqueda.....	71
Tabla 4. Publicaciones incluidas.....	82
Tabla 5. Evidencia o argumentos de los factores sociales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina.....	90
Tabla 6. Evidencia o argumentos de los factores culturales que influyen en las mujeres para no amamantara a sus hijos en América Latina.....	110
Tabla 7. Evidencia y argumentos de los factores biológicos que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina.....	120
Tabla 8. Evidencia y argumentos de los factores de edad.....	125
Tabla 9. Evidencia y argumentos del factor de ocupación.....	126
Tabla 10. Evidencia y argumentos del factor de educación.....	130
Tabla 11. Evidencia y argumentos del factor del ingreso económico.....	133
Tabla 12. Evidencia y argumentos del factor de estado civil.....	134
Tabla 13. Evidencia y argumentos del factor del área rural o urbano.....	135
Tabla 14. Evidencia y argumentos sobre el factor de la familia.....	135
Tabla 15. Evidencias y argumentos del factor de creencias y costumbres maternas.....	137
Tabla 16. Evidencias y argumentos del factor de leyes de protección de la lactancia materna.....	137
Tabla 17. Evidencia y argumentos del factor del personal de salud.....	138

Tabla 18. Evidencia y argumentos de los factores de percepción de poca leche materna.....	139
---	-----

Índice de esquemas

Esquema 1. Etapas de la revisión integrativa de literatura.....	79
Esquema 2. Búsqueda de Literatura.....	81
Esquema 3. Categoría 1. Factores sociales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina.....	108
Esquema 4. Categoría 2. Factores culturales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina.....	118
Esquema 5. Categoría 3. Factores biológicos que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina.....	124
Esquema 6. Análisis de Categoría 1. Factores sociales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina.....	157
Esquema 7. Análisis de Categoría 2. Factores culturales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina.....	168
Esquema 8. Análisis de Categoría 3. Factores biológicos que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos America Latina.....	171

Índice de figuras

Figura 1. Distribución de las publicaciones de acuerdo a la profesión de autores.....	142
Figura 2. Distribución de las publicaciones de acuerdo con el número de autores.....	143
Figura 3. Distribución de las publicaciones de acuerdo a la base de datos.....	144
Figura 4. Distribución de las publicaciones de acuerdo con el año de la publicación	145
Figura 5. Distribución de las publicaciones de acuerdo con el idioma	146
Figura 6. Distribución de las publicaciones de acuerdo con el país de origen.....	147
Figura 7. Distribución de las publicaciones de acuerdo con el diseño metodológico.....	148



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

SEP Sistema de Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Marilyn Danisia Gamba Dormond, con cédula de identidad 30426 0944, en mi condición de autor del TFG titulado Factores sociales, culturales y biológicos que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina.

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI [checked] NO []

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: Marilyn Danisia Gamba Dormond.

Número de Carné: B69413 Número de cédula: 30426 0944

Correo Electrónico: mary.dormond@hotmail.com

Fecha: 9/2/21 Número de teléfono: 87111624

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): M.Sc. Laura López Quiros.

[Handwritten signature of Marilyn Danisia Gamba Dormond]
FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.



Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Kristel Lizano Flores, con cédula de identidad 1-12810233, en mi condición de autor del TFG titulado Factores Sociales, Culturales y biológicos que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina.

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: Kristel Lizano Flores

Número de Carné: 369431 Número de cédula: 1-12810233

Correo Electrónico: kristhellizano@gmail.com

Fecha: 08/02/2021 Número de teléfono: 8314-41-11

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): M.S.c. Laura López Quiros


FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Si importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declara contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

La obstetricia es una disciplina que desarrolla funciones significativas con respecto a la salud de las embarazadas, madres y recién nacidos; una de estas es el proceso de la lactancia. En este ámbito de la salud, contar con el apoyo de profesionales obstétricas resulta necesario para sostener la lactancia en el tiempo, ya que están en la posibilidad de brindar información valiosa que refuerce la opinión de las familias en la decisión de amamantar a sus bebés.

Haciendo una valoración de los beneficios de la lactancia materna para las madres, hijos y comunidad, el interés de esta investigación es realizar un análisis de los factores sociales, culturales y biológicos que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos; esto con el fin de evidenciarlos de manera científica. Además, se busca hacer visibles estos factores al personal de enfermería obstétrica, para que así puedan promocionar la lactancia materna exclusiva y hallar la manera de que se pueda extender, a pesar de que siempre influirán factores inevitables.

Ahora bien, para la realización de este estudio, se utilizó la metodología de revisión integrativa, orientada en una investigación aplicada de tipo secundaria, la cual permitió seguir un proceso riguroso y transparente en la recopilación y análisis de la información. El estudio abarcó cada uno de los pasos que componen esta metodología.

En cuanto al objetivo general de este estudio, consistió en describir los factores sociales culturales y biológicos que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina.

El comité asesor de esta investigación estuvo conformado de la siguiente manera:

Tutor: MSc. Laura López Quirós.

Lector: Dra. Ligia Rojas Valenciano.

Lector: MSc. Yamileth Gutiérrez Obregón.

1.2 Antecedentes

Para la realización de este estudio se hizo una búsqueda de la literatura que es la base para fundamentar el objeto de estudio. A continuación, se presentan las investigaciones a nivel de América Latina.

La enfermería obstétrica es una disciplina dedicada a brindar cuidados de enfermería a la mujer en todas las etapas de la vida abarcando el aspecto reproductivo, especialmente durante el embarazo, parto y puerperio, por lo cual tiene un papel fundamental en el tema del desarrollo de la lactancia materna.

Cuando hablamos de la lactancia materna nos referimos a una función de gran importancia en la vida humana. Según Gorrita et al,¹ por años se ha considerado a la leche materna el único alimento ideal para el lactante, el cual debe ser brindado de forma exclusiva hasta los seis meses y de forma complementaria hasta los 2 años; es reconocido como un medio ideal para lograr el crecimiento y el desarrollo adecuado del infante y así reducir la morbilidad y mortalidad infantil.¹

También resulta un tema que está en constante debate, puesto que el abandono precoz de la lactancia o el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva es valorado de diferente manera dependiendo de la cultura y la región, ya sea de Centroamérica, Suramérica o Norteamérica. Este diferente abordaje motivó que se realizara la investigación sobre la evidencia científica con la que se dispone; enfocándola en los factores sociales, culturales y biológicos que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en la zona de América Latina, ya que ha habido un aumento evidente del abandono de la lactancia materna como se evidencia en los estudios que se describen a continuación.

Según Aguayo Maldonado J et al ²“la lactancia materna es un hecho biológico que se puede ver modificado por influencias sociales, económicas y culturales”. Por ejemplo, si se hace un repaso por los inicios de la cultura humana la lactancia materna no era vista con buenos ojos por parte de las clases privilegiadas, cuyas mujeres delegaban el amamantamiento a mujeres de escasos recursos a las cuales le llamaban nodrizas, que etiológicamente proviene del término latino

nutricia (eran los pagos que recibía la nodriza por su ocupación).² Más adelante en el siglo XIX dicha práctica fue relacionada con un alto porcentaje de mortalidad infantil; gracias a los nuevos descubrimientos de Louis Pasteur y la creación de los sucedáneos que sustituyeron a las nodrizas se produjeron nuevos padecimientos como infecciones y hambrunas.²

Luego en el siglo XX, con la industrialización de los países, las mujeres ingresaron al ámbito laboral, lo cual vino a repercutir en la lactancia materna; ya que no contaban con leyes que protegieran el amamantamiento. Por lo tanto, aumentó el porcentaje de abandono de la lactancia materna.² Entonces, resulta evidente que, por los cambios socioeconómicos de la humanidad, han ido surgiendo distintos factores que han influenciado en las mujeres para que no amamanten a sus hijos o que han interferido en su exclusividad.

Ahora bien, ya en el siglo XXI, es importante hacer referencia un estudio del año 2009, que se llamó "*Lactancia materna: Algunos factores que promueven el destete precoz*" efectuado en Cuba, el cual fue citado por Sánchez MR et al.³

La investigación tenía como objetivos principales conocer los factores que influyen en el destete precoz y en determinar las causas que motivaron a la misma. Consistió en un análisis descriptivo retrospectivo, para el cual utilizaron una muestra al azar, de 100 niños de 6 meses a 1 año, que pertenecían al Policlínico Docente Martha Martínez Figuera del municipio de Güines, provincia de la Habana, en el periodo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del 2006.³

Dentro de los resultados se menciona que de los 100 niños estudiados el 42% del destete ocurrió entre 1 y 2 meses de edad, un 20% entre 3 y 4 meses, 5 y 6 meses ambos y en un 18% fueron destetados antes del mes de edad. Además, se mencionan los principales motivos del destete: el primer lugar fue la supresión de la lactancia natural que el niño no se llenaba y que tienen poca leche en un 58%; el segundo fueron las madres que siguieron estudiando en un 21%; el tercero la enfermedad de la madre en un 10%; el cuarto la enfermedad del niño en un 8%, y por último la estética materna en un 3%.³

Además, se hace referencia a que la causa más frecuente del destete precoz, descrita por la madre, fue que los niños no se llenaban con mamar del pecho, ya que ellas tenían poca leche para alimentarlos en edades de entre 1 y 2 meses. También, se menciona en el estudio que disfrutaron por más tiempo la lactancia los hijos de madres mayores de 30 años, con nivel preuniversitario.³

Otro artículo que es fundamental mencionar se denomina "*Factores Socioculturales que influyen en la práctica de la lactancia materna entre mujeres de baja renta en Fortaleza, Ceará, Brasil*": una perspectiva a partir del modelo del sol naciente de Leininger"; el cual fue elaborado por Henry, Beth A et al ⁴ en junio del 2010. Tuvo como objetivo general analizar los factores socioculturales que pueden influir en la práctica de la lactancia materna entre las mujeres de baja renta en Fortaleza, Ceará, Brasil. Además, involucró a doce gestantes y nodrizas y se utilizó un formulario de observación creado de acuerdo con el modelo del Sol Naciente de Leininger; por lo que se realizaron visitas a domicilio en donde se observó que las condiciones de vida se correspondían a condiciones de pobreza.⁴ Asimismo, se determinó que los factores que ejercían más influencia sobre la decisión de las mujeres en la lactancia eran los económicos y familiares. Por ejemplo, estas vivían con sus madres y abuelas e introducían otros líquidos antes de los seis meses; y económicamente eran el sustento de sus familias lo que producía el destete precoz de la lactancia materna exclusiva.⁴

Entonces, los autores concluyeron que el flujo de leche humana es un fenómeno natural después del nacimiento del niño y que el acto de la lactancia materna es un acto históricamente complicado por diversos factores sociales y culturales en los que se encontraban los familiares y económicos.⁴

En el 2010, se realizó un estudio llamado "*Factores que determinan la lactancia materna en niños matriculados en Jardines Infantiles públicos y filantrópicos*" en Sao Paulo, Brasil; este fue efectuado por Mestas et al⁵. Participaron 270 niños y sus madres, matriculados en 8 jardines infantiles públicos y filantrópicos. Tuvo como objetivo principal determinar los factores que determinan la lactancia materna exclusiva y la lactancia materna.⁵ Entre los resultados está que los

factores de riesgo asociados al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva fueron del: 55,6% por el uso del chupete, el 61,5% debido a la internación previa y a la madre que trabaja fuera del hogar, por lo que muchos recibían leche de otro tipo. Dicho estudio concluyó que es necesario continuar con el incentivo y apoyo de la lactancia materna; y que estos centros deben unirse a la idea de colaborar de forma directa con algunos de los factores determinantes de la lactancia materna; además, que son lugares aptos para brindar educación nutricional y orientar a las madres y cuidadores.⁵

En el 2011, Camargo et al.⁶ efectuó un estudio llamado “*Factores asociados a la lactancia materna exclusiva*” en la ciudad de Bucaramanga en Colombia. El objetivo principal fue determinar la tasa de abandono de la lactancia materna exclusiva y sus factores asociados, por ello se encuestaron 147 madres desde los 7 a 36 meses, mediante un muestreo por conveniencia, después del nacimiento del niño.⁶

Dentro de los resultados del estudio se obtuvo que la tasa de incidencia de abandono de la leche materna exclusiva es de 362,6 por cada 1000 meses por persona de seguimiento. Se encontraron varios aspectos asociados al abandono de la LME: conocimientos deficientes sobre LM, el uso del biberón, el extracto socioeconómico bajo y la información recibida durante la hospitalización.⁶

Dentro de las conclusiones a las que llegaron los autores de este artículo fue que se presentó una alta incidencia del abandono de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses del lactante. En cuanto a los factores asociados se encontraron la deficiencia de conocimiento sobre LME, extracto socioeconómico bajo y el uso de biberón durante ese tiempo.⁶

En el 2011, Valenzuela et al.⁷ realizó otro estudio nombrado “*Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva*” en la Unidad de Medicina Familiar, del Instituto Mexicano. Se entrevistaron 322 binomios madre-hijo(a), con edades de 16-45 años. Se encontró que la prevalencia de abandono de la lactancia materna fue de un 61%: el 53,4% por decisión propia, 8,1% debido a enfermedades maternas, el 2,8% por indicaciones

médicas, 44% de las madres con la percepción de dejar con hambre a su bebe, el 42,3% de las madres trabajadoras dejaron lactancia materna.⁷ Por tanto, se concluyó que la prevalencia del abandono de la lactancia materna fue más del 61%, en relación con la encuesta nacional del 2003 y que los principales motivos de abandono fueron por causas del lactante (requerimientos no satisfechos del lactante) y maternos (terminó la incapacidad por maternidad).⁷

En 2013, López et al⁸ realizó un estudio el cual fue llamado “*Motivos de abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de la salud pública de Medellín*” cuyo objetivo fue identificar los motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva.⁸ Este estudio observacional incluyó a 303 madres con hijos menores de 24 meses, inscritos en uno de los programas sociales de la alcaldía de Medellín que habían abandonado la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses.⁸ Entre sus resultados se destaca que el abandono se dio antes de los cuatro meses de edad del niño y que los principales motivos de abandono fueron: problemas de producción láctea, rechazo del bebe, actividades u ocupaciones de la madre y el estado de salud.⁸ Se concluye que los motivos de abandono han cambiado, porque la clave es que la madre tenga el conocimiento necesario para aumentar la producción de leche materna, la orientación por parte del personal entrenado y que le brinden esas condiciones laborales que se lo permitían antes.

En Lima Perú, se llevó a cabo un estudio en el 2013 conducido por Laghi et al.⁹ que tuvo como objetivo principal evaluar los factores asociados a su abandono antes de los seis meses en las madres lactantes, residentes de un distrito de Lima. Se trató de un estudio transversal analítico, en el cual se entrevistó a 109 madres de lactantes de 6 a 24 meses. Se preguntó por la edad en la que se suspendió la LME y se definió como abandono si esta ocurría antes de los seis meses de edad. Se evaluaron variables tales como: factores relacionados a la gestación, al parto y a la lactancia. Los resultados indicaron que el 85,3% de las madres eran mayores de 18 años y todas presentaban un ingreso económico familiar menor a 250 dólares americanos. El 70% de las madres abandonaron la LME. Se encontró una

relación con ser primípara, presentar problemas con el pezón y percibir que su hijo se encontraba insatisfecho con la LME.⁹ Se llegó a la conclusión de que la frecuencia del abandono de la LME en la muestra evaluada fue alta. Además, la primiparidad, los problemas con el pezón y el percibir que su hijo se encontraba insatisfecho fueron los factores asociados.⁹

En el 2014, Espinoza et al ¹⁰ realizó un estudio titulado “*Factores que determinan la duración de la lactancia materna durante los tres primeros meses de vida*”; en una Unidad Neonatal de un centro hospitalario de tercer nivel de atención en México, para lo cual tomaron en cuenta a madres y recién nacidos ingresados al cunero fisiológico. Se investigó el tipo de alimentación en los primeros días del nacimiento y en los tres meses siguientes; y los motivos de abandono del seno materno exclusivo. Dentro del resultado principal se alegó que los motivos de abandono fueron: percepción disminuida en la producción láctea en un 20,7%, situación laboral y grietas en los pezones en un 13,6% de las madres. Se llegó a la conclusión de que el único factor que favorece al mantenimiento del seno materno exclusivo fue el inicio de la lactancia materna desde el nacimiento.¹⁰

Seguidamente, en el año 2015, Lama¹¹ realizó en Perú un estudio descriptivo de tipo retrospectivo, llamado “*Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia materna exclusiva, en madres aseguradas del Hospital Tingo María*”, cuyo objetivo fue determinar los factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia materna exclusiva. Participaron 96 madres aseguradas, las cuales realizaron abandono temprano de la lactancia materna exclusiva y cuyos partos fueron atendidos del 2001 al 2003 en el Hospital Tingo María. Se aplicó una encuesta semiestructura como instrumento de recolección de datos. Por un lado, se observó que los resultados intrínsecos tales como edad de la madre, parto a término, tipo de parto (eutócico/ distócico), peso del recién nacido (<2500grs) no tienen relación con el abandono de la lactancia materna exclusiva; y que la condición de ser mujeres primíparas presenta un 46% de relación con el abandono de la lactancia materna exclusiva.

Por otro lado, los factores extrínsecos fueron: el tipo de educación de la madre, tipo de relación con su pareja, vivir con las abuelas (materna/paterna) Y que no tiene relación con la práctica de la lactancia materna exclusiva (ALME). No obstante, las variables que demostraron lo contrario fueron: tener estudios superiores por parte de la madre en un 76%, vivir en zonas urbanas en un 77%, haber recibido control prenatal en un 99%, haber recibido educación sobre la lactancia materna en un 71% y tener una percepción de la baja producción de leche que permite el abandono de la lactancia materna exclusiva.

Además, los autores llegaron a la conclusión de que en el abandono de la lactancia materna exclusiva influye el factor intrínseco de ser madre primeriza y los factores extrínsecos como haber recibido educación de la lactancia materna, haber recibido control prenatal, vivir en zonas urbanas y tener la percepción de baja producción de leche materna.¹¹

En el 2018, en Perú, se realizó un estudio por Flórez et al¹² titulado “*Factores asociados a la lactancia materna en mujeres de un municipio colombiano*”; este fue de tipo transversal con una muestra de 117 madres a quienes se les aplicó una encuesta que indagó aspectos biopsicosociales que impactaban la lactancia materna.

Dentro de los resultados describieron que la duración de la lactancia materna exclusiva tuvo una mediana de cinco meses y la complementaria de 10 meses. Las principales causas de adherencia fueron “el alimento ideal” en un 27,9% y el abandono que fue por “poca producción de la leche materna en un 58,1%. Los factores que impactaron de manera significativa la duración de la lactancia materna exclusiva fueron la ocupación de la madre, la incomodidad al lactar, uso de sucedáneos de la leche materna y el tiempo de lactancia materna complementaria. Además, que el rol del profesional de salud no impacta la duración de la lactancia materna.¹² Por lo cual los autores llegaron a la conclusión que existe una enorme brecha en lo recomendado por la Organización mundial de la Salud (OMS) y lo practicado por la comunidad.¹²

Actualmente, a nivel nacional no se encontraron artículos referentes al tema de interés de esta investigación.

1.3 Justificación

En esta investigación resulta fundamental valorar los factores que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos de manera exclusiva, puesto que este acto es un pilar en la alimentación para conseguir una adecuada nutrición del niño desde su nacimiento hasta los primeros seis meses de vida. Además, es una práctica que no tiene solamente beneficios para el lactante, sino también para la madre y para la familia. Según la OMS¹³, la primera hora de vida del recién nacido es de enorme importancia para el inicio y continuación de la lactancia materna, así como establecer un vínculo emocional entre la madre y el niño. En ese sentido, la demora en el inicio de la lactancia materna, después de la primera hora, incrementa el riesgo de mortalidad neonatal, en particular de las muertes neonatales debido a las infecciones.¹³

La lactancia materna exclusiva tiene una extraordinaria gama de beneficios a corto y a largo plazo para la salud del niño y la madre; es el alimento ideal para los recién nacidos y los lactantes, pues les aporta todos los nutrientes que necesitan para un desarrollo sano. Asimismo, es inocua y contiene anticuerpos que ayudan a proteger a los lactantes de enfermedades frecuentes de la infancia como la diarrea y la neumonía, que son las dos causas principales de mortalidad en la niñez en todo el mundo.¹³

Además de los beneficios inmediatos para los niños, la lactancia materna propicia una buena salud durante toda la vida de la persona; así los adolescentes y adultos que fueron amamantados de niños tienen menos tendencia a sufrir obesidad y son menos propensos a sufrir diabetes de tipo 2. También, es beneficiosa para las madres porque reduce el riesgo de cáncer de mama y de ovario en el futuro, ayuda a las mujeres a recuperar más rápidamente su peso anterior al embarazo y reduce las tasas de obesidad.¹³

Según la OMS, si todos los niños pequeños disfrutaran de una lactancia natural exclusiva durante los seis primeros meses de vida y recibieran una alimentación complementaria nutritiva sin dejar de tomar el pecho hasta los dos años, se podrían salvar cada año las vidas de otro millón y medio de niños menores de cinco¹³.

En Costa Rica se han realizado diversos esfuerzos en torno a la promoción y protección de la lactancia materna a través de la Ley 7430, Ley de Fomento de la Lactancia Materna y la Política Nacional de Lactancia Materna; sin embargo, a pesar de que son muchos los niños y niñas que reciben lactancia materna inmediatamente después de su nacimiento, la duración de la misma tiende a decrecer conforme pasan los meses, a tal punto que no se cumple con la recomendación de amamantar de manera exclusiva hasta los seis meses de edad¹⁴.

En este sentido, los datos disponibles hasta la fecha en Costa Rica indica que una gran proporción de niños (95,5%) logran ser alimentados con leche materna durante su primera hora de vida; no obstante, sólo el 21,6% de los niños logran ser alimentados hasta los seis meses con leche materna de forma exclusiva. Tampoco existe diferencia entre la duración de la lactancia materna exclusiva entre la zona urbana y rural, pues el porcentaje se encuentra entre 21,2% y 23,09% respectivamente.¹⁴

Según la OMS¹³, las causas principales de la disminución de la lactancia materna tienen que ver con la falta de información y de confianza en sí mismas que tienen las mujeres que amamantan. Además, las mujeres que estudian o trabajan fuera del hogar se enfrentan a dificultades que les impide continuar con la lactancia materna de sus bebés. Incluso, las presiones de la vida moderna y la publicidad indiscriminada de sucedáneos de la leche materna influyen en que la madre dé otros alimentos al lactante, lo que produce que desteten de manera precoz a sus hijos e hijas.

También, existen diversos factores de riesgo que están asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva entre ellos: sociodemográficos de la madre, antecedentes del nacimiento del niño y maternos¹³. Entre el factor de riesgo sociodemográfico de la madre se destacan los aspectos de la edad, escolaridad, ocupación y estado civil; y en los del niño están el tipo de parto, peso del niño y sexo del bebé¹³. Entre el factor de riesgo materno se observan los siguientes aspectos: paridad, orientaciones previas sobre LME, momento en que recibió la información, principales fuentes de información, edad de inicio, ingesta de alimentos (jugos leche artificial y comidas).¹³

Medina et al.¹⁵ en su investigación titulada *Percepciones y factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en madres del Hospital Nacional Dos de Mayo*, concluyó que el estado civil, ocupación, ingreso per cápita, edad materna <19 años, control prenatal y edad gestacional están asociados con el abandono de la lactancia materna exclusiva.¹⁵ Por su parte, Delgadillo¹⁶ en su investigación llamada *Factores que se asocian para el abandono de la lactancia materna exclusiva*. Hospital Nacional E. Sergio Bernales señala que, en cuanto al factor biológico, influye el estado de las mamas: ya que el pezón plano y pezón agrietado en las madres guardan una relación estadísticamente significativa para que se dé el abandono de la lactancia materna exclusiva. Por último, sobre el factor social influye la ocupación de la madre: si la mujer es ama de casa se pudo comprobar que estadísticamente tiene un peso significativo para el abandono de la lactancia materna exclusiva.

Además, Niño et al.¹⁷ en su investigación titulada "*Factores asociados a la lactancia materna exclusiva*" concluyeron que el abandono de la lactancia materna exclusiva muchas veces está relacionado con percepciones maternas y variables sociodemográficas influyen¹⁷. Agregan que, para contrarrestar estos factores, es necesario que el profesional de enfermería obstétrica encargado sea el más apto; es decir, debe tener conocimientos actualizados, usar la mejor evidencia disponible en las diferentes intervenciones¹⁸, con el fin de conseguir un mayor grado de seguridad y un conocimiento para atender los casos. En ese sentido, es

preciso mantener actualizados los conocimientos de los profesionales para asegurar que la atención que se ofrece está compuesta por acciones más afectivas y sustentadas en hechos que consoliden el éxito de la lactancia.

Por consiguiente, los procesos de educación y atención tienen que ser dirigidos con conocimiento científico que respalde a los profesionales que los llevan a cabo; así lo menciona Rojas et al¹⁸ cuando afirma que tales prácticas solamente se pueden fundamentar desde el mantenimiento de los conocimientos actuales y ligados a la experiencia acumulada. De esta manera, en la atención que se brinde en el periodo de maternidad, la educación continua del personal de enfermería obstétrica es fundamental, ya que es el principal encargado del cuidado y educación que ayudarán al desarrollo de las habilidades de la familia de la gestante para ejercer el autocuidado.

El desarrollo de esta investigación permitió proveer a las madres de la información sobre los beneficios de la LME y de consejos que les permitan sentirse más confiadas en dicha práctica; con el fin de que puedan llevarla a cabo por el tiempo adecuado y prevenir la mortalidad infantil atribuible a la desnutrición. Por ello, hay una gran necesidad de intervenir desde el embarazo y la lactancia, con el objetivo de lograr un óptimo estado de nutrición, crecimiento y desarrollo del niño: con un impacto positivo a lo largo de la vida para así formar adultos más sanos.

Por más sencilla que parezca la práctica de amamantar a los recién nacidos resulta una decisión personal y de mucha trascendencia; una de las primeras que deberá tomar la madre para ejercer la lactancia sin restricción. Esto se dificulta cuando no se tiene la información suficiente, la publicidad de fórmulas lácteas infantiles es más fuerte que la propia promoción de la LM y aún más cuando el ambiente social dificulta la práctica.

Por todo lo anterior, las investigadoras se plantearon una pregunta de revisión que se detalla a continuación.

1.4 Pregunta clínica

La pregunta de revisión es la siguiente: ¿Cuáles son los factores sociales, culturales y biológicos que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina?

CAPITULO II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Describir los factores sociales culturales y biológicos que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Determinar los factores sociales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina.

2.2.2 Determinar los factores culturales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina.

2.2.3 Determinar los factores biológicos que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina.

CAPÍTULO III. MARCO DE REFERENCIA

3.1 Legislación en la madre embarazada y lactante en Costa Rica

Costa Rica cuenta con una serie de Leyes y Políticas que protegen a la madre trabajadora embarazada y lactante que están enmarcadas en:

3.1.1 La ley General de la Salud (N°5395)

Constituye un marco legal muy amplio mediante el cual las mujeres trabajadoras embarazadas y en periodo de lactancia están protegidas por un régimen legal que se incumple frecuentemente, por lo que las mujeres y la población en general deben informarse para hacer valer sus derechos y los de sus hijos e hijas. Según la Ley General de Salud¹⁹, en el artículo 12, se establece que toda madre tiene derecho a recibir atención en el periodo de embarazo y en el parto sin importar que no sea asegurada, así como los niños y las niñas menores de edad tienen el derecho a ser atendidos en la consulta médica con solo presentar el Carne oficial de Desarrollo Integral del niño o niña, extendido por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) a la hora del nacimiento.

3.1.2 La Política Pública de Lactancia Materna

La Política Pública de Lactancia Materna²⁰ de Costa Rica, aprobada por el Ministerio de Salud, en agosto de 2009, tiene como objetivo maximizar la salud integral de las madres, niñas, niños, jóvenes, familias y población en general. Se sustenta en diferentes directrices internacionales procedentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Acnur), Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, el Código para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y posteriores Resoluciones de las Asambleas Mundiales de Salud, las Declaraciones de Innocenti y la Estrategia Mundial sobre la Alimentación del Lactante y el Niño.

Se establece en esta política que el amamantamiento es la norma biológica que debe orientar la alimentación del niño y de la niña, por lo que las instituciones

públicas y privadas que prestan servicios a la niñez deben garantizar las condiciones necesarias para que este grupo poblacional sea alimentado con lactancia materna de manera exclusiva hasta los seis meses de edad y de forma complementaria hasta los dos años o más con alimentos saludables, autóctonos y producidos en su comunidad. En este punto, es donde se enmarcaría todo lo relacionado con los tiempos en derechos de la hora de lactancia que se discutirá más adelante²⁰

Los trabajadores y trabajadoras del sector público y privado deben tener acceso a la información acerca de sus derechos y deberes, como de los derechos y deberes de la organización empleadora o patrono, en relación con el apoyo que debe ser ofrecido a las familias para fomentar la alimentación con leche materna. También, los servicios de maternidades y de atención a niños y niñas deben cumplir con las iniciativas internacionales creadas para promocionar, proteger y apoyar la lactancia materna²⁰.

La alimentación con sucedáneos de la leche materna (alimentos envasados o con etiqueta, que son producidos o comercializados como complementarios en la dieta del niño o de la niña, o como sustitutos totales o parciales de la leche materna) no debe ser promovida por el personal médico ni por otros trabajadores del sector público y privado, del área de la salud, la educación, la industria y el comercio, entre otros.

Además, las organizaciones comunales, los comités, las comisiones, las asociaciones y juntas directivas no gubernamentales, públicas y privadas deben promover, proteger y apoyar la lactancia materna en sus comunidades, con el fin de desalentar en la población el uso de los biberones, tetinas y chupetas u otros utensilios similares que interfieren de manera negativa el inicio y el mantenimiento de la práctica de la lactancia materna.²⁰

3.1.3 El Código de Trabajo

En el Código de Trabajo²¹ se incluyen varios artículos (del 94 al 100) que protegen a las madres trabajadoras embarazadas y en periodo de lactancia; en los cuales

se exponen los derechos que deben ser respetados por todas las instituciones o empresas del país tanto públicas como privadas.

En estos artículos se contemplan varios derechos entre ellos: la prohibición de despedir a la madre embarazada o en periodo de lactancia; la madre trabajadora debe informar al patrono de su condición de embarazo (artículo 94 y 94 bis); y si fuera despedida, se puede gestionar ante el Juez de Trabajo su reinstalación inmediata. Además, en el artículo 95 se expone que la trabajadora embarazada gozará de una licencia reenumerada por maternidad durante el mes anterior y tres meses posteriores al parto y tiene el derecho al salario completo que no afectará el aguinaldo; puesto que este periodo de tres meses se considera el tiempo mínimo de lactancia que puede prolongarse por prescripción médica. Incluso, el artículo apoya la solicitud de la hora de lactancia que la madre tiene derecho a solicitarlo por el tiempo que amamanta a su infante previa certificación médica.

En el artículo 95bis se incluye el derecho de la madre adoptiva de gozar de tres meses de permiso pagado para cuidar a su infante a partir del día siguiente en que lo recibe. Posterior a la licencia por maternidad, la trabajadora tiene derecho a solicitar las vacaciones de ley (artículo 96).

En el artículo 97 se especifica el derecho a la hora de lactancia que tienen todas las trabajadoras que confirmen al patrono estar amamantando; aquí no se especifica por cuánto tiempo, por lo que se debe revisar los reglamentos internos de las instituciones empleadoras y si no hay nada estipulado se tomaría en cuenta la Política Pública de Lactancia Materna en relación con el tiempo de lactancia el cual es por recomendación de dos años. El certificado que confirma que están amamantando puede ser extendido por un médico de la CCSS o un médico de la consulta privada (circular 37708-8 Gerencia Médica CCSS).

Además, se puede seguir las resoluciones Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia entre ellas el voto N° 2011000635. Según una de estas, todas las trabajadoras tienen derecho a “una hora de lactancia” sin importar si labora media jornada o una jornada completa, pues la legislación establece la hora de lactancia como un derecho; esto según respuesta de la Sala Constitucional de

la Corte Suprema de Justicia a Recurso de Amparo N° 4046-V-93 interpuesto por la señora Estelita Ramírez González, madre que labora medio tiempo. Al respecto el Voto N° 6103-93 del 19 de noviembre de 1993 emitido por la Sala estipula: “la Norma no diferencia entre si el beneficio se otorga a trabajadoras a tiempo completo o a medio tiempo y existiendo prórroga del periodo de lactancia mediante prescripción médica, considera la Sala que efectivamente se discrimina a la recurrente en sus derechos por cuanto las demás madres trabajadoras si ven reconocido el tiempo para la lactancia de sus hijos e hijas, siendo lo procedente declarando con lugar el recurso, debiéndose otorgar a la recurrente el tiempo de lactancia que le otorga la Ley por el período que el médico determine.”²¹

También, en el artículo 97 del Código de Trabajo se especifica que la madre trabajadora tiene la posibilidad de gozar de un período de descanso durante la jornada de trabajo mientras esté amamantando, de acuerdo a las posibilidades laborales, muchas madres utilizan este tiempo para extraer la leche materna. Asimismo, hay que recordar que se debe extraer la leche en un lugar privado limpio y no en el servicio sanitario. ²¹

En el artículo 100 del Código de Trabajo se hace referencia a que en los lugares de trabajo donde laboren más de 30 mujeres se debe acondicionar un local para que las madres amamenten a sus niños y niñas, o bien disponer de un lugar para extraerse la leche, a esto se le llama Salas de Lactancia. Por lo cual se creó el “Reglamento de condiciones para las salas de lactancia materna en los centros de trabajo” según lo publicado por el periódico de la Gaceta en el año 2018.²²

3.1.4 Reglamentos de condiciones para las salas de lactancia materna

En el capítulo 1. El reglamento determina las condiciones mínimas que deben de adoptar las personas empleadoras en sus centros de trabajo, a efecto de acondicionar la sala de lactancia para que las madres amamenten a sus hijos o hijas sin peligro y /o extraigan la leche materna y almacenen sin riesgo de contaminación.²²

Es obligación rige para toda persona empleadora que ocupe en su centro de trabajo más de 30 mujeres, para lo cual también queda obligado a proporcionarle a la madre durante sus labores, los intervalos de tiempo para disponer de la sala, ello de conformidad al numeral 97 del Código de Trabajo.²²

Capítulo 2. Hace referencia de las medidas a cumplir por la persona empleadora.

Artículo 3. La sala de lactancia debe de disponer un espacio físico mínimo de seis metros cuadrados (6 m²) y una altura de dos metros y cuarenta centímetros (2,40 m). Los 6 m² que refiere la disposición que deben de considerar el espacio libre de superficie que garantice a la persona trabajadora e hijo(a) condiciones de seguridad para el uso, el desplazamiento, así como la ubicación de los equipos, accesorios que requieren en el presente reglamento.²²

Artículo 4. La sala de lactancia materna deberá contar con lo siguiente:

- a) Refrigeradora de al menos 38 litros de capacidad, la cual será de uso exclusivo para la conservación de la leche materna.
- b) Una mesa pequeña de al menos 50 cm de ancho x 80 cm de largo.
- c) Al menos dos sillas que cumplan con un ángulo de 90 grados, con forro suave, respaldar y descansabrazos.
- d) Un lavamanos, con dispensador de jabón líquido. Si la edificación dispone de estos servicios, los mismos podrán ubicarse a una distancia no mayor de 20 metros de la sala.
- e) Un dispensador de toallas de papel para el secado de manos.
- f) Un basurero con tapa y con sus respectivas bolsas plásticas para basura.
- g) Biombos o cortinas o alguna división con dimensiones no mayores 1,20 m de alto x 90 cm, a efecto garantice la privacidad entre personas trabajadoras y la correcta circulación de aire.
- h) Renovación de aire por medio de ventilación natural y / o artificial, mediante abanico o aire acondicionado.
- i) Iluminación natural y/o artificial que garantice una luminosidad mínima de 200 lux, conforme la norma INTECO, INTE-ISO 8995-1-2016- Niveles de iluminancia.

- j) Plan de limpieza de la infraestructura, equipo y mobiliario, ejecutado por el personal encargado de limpieza del establecimiento.
- k) Piso de material antideslizante y de condiciones estructurales resistentes, que permitan la fácil limpieza.
- l) Debe de cumplir con las disposiciones de accesibilidad de la Ley N 7600 de 2 de mayo de 1996 “Ley de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad”, y el Decreto N 26831 de 23 de marzo de 1998 “Reglamento Ley de Igualdad de Oportunidades para personas con discapacidad”.
- m) Deben de hacer un croquis, con dimensiones mínimas de 40 cm x 40 cm, que prevea a las indicaciones de las vías de evacuación inmediatas en caso de emergencia.²²

Capítulo 3. Sanciones

Artículo 5. El incumplimiento de las disposiciones del presente Reglamento, faculta a las autoridades de salud para aplicar las medidas sanitarias especiales previstas en los artículos 355 y siguientes de la Ley general de la salud, y las autoridades de trabajo podrán aplicar lo establecido en los artículos 396 en relación con el 398, ambos del Código de Trabajo.

3.1.5 Ley “Fomento a la Lactancia Materna” (N°7430)

La Ley de Fomento a la Lactancia Materna¹⁴ tiene como objetivo fomentar la nutrición segura y suficiente para los lactantes, mediante la educación de la familia y la protección de la lactancia materna. Para ello se da el apoyo específico a los programas y las actividades que la promuevan y se regula la publicidad y la distribución de los sucedáneos de la leche materna, los alimentos complementarios y de los utensilios conexos. La ley consta de 8 capítulos y 33 artículos en los cuales se regula a la Comisión Nacional de Lactancia Materna, las etiquetas de los alimentos infantiles, la publicidad, la información, la educación, los agentes de salud, las donaciones, los deberes de las instituciones y el retiro de productos y las multas.

En el capítulo VI se regulan los deberes de los trabajadores de la salud, el Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y Caja Costarricense de Seguro Social; en el cual se especifica que se debe apoyar, proteger y fomentar la lactancia materna, haciendo énfasis en la educación, asesoría y promoción de prácticas adecuadas de amamantamiento. Asimismo, los trabajadores de la salud y educación no deben promocionar los sucedáneos de la leche materna.

3.1.6 Normativa de Relaciones Laborales de la CCSS

Según el artículo 44 de la Normativa de Relaciones Laborales de la CCSS²³ establece que, en los primeros seis meses posteriores al reingreso de la trabajadora de la licencia post natal (nueve meses del infante), esta disfrutará de la licencia sin que sea necesario que presente la constancia médica. A partir del vencimiento de este período, la trabajadora deberá presentar ante su jefatura constancia médica extendida por un médico de la institución o privado, para el trámite administrativo correspondiente de que el niño (a) se encuentra lactando; el certificado debe presentarlo cada de dos meses.

Además, la Comisión Nacional de Lactancia Materna tomando en cuenta los antecedentes generados alrededor de la hora de lactancia emitió la siguiente aclaración: “las madres trabajadores del sector público o privado que se encuentran amamantando tienen derecho a Una Hora de Lactancia no importando si labora media jornada o una jornada completa (las trabajadoras de la C.C.S.S., tienen derecho a una hora y treinta minutos) por todo el periodo que el médico pediatra o médico general certifique que está amamantando. Según la reglamentación de la C.C.S.S., dicho certificado debe extenderse cada dos mes, por médicos funcionarios de la C.C.S.S. o por médicos que desarrollan su práctica en el ámbito privado”.²³

3.2 Lactancia Materna

Según la OMS la Lactancia Materna¹³ es la mejor forma de aportar los nutrientes necesarios al lactante, para poder brindarle un crecimiento y desarrollo adecuados. Esta práctica puede ser realizada por todas las mujeres, siempre y

cuando tengan una buena información previa y cuenten con apoyo familiar y del sistema de salud que las atiende. Según esta organización, el alimento perfecto cuando el niño nace es el calostro, el cual es la primera leche que se produce y que se identifica por su color amarillento y consistencia aceitosa: debe comenzar a administrarse durante la primera hora de vida del lactante¹³. Además, se recomienda que la lactancia materna se brinde exclusivamente desde el nacimiento hasta los seis meses de edad y posteriormente la lactancia materna prolongada debe ser acompañada de una alimentación complementaria hasta por lo menos los dos años de edad.

3.2.1. Definición de la Lactancia Materna Exclusiva

Según la OMS¹³, la Lactancia Materna Exclusiva se refiere a “no proporcionar al lactante ningún alimento ni bebida (ni siquiera agua) que no sea la leche materna. Se puede, no obstante, suministrar sales de rehidratación oral (SRO), gotas o jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos)”. Debe darse exclusivamente durante los primeros seis meses (180 días) de vida del lactante para que este consiga un adecuado desarrollo y crecimiento, así como que contribuya al proceso reproductivo y a la salud de la madre.

3.3. Generalidades de las mamas y lactancia

3.3.1. Anatomía de la mama femenina

Las mamas son glándulas reproductoras secundarias de origen ectodérmico. A menudo se hace referencia a ellas como glándulas sudoríparas modificadas. Cada una se encuentra bajo la porción superior de la pared torácica. En la mujer las mamas son los órganos de lactación, mientras que en los varones estos carecen de esta función.²⁴

3.3.2. Histología

La mama femenina adulta contiene elementos glandulares y ductales, un estroma que consta de tejido fibroso el cual une los lóbulos individuales entre sí y de tejido adiposo dentro y entre los lóbulos.²⁴

Cada glándula mamaria está formada por 15 a 25 lóbulos, los cuales se disponen en forma radial y se encuentran separados por diversas cantidades de grasa; cada lóbulo consta de varios lobulillos, que a su vez están formados por varios alvéolos y cada uno de estos se une a través de conductos pequeños que se acoplan para formar uno más grande".²⁴

Cerca del 80 % a 85% de la mama normal se compone de tejido adiposo. Los tejidos mamarios se encuentran unidos a la piel suprayacente y al tejido subcutáneo por medio de las bandas fibrosas.

3.3.3. Anatomía macroscópica

La prominencia de la mama se caracteriza por un contorno casi hemisférico de cada lado de la pared torácica, extendiéndose justo por debajo del nivel de la segunda costilla en dirección inferior y hasta la sexta o séptima costilla. Por general la prominencia mamaria se sitúa entre el borde esternal lateral y el pliegue axilar anterior. El tejido mamario se extiende a lo largo de un área anatómica, más amplia que la prominencia mamaria evidente. La porción superior del tejido emergente de manera gradual de la pared torácica por debajo de la clavícula, mientras que los bordes lateral e inferior se encuentran mejor definidos. La porción principal del tejido mamario se localiza por encima del músculo pectoral mayor y se proyecta en dirección lateral y ventral para formar la cola de Spencer, la cual es una porción de tejido de forma triangular y de lengüeta que se extiende en la parte superior y lateral hacia la axila.²⁴

3.3.4. El pezón y la areola

La areola es una zona circular pigmentada de 2 a 6 cm de diámetro de la punta de la mama. Su color varía de rosa pálido a café profundo, dependiendo de la paridad y pigmentación de la piel. La piel de la areola contiene múltiples nódulos pequeños sobresalientes debajo de los cuales se encuentran las glándulas sebáceas de Montgomery que presentan una marcada hipertrofia.²⁴

Una banda circular de musculo liso rodea la base del pezón, a partir de este anillo se extiende las fibras longitudinales de musculo liso que envuelven los conductos lactíferos a medida que convergen con el pezón.²⁴

3.3.5. Vasos sanguíneos, drenaje linfático y nervios

3.3.5.1 Arterias

La mama está irrigada por múltiples arterias y venas. Las ramas perforantes de la arteria torácica / mamaria interna penetra los espacios intercostales del segundo al quinto, e irrigan la porción medial de la mama. Estas arterias penetran a través de los músculos intercostales y de la membrana intercostal anterior para irrigar tanto la mama como los músculos pectorales mayores y menores.

Durante el embarazo, con frecuencia en la patología mamaria avanzada, las perforantes intercostales pueden agrandarse por congestión. Las pequeñas ramas de arterias intercostales anteriores también irrigan la cara medial de la mama; a nivel lateral, irrigan la rama pectoral, que es parte de la porción toraco acromial de la arteria axilar. La rama mamaria externa irriga la arteria torácica lateral, que también es una rama del segundo segmento de la arteria axilar. La arteria mamaria externa pasa por el borde lateral libre del musculo pectoral mayor y llega a la porción lateral de la mama. Por lo general, la arteria se localiza en posición medial respecto al nervio torácico largo.²⁴

3.3.5.2 Las venas

El retorno venoso de la mama sigue de cerca las vías del sistema arterial. La sangre retorna a la vena cava inferior a través de la vena axilar y torácica interna.

También regresa a los plexos venosos vertebrales, que se alimentan de las venas intercostal y ciego. En las personas de piel delgada y de tez blanca, estas venas por lo general se encuentran visibles y casi siempre serán visibles durante el embarazo.

3.3.5.3 Drenaje linfático

Un conocimiento detallado del drenaje linfático de la mama es de vital importancia para el médico; esto se debe a que el drenaje linfático tiene implicaciones significativas en la etiología de diversas enfermedades, incluyendo el cáncer de mama. En gran medida las técnicas modernas menos invasivas de manejo quirúrgico, como la biopsia del ganglio linfático centinela, se basan en una sólida comprensión del patrón de drenaje de la mama. El drenaje linfático de la mama se puede dividir en dos categorías: drenaje superficial (incluyendo cutáneo) y drenaje parenquimatoso profundo.²⁴

3.3.5.3.1 El drenaje superficial

Hay un gran plexo linfático en los tejidos subcutáneos de la mama a profundidad por debajo del complejo areola-pezones. Además, el plexo superficial drena a la región parenquimatosa central profunda de la mama.²⁴

3.3.5.3.2 Drenaje parenquimatoso profundo

Los vasos linfáticos parenquimatosos profundos drenan al resto de la mama, así como ciertas porciones de la piel y tejidos subcutáneos del complejo areola-pezones no cubiertos por el plexo superficial. Pequeños vasos linfáticos peri ductales y peri acíales recolectan la linfa parénquima y las envían a los vasos linfáticos interlobulares de mayor tamaño. La linfa de las regiones cutáneas y del complejo areola-pezones puede drenarse ya sea directamente al plexo subareolar a profundidad hacia el sistema linfático parenquimatoso. Una vez dentro del drenaje profundo, la linfa se envía al plexo subareolar para su transporte eferente.²⁴

La mayor parte del drenaje tanto los vasos linfáticos retroareolares como los vasos linfáticos retroareolares y los vasos linfáticos interlobulares profundos de la mama se dirigen a los ganglios linfáticos axilares ipsilaterales. La vía de drenaje al

ganglio o ganglios axilares más elevados no es reproducible de paciente a paciente. No obstante, en términos generales, el drenaje de la mama se dirige a los ganglios axilares anteriores o subpectorales, que se localizan a profundidad por debajo del borde lateral. A partir de estos ganglios, la linfa viaja a los ganglios cercanos a la porción lateral de la vena axilar. Después la linfa se dirige hacia arriba a través de la cadena axilar de los vasos y ganglios linfáticos. Con tiempo el drenaje llega a los ganglios más elevados de la axila.²⁴

3.3.6. Síntesis de la leche materna

Después del parto las mamas empiezan a secretar calostro, este es un líquido amarillo limón. Este casi siempre se puede extraer al segundo día del puerperio. En comparación con la leche madura, el calostro contiene más minerales, aminoácidos y proteínas en relación globulinas y menor cantidad de azúcar y grasa; a lo largo de dos a cuatro semanas esta se convierte en leche madura. El calostro posee anticuerpos e inmunoglobulinas A (IgA), estas protegen al recién nacido contra los microorganismos intestinales.²⁴

“La leche madura es un líquido biológico complejo compuesto por grasa, proteínas, carbohidratos, factores bioactivos, minerales, vitaminas, hormonas y números productos celulares. La concentración y el contenido de la leche humana cambian incluso durante la única alimentación y depende de la alimentación materna, la edad del lactante, la salud y sus necesidades”.²⁴

La madre puede producir hasta 600 ml por día; la leche es isotónico con el plasma y la lactosa produce la mitad de la presión osmótica. Las proteínas de la leche materna son específicas e incluye la lactoalbúmina alfa, lactoglobulina B y caseína. La leche humana contiene todas las proteínas, excepto la vitamina K; por cual es una de varias causas por las que se administra vitamina k al recién nacido. Además, el suero de leche contiene abundante interleucina 6 (IL -6).²⁴

La leche humana contiene una relación entre suero y caseína de 60:40, y se considera ideal para la absorción. Otros componentes de importancia de la leche humana son lactoferrina, melatonina, oligosacáridos y ácidos grasos esenciales.²⁴

3.3.7. Endocrinología de la lactancia

Haciendo referencia a “la endocrinología de la lactancia se dice que los mecanismos humorales y neurales de la lactancia son complejos. Al parecer participan progesterona, estrógenos y lactógeno placentario; así como la prolactina, el cortisol y la insulina para estimular el crecimiento y el desarrollo del aparato secretor. Durante el parto la concentración de progesterona y estrógenos disminuye de manera abrupta e intensa. Esta reducción elimina el efecto inhibitor de la progesterona sobre producción de la lactoalbúmina alfa. La elevación de la lactoalbúmina alfa estimula a la lactosa sintasa para aumentar la lactosa en leche”.²⁵

“La serotonina se produce en las células epiteliales mamarias y tiene una función importante al mantener la producción de leche. Esto explica la producción reducida de leche en mujeres que reciben inhibidores de selectivos de la recaptación de serotonina”.²⁵

El estímulo repetitivo de la alimentación del seno materno regula la intensidad y duración ulterior y el vaciado de la leche del pecho. La prolactina es de gran importancia, y en mujeres con necrosis hipofisiaria extensa (Síndrome de Sheehan) que no pueden amamantar.²⁵

El síndrome de Sheehan es una complicación de la hemorragia postparto descrita por primera vez por Sheehan en 1937. Se nombró así por el infarto agudo y necrosis de la hipófisis por hemorragia y shock posparto. En mujeres que presentan este síndrome se puede observar grados variables de hipopituitarismo hasta déficits hormonales selectivos según la cantidad de tejido afectado. Inicialmente, se presenta la imposibilidad para que se dé la lactancia materna; otros síntomas que aparecen en los primeros días del postparto son: letargia, anorexia y pérdida de peso y a los meses y años diferentes déficits hormonales hipofisarios, como amenorrea, pérdida de vello púbico y axilar entre otros.²⁵

Persistiendo con el tema de la endocrinología de la lactancia, se hace referencia a que la prolactina desciende después del parto hasta alcanzar la concentración

anterior al embarazo, pero cada succión del recién nacido desencadena su elevación.²⁵

3.3.8. Fisiología de la lactancia

Las glándulas mamarias son glándulas exocrinas modificadas que sufren cambios anatómicos y fisiológicos, durante el embarazo y en el puerperio inmediato. Durante la primera mitad del embarazo ocurre un crecimiento de células del epitelio alveolar, la formación de nuevos conductos y el desarrollo de arquitectura de los lóbulos. En la fase posterior del embarazo disminuye esta proliferación y el epitelio cambia para la actividad secretora. Al final del embarazo cada mama habrá aumentado cerca de 400g.²⁴

Las causas que contribuyen al crecimiento de la mama están la hipertrofia de los vasos sanguíneos, las células mioepiteliales y el tejido conjuntivo; depósitos de grasas; retención de agua y electrolitos; y el flujo sanguíneo se duplica en comparación al estado no gestante.²⁴

La lactación depende de un equilibrio entre hormonas. Se dice que el eje hipotálamo-hipofisiario intacto es esencial para el inicio y mantenimiento de la lactancia; esta se divide en tres etapas: 1) la mamogénesis, o crecimiento o desarrollo mamario; 2) lactogénesis, o inicio de la secreción de leche; y 3) galactopoyesis, mantenimiento de la secreción láctea que ya se ha establecido.²³

Los estrógenos son los responsables del crecimiento del tejido de los conductos y de la gemación alveolar, en tanto que la progesterona se requiere para la maduración de las glándulas alveolares. Las células troncales glandulares atraviesan por una diferenciación para convertirse en células secretoras y mioepiteliales por influencia de la prolactina, la hormona del crecimiento, la insulina, el cortisol y el factor del crecimiento epitelial.

Es importante mencionar que la prolactina es una hormona necesaria para la producción de leche, pero la lactogénesis requiere una presencia baja de estrógenos; aunque la concentración de prolactina sigue aumentando conforme

prosigue el embarazo. Además, los esteroides sexuales de la placenta bloquean la actividad secretora del epitelio glandular que induce la prolactina.

Se tiene por entendido que los esteroides sexuales y la prolactina tienen una actividad sinérgica en la mamogénesis, pero son antagónicas en la galactopoyesis por lo que producen que la lactación no inicie hasta que las concentraciones plasmáticas de estrógenos, progesterona y lactógeno placentario descienda después del parto.

La progesterona inhibe la formación de lactosa y α lactoalbúmina; los estrógenos antagonizan de forma directa el lactógeno de la prolactina sobre la glándula mamaria al inhibir la producción de lactoalbúmina.²⁴

Por último, el mantenimiento de la secreción láctea ya establecida se da por la succión continua y el vaciado de los conductos y alveolos. La hormona del crecimiento, el cortisol, la tiroxina y la insulina ejercen un gran efecto permisivo. Se requiere prolactina para la galactopoyesis; pero no es necesario que se mantengan grandes cantidades basales, ya que los niveles de prolactina descienden en la madre durante el puerperio y regresan a un nivel basal como cuando estaban en gestación. Si la madre no amamanta a su párvulo en cuestión de 2 a 3 semanas los niveles de prolactina regresan a su nivel como cuando no estaba en gestación.²⁴

3.3.9. Consecuencias inmunitarias la alimentación del seno materno

En relación con las consecuencias inmunitarias de la alimentación del seno materno se tiene conocimiento que la leche humana contiene varias sustancias inmunitarias protectoras como la IgA secretora y factores de crecimiento. Los anticuerpos de la leche humana van dirigidos específicamente contra los antígenos del ambiente materno como lo es el caso de la *Escherichia coli*; por lo tanto, los lactantes alimentados con el seno materno presentan menos infecciones intestinales que los que se alimentan con biberón. Además, la leche humana brinda protección contra el rotavirus que forma parte de las causas de la gastroenteritis infantil.²⁴

Los linfocitos que contiene la leche materna contienen linfocitos T y B, pero al aparecer los linfocitos T son distintos, respecto a los de la sangre. Por lo tanto, se refiere que los linfocitos T de la leche materna están formados de manera exclusiva por las células que contienen antígenos específicos de la membrana. Se conoce que los linfocitos T tienen memoria, por lo cual es otro beneficio para el recién nacido porque se protege con la experiencia inmunitario de la madre.²⁴ Por consiguiente, la leche materna se considera el alimento ideal para el recién nacido que proporciona nutrientes específicos para la edad, así como factores inmunitarios que se mencionaron anteriormente.²⁴

3.4. Beneficios de la lactancia materna para el lactante

La lactancia materna es inherente a los mamíferos; sin ella el ser humano no hubiese sobrevivido. Entre los beneficios de la lactancia materna está la disminución del riesgo de infecciones gastrointestinales y el efecto protector residual que se da dos meses después de suspender la lactancia materna. Además, los niños alimentados con leche materna exclusiva tienen un 30% menos de riesgo de presentar diarrea por rotavirus; y protege de infecciones por *Giardia* sintomática como asintomática.²⁶

La *Giardia intestinalis* es un trofozoíto, móvil, que se divide en las vellosidades del intestino delgado, y produce daños a las vellosidades intestinales lo que disminuye la absorción intestinal de nutrientes. Dicha infección puede transcurrir de manera asintomática (esto ocurre en la mayoría de los casos); en forma aguda con diarrea y otros síntomas digestivos; o manifestarse con diarreas persistentes que se alterna con periodos de estreñimiento.²⁷

Además, es responsable de las tres cuartas partes de brotes de diarreas de etiología parasitaria por contaminación de aguas de consumo humano o alimentos. Incluso, se habla de que en presencia de diarrea prolongada es menor en aquellos lactantes que son alimentados con leche materna. Incluso, una revisión sistemática realizada, donde se evaluaba el riesgo de presentar infecciones gastrointestinales en niños menores de 1 año en países desarrollados,

reportó que los que fueron alimentados con leche materna tenían menos riesgo de presentarlas.²⁶

Con referencia a las infecciones respiratorias se ha hecho una comparación entre los niños con alimentación con lactancia materna y los que no reciben lactancia. Por consiguiente, se pudo evidenciar que los niños que no reciben LME presentan quince veces más mortalidad por neumonía. Además, que los niños de seis meses y 23 meses que fueron alimentados con fórmulas complementarias presentan el doble de mortalidad en contraste con aquellos amamantados con LME. También, con respecto al desarrollo de la bronquiolitis por virus sincicial, es menor en un 74% de los niños alimentados con LME en comparación con los que fueron alimentados por 4 meses y con los que fueron alimentados con lactancia parcial, o fórmula.²⁶

Los niños amamantados por menos tiempo con leche materna presentan más tipos de alergias con eccemas, atopia alérgica alimentaria y alergia respiratoria. Con relación a la alergia alimentaria, en una revisión se concluye que la LME por al menos cuatro meses disminuye la probabilidad de presentar alergia a la proteína de leche de vaca a los 18 meses; sin embargo, no tiene un rol de protección contra la alergia alimentaria al año. También, el estudio reveló que la introducción de lácteos o u otros productos distintos a la leche materna, durante los primeros cuatro de meses de vida, aumenta el riesgo de presentar asma, sibilancias, tres o más veces durante el primer año de vida.²⁶

Acerca de la obesidad, riesgo cardiovascular y diabetes, se dice “que la lactancia materna tiene un efecto protector contra la obesidad, hipertensión, dislipidemia, y diabetes mellitus. Las tasas de obesidad son significativamente menores en lactantes alimentados con LM. Existe de un 15 a un 30% de reducción de riesgo de obesidad durante la adolescencia y adultez si existió LM durante la infancia, comparado con aquellos no amamantados. Además, la duración de la lactancia está relacionada con el riesgo de sobrepeso cada mes extra de lactancia que se asocia con un 4% de disminución de riesgo”.²⁶

Con relación a la hipertensión se pudo determinar que hubo una disminución del 1,5 mmHg en la presión sistólica y en la diastólica de 0,5 mm Hg en contraste con los niños alimentados con fórmulas maternas. Con respecto a la dislipidemia existe un estudio de cohorte que demostró una reducción en colesterol total LDL de 7mg/dl en adultos que fueron amamantados. Incluso, con referencia a la Diabetes mellitus en otro estudio de casos y controles se comparó que los lactantes amamantados justo cuando se da el alta hospitalaria con otros no amamantados: se descubrió que en estos últimos hay un 33% de riesgo de presentar diabetes mellitus en sus primeros 20 años de vida, mientras que se ha presentado una reducción de su incidencia. de un 30% en aquellos que recibieron LME por lo menos en los tres primeros meses de vida.²⁶

En el caso de otras enfermedades como la leucemia, problemas en neurodesarrollo, enterocolitis necrotizante, se dice que los que fueron amamantados por lo menos los primeros seis meses de vida están asociados a un 19% de disminución de riesgo de desarrollar leucemia durante la infancia. Asimismo, sobre la enterocolitis necrotizante se ha dicho que los que fueron amamantados con LM tienen de entre un 58% a un 77% de no presentar esta enfermedad. Por último, en cuanto al neurodesarrollo se presenta, por medio de la escala de Wechsler para adultos, se evidenció una relación de 3,16 puntos más elevado el desarrollo cognitivo que los que no fueron amamantados.²⁶

3.4.1. Beneficios de la lactancia materna para la madre

Se podría decir que la lactancia materna tiene efectos positivos para las madres; uno de los más inmediatos es la reducción del riesgo de la hemorragia posparto, ya que como sabemos la succión del recién nacido estimula la producción de oxitocina, que actúa provocando la salida de leche y la contracción del útero. También, se podría señalar que las que desarrollaron lactancia de manera inmediata les ayudó a disminuir la anemia posparto. Además, las mujeres presentan tensiones más bajas y mejores parámetros metabólicos y un riesgo menor de padecer enfermedades cardiovasculares y diabetes en el futuro.²⁴

Entre otros beneficios tenemos su papel protector contra el desarrollo del cáncer de mama, por lo que podemos deducir que la lactancia materna es de gran beneficio para el binomio.

3.5. Producción de leche

Con respecto a la producción de leche se sabe que el requerimiento de energía para la lactancia se obtiene mediante los tejidos maternos y la ingesta dietética. Las reservas de grasas acumuladas durante el embarazo se movilizan durante la lactación, lo cual ayuda a la mujer a volver al peso anterior. Incluso, se tiene por entendido que las mujeres que amamantan deben de aumentar su ingesta unos 500Kcal, pero las ingestas de 2000 a 2300 calorías son suficientes.²⁴

Los aumentos de proteínas son de 20 gramos. Debe incrementarse en un 20% de todas las vitaminas y minerales, excepto el ácido fólico; y en un 50% y 33% de calcio, fosforo y magnesio. A pesar de que las abuelas recomiendan la ingesta de agua, se dice que no hay evidencia científica que diga que la ingesta de agua aumente la cantidad de leche; cuando la ingesta de líquidos está restringida tiene poco efecto ya que se restringirá la orina para mantener la leche.²⁴

Mientras se amamanta, la producción de leche promedio en el segundo día posparto es de 120ml; esa cifra aumenta a 180ml para el tercer día del puerperio y hasta 240ml para el cuarto día y a como pasan los días la producción llega 300 ml diarios. Sin embargo, la reducción anticipada de la producción de leche se dice que se debe a diversos factores como: que la mama no es vaciada adecuadamente por el esfuerzo débil de succión; problemas emocionales, como la aversión a lactación; o complicaciones médicas, como la mastitis, enfermedad sistémica debilitante o síndrome de Sheehan.²⁴

3.6. Trastornos de la lactancia

3.6.1. Dolor en los pezones

La sensibilidad en los pezones es algo común en los primeros días de amamantamiento, empieza en general cuando el bebé empieza a lactar. En

cuanto la leche empieza fluir, este síntoma desaparece. Si los tejidos maternos están sensibles, el calor seco puede ser útil entre las sesiones de alimentación. Los protectores de pezón deben utilizarse solo como último recurso, ya que interfieren en la succión.²⁴

El resquebrajamiento de los pezones causa dolor intenso e impide la eyección de leche. La infección local alrededor de las grietas puede conducir a mastitis. Resulta muy eficaz la aplicación de vitamina A y D o de lanolina hidrosoluble que no debe retirarse, para acelerar la curación. Se recomienda que la madre antes de amamantar debe extraer un poco de leche antes de iniciar la alimentación, por lo que es necesario la aplicación de calor seco durante 20 minutos, cuatro veces al día, sosteniendo un foco de 60 vatios a 46cm del pezón.

La paciente debe extraerse un poco de leche antes de iniciar el amamantamiento: empezar al lado opuesto de la grieta, con la otra mama expuesta al aire para permitir que la eyección inicial ocurra de manera automática. Entre las sesiones de alimentación se aplica la leche extraída de los pezones y se deja secar. Si es necesario debe utilizarse protector de pezón mientras se amamanta, puede tomarse paracetamol e ibuprofeno después de alimentar al infante; y en ocasiones se puede dejar el lado afectado y vaciar la mama de manera manual con el extractor.²⁴

3.6.2. Congestión mamaria

La regurgitación de las mamas ocurre en la primera semana del posparto y se debe a la congestión vascular y acumulación de leche. La vascularización y la inflamación aumenta al segundo día de puerperio y es posible que la areola o la mama regurgiten. Por tanto, el masaje y el amamantamiento durante todo el día puede ser que evite la congestión en estas pacientes. Cuando lo anterior ocurre la mama se ocluye y el recién nacido no puede asistir de manera adecuada a la areola. Con una regurgitación moderada las mamas se ponen firmes, calientes y es posible palpar lóbulos como masas sensibles e irregulares; aunque puede que presente febrícula.

Los casos leves pueden que se alivien con paracetamol, compresas frías y extracción parcial de la leche antes de mamar. En casos graves las pacientes deben da vaciar de forma manual la mama o con extractor de leche eléctrico. Los tratamientos alternativos para este padecimiento incluyen acupuntura, hojas de col, compresas frías de gel, tratamientos farmacológicos y ultrasonido.²⁴

3.6.3. Mastitis

La mastitis se presenta con más frecuencia en pacientes primíparas que lactan, con frecuencia su causa es la *Staphylococcus aureus* coagulosa positiva. La elevación de la fiebre no siempre debe de relacionarse con la regurgitación. Es más frecuente que el lóbulo eritematoso se localice en el cuadrante externo de la mama y se note durante la segunda o tercera semana del puerperio. Además, es probable que ocurra inflamación debido al destete, cuando se interrumpe el flujo de leche o que la madre que lacta haya adquirido una infección durante la estancia hospitalaria y la transmita a su hijo. Así pues, la demostración de bacterias recubiertas de anticuerpos en la leche indica mastitis infecciosa, ya que muchos neonatos albergan una infección e infectan a su madre.²⁴

3.6.4. Pezón invertido

Los pezones planos se refieren al tipo que no sobresale hacia afuera, mientras que los pezones invertidos son los que se hunden hacia dentro de la mama. Cualquiera de estas dos no es una contraindicación de lactancia materna puesto que una lactancia exitosa dependerá de la posición adecuada del lactante para poder extraer la leche materna.²⁴

Para estas madres se recomienda que antes de dar lactancia materna se estimule el pezón y se haga presión para que el bebé pueda extraer mayor cantidad de leche. Seguidamente, se podría aplicar una bomba de extracción por algunos segundos para mejorar esta práctica.

3.6.5. Desnutrición materna

La desnutrición materna, no importando el grado en el que se presente, no puede afectar directamente la leche que se le brinda al bebé. Esta será igual en cantidad y calidad, pero a costa de las reservas de la madre. La leche de una madre con desnutrición contará con todos los nutrientes necesarios para poder promover un desarrollo adecuado del bebé y se tendrá una cantidad suficiente que permitirá alimentarlo. Sin embargo, es importante mencionar que solo cuando una madre presenta desnutrición severa se podría dar una disminución del volumen de leche o cesar totalmente, para lo cual es necesario que se vele por la alimentación correcta y suficiente de las madres que se encuentran en período de lactancia.²⁴

3.7. Contraindicaciones para la lactancia

La lactancia materna está contraindicada en varias situaciones entre ellas tenemos: consumo de drogas ilícitas; consumo de bebidas alcohólicas en exceso; en recién nacidos con galactosemia; las madres que están contagiadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH); las que padecen de tuberculosis activa sin tratamiento; las que consumen ciertos fármacos como los que se consumen para el tratamiento de cáncer de mama; en situaciones de infecciones víricas como es el caso de citomegalovirus, en donde la madre contiene el virus y su leche materna contiene anticuerpos.

No obstante, si bien el virus de la hepatitis b se excreta por la leche materna, la alimentación por el seno materno no se contraindica mientras se haya administrado la inmunoglobulina de hepatitis b en los recién nacidos; también, en las mujeres que están contagiadas con el virus del herpes activo pueden amamantar a sus hijos siempre y cuando no existan lesiones en la mama y se lave las manos antes del amamantamiento.²⁸

Para ser más específicos con el tema de muchos de los patógenos que pueden infectar al recién nacido en el posparto, se va a hablar de manera más específica de los virus ya nombrados anteriormente. Si bien es cierto de que el recién nacido puede ser infectado por patógenos procedentes de la madre mediante diversos

mecanismos de transmisión tales como secreciones respiratorias, contacto directo con lesiones de la mama o pezón, o a través de la leche materna.²⁸

Entre los microorganismos que podemos encontrar están las bacterias, virus y parásitos; si fuese el caso estos deben de ser identificados en el calostro de la madre, aunque en algunos casos sean documentados como causa patológica en la clínica del lactante.²⁸

Para que el calostro y leche de la madre sean identificados como un mecanismo de transmisión sobre todo en el periodo posnatal se debe cumplir una serie de requisitos. En primer término, el patógeno acusado de causar la infección aparece en el calostro y en la leche materna; su periodo de transmisión está acorde con su periodo de incubación y fisiopatología tanto del microorganismo como del huésped. Después, el agente causante es el mismo en la madre e hijo con respecto al serotipo, sensibilidad a fármacos o cualquier otro factor investigado. Luego, debe documentarse en el riesgo de infección por la lactancia materna en las fórmulas de alimentación infantil.²⁸

3.7.1. Virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 y 2 (VIH-1 Y VIH-2)

Se estima que anualmente cuatrocientos veinte mil niños se infectan, ya sea por medio de la gestación, parto o lactancia materna. La detección del virus en la leche materna se da por medio del VIH-1, tanto en la fracción celular como la acelular; según los casos documentados los niños han sido infectados por VIH-1 en el periodo posnatal. Por lo tanto, la transmisión a través de la leche materna se considera que equivale a un tercio de los contagios entre madre e hijo, agregándole un riesgo adicional posnatal de un 14%. Una alta carga del virus en el plasma y un nivel bajo CD4 maternos, así como la detección de ADN del virus en secreciones genitales de la madre, en correlación con una gran carga viral de VIH-1 en la leche materna y, por lo tanto, con mayor riesgo de transmisión del virus.²⁸ Esto explica la razón de que las madres infectadas tienen contra indicado la lactancia materna para evitar el contagio hacia el recién nacido.²⁸

Cuando se habla del VIH-2 se hace referencia a una mínima parte de la pandemia que está situada en área del oeste de África, y en países como Francia y Portugal, tradicionalmente receptores de la migración de estas zonas. Con respecto a la transmisión del VIH-2 a través de la leche materna es muy limitada; incluso más baja que la transmisión del VIH-1, esto debido a la carga viral en el plasma materno.²⁸

La American Academy of pediatrics y los Centers for Disease Control and Prevention recomienda que las madres seropositivas suspendan de forma inmediata la lactancia materna, ya que es la única forma de eliminar por completo la transmisión del virus; sin embargo, en los países en vías de desarrollo, en los cuales no tienen acceso a una alimentación sana, sostenible y segura, los infantes son alimentados exclusivamente con leche materna por lo menos los seis primeros meses de vida. Incluso, se ha comprobado que si se tiene una alimentación mixta hay más riesgo de infección del virus de la inmunodeficiencia humana.²⁸

La Organización Mundial de la Salud¹³ (OMS) presenta ciertas recomendaciones en cuanto a la lactancia materna y el VIH. El VIH puede ser transmitido de las madres infectadas a sus hijos durante el embarazo, el parto y por la lactancia materna. Entre estas recomendaciones ¹³ se fomenta el uso temprano (desde las 14 semanas de gestación) de antirretrovirales, hasta finalizar la lactancia materna. Asimismo, se sugiere continuar con esta práctica hasta el año de vida del bebé, siempre y cuando la madre o el niño estén tomando antirretrovirales en ese período de tiempo para poder reducir la transmisión del virus.

La OMS¹³ deja este mensaje: “la lactancia materna es una buena opción para todos los niños, incluidos aquellos cuyas madres sean VIH-positivas siempre que tengan acceso a los antirretrovirales (ARV)”.

3.7.2. Citomegalovirus

Este es un virus de la familia β -herpesviridae y es la causa más común de infecciones congénitas y posnatales. Entre las secuelas del citomegalovirus (CMV) a largo plazo serían el retraso mental, retraso en el desarrollo psicomotor o

sordera neurosensorial. Este puede adquirirse en periodo perinatal a través de secreciones genitales de la madre, orina, saliva, sangre y leche materna. Además, la presencia virolactia se define como la presencia del virus en la leche materna en un 27% durante los primeros tres meses posteriores al parto.²⁴La secreción del virus comienza en la primera semana después del parto con una baja carga viral que se incrementa hasta llegar a las 4 y 8 semanas tras el nacimiento y va desapareciendo hasta llegar a las semanas 9 y 12.²⁸

Con el fin de que los recién nacidos puedan lactar con más seguridad se emplean diversos métodos para eliminar o disminuir la carga viral del CVM en la leche materna. La congelación a -20C reduce la cantidad del virus en la leche y, por lo tanto, el riesgo de transmisión, aunque no lo elimine totalmente.²⁸También, se intenta con la pauperización (30min a 62C) que elimina el virus, pero se eliminan los componentes inmunológicos de la leche materna. Por lo tanto, se necesitarían más estudios para saber si las consecuencias de contraer el virus por medio de la transmisión ocurrida en la lactancia no son tan graves en comparación con abstenerse a amamantar.²⁸

3.7.3. Virus de hepatitis B

El 5% de la población gestante es portadora del virus de hepatitis B; su transmisión es de forma vertical y está presente en un 90% en el plasma con niveles elevados de ADN. Su transmisión es de madre a hijo en la vida intrauterina, en el momento del parto. Los AgHbs, Hbe y el ADN del VHB han sido aislados de los fluidos vaginales, la leche materna, la sangre en el cordón umbilical y el contenido gástrico. Se ha comprobado que no existe diferencia entre alimentar al niño con formula infantil o con leche materna de madres portadoras del virus de hepatitis b; sin embargo, hay un alto riesgo en la fisura de pezones para su transmisión. Se entiende que como tratamiento preventivo la inmunoprofilaxis al nacimiento contra el virus de la hepatitis b previene la transmisión en unos 95% de recién nacidos de madres contagiadas, independientemente de la forma de lactancia.²⁹

3.7.4. El virus del herpes simple tipo 1 y 2

Los VHS-1 y VHS-2 causan infecciones perinatales severas, prenatales y posnatales. Existen casos en donde se da la transmisión por inoculación directa por lesiones en pezones, aunque es rara en comparación con la transmisión a través de la leche materna. También, existen estudios en donde no hubo lesiones y la enfermedad se transmitió por medio de la leche materna. Entonces, no existe un consenso claro de si se transmite o no por la lactancia materna; sin embargo, está contraindicada en madres contagiadas.²⁹

3.8. Enfermedades del Lactante

3.8.1. Síndrome de Down

El Síndrome de Down (SD) es una cromosomopatía muy frecuente. Los niños nacidos con SD tienen rasgos fenotípicos característicos y mayor riesgo de presentar patologías y malformaciones congénitas; dichas enfermedades y características físicas pueden afectar en la lactancia materna.²⁹

Las condiciones que se asocian a mayor dificultad en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna son hipotonía, trastornos de succión y deglución, cardiopatía congénita, macroglosia, malformaciones gastrointestinales, hipotiroidismo y retraso de crecimiento intrauterino. Existen otras situaciones que interfieren, como lo son la falta de educación sobre la LM, hospitalizaciones prolongadas, inicio temprano de fórmulas lácteas. Además, los sentimientos maternos ante el nacimiento con un niño con discapacidades, como estrés, frustración y depresión, tienen una influencia negativa.²⁹

3.8.2. Niños con cardiopatías o defectos cardíacos

Existen creencias erróneas que dicen que la alimentación en niños con cardiopatías o defectos cardíacos es muy difícil, por lo que se recurre a la alimentación artificial con base a fórmulas lácteas. No obstante, el hecho de

brindarles lactancia materna les permite tener menor estrés cardio respiratorio, mejores saturaciones y un mejor sistema inmunitario.³⁰

Entre las dificultades para brindar la lactancia materna se puede mencionar que el niño tiene un mayor gasto energético y necesidades metabólicas incrementadas. El niño puede llegar a cansarse y se debe suspender en ese momento la alimentación; algunas de las señales que se pueden observar son disnea, taquipnea, cianosis, etc.³⁰ Para promover la lactancia materna en estos niños será necesaria la extracción de la leche por parte de la madre.

La cardiología pediátrica se ha desarrollado mucho en los últimos años en relación con los conocimientos embriológicos, patológicos y fisiológicos. Se conoce que la alteración del proceso embrionario del corazón produce varias cardiopatías.³⁰ En ese sentido, las cardiopatías son enfermedades crónicas no transmisibles que han tenido mayores incidencias en el siglo XX. Tienen una frecuencia de 8 por cada 1000 nacidos, con un mayor predominio en el sexo masculino, los cuales pueden tener ciertas variaciones de acuerdo con la población estudiada, el momento de estudio y los métodos de diagnóstico.³⁰

Se ha estimado que por cada 1000 muertes fetales 27 son por cardiopatías fetales; y solo el 15% de estos defectos son diagnosticados en la etapa prenatal. La cardiopatía congénita es la responsable de más muertes en el primer año de vida que cualquier otro defecto de nacimiento.³⁰

A nivel de Costa Rica las malformaciones congénitas en general son la segunda causa de en el periodo neonatal, después de la prematuridad, de estas las malformaciones cardiacas son la mayor incidencia.³⁰ Por lo cual a nivel del país se creó un tamizaje cardiaco para detectar malformaciones congénitas, entre ellas: síndrome de corazón izquierdo hipoplásico, atresia pulmonar, transposición de grandes arterias, truncus arterioso, atresia tricúspidea, tetralogía de Fallot y drenaje venoso pulmonar.²⁹

Este es un método no invasivo y sencillo de aplicar, de manera que se puede proponer o establecer tratamientos capaces de detectar y salvar vidas.

Anteriormente, el diagnóstico de cardiopatías se lograba realizar por medio de un ultrasonido prenatal o bien por medio de un examen físico posnatal; pero tenía una detección muy baja, ya que al inicio algunas cardiopatías son asintomáticas. La oximetría de pulso califica de manera objetiva la hipoxemia, que está presente en varias cardiopatías críticas.³¹

En cuanto a la alimentación los enfermos con este padecimiento tienen un aporte calórico disminuido debido al incremento de los requerimientos de energía y de la patología existente. El manejo nutricional de este tipo de usuarios es cambiante, por las restricciones hídricas, los elevados requerimientos calóricos y una alta prevalencia de intolerancia a los alimentos. Por lo tanto, se debe mantener la lactancia por succión directa o por sonda nasogástrica; y si no es posible se recurre a fórmulas de inicio en menos de 4 a 5 meses .³²

Se debe tomar en cuenta un estudio realizado en el 2013 llamado "*Lactancia materna exclusiva y su abandono en lactantes con cardiopatías congénitas comparados con lactantes sanos*" citado por Bobadilla P et al ³¹ fue realizado en la consulta externa de pediatría y cardiología del Hospital para el Niño y en el Instituto Materno Infantil del Estado de México. A través de una muestra no probabilística de 100 niños sanos y 100 con cardiopatías congénitas establecieron que las causas de abandono de lactancia materna fueron: determinación materna, enfermedad del niño, leche insuficiente, problemas del pezón, rechazo al seno materno, trabajo y uso de medicamentos. Además, las causas de mayor incidencia en lactantes con cardiopatías congénitas fue enfermedad del niño y el rechazo del seno materno.³²

A través del tiempo la desnutrición de los lactantes con cardiopatías congénitas ha disminuido, debido a la intervención inmediata de la cirugía temprana. A través de esta se evita el círculo vicioso de insuficiencia cardíaca y las infecciones respiratorias, las cuales generaban una malnutrición preoperatoria.³²

Con referencia a la desnutrición de los neonatos con cardiopatías congénitas su causa es multifactorial. Los infantes tienen un riesgo elevado de mal nutrición

dependiendo de la repercusión de la hemodinámica de la cardiopatía de base, la ingesta de cascada de calorías y de un gasto energético aumentado.³³

Entre las consecuencias de no hacerse la cirugía de manera inmediata al nacer a nivel gastrointestinal se podría generar: edema o hipoxia crónica intestinal, desarrollo intestinal retardado, hepatomegalia compresiva, capacidad gástrica reducida, aumento de reflujogastroesofágico.³³

Con relación a los medicamentos muchos de los que se utilizan habitualmente en estos neonatos producen interacciones con diferentes nutrientes que provocan anorexia, náuseas y diarreas. Entre los medicamentos que producen este tipo de interacciones están: furosemida, captopril, digoxina, hidroclorotiazida y propanolol.³³

Además, entre las causas de la disminución de la ingesta calórica están: la anorexia, saciedad temprana, fatiga durante la alimentación, taquipnea que interfieren en la deglución, aumento de la acidez y vómitos, dolor abdominal asociado a hepatomegalia o hipomotilidad intestinal en pacientes con ICC.³³

Por otro lado, la nutrición juega un rol muy importante en el caso de los neonatos con cardiopatías, no solo en la alteración o en la fisiopatología (anteriormente explicada) sino en la recuperación por las cirugías. Por lo tanto, en estos casos es frecuente una intervención relacionada con el soporte nutricional, ya que muchas veces estos neonatos deben recibir nutrición enteral combinada con parenteral, porque experimentan un estrés metabólico que los hace vulnerables al impacto negativo que provoca problemas en la cicatrización de las heridas y en el crecimiento posterior. También, la alimentación podría provocar un aumento del dióxido de carbono, disfunción del sistema inmune, deterioro funcional de órganos y dificultades en el destete del soporte ventilatorio.³⁴

3.8.3. Labio leporino y paladar hendido

En el caso de la condición de padecer de labio leporino y paladar hendido lo más importante es saber si el lactante puede tener un reflejo de succión adecuado³⁴.

En la mayoría de los casos sí se puede llevar a cabo la práctica de la lactancia materna. A estos niños y niñas se les puede colocar en distintas posiciones con la única finalidad de que se selle el defecto labial contra el tejido mamario; otra opción es que este acto sea realizado por la madre, mediante la colocación adecuada de la mama o de su dedo.³⁵

Entre las dificultades de esta enfermedad se menciona la dificultad para mantener el sello entre la boca del bebé y el pezón. Asimismo, la mala colocación de la lengua no permite una presión negativa para una adecuada succión. Pero sí se podría llegar a dar lactancia materna de manera directa si la madre tiene un pecho grande y un buen reflejo de eyección de la leche.³⁵

Este padecimiento se define como un defecto cráneo facial que es el más común en el nacimiento en el ser humano; este consiste en una deficiencia estructural congénita por falta de unión entre los procesos faciales embrionarios. Las fisuras de paladar primario tienen lugar en la sexta semana de vida intrauterina, mientras fisuras de paladar secundario tienen lugar en la octava semana de vida prenatal.³⁴ Las áreas más afectadas son el labio superior, el reborde alveolar, el paladar duro y el paladar blando; se ha documentado que las fisuras de labio son más frecuentes en el género masculino, mientras que las de paladar son en el género femenino.³⁵

Se ha determinado que el tratamiento del paladar hendido se inicia luego del nacimiento y continúa hasta la edad adulta, en donde se da la participación de un equipo multidisciplinario.

Otro de tema de importancia con este defecto cráneo facial es la alimentación para muchas madres especialmente con lo que se refiere a la lactancia materna, por lo que muchas veces se ve recomendado el uso de obturadores palatinos para facilitar la alimentación del recién nacido.³⁶

Estos defectos craneofaciales presentan dificultades con respecto a la alimentación. La mayoría de los padres tiene la preocupación de que se produzca

el reflujo nasal, aspiración, fatiga, demora en el proceso de alimentación que puede perjudicar en el aumento de peso del recién nacido y la desnutrición.

Es claro que los infantes que no presentan este defecto tienen una lactancia eficiente, ya que sin este tipo de fisuras se da una presión negativa en la cavidad oral que produce un sellado labial alrededor del seno materno. La presencia de la fisura labio palatina hace que el reflejo de deglución sea ineficaz debido al déficit de la presión negativa intraoral. Además, la discontinuidad del labio provoca que la presión del labio sea la adecuada, por lo que reduce el amamantamiento ya que no existe la suficiente potencia para extraer la leche materna, ni para ser alimentado con el biberón. Por lo tanto, es de importancia el tipo de fisura y extensión ya que esta afecta en mayor o menor medida.³⁶

Con respecto a las madres que padecen de inseguridad por no saber cómo alimentar al recién nacido, muchas veces se introduce de manera rápida el biberón que provoca el abandono precoz de la lactancia materna.

3.8.3.1 Estrategias facilitadoras

Entre las estrategias facilitadoras de la lactancia materna en el caso de un recién nacido con este defecto, la madre debe apoyar y asegurar la mama con una mano, de forma que permita al niño mantener la areola o pezón en la boca, al mismo tiempo realizar masajes para ordeñar la leche para que llegue a la cavidad oral y así establezca su propio mecanismo de deglución.³⁶ Con relación a la posición siempre es importante mantener la posición vertical del bebé durante el amamantamiento. El éxito en estos casos se debe a muchos factores, entre ellos la gravedad de la hendidura y el tamaño de la mama.³⁶

Ahora bien, cuando la lactancia materna se hace imposible por la gravedad de la fisura se utilizan otras técnicas de alimentación en recién nacidos como lo sería el uso del biberón con una tetilla de látex, ya que las de silicón pueden causar ulceraciones. También, existen aditamentos que facilitan el amamantamiento entre ellos están: el biberón de Johnson y el de Haberman, los cuales presentan una tetilla especial.³⁶

3.9. La importancia de la leche materna

La UNICEF (2013)³⁷ plantea que “la fórmula no es un sustituto aceptable de la leche materna”, pues la leche artificial es un alimento nada más; mientras que la leche materna es un complejo que proveerá al bebé de protección contra enfermedades, enzimas y hormonas, que lo beneficiarán a largo plazo.

La comercialización y la promoción de estas fórmulas es muy fuerte, por tal razón es necesario instruir a las madres para que sepan sobre los beneficios de la lactancia materna y los problemas que se podrían presentar sino se le brindan a su recién nacido.³⁷

La leche materna es imprescindible para el bebé desde su nacimiento hasta los seis meses de edad como alimento exclusivo, y hasta los dos años como alimento complementario. La nutrición, el sano crecimiento y el futuro sano del crecimiento reside en este alimento.³⁸ Además, se considera un alimento rico en proteínas, en factores inmunológicos, lípidos (ayudan que en la vida adulta no sufran de arteriosclerosis), carbohidratos (aumentan la absorción de calcio y fosforo), calcio, fosforo y magnesio (importantes para el crecimiento y remodelamiento óseo del recién nacido.)³⁸

También, el consumo de la leche materna es de suma importancia para el desarrollo cognitivo y físico. Incluso garantiza el crecimiento y el desarrollo de la inteligencia del niño, fortalece el vínculo de madre e hijo, protege al niño de la otitis media y de la desnutrición severa, obesidad y diabetes infantil.³⁸

3.9.1. Conservación de la leche materna Humana

La lactancia humana puede ser de tres tipos: cuando la madre coloca al bebé en la mama; indirecta cuando se extrae la leche y se ofrece a través de diferentes instrumentos de alimentación; y cruzada cuando se utiliza una nodriza. En la actualidad nuestra sociedad exige a las madres dejar de amamantar en diferentes ocasiones como para ir trabajar o en actividades que generan recursos económicos. En estos casos, es importante reconocer a la leche humana como

una de las fuentes principales para el menor, la cual se puede conservar y ser administrada de manera indirecta, con el fin de reducir la probabilidad de desnutrición infantil.³⁸

Para realizar o conservar la leche materna se deben seguir una serie de pasos. Primero, lavarse las manos adecuadamente antes de extraer y manipular la leche, usar recipientes bien lavados con jabón y agua calientes ósea bien lavados. También, los recipientes deben ser de plástico o de vidrio con una tapa que cierre correctamente y tener una abertura amplia que permita su aseo. Asimismo, dar preferiblemente leche fresca y no congelada; si va a congelar la leche debe de hacerlo lo antes posible y debe de estar seguro de que no se vaya a usar antes de los tres días, y si no la va a congelar debe introducirla lo más antes posible. Además, se debe guardar o congelar en cantidades de 50 a 100 cc, para así tener que descongelar la cantidad que el bebé se vaya a tomar. Y los recipientes deben de ir rotulados para poder descongelar la leche más antigua.³⁶Lo que no se debe hacer con la leche materna es calentar la leche materna al fuego hasta que se descongele.³⁸

3.10 Técnicas para amamantar al recién nacido

Estas técnicas pueden variar dependiendo de la salud de la madre como del recién nacido, especialmente si tiene una condición especial. Entre las técnicas para amamantar a un recién nacido a término está la técnica de compresión del pecho y posición del bebe. Así pues, es importante optimizar la toma; es decir, que el bebé tome más leche en menos tiempo. La compresión del pecho no se utiliza cuando este está deglutiendo activamente. Además, importante reconocer los signos cuando el infante está deglutiendo; entre ellos está la succión tipo boca abierta grande -pause-cerrar, el movimiento amplio de la parte inferior de la oreja (sube-baja) y un movimiento amplio de la mandíbula inferior.³⁸

3.10.1 Como hacer la compresión del pecho

La madre sostiene su pecho con una mano, tan cerca como sea posible de su pared torácica, el pulgar de un lado y los cuatro dedos restantes del otro lado en

forma de C, con una buena porción de su pecho en su mano. Luego se junta el pulgar y sus cuatro dedos comprimiendo el pecho con su mano. Esto se hace con firmeza, pero no tan fuerte que le pueda hacer daño. Si la comprensión ya no está surgiendo efecto y el bebé está dormitando o comenzando a llorar es porque el flujo de leche es lento; entonces, es necesario poner al recién nacido en el otro pecho: así se repite el proceso, cuantas veces sea necesario hasta que la comprensión ya no funcione para mantener al bebé activo.³⁸

Es necesario que la madre supla las necesidades alimenticias del neonato cuando las requiera, como cuando bosteza, se pone manos en la boca o hace movimientos de búsqueda. Se deben alternar los senos con el fin de que ambos sean estimulados. Si el bebé no pide alimento con frecuencia será estimulado y despertarlo cada 4 horas para que sea alimentado.³⁸

3.10.2 Posiciones recomendadas para alimentar al bebe

Es recomendable un lugar cómodo para la madre como un sillón con cojines, los cuales permitan apoyar al bebé mientras es alimentado. Las posiciones recomendables son las siguientes:³⁸

- 1) Postura sentado-posición estirado: el bebé está estirado frente a la madre en contacto con su cuerpo, mamando de un pecho y con sus pies hacia el otro pecho.
- 2) Postura sentada: el cuerpo del infante pasa por debajo del brazo de la madre y sus pies apuntando hacia la espalda; esta es indicada para curar obstrucciones o mastitis.
- 3) Posición de caballito: en esta posición el párvulo está sentado o a horcajadas sobre una de las piernas de la madre. Esta posición es muy útil con los bebés que tienen dificultades para fijar el pecho o porque tiene un maxilar inferior corto o retraído.
- 4) Una de las técnicas más importantes es colocar el niño frente a la madre (barriga contra barriga); se debe introducir la mayor parte de la areola en su boca para que tenga un mejor agarre.³⁸

Con respecto a las posiciones de lactancia es de mucha importancia tener el conocimiento de sus variedades, porque existen diversas situaciones y tipos de lactancia en donde las posiciones básicas se tornan molestas como lo es el caso del tipo de lactancia tándem o lactancia en gemelos.

3.11 Lactancia Tándem

La lactancia tándem es cuando la madre decide seguir lactando durante su gestación y después de esta seguir dándola a ambos niños, esto debido al conocimiento ya adquirido de los múltiples beneficios de la lactancia materna tanto para la madre como para el recién nacido, ya anteriormente descritos en el texto.³⁹

A pesar de las discrepancias existentes por la lactancia tándem muchas madres han decidido tener este tipo de lactancia ya que esta no provoca ningún problema en el desarrollo fetal. A como avanza la gestación de la lactancia materna se torna incómoda, por lo cual las madres gestantes y lactantes deberán adquirir nuevas posiciones para la lactancia que aseguren la comodidad de la madre e hijo, entre ellas están:⁴⁷

- 1) Posición cruzada: las piernas del recién nacido se colocan sobre las del hijo mayor.
- 2) Posición doble rugby: El recién nacido apoyado en la almohada y el mayor sentado al lado de la madre con las rodillas apuntadas hacia afuera.
- 3) Combinando ambas posturas.
- 4) Acostada sobre un lado y el hijo mayor acostado sobre la madre o de rodillas.
- 5) Acostada de espalda con cada niño apoyada en una almohada

Con respecto a la organización de las tomas es claro que en el tracto del cuarto al quinto día la leche se convierte en calostro: puede ser que el hijo modifique la forma en que realiza las tomas y se produzca el destete. En cuanto al hijo pequeño es mejor que siempre realice primero la toma para que este no deje adquirir el calostro en los primeros días ³⁹

Con referencia al tema de la higiene para evitar contagios en este tipo de lactancia se recomienda mayormente el lavado de manos continuo con respecto a la higiene propia de los pezones, ya que con las propiedades inmunológicas de la leche materna son innecesarias estas medidas de lavado de los pezones, incluso cuando alguno de los dos niños se encuentre enfermo.³⁹También, al exponerse nuevamente al calostro el hijo mayor volverá a adquirir ciertas propiedades inmunológicas por lo que lo hará más resistente a ciertas enfermedades contagiosas.³⁹

Entre las ventajas de la lactancia tándem están: 1) habrá menos rivalidad y mejor relación entre hermanos; 2) la pérdida de peso del recién nacido es menor; 3) ayuda a prevenir la congestión de las mamas; 4) el tiempo de amenorrea es mayor, por lo cual le permite a la madre una mejor recuperación del embarazo; 5) no priva al recién nacido de las propiedades del calostro.³⁹

Uno de los mitos más grandes de este tipo de lactancia es que por medio de ella se pueda provocar contracciones uterinas. Se dice que las contracciones provocadas por la lactancia durante el embarazo son del mismo grado, cuando se mantienen relaciones durante el embarazo, por lo cual esto no se considera causa de aborto. Esto se fundamenta en que, en los tres trimestres de embarazo y antes de empezar el proceso de parto, no se tiene la cantidad adecuada de receptores de oxitocina, por lo cual no habrá una captación de oxitocina necesaria para provocar la expulsión del embrión o feto y sus anexos.³⁹

3.12 Hipogalactia

Según Paricio A⁴⁰la hipogalactia se define como la situación en que el lactante amamantado recibe poca leche, ya sea porque la madre no produce suficiente leche o porque el lactante no puede extraerla de modo eficaz”.

3.12.1 Criterios de la hipogalactia real

El primer criterio es la escasa ganancia de peso, esto se aplica cuando el lactante a las dos semanas de nacido su peso es inferior al que obtuvo al nacer o si su

aumento de peso es inferior a 500 g al mes, durante los primeros seis meses de vida.⁴¹

El segundo criterio son las micciones de escasa cantidad de orina concentrada; es decir, cuando los niños orinan menos de seis veces al día, y su orina es amarilla y de olor fuerte. El tercer criterio es que la madre no logre extraerse la leche a pesar de realizar la técnica adecuada y varias veces al día. ⁴¹

3.12.2 Causas de la hipogalactia

Las causas de la hipogalactia suelen ser de origen materno y estas pueden dividirse en cinco tipos:

- **Anatómicas y estructurales:** entre las anatómicas tenemos la hipoplasia, síndrome de poland, desproporción madre bebé, pezones invertidos, cirugía de mama, ginecomastia y cicatrización glandular.
- **Hormonales:** retención placentaria, hemorragia postparto, insuficiencia luteínica, disfunción tiroidea, obesidad, déficit congénito de prolactina
- **Funcionales:** están los fármacos (bromocriptina, ergotamina, methergin), tabaco, alcohol, anemia, desnutrición grave, hipertensión
- **Psicológicas:** pérdida de confianza, preocupación, estrés, rechazo del niño, cansancio.
- **Mal manejo de la lactancia:** retraso en el comienzo, tomas infrecuentes, no dar tomas nocturnas, tomas cortas, biberones chupetes, introducción precoz de alimentos complementarios.⁴¹

3.12.3 Hipogalactia secundaria

Están relacionadas al bebé, normalmente se deben a dificultades en el nacimiento, enfermedad o malformación del recién nacido.

Entre las causas están:

- **Factores del nacimiento:** estrés durante el trabajo de parto, periodo expulsivo prolongado, uso de fórceps, cesárea, anestesia epidural, dolor de garganta por la introducción de sondas.
- **Comportamiento:** alteraciones de la integridad sensorial, rechazo del pecho, inquieto al pecho, confusión tetina/pezón, preferencia de flujo.
- **Infecciones:** infecciones urinarias, hongos y otras.
- **Fatiga:** prematuridad, problemas del sistema nervioso central, problemas cardiacos, bebé letárgico.
- **Problemas respiratorios:** problemas congénitos de la vía aérea, laringomalacia, traqueomalacia, obstrucción debido a la mala posición, problemas de aspiración activa y fuerte reflejo de eyección de leche.
- **Problemas de succión:** variaciones mandibulares, variaciones del paladar.⁴¹

Todas estas causas intervienen en la estimulación continua de la mama, lo que provoca una alteración en la producción de la leche materna. Es vital que los profesionales conozcan las causas de las verdaderas hipogalactias para ofrecer un diagnóstico preciso, un tratamiento en los casos que sea posible e incluso proporcionar una atención más adecuada.

CAPÍTULO IV MARCO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio

La Universidad de Costa Rica se caracteriza por brindar formación y motivación a sus personas estudiantes, como parte del aprendizaje exhaustivo e integral, a los cuales les transmite las herramientas necesarias para que puedan realizar investigaciones científicas en el futuro.

En el reglamento del Sistema de Estudios de Posgrado (SEP), específicamente el artículo 48 establece que “quienes opten por una maestría profesional deberán de realizar un trabajo final de investigación aplicada”.⁴²

En este trabajo se implementó una metodología de revisión integrativa de literatura, la cual se define como un método de revisión específico que resume información empírica o teórica del pasado para proporcionar una comprensión más profunda de un fenómeno de salud.⁴³

Este tipo de revisión consiste en que el fundamento teórico asigna una gran cantidad de conocimientos en relación con el fenómeno de estudio asignado, dándole al personal de enfermería una claridad en cuanto a la conducta a seguir.⁴⁴ Esta metodología permite recopilar múltiples estudios publicados y ofrece conclusiones generales sobre un área de estudio e investigaciones pasadas, lo que posibilita tener un panorama de la literatura sobre un tema en particular; dichas investigaciones realizadas incluyen todos los estudios disponibles que abordan el tema o hipótesis idénticas o relacionadas al tema.⁴⁴ Para el desarrollo de una revisión integrativa de literatura se exponen las distintas etapas a seguir.

A continuación, se describen las etapas que fueron fundamentadas por las autoras Whittemore y Knaf.⁴³

4.2 Etapas de la investigación

4.2.1 Etapa 1. Definición de la pregunta de investigación

Para la etapa inicial de cualquier método de revisión se debe de realizar una clara identificación del problema que se está abordando y el propósito de la revisión. Tener un propósito de revisión bien definido y variables de interés facilitará todas las otras etapas de la revisión, particularmente la capacidad de diferenciar entre información pertinente y extraña en la etapa de extracción de datos.⁴³

Es decir, se refiere a que cualquier revisión integrativa puede tener un número indefinido de variables o problemas: por lo tanto, la claridad del problema que se propone es muy importante. Esto permitirá extraer los datos pertinentes a la revisión que se realizará.⁴³

Seguidamente se presentará la pregunta de revisión: ¿cuáles son los factores sociales, culturales y biológicos que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina?

Se plantearon las siguientes variables de interés:

- Factores sociales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina.
- Factores biológicos que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina.
- Factores culturales que influyen en las mujeres para no amamantar sus hijos en América Latina.

4.2.1.1 Sesgo de evaluación inicial

Se planteó el tema y se realizó una búsqueda preliminar de la literatura científica; con el propósito de formular el problema de investigación se partió del eje teórico: los factores que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina. Esto con el fin de evitar lo expuesto por Manterola y Otzen ⁴⁵ referente al sesgo por evaluación inicial, el cual “se debe a la utilización de

informaciones erróneas o deformación de la información inicial, orientándola hacia aspectos determinados”. Posteriormente, se le comentó a la tutora de tesis dichas ideas y se tuvo un conversatorio acerca de este eje teórico hasta determinar la pregunta de investigación.

4.2.1.2 Sesgo de Concepto

Los objetivos se establecieron con la guía de la tutora de tesis en relación con los ejes y líneas de investigación de la Maestría en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal de la Universidad de Costa Rica. La investigación se orienta hacia la línea de la lactancia materna y los factores que influyen a nivel social, cultural y biológico, con el fin de obtener la mejor evidencia relevante al tema de investigación.

Luego se seleccionó la metodología completando así la primera etapa. Al igual que el primer sesgo, es importante resaltar este tipo de decisiones, las cuales corresponden a la etapa de planificación del estudio según Manterola y Otzen.⁴⁵

4.2.2 Etapa 2. Búsqueda de literatura

Esta etapa corresponde a la búsqueda de literatura. Teniendo presente el tema acerca de los factores sociales, culturales y biológicos, que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina, se realizó una búsqueda exhaustiva a través de una estrategia relacionada a los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos en donde se tomaron en cuenta: año de publicación, población, idioma, características sociales, características culturales, características biológicas y tipos de estudios.

Whittemore y Knafl ⁴³ proponen contar con estrategias bien establecidas de búsqueda bibliográfica, las cuales son fundamentales para mejorar la calidad de cualquier tipo de revisión y la vez evitar búsquedas sesgadas que dan como resultados datos inadecuados.

El proceso de búsqueda de una revisión integrativa debe estar visiblemente documentado, conteniendo los términos de búsqueda, las bases de datos

utilizadas, estrategias de búsquedas, y criterios de inclusión y exclusión para determinar las fuentes primarias relevantes.⁴³

De acuerdo con lo anterior, en el presente trabajo de investigación se planteó la estrategia de búsqueda que abarca la determinación de descriptores en ciencias de la salud (DeCs). Además, el establecimiento de relaciones entre conceptos, traducción de descriptores en inglés, portugués y la definición de los criterios de inclusión y exclusión para la recuperación de la evidencia. Dicha estrategia, se implementó después de verificar los siguientes descriptores y fuentes de búsqueda. Además, se combinó con el operador booleano “AND”, el cual permite obtener información más precisa, pues según expone Moncada S ⁴⁶“nos ayuda a localizar registros que contengan todos los términos definidos en la estrategia”.

En seguida, se realiza la descripción de las fuentes de búsqueda que fueron seleccionadas para esta revisión integrativa.

Tabla 1. Maestría de GOP. Descriptores de búsqueda

Descriptor en español.	Inglés.	Portugués
Lactancia materna	Breastfeeding.	Aleitamento materno.
Destete.	Weaning	Desmame.
Condiciones Sociales.	Social Conditions.	Condicoes sociais.
Normas sociales.	Social norms	Normas sociais.
Cultura.	Culture.	Cultura.
Factores biológicos.	Biological Factors.	Fatores biológicos.
América Latina.	Latin América.	América Latina.
México.	Mexico.	México.
América del sur.	South america.	América do sul.
Región del caribe.	Caribbean región.	Regiao do caribe.

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras.

Tabla 2. Maestría GOP. Definición de las fuentes de búsqueda

Bases de datos.	Descripción.
Google académico.	Es un buscador especializado en la búsqueda de contenido y literatura científico-académica. El sitio indexa editoriales, bibliotecas, repositorios, bases de datos bibliográficas, entre otros. En los resultados se pueden encontrar citas, enlaces, artículos de revistas científicas y comunicaciones.
Pubmed	Es un archivo gratuito de texto completo de la literatura de revistas biomédicas y de ciencias de la vida en la Biblioteca Nacional de Medicina de los institutos nacionales de EE. UU.
EBSCO.	Es una base de datos multidisciplinar con acceso a texto completo de publicaciones periódicas. Asimismo, ofrece acceso a índices, resúmenes de publicaciones, monografías, informes, etc.
Redalyc.	Es un sistema de indización que integra a su índice las revistas de alta calidad científica y editorial de la región. Después de 16 años de dar visibilidad y apoyar en la consolidación de las revistas, integra de manera exclusiva a las que comparten el modelo de publicación sin fines a lucro.

Scielo.	Es una base de datos conformada por colecciones de revistas académicas de 15 países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, España, México, entre otros.
Proquest.	Son colecciones electrónicas que contienen millones de artículos publicados originalmente en revistas, periódicos y publicaciones seriadas en general.

Fuente: Búsqueda cibernética en Google académico.

Tabla 3. Estrategia de búsqueda

1. Lactancia materna / Breastfeeding / aleitamento materno.
2. Lactancia materna AND factores biológicos / breastfeeding AND biological factors / aleitamento materno AND fatores biológicos.
3. Lactancia materna AND cultura / breastfeeding AND culture /aleitamento materno AND cultura
4. Lactancia materna AND normas sociales / breastfeeding AND social norms / aleitamento materno AND normas sociais
5. Lactancia materna AND condiciones sociales / breastfeeding and social conditions/ aleitamento materno AND condicoes sociais.
6. Lactancia materna AND América Latina / Breastfeeding AND Latin America / aleitamento materno AND América Latina.
7. Lactancia materna AND México / Breastfeeding AND Mexico / aleitamento materno AND Mexico
8. Lactancia materna AND América del sur / breastfeeding AND south America / aleitamento materno AND America do sul.

9. Lactancia materna AND Región del caribe /Breastfeeding AND Caribbean region / aleitamento materno AND regio do Caribe.
10. Destete / weaning / desmame.
11. Destete AND factores biológicos/ weaning AND biological factors / desmame AND fatores biológicos.
12. Destete AND cultura / weaning AND culture / desmame AND cultura.
13. Destete AND normas sociales / weaning AND social norms / desmame AND normas sociais.
14. Destete AND condiciones sociales / weaning AND social conditions / desmame AND condicoes sociais.
15. Destete AND México / weaning AND Mexico / desmame AND Mexico.
16. Destete AND América Latina / weaning AND Latin America / desmame AND America Latina.
17. Destete AND América del sur / weaning AND south América / Desmame AND América do sul.

Fuente: Elaboración de las investigadoras.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

1. Población: mujeres con abandono de lactancia materna.
2. Contexto: Mujeres de América Latina.
3. Idioma: español, inglés y portugués.
4. Fecha de publicación: del año 2013 al 2019.

5. Parámetros metodológicos: estudios que en sus resultados evidenciaron factores biológicos, sociales y culturales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina.
6. Estudios primarios: cuantitativos y cualitativos.
7. Estudios secundarios: revisiones sistemáticas, revisiones integrativas y bibliográficas.
8. Artículos con texto completo.

Criterios de exclusión

1. Publicaciones que incluyan mujeres con enfermedades crónicas, poblaciones indígenas, que hayan sido tratadas por cáncer de mama, con alguna complicación durante el proceso de parto o de gestación, que no sean del contexto de América Latina, con lactantes pretérminos o recién nacidos con enfermedades congénitas.
2. Publicaciones que no esté dentro del intervalo de año establecido.
3. Documentos que hablen de lactancia materna pero que no determinen los factores que influyen en abandono de la lactancia materna en América Latina.
4. Opiniones de editoriales, monografías, ensayos clínicos, artículos que no sean publicados en revistas indexadas seleccionadas para la revisión integrativa.
5. Publicaciones que no sean a texto completo.

Instrumento

La Red Internacional de Enfermería en Salud Ocupacional (RedENSO Internacional) es una estrategia de vinculación, cooperación y sinergia entre los profesionales de enfermería, instituciones, organizaciones y programas interesados en el desarrollo técnico- científico, con la finalidad de la promoción de la salud de los trabajadores y la prevención de la enfermedad laboral en las diferentes áreas de desarrollo del trabajo.⁴⁷

El instrumento que fue seleccionado para la recolección y organización de datos corresponde a la Red Internacional de Enfermería en Salud Ocupacional (RedENSO Internacional). Este contiene: información sobre el artículo o revista en la que fue publicado y sobre los autores, características metodológicas del estudio, evaluación del rigor metodológico y evaluación de los hallazgos.⁴⁷

Para adquirir la autorización se contactó con la creadora la Dra. María Helena Palucci Marziale, coordinadora y profesora de Escola Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, a la cual se le envió una carta de solicitud, la cual fue respondida (Véase anexo 1).

A la herramienta se le realizan dos modificaciones en el punto 2, donde se agregan las bases de datos utilizadas en esta tesis y por la metodología empleada se descarta el punto 9. (Véase en el anexo 2).

4.2.3 Etapa 3. Evaluación de datos

Según Pérez L ⁴⁷ refiere que “para realizar una interpretación exhaustiva e imparcial de los datos de fuentes primarias, en las revisiones integrativas, se requiere que estén plenamente ordenados, codificados y clasificados inicialmente por bases de datos”. Por lo cual en este trabajo de investigación se incluyeron diversas fuentes tanto primarias como secundarias. Para realizar una interpretación de los datos fue necesario ordenarlas y codificarlas según las bases de datos, de ahí que los documentos fueron organizados en una tabla de Word,

luego los datos se incluyeron en una matriz del programa Microsoft Excel, que permitió la caracterización de datos por medio de gráficos. (Véase la tabla 4).

4.2.4 Etapa 4. Análisis de datos

Whittemore R ⁴³ refiere que “el objetivo de la etapa de análisis de datos es la interpretación exhaustiva e interpretación e imparcial de fuentes primarias”; por lo tanto, se lleva a cabo una reducción de datos, visualización de datos, comparación de datos y extracción de conclusiones.

A continuación, se describen estas sub- fases:

4.2.4.1 Reducción de datos

La sub-fase de la reducción de datos implica la determinación del sistema de clasificación general para administrar los datos de diversas metodologías. Las fuentes primarias incluidas en una revisión integradora deben de dividirse en subgrupos de acuerdo con un sistema lógico para facilitar el análisis. Se puede realizar según el tipo de evidencia (estudios cualitativos o descriptivos), por cronología, entornos y las características de la muestra.⁴³ Por consiguiente, en esta investigación se realizó por medio de las características de la muestra, donde se generan 3 categorías de acuerdo con los objetivos propuestos siendo estos: factores sociales, factores biológicos y factores culturales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina. (véase las tablas 5,6 y 7).

4.2.4.2 Visualización de datos

La visualización de datos consiste en convertir los datos extraídos de fuentes individuales en una pantalla que reúne los datos de múltiples fuentes primarias entorno a variables o subcategorías particulares. Las pantallas de datos pueden estar en forma de matrices, gráficos, cuadros y establecer el escenario para la comparación de las fuentes primarias.⁴³ En la presente investigación la visualización de datos se representa por medio de esquemas en donde se reflejan las categorías y sus subcategorías. (véase los esquemas 3,4 y5).

4.2.4.3 Comparación de datos

Esta subetapa consiste en un proceso iterativo de examinar las visualizaciones de los datos de las fuentes, para identificar temas y relaciones.⁴³ Por lo cual se procedió a indagar de manera profunda cada subcategoría de cada categoría principal. (véase en las tablas 8,9,10,11,12,13,14,15,16,17y 18).

4.2.4.4 Extracción de conclusiones

En esta fase final del análisis de datos consiste en la síntesis de elementos importantes o conclusiones de cada subgrupo del tema o fenómeno.⁴³ Por consiguiente, se agregaron conclusiones obtenidas en el trabajo realizado, donde los datos son amplios ya que de este modo se identifican las conclusiones presentes referente al tema estudiado.

4.2.5 Etapa 5. Presentación de resultados

En esta última etapa se presentan las conclusiones de la revisión integrativa de la literatura, se explican las fuentes primarias de manera explícita y la evidencia para apoyar las conclusiones que demuestran una cadena lógica de evidencia.⁴³ Por lo cual en el presente trabajo se describe exhaustivamente el proceso de integración de cada una de las tablas visualizadas y se realizó un análisis secuencial y lógico de los resultados.

4.3 Consideraciones éticas

El tema propuesto y avalado por la subcomisión de la maestría en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal y ratificado por la Comisión del Posgrado en Ciencias de Enfermería del Sistema de estudio de Posgrado de la Universidad de Costa Rica.

Según la Resolución 8430 de 1992 del Ministerio de Salud, en el artículo 11, se toma que esta investigación es de tipo sin riesgo, ya que son “estudios que emplean técnicas y métodos de investigación retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables

biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio”.⁴⁸

Para terminar, en relación con las consideraciones éticas para la realización de la investigación se tomó en cuenta una serie de aspectos éticos. En ese sentido, Reyes, H⁵⁸ “exige cuatro requisitos para la inclusión de un autor en un manuscrito los cuales se han establecido internacionalmente (1. Si tuvo una contribución en la concepción y diseño del estudio, 2. participación en la redacción del manuscrito o en su revisión crítica, 3. cedió su versión final del documento realizado, 4. Aceptó la responsabilidad de todos los aspectos del estudio)”.⁴⁹

Delitos o felonías, enlistados en orden decreciente de gravedad

Cuando hablamos de felonías nos referimos a la manipulación o falsificación de datos pertenecientes a otro manuscrito, al plagio de todo el texto o parte de otro documento y la publicación fraccionada.⁴⁹

Plagio

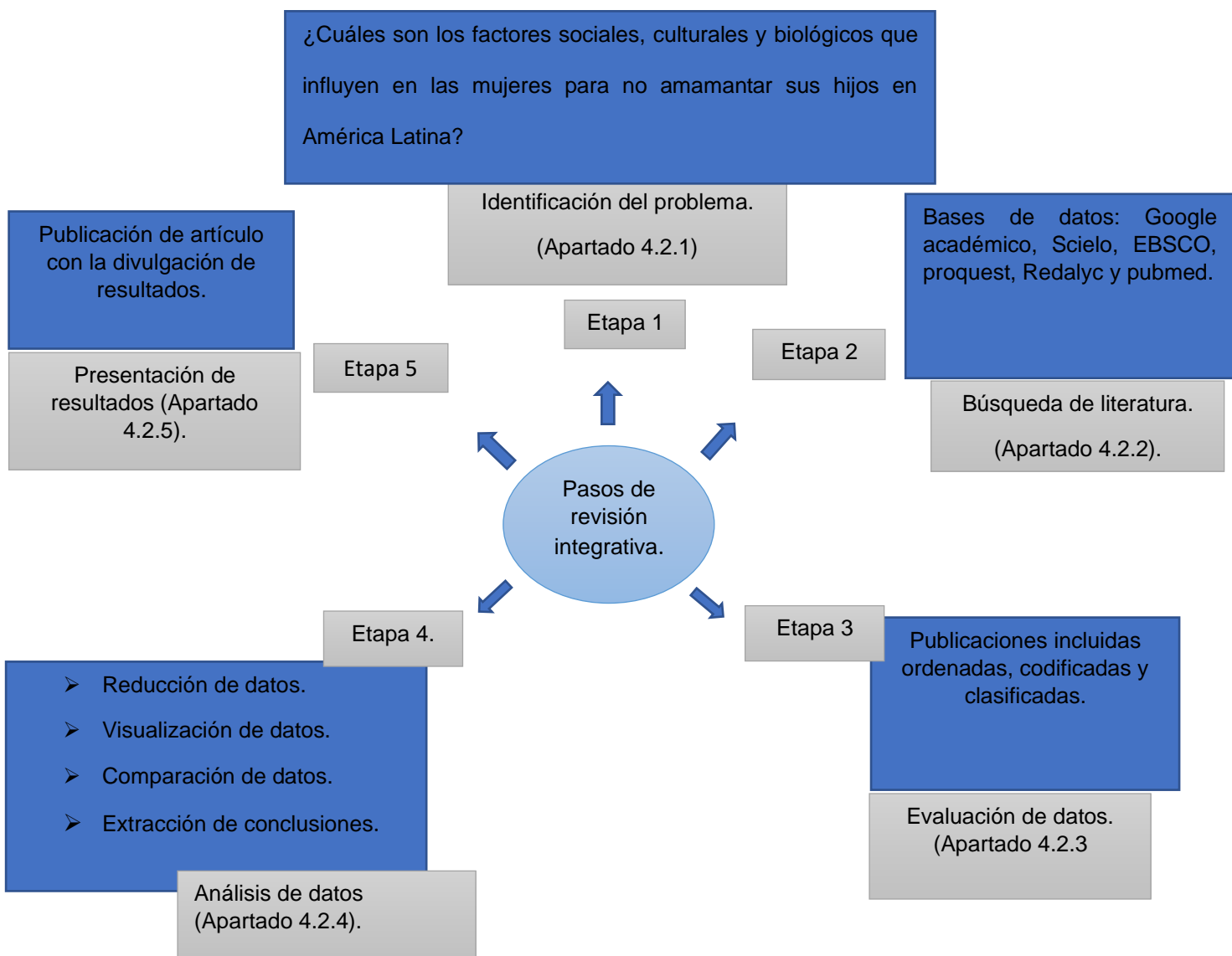
Este se define como el uso de ideas o palabras sin reconocerlo y sin su permiso correspondiente, presentándolas como ideas originales y nuevas en vez de derivadas de otra fuente. Por lo tanto, en este estudio se utilizó el formato de Vancouver para el reconocimiento de las ideas de otros autores y manuscritos.⁴⁹

Capítulo V. Presentación de resultados

5.1 Presentación de resultados

En este apartado se señala directamente los principales aspectos de las etapas de desarrollo, descritas en el capítulo 3, específicamente en el subcapítulo 4.2.

Esquema 1 Etapas de la revisión integrativa de literatura



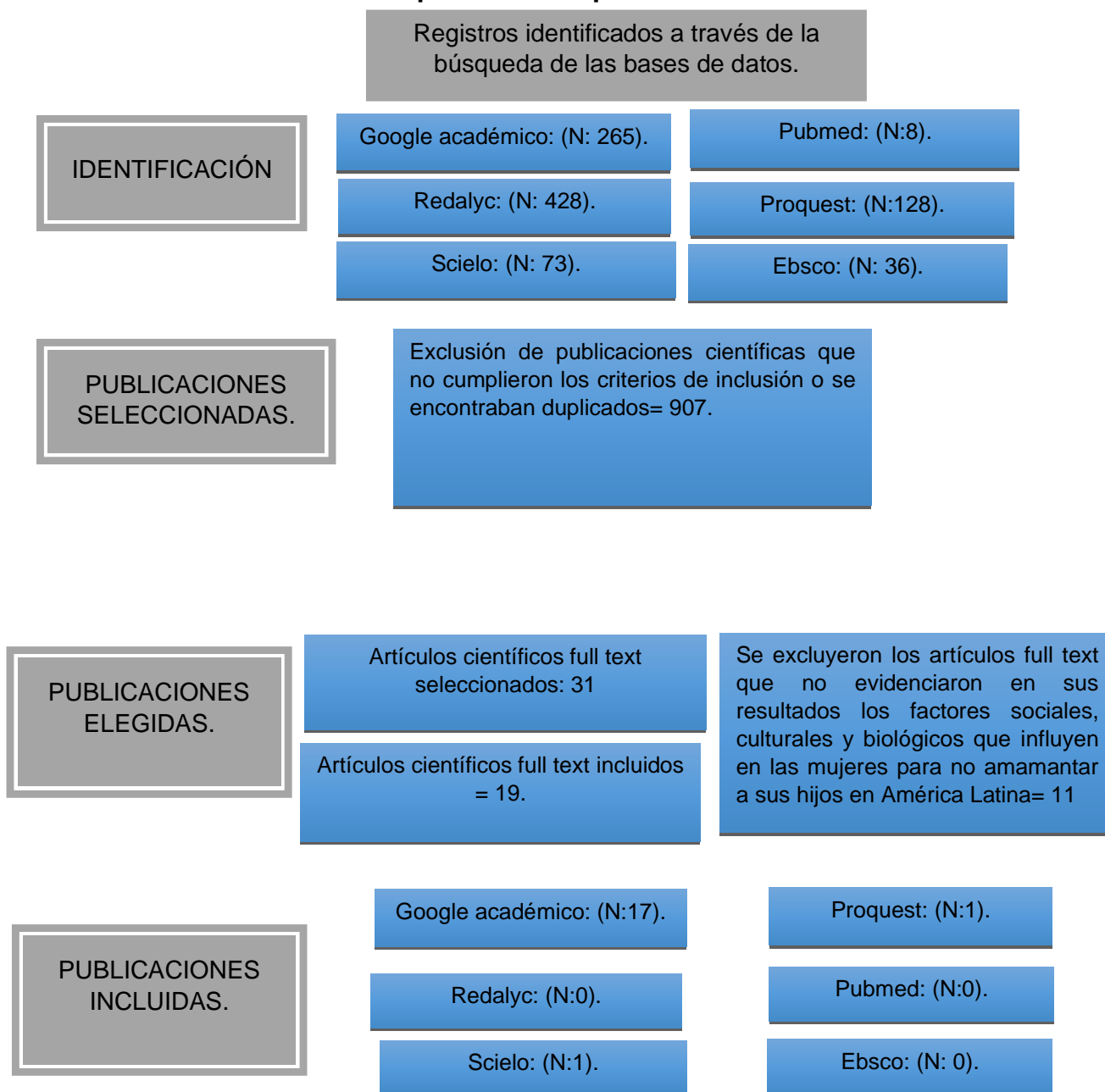
En el anterior diagrama se muestran las principales características planteadas en las diferentes etapas; de este modo se presentan concretamente las etapas 2,3 y 4, correspondientes a la exposición de resultados.

En la etapa 2 se realizó una búsqueda exhaustiva de la literatura en seis bases de datos, la cual se llevó acabo de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos para asegurar el rigor metodológico de esta investigación. Además, se identificó el número máximo de publicaciones científicas por cada una de las bases tal como se puede observar en el esquema número 2.

Inicialmente el récord de publicaciones científicas indexadas en las bases de datos correspondió a 938, de los cuales 441 se excluyeron debido a la duplicidad. Además, se quedaron por afuera 466 artículos, ya que no cumplían con los criterios de inclusión, quedando así 31 artículos elegibles. Seguidamente, se realizó un refinamiento de la búsqueda; se encontraron 11 artículos que no evidenciaron en sus resultados los factores sociales, culturales y biológicos que influyen en las mujeres para no amamantar sus hijos en América Latina, por lo que fueron excluidos. Así se incluyeron 19, clasificados de la siguiente manera: Google académico, 17; Scielo, 1; Proquest ,1.

Una vez establecido el número de artículos científicos para el desarrollo de la etapa tres (evaluación de datos), se procedió a ordenar, clasificar y codificar cada una de las publicaciones en el instrumento para la recolección de datos, de la Red Internacional de Enfermería en Salud Ocupacional (RedENSO Internacional). La codificación de los artículos consistió en asignar un código a cada artículo compuesto por una letra y un número de publicación, para definir la base de datos a la que pertenece y el número de publicación. Los códigos fueron asignados así: Google académico: A, Redalyc: B, Scielo: C, Pubmed: D, Proquest: E y Ebsco: F.

Esquema 2. Búsqueda de Literatura



Fuente: www.prisma-statement.org.

5.2 Presentación de las publicaciones incluidas

A continuación, se exponen las publicaciones incluidas de la siguiente manera: código, título, autores, país, año de publicación y objetivo. Sin embargo, para mayor claridad en el anexo 4 se encuentran organizadas las publicaciones en el instrumento de recolección de la siguiente forma. Cada artículo va a constar de dos hojas, en la primera se muestra la información general del artículo y la revista en la que fue publicado (características metodológicas, autor principal y evaluación del rigor); en la segunda se visualizan los resultados y las conclusiones.

Tabla 4. Publicaciones incluidas

Código- Título.	Autores.	País.	Idioma.	Año.	Objetivo.
A-1. Características y creencias asociadas al abandono de la lactancia materna	Lic. Melissa Pamela Quispe Ilizando, M.C. Alfredo Enrique Oyola García, Lic. Marilia Navarro Cancino, Lic. José Antonio Silva Mancilla.	Perú.	Español.	2015.	Determinar las características y creencias maternas relacionadas con el abandono de la lactancia materna exclusiva.
A2. Determinantes sociales en la práctica de la lactancia materna en un municipio de Colombia,2017.	Edith Soto Osorio. Álvaro Sánchez Caraballo.	Colombia.	Español.	2017.	Establecer la influencia de los determinantes sociales en la práctica de lactancia materna en el municipio de Cereté, 2017.
A3. Papel de la abuela en la lactancia	Marta Elena Losa-iglesias, Rocío Rodríguez-	Colombia.	Español.	2013.	Investigar la influencia de la abuela sobre la

materna.	Vásquez, Ricardo Becerro de Bengoa- Vallejo.				madre que da la lactancia materna y su relación con la incidencia y prevalencia de la misma.
A4. Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva.	Pinilla Gómez, Elvinia Domínguez Nariño, Claudia Consuelo García Rueda, Alexandra.	Colombia.	Español.	2014.	Determinar los factores que influyen en la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes.
A5. Factores socioculturales asociados a la interrupción de la lactancia materna exclusiva en madres con	Geny Rivera Salazar, Herlinda Espinoza Villamar, Irinay Velasco Parraga y Rocío Suarez Fuentes.	Ecuador.	Español.	2018.	Determinar factores socioculturales que se asocian a la interrupción de la lactancia materna exclusiva en madres con

niños menores de seis meses.					niños menores de seis meses de edad en un Hospital Pediátrico.
A6. El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna.	Fabiola Becerra-Bulla, Libertad Rocha- Calderón, Dayana Milena Fonseca- Silva, Laura Andrea Bermúdez Gordillo.	Colombia.	Español.	2015.	Identificar los factores determinantes de tipo social, cultural y familiar que inciden en el éxito o fracaso de la práctica de la lactancia materna.
A7. Factores asociados con la lactancia materna exclusiva.	María Marlen Avalos González, Eida Rosa Mariño Membribes; José Antonio González Hidalgo.	Cuba.	Español.	2016.	Determinar algunas variables que influyen en el comportamiento de la lactancia materna en el primer año de vida.

A.8 Factores asociados a la lactancia materna en mujeres del municipio colombiano.	Mateo Flores Salazar, Orrego Celestino Luisa María, Santiago Revelo Moreno, Geraldine Sánchez Ortiz, Laura Duque Palacio, Juan José Montoya Martínez y Alexandra Agudelo Martínez.	Colombia.	Español.	2018.	Identificar los factores que determinaron la adherencia y el abandono de la lactancia materna en madres de dos comunidades de Dosquebradas, Colombia y el papel del profesional de salud.
A9. Aleitamento materno: fatores determinantes do desmame precoce.	Nathália de Abreu Rodrigues y Ana Cecilia de Godoy Gomes.	Brasil.	Portugués.	2014.	Identificar y analizar los factores que interfieren con la lactancia materna, comparar los resultados relacionados con

					esa interrupción y verificar los índices y categorías relacionados con los factores que producen el destete temprano.
A.10. Factores que inciden en el destete temprano en un grupo de madres de Santa Marta, Colombia.	Gisela González Ruiz, Luz Ángela Reyes Ríos, Yeis Miguel Bórre Ortiz, Haidy Oviedo Córdoba, Loenys Barrios, Lorena Carbonó y Gleydis Martínez Quintero.	Colombia.	Español.	2015.	Identificar qué factores inciden para que se presente el destete temprano en un grupo de madres de niños inscritos a un programa de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Santa Marta, Colombia.

A11. Interrupcao precoce do aleitamento materno exclusivo: experiencia com maes de criancas em consultas de puericultura.	Maiara Gomes Rocha y Edina Silva Costa.	Brasil.	Portugués.	2015.	Identificar los factores que llevan a las madres a detener la lactancia materna exclusiva antes del sexto mes.
A12. Fatores asociados ao desmame precoce do aleitamento materno.	Flávia Andrade Fialho, Amanda Martins Lopes, Ileda Maria Ávila Vargas Días y Marli Salvador.	Brasil.	Portugués.	2014.	Conocer la importancia de las enfermeras en el establecimiento y mantenimiento de la lactancia materna y discutir los factores que desencadenan el destete precoz.
A13. Factores	Névedy Méndez	México.	Español.	2015.	Analizar los

<p>que influyen en el abandono de la lactancia materna en un programa de apoyo para la misma en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán, en el periodo de setiembre a noviembre del 2014.</p>	<p>Jacobo, Luisa Estefanía García Rojas Vásquez, Diana Yolanda Reyes Barretero y Luis Alfredo Trujano Ramos.</p>				<p>factores sociodemográficos que influyen en el abandono de la lactancia materna en un grupo de apoyo a la misma.</p>
<p>A14. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia materna exclusiva, en madres</p>	<p>Daniel Lama Nolasco.</p>	<p>Perú.</p>	<p>Español.</p>	<p>2015.</p>	<p>Determinar los factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia materna exclusiva en madres</p>

aseguradas del Hospital Tingo María.					aseguradas del Hospital I Tingo María – Essalud.
A15. Abandono de la lactancia materna exclusiva en niños atendidos en el primer nivel de atención Chosica.	Anahid Jara Cárdenas, Sinia Pilaca y Emilio Nestor Aguilar Quintana.	Perú.	Español.	2018.	Determinar los factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en niños atendidos en el primer nivel de atención de Chosica.
A16. Aleitamento materno: Influencia de mitos e creencias no desmame precoce.	Talita Ribeiro Algarves, Alcineide Mendes de Sousa Juliao y Herilanne Monteiro Costa.	Brasil.	Portugués.	2015.	Describir los mitos y creencias que implican la lactancia materna y su influencia en el destete temprano.
A17. Factores relacionados ao	Heuler Souza Andrade, Raquel	Brasil.	Portugués.	2018.	Investigar los factores

desmame precoce aleitamento materno.	Aparecida Pessoa y Livia Cristina Vasconcelos Donizete.				relacionados con el destete temprano antes de los seis meses de vida.
C1. Conocimiento y factores de finalización de la lactancia materna en mujeres de una comunidad en Veracruz, México.	Marina del Carmen Osorio Aquino. Ruth Angélica Landa Rivera. María Sobeida Leticia Blázquez Morales. Nallely García Hernández. José Gerardo León Vera.	México.	Español.	2019.	Identificar el déficit y los factores de finalización de la lactancia materna en mujeres que acuden al Centro de Salud Arroyo Blanco en Xalapa, Veracruz.
D1. Prácticas e creencias populares asociadas ao desmame	Ailkyanne Karelly Pereira de Oliveira, Rosana Alves de Melo, Lucianna Pesoa	Brasil.	Portugués.	2017.	Comprender las influencias de las prácticas y creencias populares en el

precoce.	Maciel, Ana Karoline Tavares, Alexsandra Rodrigues Armando y Carla Rebaca da Silva Sena.				destete precoz de puérperas que asistían al programa Estrategia Saude da Familia program.
----------	--	--	--	--	---

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras.

5.3 Inclusión de artículos para el análisis

A través de la búsqueda realizada y la obtención de documentos científicos de importancia, se procede a realizar la etapa 4 (análisis de datos) relacionándolo con el objetivo de esta investigación que consistía en “describir los factores sociales, culturales y Biológicos que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina”. Para lo cual se indexaron los principales factores sociales, culturales y biológicos encontrados en las publicaciones incluidas; esto ha sido detallado de la siguiente manera en la tabla 4: factores sociales se les nombra como categoría 1; factores culturales categoría 2; factores biológicos categoría 3. Seguidamente, se representan en tablas para lograr una mejor visualización de los datos encontrados, los mismos se dividen en subcategorías y se clasifican según el código de cada publicación.

Tabla 5. Evidencia o argumentos de los factores sociales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina

Factores sociales

Código.	Edad.	Ocupación.	Educación.	Ingreso económico.	Estado civil.	Área de rural o urbana.
A1.		El estudio refiere que, a pesar de la existencia de leyes de protección de la lactancia materna, la segunda causa de las madres en el abandono de la LME estuvo ligada con la ocupación. Además, hace				

		referencia que el grado de instrucción podría estar condicionado con el acceso laboral de la madre. Aunque tienen un mejor ingreso económico por el aporte que ella hace a los gastos, también trae consecuencias por el aumento de número de horas dedicadas al trabajo y la disminución de aquellas dedicadas al				
--	--	--	--	--	--	--

		<p>lactante, especialmente los primeros seis meses de vida. Dos horas de lactancia y la falta de ambientes para amamantar al infante en centros laborales no sería suficientes para la madre trabajadora.</p>				
A 2.	<p>El estudio refiere que las madres con mayor proporción de abandono de la lactancia</p>	<p>Con respecto a la ocupación son las madres trabajadoras o en condición laboral las que presentan mayor</p>	<p>En relación con el grado académico se evidenció que el grado de escolaridad de secundaria</p>	<p>Se observó familias en mayor porcentaje con ingresos económicos por debajo de los</p>		

	<p>materna exclusiva tienen un intervalo de años de 16 a 25. Este resultado guarda una relación con los datos estadísticos presentados en la encuesta nacional de vida del 2012, nombrada en el artículo analizado, los cuales muestran que los colombianos</p>	<p>abandono.</p>	<p>completa es del 26,1% y tiene un ingreso familiar menor a un salario mínimo legal, lo que pueden actuar como determinantes sociales de suspensión temprana de la lactancia materna. También, señalan que el abandono temprano de la lactancia materna tiene una fuerte asociación con</p>	<p>salarios mínimos. Por lo cual muchas de las madres realizan un destete temprano.</p>		
--	---	------------------	--	---	--	--

	<p>inician su vida sexual a temprana edad.</p>		<p>los determinantes estructurales. Estos resultados están relacionados con el comportamiento actual y presenta la meta actual de la lactancia materna. Tomando en cuenta los estudios que precisan el grado de escolaridad materna y el uso de la lactancia materna se nota</p>			
--	--	--	--	--	--	--

			<p>que son proporcionales: porque es más duradero en madres con un nivel de estudios superior debido a que las mujeres están en la capacidad de comprender mejor la información sobre la importancia de la lactancia materna en la salud y crecimiento de la población infantil.</p>			
A 4.	En este estudio	Este estudio	En el estudio el	Con respecto al	El estado civil	

	<p>de madres adolescentes la edad promedio fue de 17,9 años. También, refiere que los embarazos a edades más tempranas se están convirtiendo en un problema social.</p>	<p>refiere que la situación actual de la madre trabajadora y de la influencia del entorno laboral, el apoyo familiar, el empleador y de los profesionales de la salud constituyen fuentes fundamentales para alcanzar el éxito de la lactancia materna. El presente estudio cabe de resaltar que, aunque la</p>	<p>factor que obtuvo más frecuencia, según grado académico, fue el nivel de secundaria con un 82%. A nivel de escolaridad materno se evidenció que la mayoría de las adolescentes tienen educación secundaria, lo cual demuestra que a mayor nivel de instrucción materna mayor compromiso con</p>	<p>ingreso económico se determinó que los salarios base son de un 64,3% en la encuesta realizada en el estudio. El embarazo en adolescentes afecta a todos los estratos sociales especialmente el de clase baja, debido en parte a la falta de educación sexual y desconocimiento de métodos de control de</p>	<p>predominante fue la unión libre en un 65%.</p>	
--	---	---	--	--	---	--

		<p>responsabilidad de la cabeza de la familia recae en el esposo o compañero en un 46,8%, un número importante de madres adolescentes son las que responden laboralmente en un 29% y muchas de ellas son cabezas de hogar en un 12,8%. Esta situación constituye un fracaso para la lactancia</p>	la LME.	natalidad.		
--	--	---	---------	------------	--	--

		materna.				
A.5	En estudio refiere que en cuanto a las edades de las madres hay una prevalencia de abandono de LME entre 21 a 40 años que corresponde al 64%.			En esta subcategoría se determinó que pese recibir apoyo económico de sus parejas o familiares tienen la necesidad de realizar alguna actividad laboral debido a que sus ingresos económicos son insuficientes.	Con respecto al estado civil, en el estudio se observó con mayor frecuencia la unión libre en un 49%.	Con respecto al área de residencia fue el área urbana con mayor abandono de lactancia materna exclusiva con un 47%.
A 6.		En diferentes estudios señalaron que el trabajar y sobre todo hacerlo fuera del hogar			En un estudio realizado en binomios mexicanos se encontró que un 78,4%	

	<p>fue un factor que llevó a las madres a no iniciar o abandonar de forma precoz la lactancia materna exclusiva: remplazarla con fórmulas lácteas y complementación temprana con otros alimentos y mayor uso del biberón. Mientras que el permanecer en el hogar fue un factor protector relacionado con</p>			<p>fueron amamantados por seis meses, mientras que un 21,6% solo lo realizaron por 5 meses. Otro estudio hecho en México encontró que una de las causas asociadas al abandono de la lactancia materna fue la falta de apoyo brindado por la pareja. En otro</p>	
--	--	--	--	---	--

el aumento en la duración y mayor tasa de exclusividad en los primeros seis meses.

También, hicieron referencia a las tasas de lactancia con respecto a la existencia de políticas laborales referentes a su protección en los diferentes países.

Encontraron que en aquellos que tenían políticas

estudio se reflejó que las mujeres casadas amamantaron hasta los 4 meses de edad, mientras que las que se encontraban en condición de unión libre lo realizaron por menos de 4 meses.

	garantizaban descansos renumerados para la lactancia por lo menos hasta los seis meses. Hubo tasas significantes más altas de la lactancia materna exclusiva. De esta manera garantizar los permisos se asoció con un aumento de 8,86% en la tasa de la lactancia materna exclusiva de los				
--	--	--	--	--	--

		<p>recién nacidos menores de seis meses.</p> <p>En cuanto a la intensidad horaria, se encontró que las madres que trabajaban entre 7-8 horas al día, el 41,7% amamantaron y el 58,3% no lo hizo. Cuando la intensidad horaria aumento a más de 8 horas al día se encontró que el 94,8% no amamantaron.</p>				
A 7.		Con respecto a	Se expuso en el			

		<p>la ocupación, el estudio reflejó que las madres que amamantaron por menos tiempo y menor a cuatro meses fueron las amas de casa. Las madres que amamantaron por más tiempo fueron las que trabajaban. Al analizar la relación de la ocupación de la madre con el tiempo de la lactancia, se observó cómo las</p>	<p>artículo lo siguiente: Las madres que amamantan a sus hijos por menos de cuatro meses fueron las que tenían un grado educativo de secundaria con un 7,6%. Se observó también que las que amamantaron a sus hijos por más de seis meses fueron las que tenía grado universitario.</p>			
--	--	---	---	--	--	--

		<p>madres trabajadoras muestran los porcentajes más altos en relación con la LME, de 4 a 6 meses y en más de 6 meses. Esta correspondencia con la existencia en el país de la legislación laboral, que protege la maternidad y la infancia, le permite a la mujer amamantar a sus hijos con tranquilidad. se encontraron</p>	<p>Al relacionar la escolaridad materna exclusiva se encuentra en las madres que tenía un nivel preuniversitario o técnico medio mantuvieron la LME por más tiempo; lo cual demuestra la gran importancia del nivel cultural de las madres para obtener el éxito en esta práctica. Se ha planteado que a medida que aumenta el</p>			
--	--	--	--	--	--	--

		<p>resultados similares en otros estudios. Sin embargo, en investigaciones realizadas en otros países reportaron que la madre trabajadora constituye una de las causas principales de abandono de la lactancia materna, ya que no tienen disposiciones legales que protejan la maternidad.</p>	<p>nivel de escolaridad incrementa el número de madres que dan de lactar a sus hijos. Sin duda cualquier actividad de su promoción a nivel de salud, incluida aquellas en relación con la lactancia materna, tiene un terreno más fértil en aquellas madres que tienen un mayor nivel cultural.</p>			
--	--	--	---	--	--	--

A 8.

En el documento se visualizó que las amas de casa son las que presentaron mayor porcentaje en el tiempo de lactancia materna. La ocupación de la madre impactó la duración de la lactancia materna exclusiva. Las amas de casa presentaron el mayor grupo que cumplió con el tiempo de lactancia ideal planteado por la

		<p>OMS. También refirieron que trabajar en el hogar es un factor protector para la duración de la lactancia materna. Otras investigaciones refirieron que las actividades fuera del hogar repercuten negativamente en la duración de la lactancia materna exclusiva.</p>				
A 9.		En el estudio el	El tiempo de			

		<p>70% de los autores citaron que las mujeres que trabajan son un factor importante en el destete temprano.</p> <p>También refieren que las mujeres que trabajan fuera del hogar tienden a ofrecer el biberón.</p>	<p>educación fue señalado como un factor facilitador para interrumpir la lactancia materna.</p>			
A 10.	<p>En el estudio se observó que las madres con mayor abandono se presentaron con una edad entre 26 a 35</p>		<p>Se observó con mayor porcentaje en mujeres con estudios secundarios el abandono de LME.</p>		<p>Se observó que el 40,7% de las eran madres solteras las cuales presentaban destete</p>	

	años con un 52%.				precoz de la LME.	
A 12.	Se mostró que la ocurrencia del destete temprano con mujeres más jóvenes puede deberse al hecho de que tienen menos experiencia, más dudas y preocupaciones relacionadas con la lactancia materna.	Hace referencia que las madres que trabajan fuera del hogar en el empleo formal también pueden favorecer la interrupción de la lactancia materna.	Las madres con menos educación tienden al destetar a sus hijos de manera temprana. Esto puede deberse al menor acceso a la información sobre los beneficios de la lactancia materna.	Las madres con mayor ingreso económico mostraron mayor conocimiento sobre la lactancia materna.		
A 13.	Se visualizó en el artículo lo siguiente: Un grupo de madres jóvenes		El grado de escolaridad que determinó un tiempo de LME insuficiente con		El grupo de madres en unión libre se relaciona con mayores	Las madres de zona urbana son aquellas que tienen

	<p>(15-.25 años) son las que presentan porcentajes mayores en cuanto al tiempo de lactancia insuficiente con un 19%.</p> <p>Se observó que la edad es un factor que influye en el abandono temprano de la LME, ya que se comprobó que las madres más jóvenes son más propensas a abandonar la</p>		<p>mayor porcentaje fue la preparatoria y la secundaria con un 9%.</p> <p>En cuanto al grado de escolaridad y la influencia con el tiempo adecuado de LME varios autores plantean que son más duraderas en madres a nivel universitarias, debido a que tienen mayor conocimiento de los beneficios de la lactancia</p>		<p>porcentajes en el tiempo de LME, insuficiente con un 15,7%.</p>	<p>mayor porcentaje en cuanto al tiempo de la lactancia insuficiente con un 16,9%.</p>
--	---	--	--	--	--	--

	LME antes de los seis meses, esto debiéndose a que son más vulnerables a la influencia familiar y social y a los cambios psicológicos, lo cual intervienen en la toma de decisiones.		materna.			
A 14.	Las madres que hicieron abandono de la lactancia materna exclusiva son	La ocupación con mayor abandono son las amas de casa con un 40% al igual que las	El estudio hace referencia que las madres con mayor educación universitaria			Se observó que las mujeres que hicieron abandono de la LME

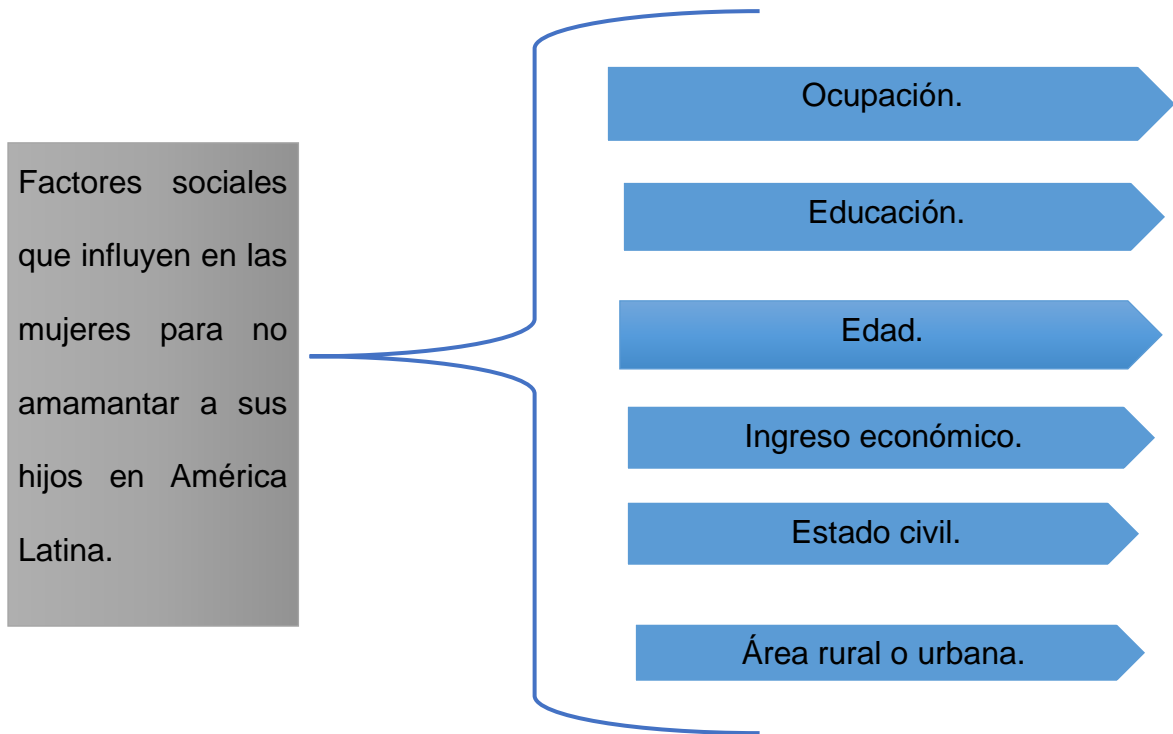
	mujeres con edades entre 30 a 39 años con un porcentaje de 44,1%.	empleadas públicas con un 38%.	hacen mayor abandono de lactancia materna exclusiva y seguidas por las madres con un nivel de secundaria.			fueron de 77% en las zonas urbanas.
A .15	Con respeto a la edad en el presente documento se evidenció que las madres menores de 14 años presentaban mayor abandono de LM.	Se encontró una relación entre la ocupación de la madre trabajadora y el abandono de LME.	Se concluyó que las madres sin estudios superiores fueron las que presentaron mayor abandono de LM.			
A 17.	De las madres	El 48%tenían la	Con respecto a	Con respecto al		

	<p>entrevistadas un 42% tenían 18 a 23 años. El documento también refiere que hubo una mayor ocurrencia de abandono de LME en mujeres más jóvenes y que este hecho se debe a que tienen menos experiencia.</p>	<p>ocupación en el hogar y el otro 48%trabajan fuera del hogar, en un empleo formal. El 27% de las entrevistadas en el estudio relacionaron su abandono precoz de lactancia materna con el regreso al ámbito laboral.</p>	<p>la educación se presentó que el grado de secundaria fue el que obtuvo mayor porcentaje. También refiere que las madres con menos estudios tienden al destete temprano, esto puede deberse a menor acceso a información de los beneficios de la lactancia materna.</p>	<p>ingreso económico se visualizó que tenían ingresos económicos de 2 salarios mínimos. Las madres con ingresos económicos bajos mostraron mayor conocimiento sobre la LM.</p>		
C1.	<p>Se visualizó un grupo de madres de 20 a</p>	<p>El 77,4% refieren ser amas de casa.</p>	<p>El 48,4 % tiene estudios en preparatoria y el</p>			

	24 años con un mayor porcentaje en un 41,9%.	Las madres refieren que uno de los motivos de finalización de la LME fue la incorporación al trabajo.	38,7% de secundaria.			
D 1.		La razón de abandono de LME más evidente en el estudio fue la actividad profesional fuera del entorno doméstico.				

Fuente: Elaboración de las investigadoras.

Esquema 3. Categoría 1 Factores sociales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina



Fuente: Elaboración de las investigadoras.

En el esquema 3 se presenta la categoría 1 sobre los factores sociales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina, en la cual se presentan seis subcategorías: el factor de la edad, ocupación, educación, ingreso económico, estado civil y área rural o urbana. La creación de estas subcategorías se asocia con los resultados obtenidos en la tabla 5 (Evidencia o argumentos de los factores sociales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina); factores que se desarrollarán en el capítulo de discusión.

Seguidamente en la etapa 4 (Análisis de datos), se realizará una tabla con relación al segundo objetivo de esta investigación 2.1.2.2. “Determinar los factores culturales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina”. Se indexaron los principales factores culturales encontrados en las publicaciones incluidas (véase la tabla 4). A dicho grupo se le dará la categoría 2 que se divide en subcategorías y se clasifica según el código de cada estudio encontrado durante la búsqueda para su análisis crítico.

Tabla 6. Evidencia o argumentos de los factores culturales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina

Factores culturales

Código.	Familia.	Creencias y costumbres maternas.	Leyes de protección de la lactancia materna.	Personal de salud.
A1.		El estudio hace referencia a la desconfianza que tienen las madres ante la lactancia materna, en el hecho de que esta cubra con todas las necesidades del niño hasta los seis meses.		
A 2.				
A 3.	En el estudio se observó que el papel de la abuela tuvo una gran influencia en la			

	<p>decisión de no dar de amamantar o en el abandono precoz, ya que existe una asociación positiva con la leche maternizada e infusiones de agua y té como práctica contraria a la lactancia materna.</p> <p>También, se determinó que el abandono de la lactancia materna en los seis primeros de vida era más frecuente en niños con lactancia mixta.</p>			
A 4.				
A 5.	En el estudio se refiere que el 45% de			

	<p>las madres encuestadas indicaron que quienes proporcionaron los conocimientos previos a la lactancia materna exclusiva fueron sus familiares y son estos quienes transmiten sus creencias y costumbres.</p>			
<p>A 6.</p>	<p>En el estudio hicieron referencia a lo siguiente. Dentro de los motivos para el abandono de la LME en un grupo de madres adolescentes refirió la influencia familiar y de allegados; en tanto</p>		<p>En el estudio se reflejó que los países que contaban con leyes de protección sobre la lactancia materna, con descansos remunerados para la lactancia materna (al menos que el niño</p>	

	<p>que el 13,3% señaló un inadecuado apoyo familiar.</p> <p>Otro estudio realizado en mujeres chilenas se encontró, por un lado, que el apoyo familiar ocupa el segundo lugar como facilitador de la lactancia materna; y, por otro lado, fue considerado un factor de dificultad para la misma.</p> <p>El pertenecer a una familia extensa fue factor de riesgo para el abandono de la lactancia materna.</p>		<p>cumpliera los seis meses de edad) mantuvieron tasas significativas más altas.</p>	
A 7.				Las madres refieren

				que donde obtuvieron más información con respecto a la lactancia materna fue por parte del personal de salud y que estas amamantaron por más tiempo.
A 8.				
A 9.				Hace referencia a que el personal de salud es un factor que favorece al destete temprano. También, se nombró a los pediatras como precursores del destete temprano en el caso de los recién nacidos que no tienen un aumento de

peso, la angustia crece y los pediatras presionados, a menudo sin preparación. indican complementos alimenticios.

Se consideran a los profesionales en enfermería con un papel muy importante en el cuidado de las mujeres a nivel prenatal y al periodo de postparto. Estos son fundamentales para la orientación de estas mujeres sobre las técnicas correctas de llevar al bebé al pecho de la madre y de los beneficios que

				<p>la lactancia materna tiene.</p> <p>También, sugieren las visitas al hogar como aliado en la promoción de la lactancia materna, ya que permite conocer la realidad de las madres y sus familias.</p>
A 10.		<p>Se nombró en el estudio que a través de los años se ha arraigado la creencia de apoyar la inserción de alimentos a temprana edad.</p>		
A 11.	<p>El artículo hace referencia que: La interferencia</p>			

	<p>familiar y problemas culturales se relacionan con el destete temprano. En la práctica de la lactancia materna aparecen recomendaciones y características de cada familia.</p> <p>La lactancia es vista por las madres como un acto determinado por la experiencia de la familia, las experiencias culturales y condiciones de vida que pueden intervenir.</p>			
A .12	El apoyo familiar es de gran relevancia		El artículo hace referencia que a	

	<p>para las madres lactantes, ya que contribuyen a la alta efectividad de la lactancia materna.</p> <p>Los miembros de la familia deben de participar en este proceso, porque para la madre es un nuevo momento en donde presenta muchos miedos, dificultades e inseguridades.</p>		<p>pesar de que existan leyes protectoras para las mujeres que amamantan no siempre abordan las condiciones laborales de manera satisfactoria, lo que contribuyen al mantenimiento de la lactancia materna más allá de la licencia de maternidad.</p>	
<p>A 13.</p>				<p>En el caso de porque las madres decidieron usar sucedáneos fue por recomendación médica por motivo de lactancia materna insuficiente.</p>

A 14.				<p>Con respecto a la educación de la lactancia materna se resalta la importancia de la enfermera obstetra, ya que en los procesos educativos fue la que presento mayor porcentaje en estudio con relación a la interferencia del personal de salud.</p>
A 15.				
A 16.				<p>Hace referencia a la gestión del personal y sus interferencias en la lactancia materna. Se dice que los mitos y creencias pueden influir negativamente en la</p>

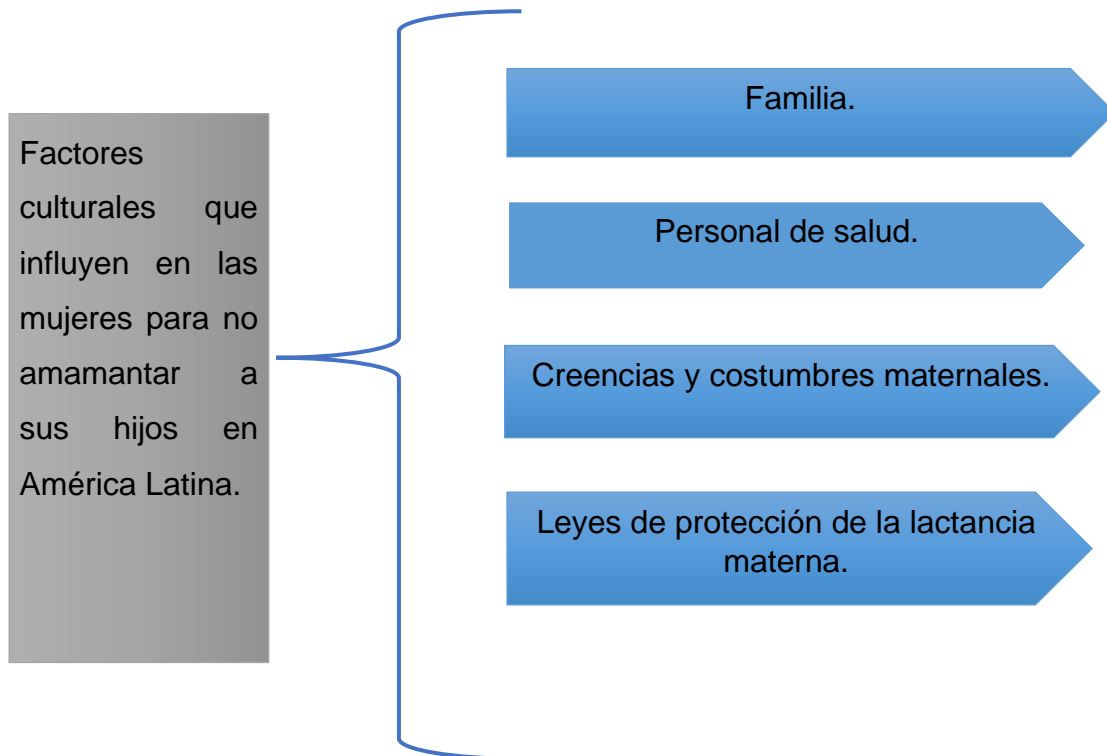
				<p>práctica. Esto no está cubierto por los servicios de salud, por lo cual los autores refieren que a la hora de capacitar a la usuaria tomen en cuenta las creencias y mitos.</p> <p>También, hablan sobre la importancia de la educación durante el control prenatal.</p>
<p>A 17.</p>	<p>Las madres en el estudio recalcaron la importancia del apoyo familiar para la continuidad de la LME.</p> <p>El apoyo familiar es de gran importancia</p>			

	<p>para las madres lactantes, ya que contribuyen en la alta efectividad de la LME. Los miembros de la familia deben de participar en este proceso, porque para las madres es un nuevo momento que presentan miedos y dificultades.</p>			
C1.				<p>El 51,6% refiere haber recibido información por medio del personal de enfermería y el médico del centro de la salud al que acuden.</p>
D1.		<p>Las prácticas y creencias populares</p>		

		también tienen potencial de influir en el destete temprano.		
--	--	---	--	--

Fuente: Elaboración de las investigadoras.

Esquema 4. Categoría 2 factores culturales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina



Fuente: Elaboración de las investigadoras.

En el esquema 4 se presenta la categoría 2 denominada: “Factores culturales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina”. Se presentan cuatro subcategorías las cuales son: familia, creencias y costumbres maternas, leyes de protección de la lactancia materna y personal de salud. Surgieron de los resultados de la tabla 6 (Evidencia o argumentos de los factores culturales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina), los cuales será desarrollados ampliamente en el capítulo de discusión.

Seguidamente se realizará una tabla con relación al tercer objetivo específico: 2.1.2.3 “Determinar los factores biológicos que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina”. Se indexaron los principales factores biológicos encontrados en las publicaciones incluidas; al grupo de estas se les nombrarán como categoría 3, la cual se divide en subcategorías y se clasifica según el código de cada estudio encontrado durante la búsqueda para su análisis crítico.

Tabla 7. Evidencia y argumentos de los factores biológicos que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina

Factores Biológicos

Código.	Percepción de poca leche.	Problemas de pezón.	Tipo de parto.	Paridad.
A 1	En este estudio se señaló que el principal motivo de abandono fue la percepción de que no se llenaba el recién nacido.			
A 2.				
A 3.				
A 4.	El 55,4% de las mujeres encuestadas introdujeron agua u otros alimentos por percepción de poca producción de poca leche materna y por creer que sus hijos			

	quedaban con hambre.			
A 5.				
A 6.	El estudio reflejó que el principal motivo del abandono de la LME fueron los problemas en la producción de la leche materna en todas las madres y especialmente en las madres con grado académico de primaria.			
A 7.				
A 8.				
A 9.	También, hace referencia a que las madres que usan términos como “leche débil” para explicar el abandono de la	En el estudio se nombró que los problemas de pezón en un 50% de los cuales se destacan dolor en los pezones,		

	lactancia materna; sin embargo, se considera como excusa socialmente aceptable para explicar el destete temprano.	traumatismos en el pezón, congestión mamaria, pezones planos e invertidos.		
A 10.	Se determina que uno de los factores de que influyen en el abandono de la lactancia materna fue la producción insuficiente de leche materna por lo que se da la introducción de alimentos en forma temprana.			
A 11.	En este artículo hace referencia que uno de los factores del destete temprano fue			

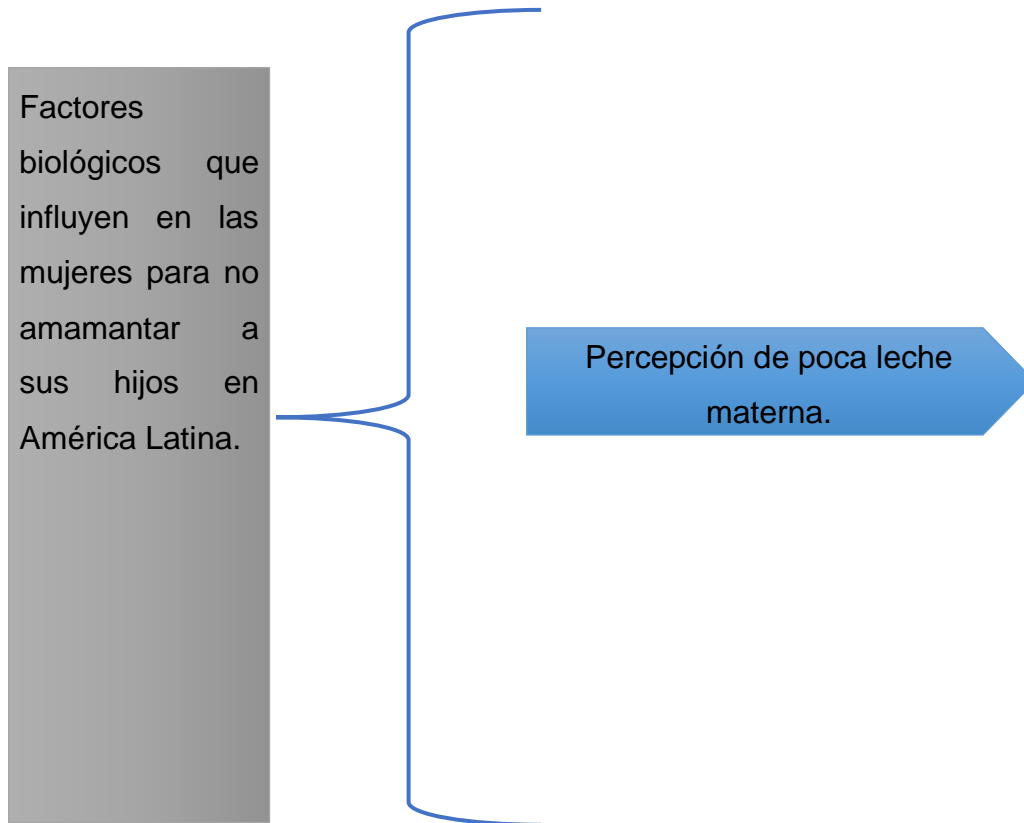
	<p>“mi leche es débil”.</p> <p>La apariencia acuosa del calostro dio pie para esta creencia. Las madres lo relacionan con que el recién nacido succiona y succiona y parece no estar satisfecho. En esta situación es necesario aclarar que la leche materna tiene todos los nutrientes necesarios.</p>			
A. 12	Se determinó que uno de los factores en el abandono de la LME fue la percepción de poca leche materna.			
A 13.				
A 14.	El motivo con mayor frecuencia del			

	abandono de la lactancia materna fue la baja producción de leche materna en un 44%.			
A 15.				
A 16.	Entre mitos y creencias en el destete temprano asociados con la cultura materna se determinó que por medio de esta percepción es que se da la introducción de manera temprana de alimentos entre ellos agua y el té.			
A 17.				
C1.	Dentro de los motivos de finalización de la LME, las mujeres			

	encuestadas mencionaron la falta de producción de leche materna.			
D1.				

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras.

Esquema 5. Categoría 3 factores biológicos que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina



En el esquema 5 se presenta la categoría 3 denominada: "Factores biológicos que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina". Se visualiza una subcategoría, la cual se determinó como: percepción de poca leche materna. Su creación surgió de los resultados de la tabla 7, los cuales se desarrollarán ampliamente en el capítulo de discusión.

Seguidamente, se presenta la subcategoría de la categoría principal, visualizadas en el esquema 3 sobre factores sociales.

Tabla 8. Evidencia y argumentos de los factores de edad

Código.	Factores de edad.
A 2.	<p>El estudio refiere que las madres con mayor proporción de abandono de la lactancia materna exclusiva tienen un intervalo de años de 16 a 25 años.</p> <p>Este resultado guarda una relación con los datos estadísticos presentados en la encuesta nacional de vida del 2012, nombrada en el artículo analizado, los cuales muestran que los colombianos inician su vida sexual a temprana edad.</p>
A 4.	<p>En este estudio de madres adolescentes la edad promedio fue de 17,9 años.</p> <p>También, refiere que los embarazos a edades más tempranas se están convirtiendo en un problema social.</p>
A 5.	<p>En este estudio refiere que en cuanto a las edades de las madres hay una prevalencia de abandono de LME entre 21 a 40 años que corresponde al 64%.</p>
A 10.	<p>En el estudio se observó que las madres con mayor abandono se presentaron con una edad entre 26 a 35 años con un 52%.</p>
A 12.	<p>Se mostró la ocurrencia del destete temprano en mujeres más jóvenes. Este hecho puede deberse a que tienen</p>

	<p>menos experiencia, más dudas y preocupaciones relacionadas con la lactancia materna.</p>
A 13.	<p>Se visualizó en el artículo lo siguiente: Un grupo de madres jóvenes (15-.25 años) son las que presentan porcentajes mayores en cuanto al tiempo de lactancia insuficiente con un 19%.</p> <p>Se observó que la edad es un factor que influye en el abandono temprano de la LME, ya que se comprobó que las madres más jóvenes son más propensas a abandonar la LME antes de los seis meses. Esto se debe a que son más vulnerables a la influencia familiar y social y los cambios psicológicos, lo cual intervienen en la toma decisiones.</p>
A 14.	<p>Las madres que hicieron abandono de la lactancia materna exclusiva son mujeres con edades entre 30 a 39 años con un porcentaje de 44,1%.</p>
A 15.	<p>Con respecto a la edad, en el presente documento, se evidenció que las madres menores de 14 años presentaban mayor abandono de LM.</p>
A 17.	<p>De las madres entrevistadas un 42%</p>

	<p>tenían 18 a 23 años.</p> <p>El documento también refiere que hubo una mayor ocurrencia de abandono de LME en mujeres más jóvenes. Este hecho se debe a que tienen menos experiencia</p>
C 1.	<p>Se visualizó a un grupo de madres de 20 a 24 años con un mayor porcentaje de 41,9%.</p>

Fuente: Elaboración de las investigadoras.

Tabla 9. Evidencia y argumentos del factor de ocupación

Código.	Ocupación.
A1.	<p>El estudio refiere que, a pesar de la existencia de leyes de protección de la lactancia materna, fue el trabajo la segunda causa de las madres en el abandono de la LME, por lo que estuvo ligado con la ocupación.</p> <p>Además, hace referencia que el grado de instrucción podría estar condicionado con el acceso laboral de la madre. Por consiguiente, trae consigo un mejor ingreso económico para cubrir los gastos; pero trae consecuencias como el aumento del número de horas dedicadas al trabajo y la disminución de aquellas dedicadas al lactante, especialmente los primeros seis meses de vida. Dos horas de lactancia y disponibilidad de ambientes</p>

	<p>para amamantar al infante es a veces inexistente en centros laborales y no serían suficientes para la madre trabajadora.</p>
A2	<p>Con respecto a la ocupación son las madres trabajadoras o en condición laboral las que presentan mayor abandono.</p>
A4.	<p>Este estudio refiere que la situación actual de la madre trabajadora y de la influencia del entorno laboral, el apoyo familiar, el empleador y de los profesionales de la salud constituyen fuentes fundamentales para alcanzar el éxito de la lactancia materna.</p> <p>En el presente estudio cabe de resaltar que, aunque la responsabilidad de la cabeza de la familia recae en el esposo o compañero en un 46,8%, un número importante de madres adolescentes son las que responden laboralmente con el 29%: muchas de ellas son cabezas de hogar en un 12,8%, situación que se constituye en un fracaso para la lactancia materna.</p>
A6.	<p>En diferentes estudios señalaron que trabajar, sobre todo hacerlo fuera del hogar, fue un factor que llevo a las madres a no iniciar o abandonar de forma precoz la lactancia materna exclusiva; y remplazarla con fórmulas</p>

lácteas, complementación temprana con otros alimentos y un mayor uso del biberón. Mientras que el permanecer en el hogar fue un factor protector relacionado con el aumento en la duración y mayor tasa de exclusividad en los primeros seis meses.

También, hicieron referencia hacia las tasas de lactancia con respecto a la existencia de políticas laborales referentes a su protección en los diferentes países. Encontraron que en aquellos que tenían políticas garantizaban descansos renumerados para la lactancia por lo menos hasta los seis meses; por lo que hubo tasas significantes más altas de la lactancia materna exclusiva. De esta manera garantizar estos permisos se asoció con un aumento del 8,86% en la tasa de la lactancia materna exclusiva de los recién nacidos menores de seis meses.

En cuanto a la intensidad horaria, se encontró que las madres que trabajaban entre 7 u 8 horas al día, el 41,7% amamantaron y el 58,3% no lo hizo. Cuando la intensidad horaria aumento a más de 8 horas al día se encontró que el 94,8% no amamantaron.

A7.

Con respecto a la ocupación el estudio reflejó que las madres que amamantaron por menos tiempo y menor a cuatro meses fueron las amas de casa. Las madres que amamantaron por más tiempo fueron las que trabajaban.

Al analizar la relación de la ocupación de la madre con el tiempo de la lactancia, se notó cómo las madres trabajadoras muestran los porcentajes más altos en relación con la LME, de 4 a 6 meses y en más de 6 meses. Esta correspondencia tiene que ver con la existencia en el país de la legislación laboral que protege la maternidad y la infancia: le permite a la mujer amamantar a sus hijos con tranquilidad. Además, se encontraron resultados similares con otros estudios.

Sin embargo, en investigaciones realizadas en otros países se reportaron que la madre trabajadora constituye una de las causas principales de abandono de lactancia materna, ya que no tienen disposiciones legales que protejan la maternidad.

A8.

En el documento se visualizó que las amas de casa son las que presentaron

	<p>mayor porcentaje en el tiempo de lactancia materna.</p> <p>La ocupación de la madre impactó la duración de la lactancia materna exclusiva. Las amas de casa son el mayor grupo que cumplió con el tiempo de lactancia ideal planteado por la OMS.</p> <p>Asimismo, refirieron que trabajar en el hogar es un factor protector para la duración de la lactancia materna. Otras investigaciones refirieron que las actividades fuera del hogar repercuten negativamente en la duración de la lactancia materna exclusiva.</p>
A9.	<p>En el estudio el 70% de los autores citaron que las mujeres que trabajan son un factor importante en el destete temprano.</p> <p>Además, refieren que las mujeres que trabajan fuera del hogar tienden a ofrecer el biberón.</p>
A12.	<p>Hace referencia que las madres que trabajan fuera del hogar en el empleo formal también pueden favorecer a la interrupción de la lactancia materna.</p>
A14.	<p>La ocupación con mayor abandono son las amas de casa con un 40% al</p>

	igual que las empleadas públicas con un 38%.
A15.	Se encontró una relación entre la ocupación de la madre trabajadora y el abandono de LME.
A17.	El 48% tenían la ocupación en el hogar y el otro 48% trabajan fuera del hogar, en un empleo formal. El 27% de las entrevistadas en el estudio relacionaron su abandono precoz de lactancia materna con el regreso al ámbito laboral.
C1.	El 77,4% refieren ser ama de casa. Las madres agregan que uno de los motivos de finalización de la LME fue la incorporación al trabajo.
D1.	La razón de abandono de LME más evidente en el estudio fue la actividad profesional fuera del entorno doméstico.

Fuente: Elaboración de las investigadoras.

Tabla 10. Evidencia y argumentos del factor de educación

Código.	Educación
A 2.	En relación con el grado académico se evidenció que el grado de escolaridad y especialmente el de secundaria completa, representada por el 26,1%, tiene un ingreso familiar menor a un salario mínimo legal; lo cual puede

	<p>actuar como determinantes sociales de suspensión temprana de la lactancia materna.</p> <p>Asimismo, señalan que el abandono temprano de la lactancia materna tiene una fuerte asociación con los determinantes estructurales. Estos resultados están relacionados con el comportamiento actual y la meta actual de la lactancia materna. Por lo tanto, tomando en cuenta los estudios que precisan el grado de escolaridad materna y el uso de la lactancia materna se da una proporcionalidad. Porque es más duradera la lactancia en madres con un nivel de estudio superior, debido a que las mujeres están en la capacidad de comprender mejor la información sobre la importancia de la lactancia materna en la salud y crecimiento de la población infantil.</p>
A 4.	<p>En el estudio el que obtuvo más frecuencia según grado académico fue el nivel de secundaria con un 82%. Así evidenció que la gran mayoría de madres adolescentes mantienen un nivel de educación regular; por lo que la instrucción sobre la LME debe de realizarse con mayor compromiso</p>
A 6.	<p>El estudio visualizó lo siguiente:</p>

Se indicó que un menor índice educativo estaba asociado con el abandono precoz de la lactancia materna antes de los seis meses.

Un estudio en México se evidenció que la lactancia materna fue mayor en madres que tenían 6 a 9 años de educación, con respecto a las que tenían una cantidad de tiempo mayor o menor.

En un estudio en Cuba, se señaló que el 43,8% de las madres que tenían un nivel educativo preuniversitario o técnico la LME duro 6 meses o más, mientras que en las preuniversitarias esta cifra fue de 3,2 y las de nivel secundario de 8,8%.

En otro estudio donde hubo un predominio de los niveles escolares más altos en aquellas que ofrecieron leche materna hasta los seis meses; específicamente el técnico 33,3% y universitario 28,2%. En México, en madres adolescentes una de las causas principales para el abandono fue el regreso a actividades escolares.

En Colombia, Pineros y Camacho identificaron en un grupo de mujeres que a menor nivel de escolaridad hay mayor proporción de mujeres que lactan inadecuadamente: 34,1% tenían

	<p>bachillerato completo, 42,3% no lo habían completado y el 7% tenían universidad completa.</p>
A 7.	<p>Se expuso en el artículo:</p> <p>Las madres que amamantan a sus hijos por menos de cuatro meses fueron las que tenían un grado educativo de secundaria con un 7,6%.</p> <p>Se observó que las que amamantaron a sus hijos por más de seis meses fueron las que tenía grado universitario.</p> <p>Al relacionar la escolaridad con la lactancia materna exclusiva se encuentra que en las madres que tenía un nivel preuniversitario o técnico medio mantuvieron la LME por más tiempo; lo cual demuestra la gran importancia del nivel cultural de las madres para obtener el éxito en esta práctica.</p> <p>Se ha planteado que a medida que aumenta el nivel de escolaridad incrementa el número de madres que lactan a sus hijos.</p> <p>Sin duda cualquier actividad de promoción a nivel de salud, incluida aquellas en relación con la lactancia materna, tiene un terreno más fértil en aquellas madres que tienen un mayor</p>

	nivel cultural.
A 9.	<p>Se expuso en el artículo:</p> <p>Las madres que amamantan a sus hijos por menos de cuatro meses fueron las que tenían un grado educativo de secundaria con un 7,6%.</p> <p>Se observó que las que amamantaron a sus hijos por más de seis meses fueron las que tenían grado universitario.</p>
A 10.	Se observó con mayor porcentaje en mujeres con estudios secundarios el abandono de LME.
A 12.	Las madres con menos educación tienden a destetar a sus hijos de manera temprana. Esto puede deberse al menor acceso a la información sobre los beneficios de la lactancia materna.
A 13.	<p>El grado de escolaridad que determinó un tiempo de LME insuficiente con mayor porcentaje fue preparatoria y secundaria con un 9%.</p> <p>En cuanto al grado de escolaridad y la influencia con el tiempo adecuado de LME varios autores plantean que son más duraderas en madres a nivel universitarias, debido a que tienen mayor conocimiento de los beneficios de la lactancia materna.</p>

A 14.	El estudio hace referencia que las madres con mayor educación universitaria hacen mayor abandono de lactancia materna exclusiva y seguidas por las madres con un nivel de secundaria.
A 15.	Se concluyó que las madres sin estudios superiores fueron las que presentaron mayor abandono de LM.
A 17.	Con respecto a la educación se presentó que el grado de secundaria fue el que obtuvo mayor porcentaje. También, refiere que las madres con menos estudios tienden al destete temprano, lo que puede deberse a menor acceso a la información de los beneficios de la lactancia materna.
C 1.	El 48,4 % tiene estudios en preparatoria y el 38,7% de secundaria.

Fuente: Elaboración de las investigadoras.

Tabla 11. Evidencias y argumentos del factor de ingreso económico

Código.	
A 2.	Se observaron familias en mayor porcentaje con ingresos económicos por debajo de los salarios mínimos; por lo cual muchas de las madres realizan un destete temprano.
A 4.	Con respecto al ingreso económico se determinó que los salarios base se

	<p>daba en un 64,3% de la encuesta realiza en el estudio.</p> <p>Además, el embarazo en adolescentes afecta a todos los estratos sociales especialmente el de clase baja; debido en parte a la falta de educación sexual y desconocimiento a métodos de control de natalidad.</p>
A 5.	<p>En esta subcategoría se determinó que pese recibir apoyo económico de sus parejas o familiares tienen la necesidad de realizar alguna actividad laboral debido a que sus ingresos económicos son insuficientes.</p>
A 12.	<p>Las madres con mayor ingreso económico mostraron mayor conocimiento sobre la lactancia materna.</p>
A 17.	<p>Con respecto al ingreso económico se visualizó que tenían ingresos económicos de 2 salarios mínimos.</p> <p>Las madres con ingresos económicos bajos mostraron mayor conocimiento sobre la LM.</p>

Fuente: Elaboración de las investigadoras.

Tabla 12. Evidencia y argumentos del factor de estado civil

Código.	
A 4.	El estado civil predominante fue la unión libre en un 65%.
A 5.	Con respecto al estado civil, en el estudio se observó con mayor frecuencia la unión libre en un 49%.
A 6.	<p>En un estudio realizado en binomios mexicanos se encontró que un 78,4% fueron amamantados por seis meses, mientras que un 21,6% solo lo realizaron por 5 meses.</p> <p>Otro estudio realizado en México encontró que una de las causas asociadas al abandono de la lactancia materna fue la falta de apoyo brindado por la pareja.</p> <p>En otro estudio se reflejó que las mujeres casadas amamantaron hasta los 4 meses de edad, mientras que las que se encontraban en condición de unión libre lo realizaron por menos de 4 meses.</p>
A 10.	Se observó que el 40,7% de las eran madres solteras presentaban destete precoz de la LME.
A 13.	El grupo de madres en unión libre se relaciona con mayores porcentajes en el tiempo de LME, insuficiente con un 15,7%.

Fuente: Elaboración de las investigadoras.

Tabla 13. Evidencia y argumentos del factor de área rural o urbana

Código.	
A .5	Con respecto al área de residencia fue el área urbana con mayor abandono de lactancia materna exclusiva con un 47%.
A 13.	Las madres de zona urbana son aquellas que tienen mayor porcentaje en cuanto tiempo de lactancia insuficiente con un 16,9%.
A 14.	Se observó que las mujeres que hicieron abandono de la LME en un 77% fueron las de las zonas urbanas.

Fuente: Elaboración de las investigadoras.

A continuación, se presentan las subcategorías resultantes de la categoría 2, mencionadas en el esquema 4 sobre los factores culturales.

Tabla 14. Evidencia y argumentos sobre el factor de la familia

Código.	
A 3.	En el estudio se observó que el papel de la abuela tuvo una gran influencia en la decisión de no dar de amamantar o en el abandono precoz; ya que existe una asociación positiva con la leche maternizada e infusiones de agua y té como práctica contraria a la lactancia materna. También, se determinó que el

	abandono de la lactancia materna en los seis primeros años de vida era más frecuente en niños con lactancia mixta.
A 5.	En el estudio se refiere que el 45% de las madres encuestadas indicaron que quienes proporcionaron los conocimientos previos a la lactancia materna exclusiva fueron sus familiares y son estos quienes transmiten sus creencias y costumbres.
A 6.	<p>En el estudio se hizo referencia a lo siguiente:</p> <p>Dentro de los motivos para el abandono de la LME en un grupo de madres adolescentes tiene que ver con la influencia familiar y de allegados, en tanto que el 13,3% señaló inadecuado apoyo familiar.</p> <p>Otro estudio realizado en mujeres chilenas se encontró, por un lado, que el apoyo familiar ocupa el segundo lugar como facilitador de la lactancia materna; y, por otro lado, fue considerado un factor de dificultad para la misma.</p> <p>El pertenecer a una familia extensa fue factor de riesgo para el abandono de la lactancia materna.</p>
A 11.	<p>El artículo hace referencia que:</p> <p>La interferencia familiar y problemas</p>

	<p>culturales se relacionan con el destete temprano. En la práctica de la lactancia materna pueden aparecer recomendaciones y características de cada familia.</p> <p>La lactancia es vista por las madres como un acto determinado por la experiencia de la familia, las experiencias culturales y condiciones de vida que pueden intervenir.</p>
A 12.	<p>El apoyo familiar es de gran relevancia para las madres lactantes, ya que contribuyen a la alta efectividad de la lactancia materna.</p> <p>Los miembros de la familia deben participar en este proceso, porque para la madre es un nuevo momento en donde presenta muchos miedos, dificultades e inseguridades.</p>
A 17.	<p>Las madres en el estudio hicieron recalcar la importancia del apoyo familiar para la continuidad de la LME.</p> <p>El apoyo familiar es de gran importancia para las madres lactantes, ya que contribuyen en la alta efectividad de la LME. Los miembros de la familia deben de participar en este proceso, porque para las madres es un nuevo momento que presentan miedos y dificultades.</p>

Fuente: Elaboración de las investigadoras.

Tabla 15. Evidencias y argumentos del factor de creencias y costumbres maternas

Código.	
A1.	El estudio hace referencia a la desconfianza que tienen las madres ante la lactancia materna, en el hecho de que esta cubra con todas las necesidades del niño hasta los seis meses.
A 10.	Se nombró en el estudio que a través de los años se ha arraigado la creencia de apoyar la inserción de alimentos a temprana edad.
D 1.	Las prácticas y creencias populares tienen potencial de influir en el destete temprano.

Fuente: Elaboración de las investigadoras.

Tabla 16. Evidencias y argumentos del factor de leyes de protección de la lactancia materna

Código.	
A 6.	En el estudio se reflejó que los países que contaban con leyes de protección sobre la lactancia materna, con descansos remunerados para la lactancia materna al menos hasta los seis meses de edad del infante, mantuvieron tasas significativas más altas.

A 12.	El artículo hace referencia a que a pesar de que existan leyes protectoras para las mujeres que amamantan no siempre abordan las condiciones laborales de manera satisfactoria; lo que contribuye al mantenimiento de la lactancia materna más allá de la licencia de maternidad.
-------	---

Fuente: Elaboración de las investigadoras.

Tabla 17. Evidencia y argumentos del factor del personal de salud

Código.	
A 7.	Las madres refieren que donde obtuvieron más información con respecto a la lactancia materna fue por parte del personal de salud: estas amamantaron por más tiempo.
A 9.	<p>Hace referencia el estudio que el personal de salud es un factor que favorece al destete temprano.</p> <p>También, se nombró a los pediatras como precursores del destete temprano en el caso de los recién nacidos que no tienen un aumento de peso; porque la angustia crece y los pediatras presionados, a menudo sin preparación, indican complementos alimenticios.</p> <p>Se consideran que los profesionales en enfermería tienen un papel muy</p>

	<p>importante en el cuidado de las mujeres, tanto a nivel prenatal, periodo de postparto. Estos son fundamentales para la orientación de estas mujeres sobre las técnicas correctas de llevar al bebé al pecho y de los beneficios que la lactancia materna tiene.</p> <p>Además, sugieren las visitas al hogar como aliado en la promoción de la lactancia materna, ya que permite conocer la realidad de las madres y sus familias.</p>
A 13.	<p>En el caso de por qué las madres decidieron usar sucedáneos fue por recomendación médica a causa de la lactancia materna insuficiente.</p>
A 14.	<p>En cuanto a la educación sobre la lactancia materna se resalta la importancia de la enfermera obstetra ya que, en los procesos educativos, fue la que presentó mayor porcentaje en el estudio sobre la interferencia del personal de salud.</p>
A 16.	<p>Hace mención de la gestión del personal y sus interferencias en la lactancia materna. Se dice que los mitos y creencias pueden influir negativamente en la práctica y que no están cubiertos por los servicios de salud; por lo cual los autores refieren que a la hora de capacitar a la usuaria</p>

	tomen en cuenta las creencias y mitos. Incluso, manifiestan la importancia de la educación durante el control prenatal.
C 1.	El 51,6% refiere haber recibido información por medio del personal de enfermería y médico del centro de la salud al que acuden.

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras.

Seguidamente, se presenta las subcategorías resultantes de la categoría 3, representadas en el esquema 5.

Tabla 18. Evidencias y argumentos de los factores de percepción de poca leche materna

Código.	
A 1.	En este estudio se señaló que el principal motivo de abandono fue la percepción de que no se llenaba el recién nacido.
A 4.	El 55,4% de las mujeres encuestadas introdujeron agua u otros alimentos por percepción de poca producción de leche materna y por creer que sus hijos quedaban con hambre.
A 6.	El estudio reflejó que el principal motivo de abandono de la LME fueron los problemas en la producción de la leche materna en todas las madres y especialmente en las madres con grado académico de primaria.

A 9.	Hace referencia a las madres que usan términos como “leche débil” para explicar el abandono de la lactancia materna; sin embargo, se considera como excusa socialmente aceptable para explicar el destete temprano.
A 10.	Se determina que uno de los factores de que influyen en el abandono de la lactancia materna fue la producción insuficiente de leche materna por lo que se da la introducción de alimentos en forma temprana.
A 11.	<p>En este artículo se explica que uno de los factores del destete temprano fue “mi leche es débil”.</p> <p>La apariencia acuosa del calostro dio pie para esta creencia; y las madres lo relacionan con que el recién nacido succiona y parece no estar satisfecho. En esta situación es necesario aclarar que la leche materna tiene todos los nutrientes necesarios.</p>
A 12.	Se determinó que uno de los factores en el abandono de la LME fue la percepción de que tenían poca leche materna.
A 14.	El motivo con mayor frecuencia del abandono de la lactancia materna fue la baja producción de leche materna en un 44%.

A 16.	Entre mitos y creencias en el destete temprano asociados con la cultura materna se determinó que “mi leche es débil”; por lo cual por medio de esta percepción es que se da la introducción de manera temprana de alimentos entre ellos el agua y el té.
C 1.	Dentro de los motivos de finalización de la LME, las mujeres encuestadas mencionaron la falta de producción de leche materna.

Fuente: Elaboración de las investigadoras.

5.4 Caracterización de las publicaciones incluidas

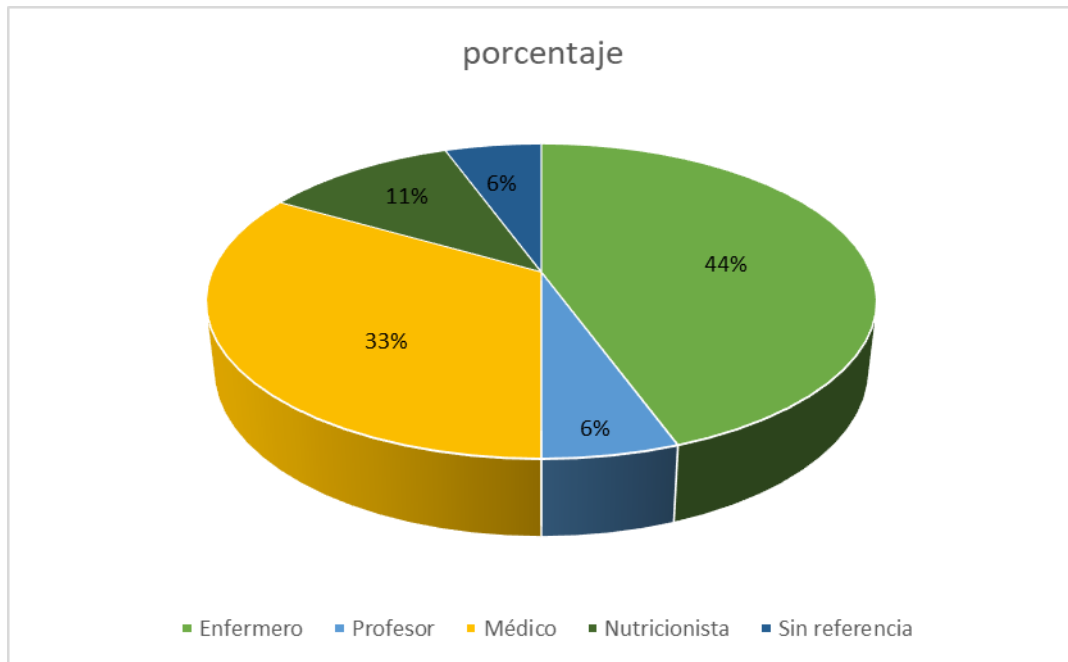
A continuación, se presenta la sub-fase final de la etapa 4 correspondiente al análisis de datos y de acuerdo con el orden del instrumento de recolección de datos; puesto que es necesario el análisis de manera ordenada y coherente con el propósito de asegurar el rigor de la metodología y de establecer relaciones de datos.

5.4.1 Distribución de las publicaciones de acuerdo con la profesión de autores

Este apartado muestra los datos de los autores principales de las publicaciones incluidas. En la figura 1 se refleja la distribución por profesión: se observa que 8 autores son profesionales en enfermería (44.44%), 6 son profesionales en medicina (33.33%), 2 son profesionales en nutrición (11.11%), 1 de profesión profesor en enfermería (5.56%) y de 1 sin referencia de profesión (5.56%).

Lo anterior refleja que la profesión de los autores es proporcional a la producción científica, ya que el tema compete mayoritariamente al campo de ciencias de la salud.

Figura 1. Distribución de las publicaciones de acuerdo con la profesión de autores

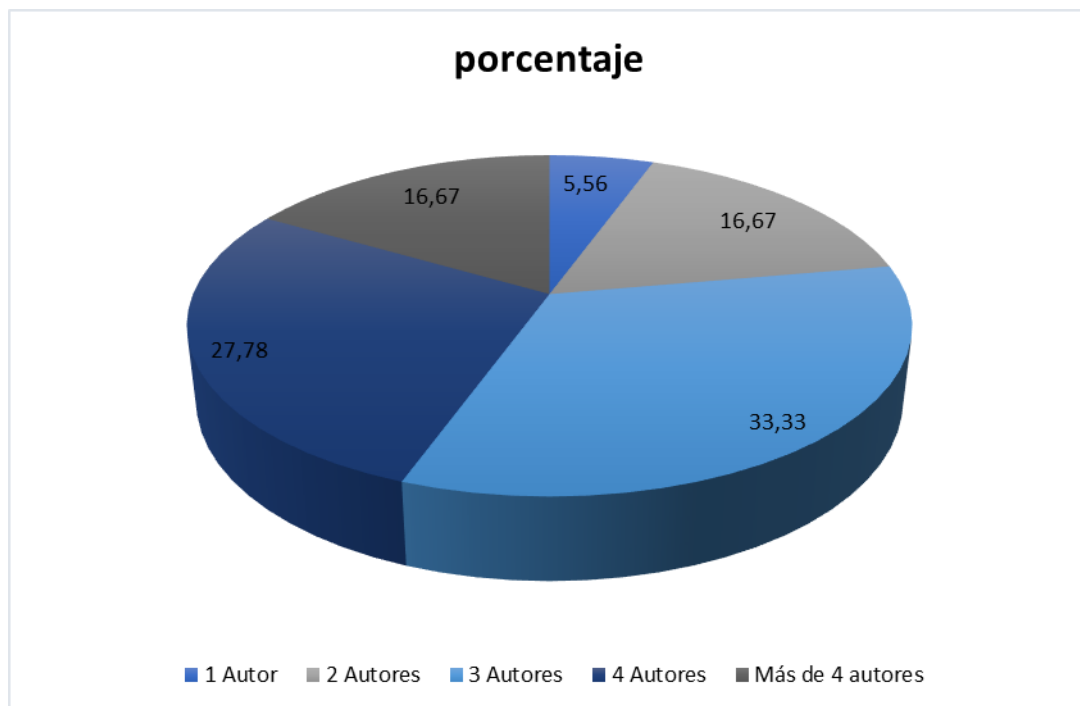


Fuente: Elaboración propia de las investigadoras.

5.4.2 Distribución de las publicaciones de acuerdo con el número de autores

En la figura 2 se determina el número de autores por cada publicación, en donde el 33.33 % de las publicaciones poseen tres autores; un 27.78 % cuatro autores; seguido de un 16.67% tanto para dos autores como más de cuatro autores; y un 5.56% de un solo autor.

Figura 2. Distribución de las publicaciones de acuerdo con el número de autores

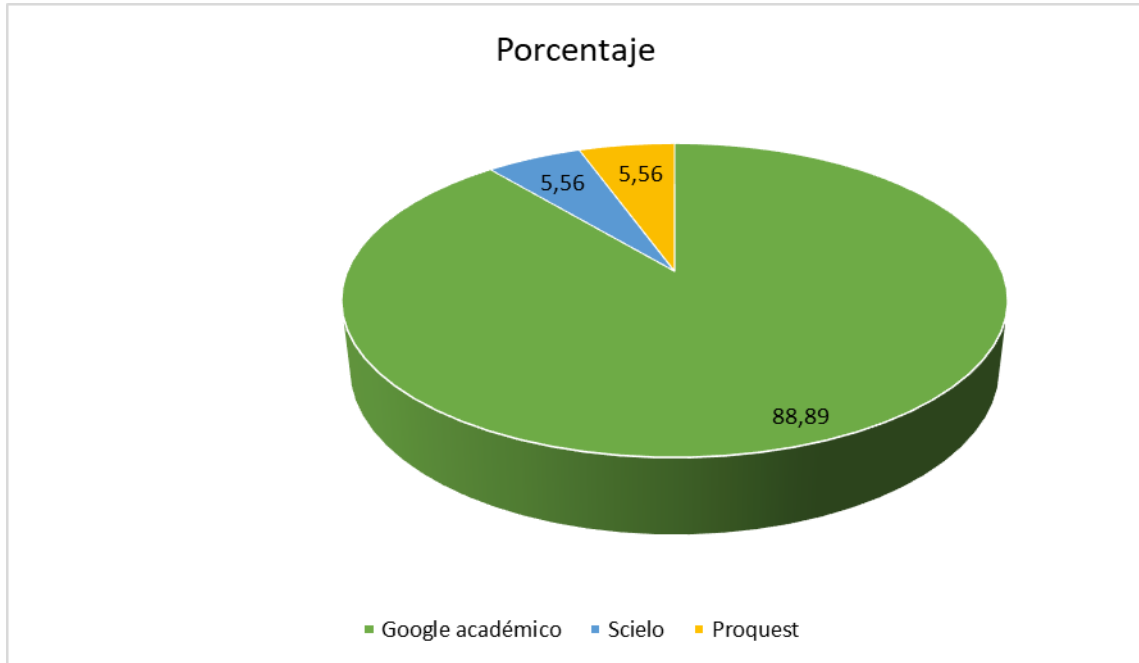


Fuente: Elaboración propia de las investigadoras.

5.4.3 Distribución de las publicaciones de acuerdo con la base de datos

A continuación, se presenta la distribución de los artículos científicos de acuerdo con las diferentes bases de datos consultadas; el mayor número de artículos se encuentra en la base de datos Google académico con 17 publicaciones (88.89%), seguido de SCIELO y Proquest, ambas con un 5.56%.

Figura 3. Distribución de las publicaciones de acuerdo con la base de datos

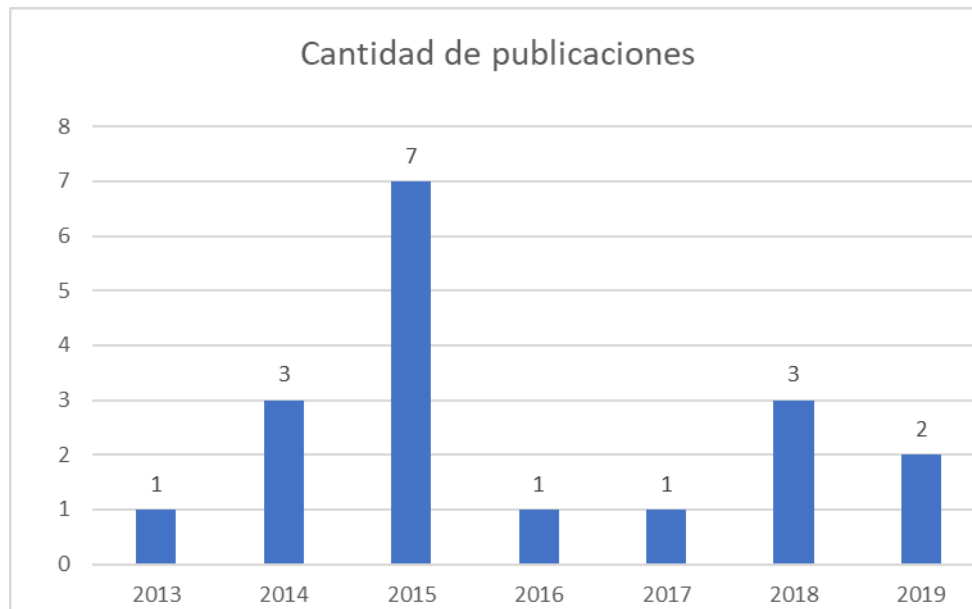


Fuente: Elaboración propia de las investigadoras.

5.4.4 Distribución de las publicaciones de acuerdo con el año de publicación

Con respecto al año de publicación de los artículos científicos identificados, cabe destacar que se utilizaron publicaciones que van desde el 2013 al 2019. En la figura 4 se muestra la distribución por año de la publicación: el mayor número de artículos fue del año 2015 (siete publicaciones); seguido por los años 2014 y 2018 (tres publicaciones); el año 2019 (dos publicaciones); y los años 2013, 2016 y 2017 (una publicación).

Figura 4. Distribución de las publicaciones de acuerdo con el año de publicación

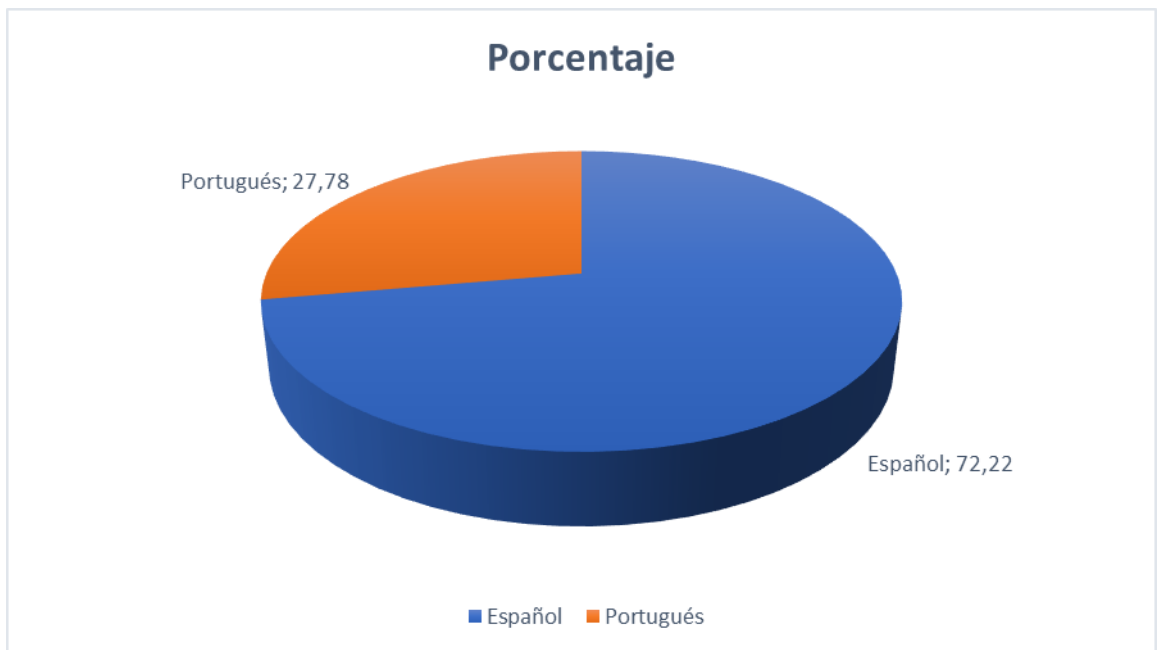


Fuente: Elaboración propia de las investigadoras.

5.4.5 Distribución de las publicaciones de acuerdo con el idioma

En la figura 5 se muestra la distribución de las publicaciones según el idioma; el 72.22% se encontraban en español y el 27.78% en portugués.

Figura 5. Distribución de las publicaciones de acuerdo con el idioma

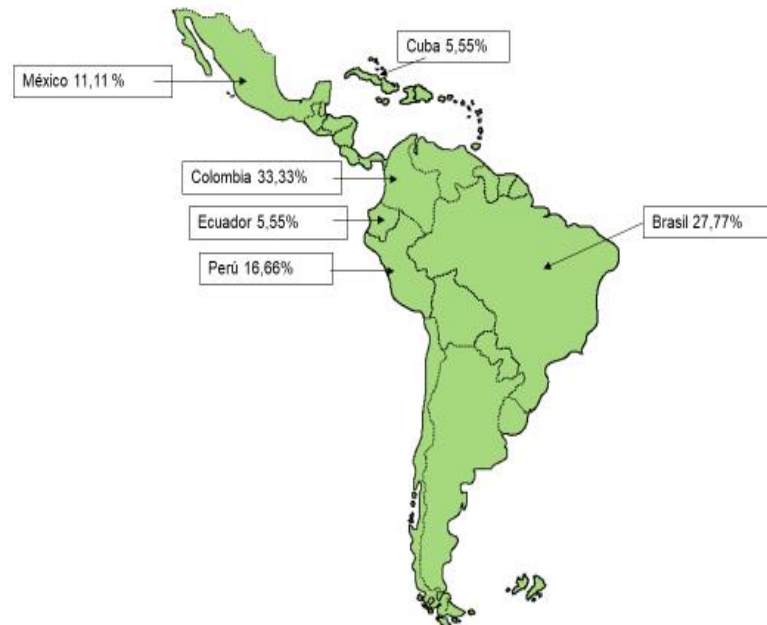


Fuente: Elaboración propia de las investigadoras.

5.4.6 Distribución de las publicaciones de acuerdo con el país de origen

Acerca de la distribución por país de origen, en la figura 6 se observó que en su mayoría las investigaciones existentes proceden de Colombia (33.33%), seguido de Brasil (27.27%), Perú (16.66%), México (11.11%), Cuba y Ecuador con un 5.55%.

Figura 6. Distribución de las publicaciones de acuerdo con el país de origen

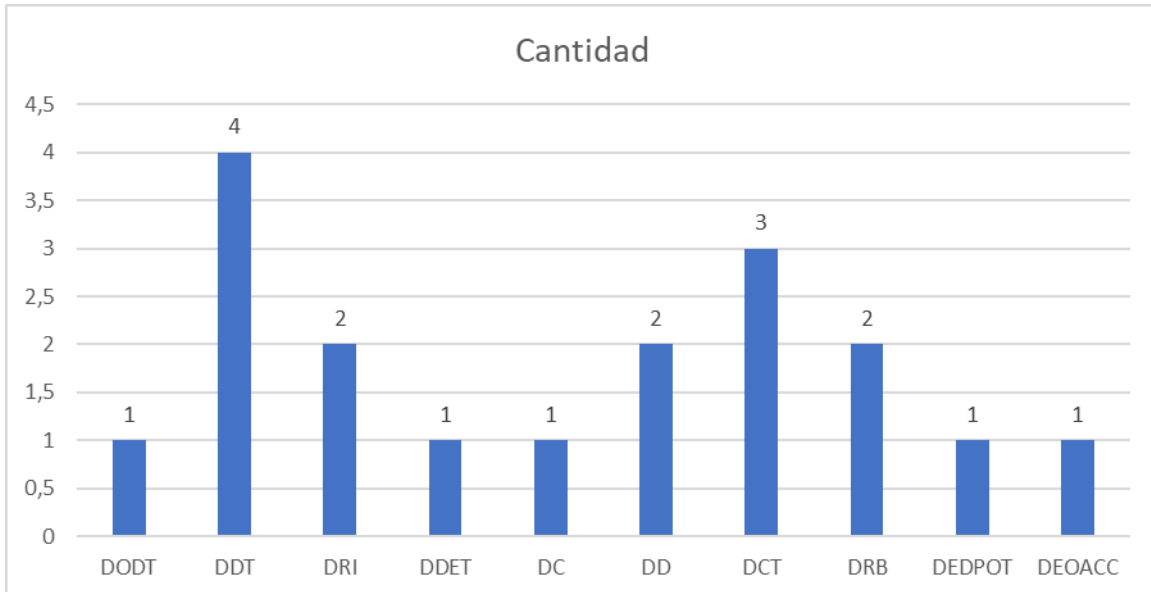


Fuente: Elaboración propia de las investigadoras.

5.4.7. Distribución de las publicaciones de acuerdo con el diseño metodológico

Los diseños metodológicos encontrados en estos artículos empleados son muy variados, como se observa en la figura 7: se consultaron un total de 10 diseños metodológicos diferentes. Los diseños más usados en este estudio fueron DDT (Diseño descriptivo transversal), el DCT (Diseño de corte transversal) y los menos consultados fueron: DODT, DDET, DC, DEDPOT, DEOACC cada uno con un artículo.

Figura 7. Distribución de las publicaciones de acuerdo con el diseño metodológico



DODT: Diseño observacional descriptivo transversal; DDT: Diseño descriptivo transversal; DRI: Diseño revisión integrativa; DDET: Diseño descriptivo explicativo transversal; DC: Diseño cuantitativo; DD: Diseño descriptivo, DCT: Diseño de cohorte transversal; DRB: Diseño de revisión bibliográfica, DEDPOT: Diseño de estudio descriptivo, prospectivo, observacional y transversal; DEOACC: Diseño de estudio observacional, analítico de casos y controles.

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras.

CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Tomando en cuenta los objetivos expuestos, se presenta en este capítulo las discusiones sobre las categorías identificadas en las publicaciones incluidas; además, información anexada en los esquemas 3,4 y 5 del capítulo de resultados.

Seguidamente, se discutirán las evidencias o argumentos de los factores sociales, culturales y biológicos que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina.

6.1 Categoría 1: Factores sociales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina

Cuando se realiza la revisión de literatura se encuentra que la lactancia materna a pesar de ser un hecho biológico, el alimento ideal para el recién nacido y de tener múltiples beneficios para el neonato como para la madre; se ve afectada por múltiples factores de índole social, cultural y biológico que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos. La importancia de esta categoría va dirigida en determinar los factores sociales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina.

El marco que sustenta estos factores, según una revisión exhaustiva de la literatura encontrada sobre el tema de tesis de esta maestría, se ilustra en el esquema N° 3. En primer lugar, se encontró que la ocupación y educación son los más mencionados en las publicaciones incluidas. En segundo lugar, encontramos el factor de la edad. En tercer lugar, se situó el ingreso económico. Por último, el estado civil, área urbana y rural; teniendo así una visión más clara de los factores sociales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina. En este sentido el capítulo de discusión se centra en los ejes de análisis de los factores anteriormente mencionados.

Cada una de las anteriores subcategorías se describen detalladamente a continuación:

6.1.1 Factor social de la ocupación materna

A pesar de que la lactancia materna se considere el alimento ideal para el recién nacido y de múltiples beneficios, se ha visualizado que existen diversos factores sociales que influyen en las madres para no amamantar a sus hijos. Tal es el caso de la ocupación materna, por lo que el análisis de esta subcategoría está enfocado en las madres amas de casa, madres trabajadoras y madres adolescentes.

Según Quispe MP et al ⁵⁰ refiere que el acceso laboral la madre está relacionada con un mayor ingreso económico, que a la vez trae consecuencias negativas con respecto a la lactancia materna; debido a que hay un aumento del número de horas dedicadas al trabajo y una disminución de aquellas dedicadas al lactante, especialmente en los primeros seis meses de vida. Además, que no se cuenta con ambientes disponibles para amamantar al infante, casi inexistentes en los centros laborales; por lo que dificultad más la acción de amamantar.

En cuanto a la intensidad horaria se determinó que influye directamente en la LME, por lo cual se estableció que de las madres que trabajan entre 7 y 8 horas al día evidenciaron que un 41.7% amamantaron y el 58,3% no lo hizo.

Cuando la intensidad aumentó más de 8 horas al día se encontró que el 94,8% no amamantaron. ⁵¹

En otro estudio se determinó que la relación de la ocupación de la madre con el tiempo de lactancia materna obtuvo los porcentajes más altos en relación con la LME, de 4 a 6 meses y más de 6 meses, en países donde se contaba una legislación laboral que protegiera la maternidad y la infancia para que le permitiera a la mujer amamantar a sus hijos con más tranquilidad.⁵²

Sin embargo, en una investigación se precisó que las madres trabajadoras forman parte de las principales causas de abandono de la lactancia materna; debido a que no tienen disposiciones legales que protejan la maternidad.⁵²El trabajar fuera del hogar se relacionó con la introducción temprana de fórmulas lácteas, complementación temprana con alimentos y un mayor uso del biberón.⁵¹

Cuando se habla de las madres amas de casa se relata que son las que presentan mayores porcentajes en tiempo de lactancia materna, cumpliendo con el periodo establecido por la OMS. Además, se puntualizó como factor protector de la duración de la lactancia materna.⁵³ En otras investigaciones se refieren a las actividades fuera del hogar repercuten negativamente en la duración de la lactancia materna.⁵⁵

Ahora bien, con respecto a las madres adolescentes se indica que en el 26% de las familias de estas madres existe algún miembro con la responsabilidad económica, entre ellos se encuentra el esposo o pareja y en algunos casos la misma madre adolescente. Además, se determinó que un número importante de madres adolescentes son cabezas de hogar, por lo que la lactancia materna termina siendo un fracaso.⁵⁴

6.1.2 Factor social de la educación

Soto E et al ⁵⁵ refiere que “la escolaridad de la madre en especial el de nivel de secundaria completa y con un ingreso familiar menor a un salario mínimo pueden actuar como determinantes sociales de la suspensión temprana de la lactancia materna”.

Además, se señala que el abandono temprano de la lactancia materna tiene una fuerte asociación con el nivel de educación de la madre; especialmente el nivel de secundaria. Es más duradera en mujeres con estudios superiores debido que estas madres están en la capacidad de comprender mejor la información sobre la importancia de la lactancia materna en la salud y el crecimiento en la población infantil.⁵⁵

Según Becerra F et al⁵¹ se evidenció que “un nivel educativo menor está relacionado con el abandono más rápido de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses”. En otro estudio, en México, se observó que la lactancia materna fue mayor en mujeres que tenían de 6 a 9 años de educación con respecto a las que tenían una cantidad de tiempo mayor o menor.⁵¹

En Cuba se realizó una investigación en la cual Becerra F et al ⁵¹relata que Avalos señala que el 43,8% de las madres tenían un nivel educativo preuniversitario o técnico con una duración de la lactancia materna de seis meses. Además, en otros estudios similares se evidenció que hay un predominio de los niveles escolares más elevados en aquellas madres que ofrecieron leche materna hasta los seis meses, específicamente en los niveles técnico (33,3%) y universitario (28,2%).⁵¹

A nivel de Colombia Becerra F et al ⁵¹relata que “Pineros y Camacho identificaron en un grupo de mujeres que a menor escolaridad hay mayor proporción de mujeres que lactan inadecuadamente; entre ellas había mujeres con un nivel educativo de bachillerato completo con un 34.1%, 42,3% no lo habían completado y el 7,1% tenía un grado de universidad”.

En relación con las madres adolescentes la mayoría cuentan con un grado académico de secundaria; por lo que el personal de salud debe de brindar un mayor abordaje con respecto a la LME a madres con un menor grado académico para que estas puedan lograr una lactancia exitosa.

Por lo tanto, varios autores coinciden en que el nivel educativo es un factor influyente en la lactancia materna exclusiva. Puesto que a menor nivel educativo mayor el abandono de la lactancia materna; ya que hay una dificultad de comprender la importancia de esta en la salud del neonato y de la madre; y hay una mayor dificultad a la hora de instruir las. Se evidenció que el nivel de secundaria fue el que presentó mayor abandono de la lactancia materna.

6.1.3 Factor social de la edad

Dentro de las características sociales encontramos el factor de la edad; varios autores coinciden que a menor edad mayor es el abandono de la lactancia materna.

Soto E et al ⁵⁵ refiere que “dentro de las características sociodemográficas encuentran un grupo de madres de 16 a 25 años, estos datos guardan relación con los datos estadísticos arrojados por la encuesta Nacional de la calidad de vida del año 2012, los cuales muestran que los colombianos inician su vida sexual a los

16 años; lo cual conlleva a que la fecundidad se vea aumentada, hecho que se relaciona con el comportamiento de la práctica de la lactancia materna”. Estos resultados son similares a los de otros estudios donde se encontró que el grupo de edad de mujeres más jóvenes (15-25) son las que presentan mayor abandono precoz.⁵⁵

El embarazo a edades más tempranas se está convirtiendo en un problema social y de salud pública a nivel mundial. Cuando se habla de madres adolescentes es importante tener en cuenta que es una mujer joven que necesita vivir esa etapa de su vida y que un embarazo precoz no la hace una mujer adulta; ya que no está preparada. En un corto tiempo debe dejar de lado sus metas y asumir su sexualidad, salud reproductiva, su autocuidado y sus relaciones afectivas. Todo esto se convierte en desafíos que las jóvenes nunca han abordado: las lleva a sentirse recargadas de trabajo y con mucha carga emocional, convirtiéndose así en un riesgo para el abandono precoz de la lactancia materna.⁵⁴

Según Névedy J et al⁵⁶ refiere que “la edad es un factor influyente en el abandono de la lactancia materna exclusiva, ya que las madres jóvenes son más propensas a abandonar la lactancia materna antes de los seis meses; esto debiéndose a que son más vulnerables a la influencia familiar, a cambios psicológicos lo cual interviene en la toma de decisiones”. En otro estudio refiere que el abandono en madres más jóvenes se debe a que tienen menos experiencia, tienen más dudas e inseguridades acerca de la lactancia materna.⁵⁷

6.1.4 Factor social del ingreso económico

De acuerdo con el factor del ingreso económico se determinó que quienes presentan mayor abandono de la lactancia materna y un destete precoz son las madres que deben salir a trabajar y tienen ingresos económicos bajos.⁵⁵

Además, se concluyó que a pesar de que algunas madres cuentan con el apoyo económico de sus parejas el ingreso familiar no es suficiente para cubrir las necesidades; por lo cual deben realizar alguna actividad laboral.⁵⁸ Esto provoca una disminución en el tiempo aprovechado por el lactante; lo cual afecta el

mantenimiento de la lactancia materna (galactopoyesis) y produce la introducción temprana de alimentos que induce a un destete precoz.

6.1.5 Factor social de estado civil

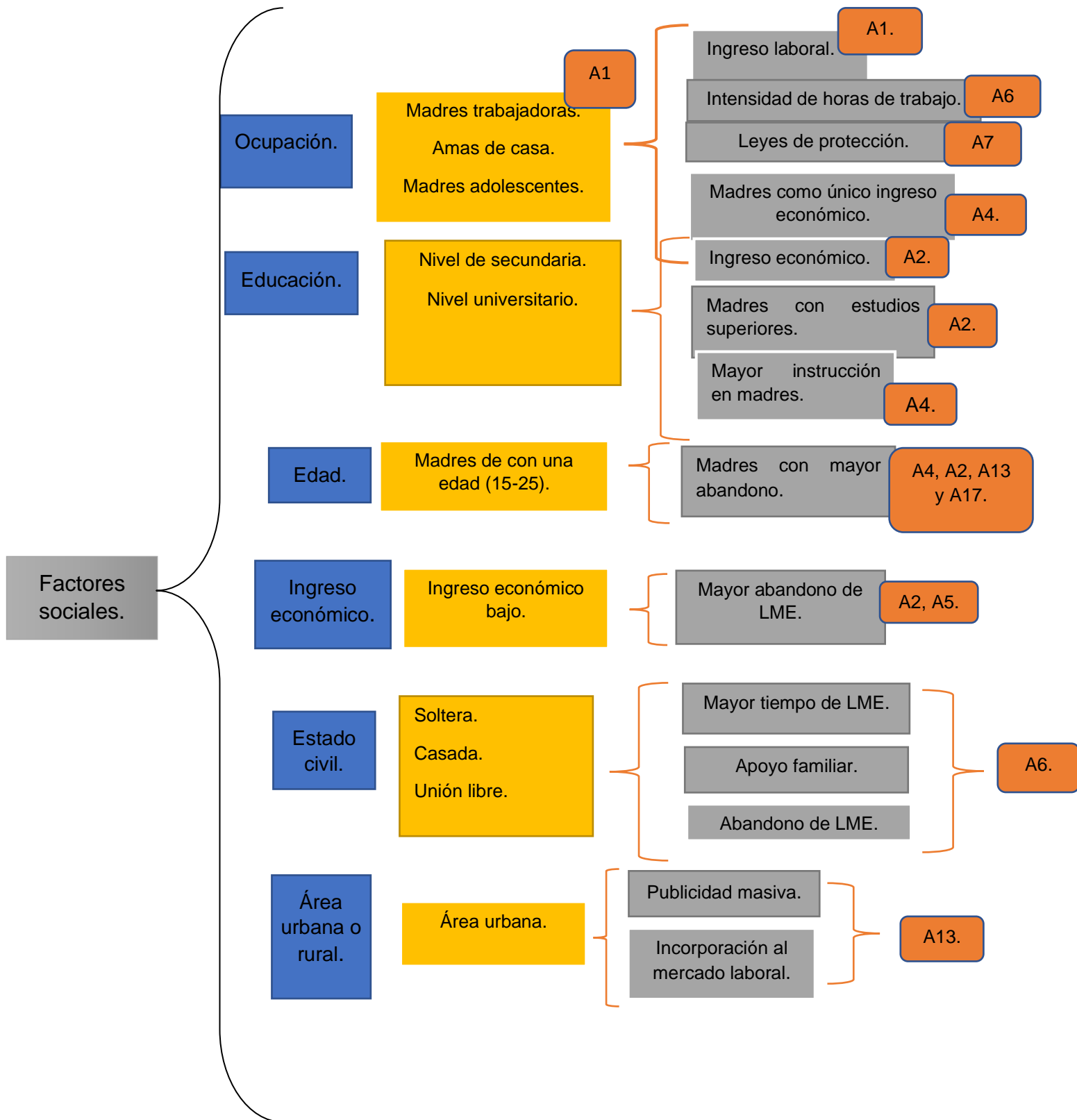
Según el estado civil se indicó que fueron las madres casadas las que presentaron mayor tiempo de lactancia materna (lo realizaron hasta los seis meses), al igual que las mujeres que se encontraban en condición de unión libre; debido a que en ciertas situaciones el apoyo familiar se considera un agente facilitador para el mantenimiento de la lactancia materna.⁵¹

En relación con las madres solteras, presentaron mayor abandono de la lactancia materna.⁵¹ Muchas no cuentan con el apoyo de sus parejas o familiares. Además, la mayoría son cabezas de hogar, por lo cual deben regresar a las actividades laborales provocando la introducción temprana de sucedáneos y un abandono precoz de la LME. ⁵¹

6.1.6 Factor social de área urbana o rural

En nuestra investigación se determinó que son las madres quienes viven en zonas urbanas las que presentan mayor abandono. Según Nevédy et al ⁵⁶ la localidad que “influye en el abandono de lactancia materna exclusiva son las madres provenientes de las zonas urbanas, esto debido que hay una tendencia de modernización; donde la publicidad masiva está más alcance de estas madres y donde la incorporación al mercado laboral se vuelve un problema para lactar a sus hijos el tiempo recomendado”.

Esquema 6. Análisis de categoría 1. Factores sociales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina



6.2 Categoría 2. Factores culturales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina

Al realizar un análisis de la literatura encontrada, se visualizó que la lactancia materna está influenciada por factores socioculturales: por lo tanto, no hay causas aisladas para el destete temprano, sino una relación de factores existentes entre madres e hijos.⁵⁹

La importancia de esta categoría fue determinar los factores culturales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina; bajo este marco se ilustran en el esquema N 4. Así se determinó que la familia y el personal de salud son los primeros factores; seguidamente las creencias y costumbres; y, por último, las leyes de protección de la lactancia materna.

A continuación, cada subcategoría será detallada:

6.2.1 Factor de la familia

La familia se considera un apoyo fundamental en el proceso de la lactancia materna, debido a que brinda apoyo emocional, consejos e información que se convierte en determinantes para su práctica. Además, asume las tareas del hogar que en teoría son de la mujer, con el fin de que la madre dedique más tiempo al lactante y al amamantamiento.⁵¹

Según Gomes M et al “el destete temprano se da debido a la interferencia familiar y problemas culturales. En la práctica de la lactancia materna pueden aparecer recomendaciones de cada familia”.⁵⁹ Una justificación a lo anterior tiene que ver con que la madre lactante se vuelve, en medio de las transformaciones que presenta la maternidad, más vulnerable o sensible a las influencias externas con respecto al cuidado de su hijo y a los miembros de la familia; pues son responsables de la mayor parte de las interferencias.⁶⁰

Entre las influencias de peso se encontró la participación de la abuela que según Losa M et al ⁶⁰ refiere que “muchas veces se considera un obstáculo importante; debido a que se relaciona el papel de la abuela con leche maternizada e infusiones de agua y té como practica contraria a la lactancia materna, provocando el abandono precoz de la lactancia materna.⁶⁰

También, se evidenció que la mayoría de las madres han tomado la decisión de amamantar o no hacerlo antes de embarazarse o durante el primer trimestre de embarazo(tiempo en que la mayoría del personal de salud no brinda información relacionada a la lactancia materna).⁶⁰ Por lo tanto, se cree necesario que la educación que se brinde a la mujer embarazada debe realizarse desde el primer trimestre de embarazo para crear una consciencia de la importancia de la lactancia materna exclusiva; además de instruir a la madre sobre técnicas de lactancia entre ellas posturas de lactancia materna (postura de cuna , cuna cruzada); además de la adecuada colocación del recién nacido en relación al seno materno y verificación del reflejo de succión y del idóneo sello del bebé con la mama.

También, se hizo mención que el 45% de las madres en un estudio indicaron que quienes proporcionaron información previa a la lactancia materna exclusiva fueron sus familiares.⁵⁸

También se determinó otro elemento importante que son las manifestaciones de afecto por parte de los familiares. Según Becerra F et al ⁵¹ hace alusión a “que el papel protector de la familia está relacionado con un menor nivel de estrés de la madre, lo que conlleva a un manejo más tranquilo de los problemas que puedan surgir en la lactancia; así como el hecho que la mujer cuente con un mayor tiempo para lactar, derivada de una menor presión, para la realización de otras actividades”.

Con relación a las madres adolescentes uno de los motivos del abandono de la lactancia materna exclusiva fue el inadecuado apoyo familiar y de los allegados; más bien se pueden convertir en fuente de desaliento ya que tienden a ver en su familia una actitud condenatoria, discriminatoria y de rechazo. Entonces, la familia

se puede considerar como factor de riesgo aún mayor en las madres adolescentes, dado a que es más frecuente la actitud negativa que la orientadora frente a la lactancia materna y los demás procesos.⁵¹

Además, Becerra F et al ⁵¹ menciona “la importancia de que los padres acudan a las citas de control prenatal, ya que la mayoría de las veces estos no acompañan a sus parejas, lo que los mantiene desinformados con respecto a aspectos de la duración adecuada de lactancia materna, como forma de alimentar al recién nacido”.

Adicional a este estudio, se considera que una mayor participación del padre en la consulta de control prenatal hace que se tenga una mayor inclinación hacia la LME.⁵¹ Por lo tanto, una acción de peso ante la promoción de la lactancia materna tiene que ver con educar a la madre y a su núcleo familiar acerca de los beneficios de la lactancia materna. Debido a la gran influencia que tiene la familia sobre la madre se puede generar una consciencia mayor de la importancia de la LME; lo que conlleva una posible disminución del abandono de la LME.

Además, se evidenció que los diferentes comportamientos de los grupos de población en relación con la lactancia materna están modulados en su mayoría por preferencias personales, culturales, circunstancias sociales, económicas. Por lo tanto, hace referencia a la importancia de conocer las características locales y el patrón natural de la lactancia materna, con el fin de determinar los factores de riesgo para el destete temprano y así contribuir a la planificación de la salud por medio de acciones educativas y de apoyo que favorezcan a la práctica de la lactancia materna.⁶¹

6.2.2 Factor del personal de salud

El personal de salud en el tema de la lactancia materna tiene un papel de suma importancia; especialmente las enfermeras obstetras son las encargadas de educar a la mujer y a su núcleo familiar sobre el proceso del embarazo y puerperio, lo que incluye la lactancia materna (exponer los beneficios para la madre como para el neonato).

Avalos M et al ⁵² demuestra en su estudio “que los casos de mayor duración de la lactancia materna exclusiva fueron los que recibieron información por parte del personal de salud, seguidos de los familiares y en menor cantidad por difusión de los medios, que realizan promoción de la lactancia materna exclusiva”. Además, se visualizó que el comportamiento de las madres con relación a la lactancia materna es deficiente; lo que determinó que las acciones del personal de salud deben ser extendidas a la familia de la madre embarazada o lactante, creando una educación basada en la práctica de la lactancia materna y el conocimiento de sus ventajas.

En otro estudio nombrado por Avalos M et al ⁵² y realizado en Cuba se menciona “que el personal de salud intervino en la educación sobre la LME; lo que evidencia la labor orientadora, en especial de la enfermera obstetra en consultas prenatales y del pediatra como futuro médico del niño”.

Por consiguiente, se puede resaltar la importancia de la enfermera obstetra en el proceso de la lactancia materna. Lama D et al ⁶² menciona que “en su estudio se observó que la educación recibida por las madres sobre la lactancia materna fue brindada en mayor proporción por las obstetras, enfermeras generales en 48% y 31% y los médicos en un 8 %”. Hallazgo que resalta la necesidad de una intervención oportuna y adecuada para la sensibilización, internalización y fortalecimiento de los procesos proactivos con respecto al componente educativo de los profesionales de salud. Además, se determinó que a pesar de que las madres entrevistadas en el estudio muestran conocer los beneficios de la lactancia materna, el nivel de práctica de lactancia materna es deficiente.⁶²

Por lo tanto, se considera que no basta con brindar educación sobre los beneficios, también es necesario el aprendizaje de técnicas de amamantamiento, y de las soluciones a los problemas que se podrían presentar durante esta etapa, con el fin de brindar una mejor instrucción y prolongar el tiempo de la lactancia.

En cuanto a los factores culturales, es importante considerar que los mitos y creencias tienen un impacto negativo en la práctica de la lactancia materna, los cuales no son tratados por los servicios de salud; es decir, a la hora de brindar

educación sobre la lactancia materna los profesionales de salud no los toman en cuenta. Sin embargo, es necesario combatir estos mitos con información pertinente, para lograr un mayor tiempo de duración de lactancia materna.⁶³

Ribeiro T et al ⁶³ refiere “que los programas de investigación relacionados con la lactancia materna son más eficaces cuando se centran en las creencias maternas. Por lo tanto, la importancia de incluir en la información vinculada con los mitos y creencias, a la hora de brindar información a las madres que se encuentran en alojamiento en conjunto”.

Además, se determinó que no es suficiente que las madres estén informadas de los beneficios de la lactancia materna, también que se haga referencia a la importancia de que el personal de salud tome en cuenta las experiencias vividas de las madres y sus concepciones preconcebidas para animar y apoyarlas en este proceso. Asimismo, se debe contar con personal calificado que pueda orientarlas; aunque no suele contarse con el personal capacitado con habilidades y conocimientos para manejar este tipo de situaciones: lo que se pueden convertir en un obstáculo para la LME.⁶³ Por lo que se considera, por un lado, que el personal de salud se debe mantener actualizado con relación al tema; y, por otro, que las instituciones de salud tengan claro la importancia de mantener capacitado a su personal para que brinden una atención de calidad: en este caso una mejor promoción de la lactancia materna para así conseguir una disminución en el destete temprano.

En cuanto a la causa principal de la introducción de sucedáneos, está relacionada con el contacto con el personal de salud antes del nacimiento y posterior al alumbramiento, lo que provoca una disminución en su frecuencia y el abandono precoz⁶⁴.

Una de las causas tiene que ver con que los pediatras no cuentan con una preparación en este tema, por lo que indican el suplemento como solución al problema.⁶⁴ Así pues Abreu N et al ⁶⁴ considera “que los profesionales de enfermería tienen un papel muy importante con el cuidado de la mujer”; puesto que son los encargados de brindar de manera integral los cuidados y la educación

necesaria ante las diversas situaciones que podría surgir durante el proceso de lactancia materna.

Abreu N et al ⁶⁴ en su investigación nombra a Volpi y Maura, los cuales señalan “que muchas mujeres no recibieron educación durante el control prenatal, así como en el puerperio; los cuales son periodos fundamentales, para la orientación y educación sobre la lactancia materna”.

Además, se destacó la importancia de la visita domiciliar como un aliado de la promoción de la lactancia materna, ya que permite conocer sus prácticas, creencias y evaluar el medio ambiente, condiciones físicas, vivienda y saneamiento en las que las madres viven.⁶⁴ Por lo tanto, podría ayudar al personal de salud a determinar los posibles factores que podrían interferir en la LME.

6.2.3 Factor de creencias y costumbres

Las creencias y costumbres de la lactancia materna surgen por percepciones inadecuadas de las madres; entre ellas están: “dar de lactar es doloroso”; “el biberón es la mejor forma de controlar la alimentación de mi bebe”; “dar de lactar daña mi imagen corporal”. Asimismo, se muestra la discrepancia de las madres con afirmaciones tales como: “la LME es insuficiente para satisfacer el hambre de mi bebe” y “la LME es suficiente para engordar a mi bebe”. Esto se asocia con el abandono de la LME.⁵⁰

La lactancia materna responde a un hecho biológico, pero inevitablemente está sujeto a influencias sociales, económicas y culturales. Por ello, es importante tomar la referencia que hace González G et al ⁶⁵ sobre la alusión de Leininger, acerca de “que la cultura es el conocimiento que se adquiere y se trasmite, con sus valores, creencias, reglas de comportamiento y prácticas en su estilo de vida, que orientan estructuralmente aun grupo determinado en sus pensamientos y actividades”.

Por lo cual nosotras como enfermeras obstetras a la hora de realizar un abordaje sobre la lactancia materna debemos de tomar en cuenta la cultura de la madre y la

de su núcleo familiar, además de profundizar cuáles son esas creencias con el fin de desvanecer ciertos mitos o percepciones erróneas sobre la lactancia materna.

Actualmente ha declinado el éxito de la implementación de la lactancia materna y no se ha logrado revertir. Quispe MP et al ⁵⁰ se refiere a que “Camargo y otros autores, señalan que los conocimientos deficientes generan percepciones y creencias inadecuadas por parte de la madre sobre la lactancia materna, los cuales influyen en la práctica, en forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Además, la desconfianza de que lactancia materna es un alimento que cubre todas las necesidades del niño hasta los seis meses de vida estuvo ligado con el retiro de la LME.⁵⁰ Esto es un hallazgo importante que denota el inadecuado conocimiento sobre la importancia y los beneficios de la leche materna en la nutrición en dicha edad, que podría estar vinculada con intervenciones educativas ineficaces durante el periodo del parto o el seguimiento del binomio, como parte de la consejería.⁵⁰

Por consiguiente, se puede resaltar el papel fundamental que tiene la enfermera especialista en ginecología obstétrica, ya que según Quispe MP et al hace alusión a “que los profesionales de salud encargados del cuidado de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, desempeñan un rol crucial para lograr una lactancia materna exitosa, basada en la técnica adecuada”.⁵⁰ Debido a que son los encargados de educar a las madres sobre LME para disminuir el abandono por motivos de creencias erróneas como las siguientes: el amamantar es doloroso; el biberón es la mejor manera de controlar la alimentación de mi bebe; introducción de alimentos a temprana edad ya que la leche materna no llena a mi bebe; el amamantar daña mi imagen corporal y demás.⁵⁰

Sumado a lo anterior, existe la creencia que apoya la inserción a temprana edad de alimentos, la cual se ha transmitido de generación en generación; debido a que se fundamenta en mitos relacionados con el crecimiento, el desarrollo del niño y con tener hijos más sanos. Dicha situación resalta las necesidades educacionales que requieren ciertas poblaciones.⁶⁵

En una encuesta realizada en mujeres que se encontraban en periodo postparto hasta los seis meses, mostró que las creencias y mitos pueden ser determinantes en la práctica de la lactancia materna; lo que representa un reto importante para los profesionales de salud en el proceso de lactancia materna.⁶⁶

Por lo tanto, se considera que el profesional de salud debe brindar una educación de manera continua y desde el primer trimestre de embarazo para crear una consciencia de la importancia de la lactancia materna y desvanecer esos mitos y creencia por medio de información adecuada y veraz.

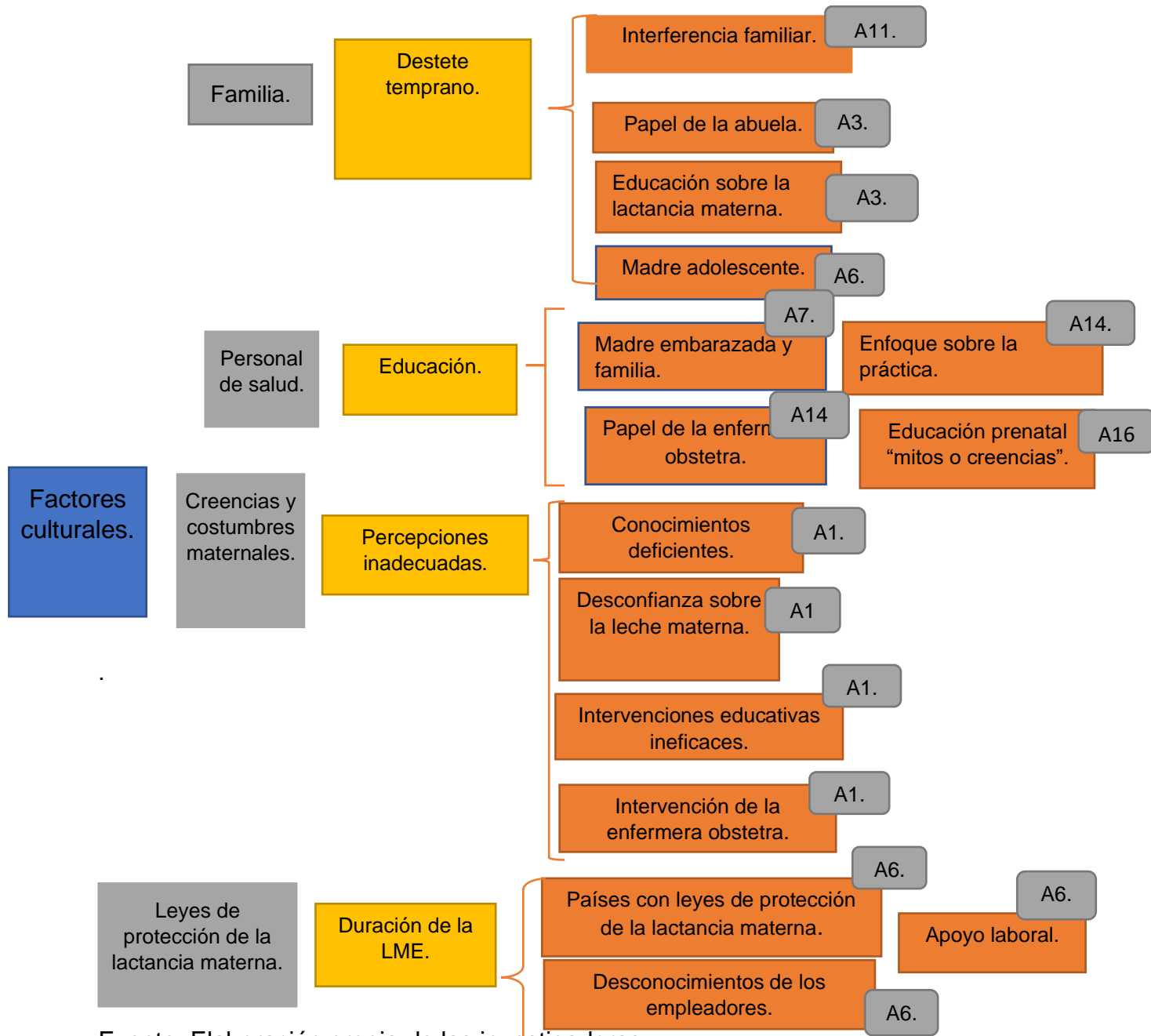
6.2.4 Factor de leyes de protección de la lactancia materna

En relación con las leyes de protección de la lactancia materna se logró evidenciar que los países que contaban con leyes de protección de la lactancia materna y con descansos renumerados para la lactancia materna al menos durante seis meses de vida mantuvieron tasas significativas más altas.⁵¹

Además, se reflejó que el desconocimiento por parte de los empleadores de la legislación de protección a la maternidad generó conflictos en relación con el trabajo y angustia materna por exigir sus derechos.⁵¹

También, se evidenció que en los ambientes donde se tenía conocimiento de las normas la lactancia materna era mayor y se contaban con herramientas para su ejercicio. De igual manera se reflejó que, aunque existan espacios en los ambientes laborales, si el empleador no muestra interés en el bienestar de la madre en el entorno laboral sentirá que no es apoyada, aunque presente un amamantamiento efectivo.⁵¹ Becerra F et al ⁵¹ refiere que Abdulawadud y Snow hacen alusión a “que el apoyo del empleador del regreso de la madre al trabajo hace que no se constituya como una barrera para lactancia materna exclusiva hasta los seis meses si se cuenta con un entorno laboral de apoyo, en donde además se suministra información pertinente sobre la lactancia materna”.

Esquema 7. Categoría 2. Factores culturales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras.

6.3 Categoría 3. Factores biológicos que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina

6.3.1 Factor de percepción de poca leche materna

En cuanto a los factores biológicos que influyen en las mujeres para no amamantar sus hijos en América Latina, en este estudio se determinó el factor de la percepción sobre la poca leche materna con la que cuenta la madre. A pesar de que la lactancia materna se considera un hecho biológico y el mejor alimento para el recién nacido, muchas de las madres lactantes terminan realizando lo que se conoce como destete temprano o abandono de la lactancia materna.

Según Quispe MP et al ⁵⁰ “el principal motivo de abandono fue la percepción de que no se llenaba el recién nacido”. Esto coincide con otros estudios; tal es el caso del de Pinilla E et al ⁵⁴ que también hace “alusión a la escasa producción de leche materna”.

El término de mi leche es débil o insuficiente es muy utilizada por las madres para explicar el abandono de la lactancia materna; además, se consideró como una razón ampliamente aceptable a nivel social para que se dé su abandono.⁶⁴ Desde el punto de vista biológico los motivos de abandono son poco comunes o que produzcan que la lactancia materna sea imposible. Sin embargo, muchas madres realizan el destete temprano con la justificación de que *mi leche es débil* para administrar los nutrientes necesarios para el adecuado desarrollo del recién nacido; esto debido a la apariencia acuosa de la leche materna, principalmente el calostro, lo que da base a esta percepción inadecuada. Incluso está el motivo “de que a mi bebe no le satisface la leche materna”, pues lo relacionan con la succión continua del recién nacido.⁵⁹

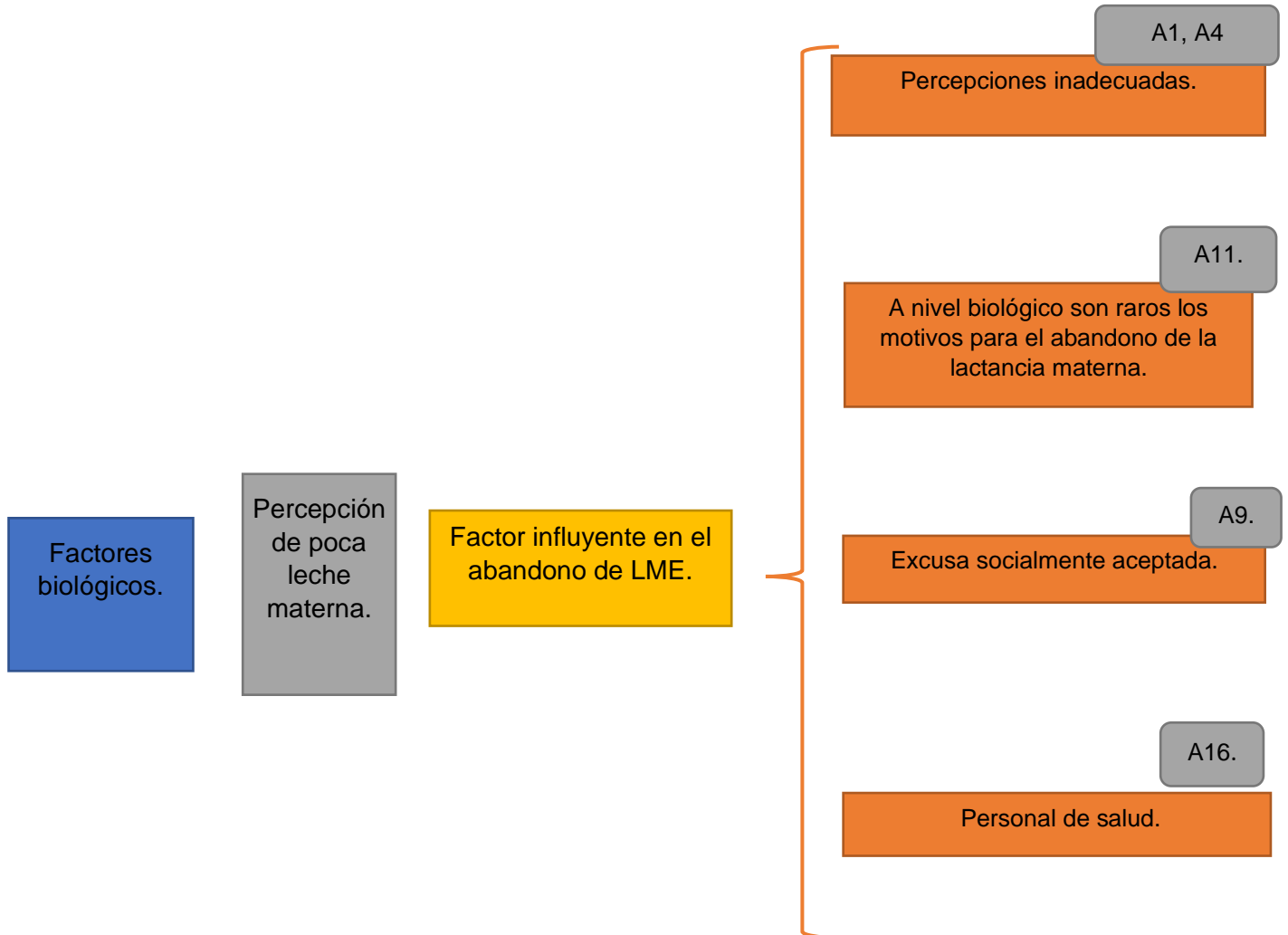
Ante esas percepciones negativas, es importante destacar que la leche materna contiene todos los nutrientes que el niño necesita, es más fácil de digerir y su apariencia acuosa es una característica normal; por lo tanto, la leche materna es considerada la más adecuada.⁵⁹

Ribeiro et al ⁶³ nombra a Giuliani el cual refiere “que la creencia de la madre de que él bebé tiene sed y así como el creer que la leche se ha secado y que el bebé no succiona lo suficiente” hace que las madres introduzcan aguas y tés dentro de la alimentación del recién nacido; lo que provoca una frecuencia menor en la estimulación de la mama y, por ende, una disminución de la lactancia materna.

Otro factor que apoya la percepción de *mi leche débil* es el constante llanto del recién nacido. La mayoría de los cuidadores creen que el bebé llora cuando no está satisfecho; sin embargo, el comportamiento inquieto puede significar otras necesidades, pues el llanto es uno de los medios de comunicación utilizados por el infante.⁶³

La falta de confianza por parte de las madres en sí mismas es un factor importante para que piensen que su leche es débil; debido a que pueden tener miedo y ver como un desafío el hecho del amamantamiento.⁶³ Añadido a lo anterior, la concepción de la sociedad de que un niño sano es el que se observa “gordito” se convierte en una fuente de estrés para la madre, lo que refuerza su incredibilidad en la leche materna; incluso, porque comparan a sus hijos con otros niños alimentados con leche artificial.

Esquema 8. Categoría 3. Factores biológicos que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina



Fuente: Elaboración de las investigadoras.

Ahora bien, se concluye que la percepción de la poca leche materna de las madres sanas con hijos sanos es solamente una justificación social para no brindarla y una falta de conocimiento sobre la lactancia materna en la mayoría de los casos.

Entonces, el papel del personal de salud es de suma importancia debido a que tienen la tarea de brindar la educación necesaria y un cuidado directo al binomio; ya que deben prevenir las percepciones inadecuadas y darle la confianza necesaria a la madre para que considere que la leche materna es el mejor alimento que le pueda brindar al recién nacido y convertirla de acto doloroso obligatorio a uno de placer.⁶³

Intentando integrar los hallazgos de las tres categorías, se evidencia que los factores sociales, culturales y biológicos tienen una gran influencia sobre las madres para tomar la decisión de no amamantar a sus hijos; en especial los de índole social y cultural.

Durante muchos años se ha tratado de disminuir el abandono de la lactancia materna el cual a pesar de los múltiples esfuerzos el factor cultural y social ha sido un obstáculo; debido que para la mayoría de la sociedad no es de interés el tema, lo que ha provocado percepciones erróneas, debido a su desconocimiento. Agregado a eso el ser humano siempre se ha caracterizado por buscar lo que le facilite su diario vivir sin importar lo que realmente le beneficie.

Sin embargo, como enfermeras obstetras podemos trabajar con las mujeres que están en condición de embarazo, las que están pasando por este hecho biológico y las que se encuentren convencidas de la importancia de la lactancia materna; orientándolas, educándolas y logrando un cambio en sus percepciones sobre la lactancia materna incluyendo su núcleo familiar en todo este proceso.

Adicional eso, a través de una serie de cambios en su atención podemos fomentar más la lactancia materna como lo es que dentro de sus controles prenatales estas reciban educación desde el primer trimestre de embarazo, además a la hora de realizar un abordaje a la usuaria sería de importancia indagar sobre cuáles son

sus ideas sobre el proceso de amamantar y recomendar a las usuarias que estas sean acompañadas por un integrante de su grupo familiar y así ir creando una consciencia colectiva de la importancia de la lactancia materna.

También consideramos como enfermeras obstetras que es necesario la creación de un curso de lactancia materna en donde sea exclusivo para este fin, como lo es curso de preparación para el parto, en donde se prepare a la familia gestante para este hecho biológico, social y cultural.

Además, en cuanto al personal de salud, sería de gran trascendencia la constante capacitación en especial al personal de enfermería (enfermera obstetra, licenciadas en enfermería y auxiliares de enfermería) que es el que mantiene en un constante contacto con el binomio con el fin brindar una atención exitosa en cuanto al fomento de la lactancia materna.

CAPÍTULO VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones

En cuanto a los factores sociales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina:

- Se determinó que la ocupación de la madre tiene una gran influencia en el abandono de la lactancia materna; a la vez se mostró que son las madres trabajadoras quienes presentan mayor abandono de la LME. Además, se estableció que las amas de casa tienen un papel protector de la LME.
- En cuanto a la intensidad horaria laboral existe una repercusión importante en la LME; pues el aumento de las horas dedicadas al trabajo provoca una disminución de las horas dedicadas al amamantamiento.
- En relación con las leyes laborales de protección de la lactancia materna se concluyó que en los países que cuentan con este tipo de disposiciones la LME tiene mayor duración.
- Referente al nivel de educación de la madre se identificó que las madres con mayor nivel de educación presentan mayor duración en la lactancia materna exclusiva; al contrario de las que mantiene niveles bajos de educación.
- Acerca del factor de la edad se concluyó que las madres con menor edad son las más propensas a presentar un destete precoz de la LME.
- En relación con el factor del ingreso económico, se hizo alusión a que son las madres con ingresos económicos bajos las que presentan mayor abandono de la lactancia materna exclusiva.
- En correspondencia con el factor del estado civil, se visualizó que las madres casadas o en condición de unión libre fueron las que presentaron mayor tiempo de la lactancia materna.

- Las madres que residen en áreas urbanas son las que presentan mayor abandono de la lactancia materna.

En cuanto a los factores culturales que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina:

- La familia se determinó es el apoyo fundamental en el proceso de lactancia materna.
- Se hizo alusión de que el destete temprano se debe a la interferencia familiar.
- En relación con el factor del personal de salud, se expuso que los casos con mayor duración de LME fueron los que el personal de salud brindó la información.
- Además, se mostró que la atención brindada por el personal de salud debe extenderse a la familia; y debe brindarse desde el primer trimestre de embarazo para lograr mayor consciencia de la importancia de la lactancia materna exclusiva.
- Se evidenció que las creencias y costumbres están asociadas con el abandono de la LM.

Acerca de los factores biológicos que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina:

- Se determinó la percepción de la poca leche materna como el principal motivo del abandono de la LM; pues se toma como una excusa socialmente aceptada para el abandono de LME.

7.2 Recomendaciones

- Se considera de vital importancia que, en las consultas de control prenatal, el tema de la lactancia materna sea abarcado desde el primer trimestre del embarazo para lograr una mayor consciencia de su importancia.

- También, se concluye que, así como existe el curso de preparación para el parto se debe crear un curso de preparación para la lactancia materna; en el cual se brinde educación sobre los beneficios, las técnicas de lactancia, los posibles obstáculos que podrían surgir, sus soluciones y los mitos y creencias que existen. Además, este curso debe ser llevado por la madre y su núcleo familiar, ya que es muy alta la influencia de la familia en la madre, con el fin de lograr una mayor prevalencia de la LME.
- Igualmente, se considera que el personal de salud, en especial la enfermera obstetra, debe mantenerse actualizada sobre la lactancia materna para brindar una mejor educación y atención al binomio. Al igual las instituciones de salud deben comprender la importancia de mantener a su personal actualizado y en constante capacitación para lograr una disminución del abandono de la lactancia materna por medio de la educación efectiva.
- Además, se debe mencionar que sería de vital importancia la introducción de la enfermera obstetra a nivel de la visita domiciliar en el primer nivel de atención de salud. Esto con el fin, por un lado, de poder determinar las características socioculturales y biológicas que podrían influir en la lactancia materna; por otro lado, de brindar una educación eficaz y a la vez tener como consecuencia un menor abandono de la lactancia materna.
- En cuanto a las madres adolescentes esta atención debe realizarse en conjunto con la enfermera obstetra y el trabajo social para poder brindar una atención de manera integral.

CAPÍTULO VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gorrita RR, Terrazas A, Brito D, Ravelo Y. Algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de la vida. *Revista Cubana de Pediatría*. 2015;87(3):285-294.
2. Aguayo J, Gómez A, Hernández MT, Lasarte JJ, Lozano MJ, Pallas CR. *Manual de Lactancia Materna de la teoría a la práctica*. 1^{era} edición. Gomez A, España: Editorial Medica Panamericana;2009.457p.
3. Sánchez MR, Solangel J, Cordero MEA, Hernández DM. Lactancia materna: algunos factores que promueven el destete precoz. *Revistas de Ciencias médicas de Mayabeque*.2009;15(3):44-49.
4. Henry BA, Nicolau A, Americo CF, Ximenes L, Oriá M. Factores socioculturales que influyen en la práctica de la lactancia materna entre mujeres de baja renta en la fortaleza, Ceará, Brasil: Una perspectiva a partir del modelo del sol naciente de Leininger. *Revista electrónica cuatrimestral de Enfermería*. 2010 junio; 19:1-12.
5. Mestas Zapana P, Novaes Oliveira M, de Aguiar Carrazedo Taddei JA. Factores que determinan la lactancia materna en niños matriculados en Jardines Infantiles públicas y filantrópicas en Sao Paulo, Brasil. *Órgano Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición*.2010 noviembre;60(4):360-367.
6. Camargo Figuera FA, Latorre Latorre JF, Porrás Carreño JA. Factores al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Revista hacia a la promoción de la salud*. 2011 enero 1;16(1):56-72.
7. Valenzuela JA, Martínez Caldera E, Sotelo Ham E. Prevalencia y factores Biosociales asociados al abandono de la maternidad exclusiva. *Pediatría de México*. 2011;13(2):47-56.

8. López BE, Martínez L, Zapata N. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de la salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. *Rev. Fac. Salud Pública*. 2013;31(1):117-126.
9. Laghi A, Yaipen A, Risco R.V, Pereyra R. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una muestra de madres de Lima, Perú. *MedPub Journals*.2015;11(3):1-7.
10. Espinoza C, Zamorano CA, Graham S, Orozco A. Factores que determinan la duración de la lactancia materna durante los tres primeros meses de vida. *An Med (Mex)* 2014;59(2):120-126.
11. Lama D. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia materna exclusiva, en madres aseguradas del Hospital Tingo María-Essalud. *Ágora Rev.Cient*.2015;02(01):125-138.
12. Flórez M, Orrego LM, Revelo S, Sánchez G, Duque L, Montoya JJ, Agudelo A. Factores asociados a la lactancia materna en mujeres de un municipio colombiano. *Revista Médica Risaralda*.2018;23(1):24-27.
13. WHO (OMS). (noviembre 2014). 10 datos sobre la lactancia materna. Enero 2015, de WHO(OMS) Sitio web: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>
14. Comisión Nacional de Lactancia Materna. (1998). Ley N° 7430. Fomento de la Lactancia Materna y su Reglamento. (3° ed.). San José, Costa Rica: Ministerio de Salud.
15. Medina Pérez, Aurora Elizabeth; Valdiviezo Idrugo, Yahaira Geraldine. Percepciones y factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en madres del Hospital Nacional Dos de Mayo. Octubre 2012 - marzo 2013. Lima: s.n; 2013. 84 p.
16. Delgadillo Tenorio, Johanna Carmen. Factores que se asocian para el abandono de la lactancia materna exclusiva. Hospital Nacional E. Sergio

- Bernales. Agosto - setiembre 2011. Lima, [2012]; 56, [4] p.
17. Gioconda Silva, Rosa Niño M, Atalah S. Chile. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Rev Chil Pediatr* 2012; 83 (2): 161-169
18. Rojas LP, Cubero C, Leiva V. Investigación secundaria: Utilización de la mejor evidencia en la práctica Clínica. 3ra ed. San José, Costa Rica. 2017. ISBN987-9968-47-805-2
19. Ministerio de Salud Costa Rica (1974). Ley N°5395 Ley General de Salud. Editorial Investigaciones Jurídicas (3º ed.). San José, Costa Rica.
20. Ministerio de Salud, Comisión Nacional de Lactancia Materna. (octubre 2008). Política Pública de Lactancia Materna. Costa Rica. Publicación Ministerio de Salud.
21. Ministerio de Trabajo (2006). Código de Trabajo. Publicaciones Jurídicas edición actualizada. San José, Costa Rica.
22. Escalante X. Reglamento de Condiciones para las Salas de Lactancia Materna en los centros de trabajo. [Internet] San José, Costa Rica: La Gaceta; 2018 4 mayo [citado 2020 noviembre 10]. Disponible de: <http://www.mtss.go.cr/elministerio/marco-legal/documentos/41080-MTSS-S.pdf>
23. Caja Costarricense del Seguro Social. (diciembre 2010) Normativa de Relaciones Laborales de la CCSS. Dirección Jurídica de la CCSS. Publicación CCSS.
24. Cunningham G, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Sheffield JS. *Williams Obstetricia*. 24 edición. México D.F: McGraw-Hill Interamericana editores; 2015
25. Gallo J.L, Gallo F.J. Endocrinopatías durante el puerperio. Manejo. *Semergen*. 2015 marzo 10;41(2):99-105.

26. Braham P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista Chilena de Pediatría*. 2017; 88(1):7-14.
27. Solano A, León D. Parasitosis debidas a protozoarios intestinales: una actualización sobre su abordaje y tratamiento farmacológico en Costa Rica. *Rev. Colegio de Microb. Quim. Clin. De Costa Rica*. 2018 enero;24(1):29-49.
28. García MC, Belén DL, March GA, Bachiller MR, Eiros. La leche materna como vehículo de transmisión del virus. *Nutrición Hospitalaria*. 2015 enero 1;32(1):4-10.
29. Génova L, Cerda J, Correa C, Vergara N, Lizama M. Buenos indicadores de salud en niños con Síndrome de Down: Alta frecuencia de lactancia materna exclusiva a los seis meses. *Revista Chilena de Pediatría*. 2018;89(1) 32-41.
30. Valentín A. Cardiopatías Congénitas en la edad pediátrica, aspectos clínicos y epidemiológicos. *Revista Médica Electrónica*. 2018 jul-Ago;40(4)1083-1099.
31. Meseguer M, Carvajal Chinchilla M. Oximetría de pulso para la detección de cardiopatías congénitas en recién nacidos. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2016;(620):571-574.
32. Bobadilla Montes de Oca P, Mendieta Alcántara G. Lactancia materna exclusiva y su abandono en lactantes con cardiopatías congénitas comparada con lactantes sanos. *Investigación de Materno infantil*. 2013 mayo-agosto;5(2):56-66.
33. Gutiérrez M. Nutrición en el lactante con cardiopatías congénitas [tesis]. [Argentina]: Universidad Fasta;2015,129 p.
34. Oeschger V, Mazza S, Araujo M, Sauré C. Lineamientos en Soporte Nutricional en posoperatorios de cirugía cardiaca neonatal. *Arch Argent Pediatr*. 2014 febrero 12;112(5):443-450.
35. Figueroa N, Meraz H, Navarro M, Beltrán E, Isiordia M. Evaluación de los factores de riesgo maternos y ambientales asociados al labio y paladar hendidos durante el primer trimestre de embarazo. *Asociación Mexicana de*

- Cirugía Bucal y Maxilofacial, Colegio Mexicano de Cirugía Bucal y Maxilofacial, A.C.2016 Setiembre 3;12(3):93-98.
36. Padilla T. Consideraciones en la alimentación de lactantes con fisura labio palatina. Revista Estomatol.2016 Jul-Dic;3(2):31-36.
37. UNICEF. Lactancia Materna. [Internet]. 2013. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
38. Sampallo RM, Cardona LF, Castro L, Castro MA. Lactancia Humana: Salud y Supervivencia del lactante Alojamiento conjunto. Universidad Nacional de Colombia.2014 abril 15;16(2):112-120.
39. Romero GM, Pliego AI, Romero S. Situación especial en la lactancia: Lactancia en tándem. Revista de enfermería Docente.2015 julio-diciembre;(104):29-32.
40. Paricio JM. Asociación e investigación de lactancia materna. Comité de lactancia de la Asociación Española de Pediatría;2013. Recuperado de:https://www.sap.org.ar/docs/congresos_2015/Lactancia/Paricio_Talayero_Valoracion_LM_en_crecimiento_del_ni%C3%B1o.pdf.
41. Vayas R, Carrera Hipogalactia: causas y orientación del manejo. Medicina General y de familia. [internet] 2012;1(3) :143-147. Recuperado [dhttp://mgyf.org/wpcontent/uploads/2017/revistas_antes/V1N3/V1N3_143_147](http://mgyf.org/wpcontent/uploads/2017/revistas_antes/V1N3/V1N3_143_147)
42. Consejo Universitario, Unidad de información. Reglamento General de Sistema de Estudios de Posgrados [Internet]. 2018, enero. [citado el 26 de noviembre del 2018]. Disponible en: http://www.sep.ucr.ac.cr/images/PDF_REGLAM/general_SEP.pdf
43. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs [Internet]. 2005. [citado 15/2/2020];52(5):546–53.
44. Crossetti M da GO. Revisión integrativa de la investigación en enfermería, el rigor científico que se le exige. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2012. [citado el 15 de feb. De 2020];33(2):10–1.

45. Manterola C, Otzen T. Los sesgos en investigación clínica. *J Morphol.* 2015;(33) 3:1156-1164.
46. Moncada SG. Como realizar una búsqueda de información eficiente. Focos de estudiantes, profesores e investigadores del área educativa. *Red de revistas Científicas de América, el caribe, España y Portugal sistema de información Científica [internet].* 2014 abril-junio 10;3(10):106-115. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733229007>
47. Pérez L. Condiciones de salud y trabajo de los profesionales de enfermería en América del sur [tesis]. [Bogotá]: Universidad Nacional de Colombia;2017.200p.
48. Resolución número 8430 de 1993 [Internet]. San José: Ministerio de salud. 1992- [cited 2020 junio 23]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
49. Reyes H. Problemas éticos en las publicaciones científicas. *Revista Médica Chile.* 2018;146(3):373-378.
50. Quispe MP, Oyola A E, Navarro M, Silva J. Características y Creencias maternas asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Revista Cubana de Salud Pública.* 2015;41(4):582-592.
51. Becerra F, Rocha L, Fonseca D, Bermúdez L. El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. *Rev.Fac. Med.* 2015;63(2):217-227.
52. Avalos MM, Mariño E, Gonzales JA. Factores asociados con la lactancia materna exclusiva. *Revista Cubana de Medicina integral.* 2016;35(2):170-177.
53. Floréz M, Orrego L, Revelo S, Sánchez G, Duque L et al. Factores Asociados a la lactancia materna en mujeres de un municipio colombiano. *Rev.Méd. Risaralda.* 2018; 24(1): 29-33.

54. Pinilla E, Domínguez C, García A. Madres adolescentes, un reto frente los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva. *Revista Electrónica trimestral de Enfermería*.2014;33:59-70.
55. Soto E, Sánchez A. Determinantes sociales en la práctica de la lactancia materna en un municipio de Colombia, 2017. *Revista Cultura cuidado de enfermería*.2018;16(1):20-30.
56. Névedy J, García E, Reyes Y, Trujano L. Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna en un programa de apoyo de la misma en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán, en el periodo de setiembre a noviembre del 2014. *Nutricion Hospitalaria*.2015;32(6):2618-2621.
57. Souzar H, Aparecida R, Vasconcelos D. Fatores relacionados ao desmame precoce do aleitamento materno. *Revista Brasileira de Medicina de Familia e Comunidade*.2018;13(40):1-11.
58. Rivera G, Espinoza H, Velasco I, Suarez R. Factores socioculturales asociados a la interrupción de la lactancia materna exclusiva en niños menores de seis meses. *Revista Científica Mundo de la investigación y el conocimiento*.2018;2(1):3-25.
59. Gomes M, Silva E. Interrupcao precoce do Aleitamento materno exclusivo: experiencia com maes de criancas em consultas de pericultura. *Rev Bras Promoc Saúde, Fortaleza*.2015;28(4):547-552.
60. Losa M, Rodríguez R, Becerro R. Papel de la abuela en la lactancia materna. *Aquichan*. 2013;13(2):270-279.s
61. Andrade F, Martins A, Ávila I, Salvador M. Fatores associados ao desmame precoce do aleitamento materno. *Revista cuidarte*.2014; 5(1):670-8.
62. Lama D. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia materna exclusiva, en madres aseguradas del Hospital Tingo María -Essalud. *Revista Científica Agóra*.2015;02(1):125-138.

63. Ribeiro T, Mendes A, Monteiro H. Aleitamento materno: Influencia de Mitos e creancas no desmame precoce. *Revista Saúde em foco*.2015; 2(1):151-167.
64. Abreu N, Godoy A. Aleitamento materno: fatores determinantes do desmame precoce. *Revista Enfermagem*.2014; 17(1):30-48.
65. González G, Reyes L, Borré Y, Oviedo H, Barrios L, Carbono L, Martínez G. Factores que inciden en el destete temprano en un grupo de madres de Santa Marta, Colombia. *Investig Enferm. Imagen Desarr*.2015;17(2):37-50.
66. Pereira A, Alves R, Pessoa L, Tavares A, Rodrigues A, Silva C. Práticas e crencas populares associadas ao desmame precoce. *Av Enferm*.2017;35(3):303-312.

ANEXOS

Anexo 1. Carta de solicitud para autorización del uso del instrumento para el uso del instrumento de recolección de datos

19 mayo del 2020

Estimada Sra. María Helena Palucci Marziale



Por este medio solicitamos la autorización para utilizar el instrumento titulado: **“Instrumento para recolección de datos de revisión integrativa”** versión en español para ser aplicada en el trabajo final de graduación titulado: **“FACTORES SOCIALES, CULTURALES Y BIOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN LAS MUJERES PARA NO AMAMANTAR A SUS HIJOS EN AMÉRICA LATINA.”** El cuál será realizado por las estudiantes de la Universidad de Costa Rica, Lic. Kristhel Lizano Flores y Lic. Marilyn Gamboa Dormond, para optar por la maestría en enfermería ginecológica obstétrica y perinatal, guiado por la tutora MSc. Laura López Quirós.

Agradeciendo de antemano y pronta respuesta.

Lic. Kristhel Lizano Flores

Lic. Marilyn Gamboa Dormond

Anexo 2. Autorización del uso del instrumento de recolección de datos de la revisión integrativa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br


AUTORIZACIÓN

Autorizo **Kristhel Lizano Flores y Marilyn Gamboa Dormond**, estudantes de la Universidad de Costa Rica, a utilizar el instrumento guía de estudios de revisión integrativa de la literatura de la Red de Enfermería y Salud Ocupacional (REDENSO Internacional) de mi autoría en el estudio "FACTORES SOCIALES, CULTURALES Y BIOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN LAS MUJERES PARA NO AMAMANTAR A SUS HIJOS EN AMÉRICA LATINA".

Le pido que al citarlo en seu estudio lo haga de la siguiente manera:

Marziale, Maria Helena Palucci. Instrumento Red de Enfermería y Salud Ocupacional (REDENSO Internacional): guía de estudios de revisión integrativa de la literatura, Ribeirão Preto – Brasil. 2015. Disponible en <http://gruposdepesquisa.eerp.usp.br/sites/redenso/publicaciones/>

Ribeirão Preto, 25 de maio de 2020.



Profª Drª Maria Helena Palucci Marziale
Coordinadora de la Red de Enfermería em Salud Ocupacional

Anexo3. Instrumento modificado

RedENSO Internacional

1-Identificación de autor

Nombre:

Profesión: () enfermera(o) () médico () psicólogo ()
otro _____,

Nivel de formación: () estudiante () pregrado () grado () especialista () maestría
() Doctorado () Pos-doctorado

Número total de autores _____

2- Base de Datos

() Google académico () Pubmed () Ebsco () Scielo () Proquest () Redalyc ().

3- Acceso a publicación de la investigación completa

() Bases de Datos online

() Otras _____

4- Datos relacionados con la publicación

Tipo de publicación: () artículo

Título:

Revista:

Año de publicación _____

Vol. _____ No. _____ Páginas _____

Disponible en: _____

País de origen del artículo _____

Idioma: () inglés () español () portugués () Sueco

5- Población _____

6- Muestra _____

7- Lugar de realización de la investigación

8-Objetivo(s) de la investigación

9. Referencial teórico/ marco conceptual- de referencia

10- Diseño metodológico*(es posible seleccionar más de una opción de respuesta)

10.1 Abordaje cuantitativo

() Investigación experimental

() Investigación cuasi-experimental

() Investigación no-experimental

() Diseño transversal

() Diseño longitudinal

() Encuestas

() Evaluaciones

() Investigación de resultados Otros: _____

10.2 Abordaje cualitativo

() Etnografía

() Fenomenología

() Teoría fundamentada Otros: _____

10.3. Otros tipos

() Estudio metodológico

() Revisiones narrativas

() Revisiones integrativa

() Revisión sistemática

Otros: _____

11. Instrumentos usados

Nombre: _____

Validado para cuales idiomas _____ (Confiabilidad Crombach = ?)

12. Análisis de los datos (test, referencial)

13- Principales resultados:

14- Conclusiones de la investigación

16- ¿Cuál es el conocimiento nuevo resultante de la investigación? (entre las lagunas - vacíos de conocimiento presentadas en la introducción y cómo el estudio presentado contribuye para el avance de la ciencia e/o innovación tecnológica)

Fuente: Marziale María Helena Palucci. Instrumento Red de Enfermería y Salud ocupacional (REDENSO Internacional): guía de estudios de revisión integrativa de la literatura. Ribeirão Preto – Brasil 2015. Disponible en <http://gruposdepesquisa.eerp.usp.br/sites/redenso/publicaciones/>. 98

Anexo 4. Fichas bibliográficas – Instrumento de recolección de datos

<i>1. Identificador:</i>	A 1.
<i>Nombre:</i>	Lic. Melissa Pamela Quispe Ilizando, M.C. Alfredo Enrique Oyola García, Lic. Marília Navarro Cancino, Lic. José Antonio Silva Mancilla.
<i>Profesión del autor principal:</i>	Enfermero.
<i>Nivel de formación autor principal:</i>	Licenciado.
<i>Número total de autores:</i>	4.
<i>2. Base de datos:</i>	Google académico.
<i>3. Acceso de la publicación completa:</i>	Bases de datos online.
<i>4. Datos relacionados con la publicación:</i>	
<i>Tipo de publicación:</i>	Artículo.
<i>Título:</i>	Características y creencias maternas asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva.
<i>Revista:</i>	Revista Cubana de salud pública.
<i>Año de publicación:</i>	2015.
<i>Vol. N°:</i>	41(4).
<i>Páginas:</i>	582-592.
<i>Disponible en:</i>	https://www.scielosp.org/article/rcsp/2015.v41n4/o2/es/
<i>País de origen del artículo:</i>	Perú.
<i>Idioma:</i>	Español.

5. <i>Población:</i>	239 madres que culminaron el parto y acudieron al servicio de crecimiento y desarrollo del Niño de Hospital Regional del Departamento Ica (Perú).
6. <i>Muestra:</i>	Madres que culminaron el parto y acudieron al servicio de crecimiento y desarrollo del niño del Hospital Regional del departamento Ica (Perú).
7. <i>Lugar de realización:</i>	Perú.
8. <i>Objetivo de la investigación:</i>	Determinar las características y creencias maternas relacionadas con el abandono de la lactancia materna exclusiva.
9. <i>Diseño metodológico:</i>	Es un estudio observacional, descriptivo y transversal.
11. <i>Instrumento.</i>	
<i>Nombre:</i>	Encuesta estructurada.
<i>Validado para cuales idiomas:</i>	Español.
12. <i>Análisis de datos (test de referencia):</i>	Escala de lickert.
13. Principales resultados:	
<p>El abandono de la lactancia materna exclusiva se observó en 60 (28,87%) madres que tenían entre 23 y 54 años en promedio; mientras aquellas que no abandonaron la lactancia materna exclusiva tenía un promedio de edad de 24,85%. Las creencias inadecuadas son las siguientes: “dar de lactar es doloroso” “el biberón es la mejor forma de controlar la alimentación de mi bebe” y “dar pecho daña mi imagen corporal”. También, la discrepancia de las madres se expresó con afirmaciones como que “la lactancia materna es suficiente para satisfacer el hambre de mi salud” y “la lactancia materna exclusiva es suficiente para engordar a mi bebe”: se asociaron con mayor abandono de la lactancia materna exclusiva.</p>	
Conclusiones de la investigación.	
<p>En este estudio se demuestra que las creencias maternas tienen un impacto importante en el éxito de la lactancia materna exclusiva, más que las características maternas. Las creencias inadecuadas sobre la lactancia materna</p>	

	tienen que ver con el abandono de la LME. Es necesario fortalecer las estrategias de abordaje en la madre para conocer los beneficios de esta forma de alimentar al bebé. Una estrategia de pares podría ser una iniciativa para evaluar.
	15. Conocimiento de la investigación.
	El conocimiento que se obtuvo fue que las creencias maternas tienen mayor impacto que las características personales de la madre, por lo que debemos de brindar mayor conocimiento a las usuarias sobre los beneficios de la lactancia materna.

1. Identificador del autor:	A 2
Nombre:	Edith Soto Osorio y Álvaro Sánchez Caraballo.
Profesión del autor principal:	Enfermera.
Nivel de formación del autor principal:	Licenciado.
Número total de autores:	2
2. Base de datos:	Google académico.
3. Acceso publicación de la investigación completa:	Base de datos online.
4. Datos relacionados con la publicación:	
Tipo de publicación:	Artículo.
Título:	Determinantes sociales en la práctica de la lactancia materna en

	un municipio de Colombia, 2017.
Revista:	Revista cultura del cuidado de enfermería.
Año de publicación:	2019.
Vol. – N°:	16.
Paginas:	20-30.
Disponible en:	https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/5838
País de origen del artículo:	Colombia.
Idioma:	Español.
5. Población:	Madres lactantes del Municipio de Cereté que tuvieron parto en el primer trimestre del año 2017, constituido por 300 mujeres.
6. Muestra:	115 madres registradas en la plataforma de registro único de afiliados – RUAF.
7. Lugar de la realización:	Colombia.
8. Objetivos de la investigación	Establecer la influencia de los determinantes sociales en la práctica de la lactancia materna en el Municipio de Cereté
9. Diseño metodológico:	Descriptivo transversal.
11. Instrumentos usados:	
Nombre:	Cuestionario estructurado.
Validado para cuales idiomas:	Español.
12. Análisis de los datos (test, referencia):	No especifica.
13. Principales resultados:	El análisis multivariado encontró que la edad, escolaridad, los ingresos económicos, la etnia, el acceso a la seguridad social,

	estrato socioeconómico, la situación laboral y el estado civil actuaron como determinantes sociales que influyen en la suspensión temprana de la lactancia materna.
14. Conclusiones de la investigación.	La decisión de las madres para alimentar a sus hijos con la leche materna es influenciada por: la edad (principalmente en el grupo etéreo de 16 a 30 años), la escolaridad, ingresos familiares menores a un salario mínimo, extracto, etnia, acceso a la seguridad social, situación laboral, el estado civil, la orientación y el apoyo. Todas estas características son determinantes sociales, estructurales e intermedios en la práctica de la lactancia materna en el Municipio de Cereté.
15. Conocimiento de la investigación:	Los factores sociales tienen gran influencia en el abandono de la lactancia materna, especialmente el factor de la edad.

1. Identificador de autor:	A 3.
Nombre:	Marta Elena Losa Iglesias. Roció Rodríguez Vásquez. Ricardo Becerro de Bengoa Vallejo.
Profesión del autor principal:	Profesora.
Nivel de formación del autor principal:	No especifica.
Número total de autores:	3.
2. Base de datos:	Google académico.
3. Acceso de publicación de la investigación completa:	Base de datos online.
4. Datos relacionados con la publicación:	
Tipo de publicación:	Artículo.
Título:	Papel de la abuela en la lactancia materna.

Revista:	Revista Aquichan.
Año de publicación:	2013.
Vol. N°:	13(2)
Paginas:	270-279.
Disponible en:	https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4955957
País de origen del artículo:	Colombia.
Idioma:	Español.
5. Población:	No especifica.
6. Muestra:	No especifica.
7. Lugar de realización de la investigación:	Colombia.
8. Objetivos de la investigación:	Investigar la influencia de la abuela sobre la madre que da lactancia materna y su relación con la incidencia y prevalencia de la misma.
9. Diseño metodológico:	Revisión integrativa.
11. Instrumentos usados:	
Nombre:	No especifica.
Validado para cuales idiomas:	Español.
12. Análisis de datos (test, referencial):	No especifica.
13. Principales resultados:	La abuela apareció como una fuente de apoyo en la población rural. En población urbana la abuela aparece entre los tres factores principales (intención de la madre de no lactar, decisión de la madre del patrón de alimentación de su hijo e información objetiva sobre pautas de amamantamiento), tanto en el papel de apoyo como de obstáculo.
14. Conclusiones de la investigación:	Se encontró en la investigación que la abuela (principalmente la materna), puede ser considerada

	dentro de los factores de apoyo o dentro de los factores detractores para la LM en igual medida, pero no es el único factor influyente. Su influencia depende del medio social y cultura.
15. Conocimiento de la investigación.	De esta investigación se obtuvo como conocimiento que la abuela materna tiene gran influencia en la decisión de amamantar en la madre lactante.

1. Identificador de autor:	A 4.
Nombre:	Elvinia Pinilla Gómez, Claudia Consuelo Domínguez Nariño, Alexandra García Rueda.
Profesión de autor principal:	Enfermera.
Nivel de formación del autor principal:	No especifica.
Número total de autores:	3.
2. Base de datos:	Google académico.
3. Acceso publicación de la investigación completa	Base de datos online.
4. Datos relacionados con la publicación	
Tipo de publicación:	Artículo.
Título:	Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva.
Revista:	Revista electrónica trimestral de enfermería.
Año de publicación:	2014.
Vol. -N.º:	33.
Páginas:	59-70.

Disponible en:	https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.13.1.171461
País de origen del artículo:	Colombia.
Idioma:	Español.
5. Población:	Madres adolescentes en etapa de lactancia que asisten a los servicios que ofrecen las unidades operativas de la empresa social del estado Instituto de Salud de la Bucaramanga ESE ISABU, de primer nivel de atención.
6. Muestra:	158 madres adolescentes en etapa de lactancia atendidas durante el segundo semestre del 2011, que residían en el área metropolitana de Bucaramanga.
7. Lugar de realización de la investigación:	Colombia.
8. Objetivos de la investigación:	Determinar los factores que influyen en la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes.
9. Diseño metodológico:	Estudio de corte transversal.
11. Instrumentos usados.	
Nombre:	El APGAR familiar.
Validado en cuales idiomas:	Español.
12. Análisis de los datos (Análisis de los datos, test):	No se especifica.
13. Resultados principales:	Promedio de edad 17,9 años, el 39, 4% lactó 6 meses y el 9,8% lactó más de seis meses; el 89,2% ya habían tenido hijos. Las razones por las cuales no alimentan a sus hijos con

	solo leche materna son: el 9,5% producen poca leche, el 12 % el niño queda con hambre, y el 20,7% otras causas. Durante la lactancia materna son el 84,3% médico y enfermera, el 63,3% un familiar.
14. Conclusiones de la investigación:	Se precisa el asesoramiento, el apoyo familiar y las instituciones de salud para que el amamantamiento sea una experiencia satisfactoria tanto para la madre adolescente como para el hijo.
15. Conocimiento de la investigación.	Se obtuvo el conocimiento de que a nivel de las madres adolescente es necesario el apoyo familiar y que es claro que la edad es un factor influyente en el abandono de la lactancia materna.

1. Identificación del autor:	A 5.
Nombre:	Geny Rivera Salazar, Herlinda Espinoza Villamar, Irinay Velasco Párraga y Roció Suarez Fuentes.
Profesión del autor principal:	Médico.
Nivel de formación autor principal:	Especialista.
Número total de autores:	4.
2. Base de datos:	Google académico.
3. Acceso de publicación de la investigación:	Base de datos online.
4. Datos relacionados con la publicación:	
Tipo de publicación:	Artículo.
Título:	Factores socioculturales asociados a la interrupción de la lactancia materna exclusiva en madres con niños menores de seis meses.

Revista:	Revista Científica Mundo de la investigación y el conocimiento.
Año de publicación:	2018.
Vol. N°:	2(1).
Paginas:	3-25.
Disponible en:	https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6732888
País de origen del artículo:	Ecuador.
Idioma:	Español.
5. Población:	Madres con niños menores de seis meses de edad, que se encuentran hospitalizados durante el año 2017.
6. Muestra:	130 madres que accedieron voluntariamente a participar en el presente trabajo de investigación.
7. Lugar de realización de la investigación:	Guayaquil, Ecuador.
8. Objetivos de la investigación:	Determinar factores socioculturales que se asocian a la interrupción de la lactancia materna exclusiva en madres con niños menores de seis meses de edad en un hospital pediátrico.
9. Diseño metodológico:	Descriptivo. Explicativo y transversal.
11. Instrumentos usados:	
Nombre:	Sistema informático de Microsoft Excel se estructuró una base de datos.
Validado para cuáles idiomas:	No especifica.
12. Análisis de los datos:	No especifica.
13. Principales resultados:	Se determinó que la edad con más frecuencia del abandono de la lactancia materna es de 21 a 40 años y que corresponde al 64%. También, se agrega el factor de la unión libre en un 49%; el lugar en que residen tiene un porcentaje de 47% que corresponde al sector urbano.

	Al analizar la subvariable situación económica, en cuanto la actividad actual, ingresos y apoyo, se puede declarar que pese al apoyo económico de sus parejas y familiares el 54 % de las madres tiene la necesidad de realizar alguna actividad fuera del hogar.
14. Conclusiones de la investigación:	Se consideró la importancia de la leche materna como el alimento ideal para los niños menores de seis meses por sus múltiples beneficios, aportes nutricionales, inmunológicos y emocionales. Además, las madres tuvieron la necesidad de interrumpir la lactancia materna debido a su rol como madre de familia, ya que deben contribuir con el sustento económico de su hogar y reintegrarse a su vida laboral: esto conlleva a la necesidad de suplementarla con sucedáneos de la leche materna.
15. Conocimiento de la investigación.	Se obtuvo que el factor laboral tiene influencia en la interrupción de la lactancia materna exclusiva.

1. Identificación de autor:	A 6.
Nombre:	Fabiola Becerra Bulla, Libertad Rocha Calderón, Dayana Milena Fonseca Silva y Laura Andrea Bermúdez Gordillo.
Profesión de autor principal:	Nutricionista.
Nivel de formación del autor principal:	Licenciada en nutrición humana.
Número total de autores:	4.
2. Base de datos:	Google académico.
3. Acceso publicación de la investigación:	Base de datos online.

4. Datos relacionados con la publicación:	
Tipo de publicación:	Revisión sistemática.
Título:	El entorno familiar y social de la madre como factor promueve o dificulta la lactancia materna.
Revista:	Rev. fac. Med.
Año de Publicación:	2015.
Vol. -Nº:	63(2).
Paginas:	217-227.
Disponible en:	http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n2/v63n2a06.pdf/
País de origen del artículo:	Colombia.
Idioma:	Español.
5. Población:	No se especifica.
6. Muestra:	No se especifica.
7. Lugar de realización:	Bogotá, Colombia.
8. Objetivos de la investigación:	Identificar los factores determinantes de tipo social, cultural y familiar que inciden en el éxito o fracaso de la lactancia materna.
9. Diseño metodológico.	Cuantitativo.
11. Instrumentos usados:	No se especifica.
12. Análisis de los datos (test, referencial)	No hace referencia.
13. Principales resultados:	Como resultado principal de los estudios, el apoyo instrumental y emocional, los consejos e información recibidos por parte de la familia son determinantes para la decisión de amamantar al bebé con lactancia materna.
14. Conclusiones de la investigación.	El entorno es determinante para el inicio, el éxito y la duración de la lactancia materna, puesto que es el referente de la madre y le puede ofrecer las

	<p>herramientas para garantizar el derecho a la alimentación adecuada que tiene su hijo. En ese sentido, es fundamental que los programas y proyectos que apoyen promuevan y protejan la lactancia tengan en cuenta el entorno laboral, educativo y familiar de la madre: de manera que se extienda la educación a estos niveles y se promueva una información adecuada a las personas que la rodean. Asimismo, es necesario que se den las condiciones favorables para la lactancia en los lugares en que la madre desempeña otros roles como mujer.</p>
15. Conocimiento de la investigación:	<p>En este estudio se observó que la familia cumple un rol fundamental en el éxito o fracaso de la lactancia materna.</p>

1. Identificación del autor:	A 7.
Nombre:	María Marlen Avalos Gonzáles, Eida Rosa Mariño Membribes y José Antonio Gonzales Hidalgo.
Profesión del autor principal:	Medico.
Nivel de formación del autor principal:	Especialista.
Número total de autores:	3
2. Base de datos:	Google académico.
3. Acceso publicación de la investigación completa:	Bases de datos online.
4. Datos relacionados con la publicación.	
Tipo de publicación:	Articulo.

Título:	Factores asociados con la lactancia materna exclusiva.
Revista:	Revista Cubana de Medicina General Integral.
Año de publicación:	2016.
Vol. -Nº:	35(2).
Páginas:	170- 177.
Disponible en:	http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000200004
País de origen del artículo:	Cuba.
Idioma:	Español.
5.Población:	216 madres con un recién nacido en el año 2013.
6.Muestra:	210 madres un recién nacido en el año 2013.
7. Lugar de realización de la investigación:	Cuba.
8. Objetivo(s) de la investigación	Determinar algunas variables que influyen en el comportamiento de la lactancia materna en el primer año de vida.
9.Diseño metodológico:	Descriptivo, transversal.
11. Instrumentos usados	
Nombre:	Encuesta.
Validado para cuáles idiomas:	Español.
12. Análisis de los datos (test, referencial)	No hace referencia.
13. Principales resultados:	La lactancia materna exclusiva se mantuvo de 4 a 6 meses en un 48,6 % asociada a factores biosociales favorables como el alto nivel cultural y ser trabajadora. El conocimiento sobre la lactancia influyo en la prevalencia de la lactancia exitosa, evidenciándose que existe poco conocimiento.
14. Conclusiones de la	La duración de la lactancia materna exclusiva se encuentra

investigación:	por debajo de las recomendaciones del sistema nacional de salud, identificándose factores protectores de la misma. Se resalta la necesidad de incrementar acciones de salud de mayor efectividad, pues existe demanda de información sobre el tema
15. Conocimiento de la investigación	Se determinó que el conocimiento sobre la lactancia materna y sus beneficios influyó de manera importante.

1. Identificación de autor	A 8.
Nombre:	Mateo Flórez-Salazar, Orrego Celestina Luisa María, Revelo Moreno Santiago, Sánchez Ortiz Geraldine, Duque Palacio Laura, Montoya Martínez Juan José y Agudelo Ramírez Alexandra.
Profesión autor principal	Médico.
Nivel de formación autor principal:	Especialista.
Número total de autores:	7
2.Base de datos:	Google académico.
3. Acceso publicación de la investigación completa	Base de datos online.
4. Datos relacionados con la publicación	
Tipo de publicación	Artículo.
Título:	Factores asociados a la lactancia materna en mujeres de un municipio colombiano.

Revista:	Rev. Méd. Risaralda.
Año de publicación:	2018.
Vol. -Nº:	24 (1).
Páginas:	29-39.
Disponible en:	revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/13931
País de origen del artículo:	Colombia.
Idioma:	Español.
5.Población:	154 madres de niños con edades entre 2 y 5 años que recibieran atención en los hogares comunitarios.
6.Muestra:	117 madres.
7. Lugar de realización de la investigación:	Colombia.
8. Objetivo(s) de la investigación	Identificar los factores que determinaron la adherencia y el abandono de la lactancia materna en madres de dos comunidades de Dosquebradas, Colombia y el papel del profesional de la salud.
9.Diseño metodológico:	Corte transversal.
11. Instrumentos usados	
Nombre:	Encuesta compuesta.
Validado para cuáles idiomas:	Español.
12. Análisis de los datos (test, referencial)	No hace referencia.
13. Principales resultados	La duración de la lactancia materna exclusiva tuvo una mediana de 5 meses y la complementaria una mediana de 10 meses La principal causa de adherencia fue que “es el alimento ideal” (27,9%) y de abandono fue “poca producción de leche” (58,1%). Los factores que impactaron

	significativamente la duración la lactancia materna exclusiva fueron la ocupación de la madre, incomodidad al lactar, uso de sucedáneos de la leche y tiempo de lactancia materna complementaria. El rol del profesional de salud no impactó la duración de la lactancia materna.
14. Conclusiones de la investigación:	Conclusiones: existe una amplia brecha entre lo recomendado por y la Organización Mundial de la Salud y lo practicado por las comunidades.
15. Conocimiento de la investigación	Los factores que influyeron en el abandono de la lactancia materna fueron la ocupación de la madre y la incomodidad para lactar. Además, se especificó que la realidad de la lactancia materna a nivel de Cuba no se compara con lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud.

1. Identificación de autor	A 9.
Nombre:	Nathália de Abreu Rodrigues Ana Cecília de Godoy Gomes.
Profesión autor principal:	Enfermera.
Nivel de formación autor principal:	Licenciada.
Número total de autores:	2.
2.Base de	Google académico.

datos:	
3. Acceso publicación de la investigación completa:	Base de datos online
4. Datos relacionados con la publicación	
Tipo de publicación:	Artículo.
Título:	Aleitamento materno: fatores determinantes do desmame precoce.
Revista:	Enferm. Rev.
Año de publicación:	2014.
Vol. -Nº:	17(1).
Páginas:	30-48.
Disponible en:	https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Aleitamento
País de origen del artículo:	Brasil.
Idioma:	Portugués.
5.Población:	No se especifica.
6.Muestra:	No se especifica.
7. Lugar de realización de la investigación:	Brasil.
8. Objetivo(s)	Identificar y analizar los factores que interfieren con la lactancia

de la investigación	materna, comparar los resultados relacionados con esa interrupción y verificar los índices y categorías relacionados con los factores que producen el destete temprano.
9.Diseño metodológico :	Revisión integrativa.
11. Instrumentos usados	
Nombre:	No se especifica.
Validado para cuáles idiomas:	Portugués.
12. Análisis de los datos (test, referencial)	No se especifica.
13. Principales resultados:	La leche materna es el alimento ideal para el recién nacido; sin embargo, la tasa de lactancia materna todavía no es satisfactoria. El éxito de la lactancia materna depende de factores que pueden influir positiva o negativamente en su práctica. Estos están relacionados con la madre y otros refieren al infante, como condiciones de parto, periodo postparto y cuidado infantil. También, están los factores sociales, como el trabajo, la edad, la cultura, LA inserción en el mercado laboral y falta de conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna.
14. Conclusiones de la investigación:	Se concluyó que a pesar de que existen múltiples factores en el destete temprano, la mayoría están sujetos a la corrección. Por ejemplo, la falta de leche materna se relaciona con la inadecuada succión del recién nacido, por lo que la madre debe recibir orientación sobre técnicas y de cómo lograr una adecuada succión. Entre los factores que influyen en el destete temprano, citado por los autores, están: el uso del biberón y la

	<p>ignorancia de las leyes para proteger a la madre lactante.</p> <p>Se enfatizó el papel de la enfermera en el intento de minimizar el problema del destete temprano.</p>
15. Conocimiento de la investigación.	<p>La enfermería es fundamental en disminuir la influencia de los factores que influyen de manera negativa a nivel de la lactancia materna: por medio de la educación se pueden superar los factores influyentes.</p>

1. Identificación de autor	A 10.
Nombre:	Gisela González Ruiz, Luz Ángela Reyes Ríos, Yeis Miguel Borré Ortiz, Haidy Oviedo Córdoba, Loedys Barrios Lorena Carbonó y Gleydis Martínez Quintero.
Profesión autor principal:	Enfermera.
Nivel de formación autor principal:	Licenciada.
Número total de autores:	8
2.Base de datos:	Google académico
3. Acceso publicación de la investigación	Base de datos online.

completa:	
4. Datos relacionados con la publicación	
Tipo de publicación:	Artículo.
Título:	Factores que inciden en el destete temprano en un grupo de madres de Santa Marta, Colombia.
Revista:	Investig. Enferm. Imagen Desarr.
Año de publicación:	2015.
Vol. -Nº:	17 (2).
Páginas:	37-50.
Disponible en:	https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/9268
País de origen del artículo:	Colombia.
Idioma:	Español.
5. Población:	372 madres.
6. Muestra:	Madres de 54 con niños menores o iguales a 24 meses que no estaban lactando en el momento del estudio y que decidieron participar en la investigación de forma voluntaria.
7. Lugar de realización de la investigación:	Colombia.
8. Objetivo(s)	Identificar qué factores inciden para que se presente el destete temprano en un grupo de madres de niños inscritos a un programa de crecimiento

de la investigación	y desarrollo de un centro de salud de Santa Marta, Colombia
9. Diseño metodológico:	Corte transversal, con abordaje cuantitativo.
11. Instrumentos usados	
Nombre:	Registros clínicos de los hijos, existentes en el programa, y la segunda, a través de la aplicación de una encuesta directamente a las madres.
Validado para cuáles idiomas:	Español.
12. Análisis de los datos (test, referencial)	No se especifica.
13. Principales resultados:	El 94,22 % suministró lactancia materna exclusiva a sus hijos; mientras que el 5,77 % no lo hizo. Los factores que influyeron en la suspensión de la lactancia materna fueron: falta de tiempo (36,54 %), producción insuficiente de leche (23,06 %), rechazo del bebé a la lactancia (17,51 %), decisión propia de la madre (15,38 %) e influencia familiar (7,69 %).
14. Conclusiones de la investigación:	Los factores sociales, generalmente, influyen para que se presente el destete temprano; pero la modificación se relaciona con aspectos culturales arraigados como prácticas comunes y costumbres cotidianas. Por ello es necesario que las entidades educativas y de salud continúen realizando esfuerzos que transformen aquello que afecta el bienestar y la salud de diversas poblaciones
15. Conocimiento de la	Los factores sociales son de gran influencia en el destete temprano, pero están asociados a los culturales, que se encuentran arraigados en el diario vivir, por eso es necesario la educación por parte de los entes de

investigación	salud con la intervención en la parte educativa.
---------------	--

1. Identificación de autor:	A 11.
Nombre:	Interrupcao precoce do aleitamento materno exclusivo: experiencia com maes de criancas em consultas de puericultura.
Profesión autor principal:	No hace referencia.
Nivel de formación autor principal:	No hace referencia.
Número total de autores:	2.
2.Base de datos:	Google académico.
3. Acceso publicación de la investigación completa	Base de datos online.
4. Datos relacionados con la publicación:	
Tipo de publicación:	Artículo.
Título:	Interrupcao precoce do aleitamento materno exclusivo: experiencia com maes de criancas em consultas de pericultura.
Revista:	Rev Bras Promoç Saúd.
Año de publicación:	2015.
Vol. -Nº:	28(4).
Páginas:	548-552.
Disponible en:	https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3762
País de origen del artículo:	Brasil.
Idioma:	Portugués.
5.Población:	Madres que estaban con niños sometidos a cuidado infantil en una unidad de salud.
6.Muestra:	12 madres.

7. Lugar de realización de la investigación:	Brasil.
8. Objetivo(s) de la investigación	Identificar los factores que llevan a las madres parar el amamantamiento materno exclusivo antes del sexto mes
9. Diseño metodológico:	Descriptivo en un enfoque cualitativo.
11. Instrumentos usados	
Nombre:	Preguntas orientadas.
Validado para cuáles idiomas:	Portugués.
12. Análisis de los datos (test, referencial)	No especifica.
13. Principales resultados:	Las entrevistadas reconocen la importancia del amamantamiento materno; sin embargo, son influenciadas por los familiares y cuestiones culturales que asociadas a la falta de orientación las hace pensar que su “leche es débil” lo que conlleva al destete precoz.
14. Conclusiones de la investigación:	La influencia familiar, las cuestiones culturales y la falta de apoyo han comprometido negativamente el amamantamiento exclusivo antes del sexto mes de vida. De esa manera, compete a los profesionales de la salud invertir en las cuestiones de la promoción, la protección y el apoyo para el amamantamiento que deben ser discutidas de una manera integral, individual, familiar y con todos los segmentos de la sociedad.
15. Conocimiento de la investigación	Que el factor del apoyo familiar se convierte en un facto influyente en el abandono de la lactancia materna.

1. Identificación de autor:	A12.
Nombre:	Flávia Andrade Fialho, Amanda Martins Lopes, Ileda Maria Ávila Vargas Días y Marli Salvador.
Profesión autor principal:	Médico.
Nivel de formación autor principal:	Especialista.
Número total de autores:	4
2.Base de datos:	Google académico.
3. Acceso publicación de la investigación completa	Base de datos online.
4. Datos relacionados con la publicación.	
Tipo de publicación:	Artículo.
Título:	Fatores associados ao desmame precoce do aleitamento materno.
Revista:	Revista cuidarte.
Año de publicación:	2014.
Vol. -Nº:	5(1).
Páginas:	670- 678.
Disponible en:	https://revistacuidarte.uedes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/105
País de origen	Brasil.

del artículo:	
Idioma:	Portugués.
5.Población:	No se define.
6.Muestra:	No se define.
7. Lugar de realización de la investigación:	Brasil.
8. Objetivo(s) de la investigación	Conocer la importancia de las enfermeras en el establecimiento y mantenimiento de la lactancia materna y discutir los factores que desencadenan el destete precoz.
9.Diseño metodológico:	Revisión bibliográfica.
11. Instrumentos usados.	
Nombre:	No se define.
Validado para cuáles idiomas:	Portugués.
12. Análisis de los datos (test, referencial)	No refiere.
13. Principales resultados:	El análisis de los datos resultó en tres categorías temáticas: la prevalencia de la lactancia materna en el Brasil, los factores que conducen a un destete temprano, y la promoción de la lactancia materna por los profesionales de salud, especialmente las enfermeras.
14. Conclusiones de la investigación:	Por último, se puede decir que, además de la voluntad de la madre y la capacidad de los profesionales de la salud para promover la lactancia materna, se debe tener en cuenta que la práctica con éxito de la lactancia materna depende de las políticas gubernamentales adecuadas, el apoyo y participación de toda la sociedad.
15.	Se obtuvo como información que el personal de salud, las leyes

Conocimiento de la investigación.	gubernamentales son de importancia para el éxito de la lactancia materna.
-----------------------------------	---

1. Identificación de autor	A 13.
Nombre:	Névedy Méndez Jacobo, Luisa Estefanía García Rojas Vásquez, Diana Yolanda Reyes Barretero y Luis Alfredo Trujano Ramos.
Profesión autor principal:	Nutricionista.
Nivel de formación autor principal:	Licenciada.
Número total de autores:	4.
2.Base de datos:	Google académico.
3. Acceso publicación de la investigación completa	Base de datos online.
4. Datos relacionados con la publicación	
Tipo de publicación:	Artículo
Título:	Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna en un programa de apoyo para la misma en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán, en el periodo de septiembre a noviembre del 2014.
Revista:	Nutr Hosp.
Año de publicación:	2015
Vol. -Nº:	32(6)
Páginas:	2618-2621.
Disponible en:	http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015001200035
Idioma:	Español.

5.Población:	No se define.
6.Muestra:	86 mujeres en periodo de puerperio del piso de ginecología.
7. Lugar de realización de la investigación:	México.
8. Objetivo(s) de la investigación	Analizar los factores sociodemográficos que influyen en el abandono de la lactancia materna en un grupo de apoyo a la misma.
9.Diseño metodológico:	Estudio descriptivo, prospectivo, observacional y transversal.
11. Instrumentos usados	
Nombre:	Encuesta semiestructurada.
Validado para cuáles idiomas:	Español.
12. Análisis de los datos (test, referencial)	No hace referencia.
13. Principales resultados:	Las causas por las cuales se abandona la LME son: edad menor de 25 años (19.1%), localidad urbana (16.9%), estado civil unión libre (15.7%) y por el trabajo (9%).
14. Conclusiones de la investigación:	En la mayor parte de las mujeres la edad, el nivel educativo y la localidad son los principales factores que influyen en cuanto al abandono de la lactancia materna antes del tiempo recomendado.
15. Conocimiento de la investigación	Los factores sociales como la edad, nivel educativo de la madre y la localidad tienen gran influencia en el abandono de la lactancia materna.

1. Identificación de autor	A14.
Nombre:	Daniel Lama Nolasco.
Profesión autor principal:	Médico.
Nivel de formación autor	Especialista.

principal:	
Número total de autores:	1.
2.Base de datos:	Google académico.
3. Acceso publicación de la investigación completa	Base de datos online.
4. Datos relacionados con la publicación	
Tipo de publicación:	Artículo.
Título:	Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia materna exclusiva, en madres aseguradas del Hospital Tingo María – Essalud.
Revista:	Ágora Rev. Cient.
Año de publicación:	2015.
Vol. -Nº:	02(01).
Páginas:	125-138.
Disponible en:	http://revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/view/26/26
País de origen del artículo:	Perú.
Idioma:	Español.
5.Población:	Madres del Hospital I Tingo María ESSALUD, que hicieron abandono temprano de la lactancia materna exclusiva e hicieron uso del servicio de Pediatría durante los años 2001 a 2003
6.Muestra:	No hace referencia.
7. Lugar de realización de la investigación:	Perú.
8. Objetivo(s) de la investigación	Determinar los factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia materna exclusiva en madres aseguradas del Hospital I Tingo María Essalud.
9.Diseño metodológico:	Descriptivo/transversal.

11. Instrumentos usados	
Nombre:	Encuesta semiestructurada.
Validado para cuáles idiomas:	Español.
12. Análisis de los datos (test, referencial)	No hace referencia.
13. Principales resultados:	<p>Los factores intrínsecos como la edad de la madre, parto a término, tipo de parto (eutócico / distócico), peso del recién nacido (<2,500 grs) no tienen relación con el abandono de la lactancia materna exclusiva. La condición de ser mujeres primíparas 46% (44/96) es el factor intrínseco que presenta relación con la práctica del ALME. Los factores extrínsecos: tipo de ocupación de la madre, tipo de relación con su pareja (afectuosa/no afectuosa), vivir con las abuelas (materna/paterna) no tiene relación con la práctica del abandono de la lactancia materna exclusiva; mientras tanto el tener estudios superiores por parte de la madre 76% (73/96), vivir en zonas urbanas 77% (74/96), haber recibido control prenatal 99% (95/96), haber recibido educación sobre lactancia materna 71% (68/96) y tener la percepción de que la baja producción de leche permite el abandono de la lactancia materna exclusiva. Todas estas son variables que muestran relación con el abandono de la lactancia materna exclusiva.</p>
14. Conclusiones de la investigación:	<p>El factor intrínseco como la condición de ser mujer primípara y los factores extrínsecos como tener estudios superiores por parte de la madre, vivir en zonas urbanas, haber recibido control prenatal, haber recibido educación sobre lactancia materna y tener la percepción de baja producción de leche: influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres aseguradas de la</p>

	ciudad de Tingo María.
15. Conocimiento de la investigación	La percepción de baja producción de leche materna es un factor influyente en el abandono de la lactancia materna.

1. Identificación de autor	A 15.
Nombre:	Anahid Jara Cárdenas, Sinia Pilaca y Emilio Néstor Aguilar Quintana.
Profesión autor principal:	Médico.
Nivel de formación autor principal:	Especialista.
Número total de autores:	3.
2.Base de datos:	Google académico.
3. Acceso publicación de la investigación completa	Base de datos online.
4. Datos relacionados con la publicación:	
Tipo de publicación:	Artículo.
Título:	Abandono de la lactancia materna exclusiva en niños atendidos en el primer nivel de atención de Chosica.
Revista:	Revista Peruana de salud pública y comunitaria.
Año de publicación:	2018.

Vol. -N.º:	1(1).
Páginas:	35-37.
Disponible en:	https://revistas.ual.edu.pe/index.php/revistaual/article/viewFile/16/19
País de origen del artículo:	Perú.
Idioma:	Español.
5.Población:	84 madres que tienen niños menores de 6 meses, atendidas en un Centro de Salud del distrito de Lurigancho-Chosica.
6.Muestra:	42 madres.
7. Lugar de realización de la investigación:	Perú.
8. Objetivo(s) de la investigación	Determinar los factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en niños atendidos en el primer nivel de atención de Chosica.
9.Diseño metodológico:	Estudio observacional-analítico de casos y controles
11. Instrumentos usados	
Nombre:	Cuestionario.
Validado para cuáles idiomas:	Español.
12. Análisis de los datos (test, referencial)	No hace referencia.
13. Principales resultados:	En el presente estudio, los factores asociados al abandono de la LME fueron el estado laboral de la madre, la convivencia, apoyo económico de pareja y/o familiar, LME en la familia y las creencias negativas sobre la LME. La incorporación de las madres a la actividad laboral y las creencias negativas sobre la LME resultaron ser los factores de riesgo más importantes.

14. Conclusiones de la investigación:	El amamantamiento debe ser estimulado, apoyado y alentado durante el control prenatal. A la gestante adolescente se le debe explicar las ventajas de la lactancia para ella y para el recién nacido, prepararla física y mentalmente, así como el entorno familiar para una lactancia materna exclusiva.
15. Conocimiento de la investigación.	Es de importancia que las madres adolescentes tengan una educación más extensa y continua, al igual que su núcleo familiar, sobre los beneficios sobre lactancia materna.

1. Identificación de autor:	A 16.
Nombre:	Talita Ribeiro Algarves, Alcineide Mendes de Sousa Juliao y Herilanne Monteiro Costa.
Profesión autor principal:	Enfermera.
Nivel de formación autor principal:	Licenciada.
Número total de autores:	3.
2. Base de datos:	Google académico.
3. Acceso publicación de la	Base de datos online.

investigación completa	
4. Datos relacionados con la publicación	
Tipo de publicación:	Artículo.
Título:	Aleitamento materno: Influencia de mitos e crencas no desmame precoce.
Revista:	Revista Saude.
Año de publicación:	2015.
Vol. -N.º:	2 (1).
Páginas:	151-167.
Disponible en:	http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/91 2
País de origen del artículo:	Brasil.
Idioma:	Portugués.
5.Población:	No se especifica.
6.Muestra:	No se especifica.
7. Lugar de realización de la investigación:	Brasil.
8. Objetivo(s) de la investigación:	Describir los mitos y creencias que implican la lactancia materna y su influencia en el destete temprano.
9.Diseño	Investigación bibliográfica.

metodológico :	
11. Instrumentos usados.	
Nombre:	Búsqueda en bases de datos.
Validado para cuáles idiomas:	Portugués.
12. Análisis de los datos (test, referencial)	No hace referencia.
13. Principales resultados:	El análisis dio como resultado las categorías: la influencia de los mitos y creencias en el destete temprano y el manejo profesional y su interferencia en la lactancia materna. Los mitos y creencias son los principales influyentes del fracaso de la lactancia materna, ya que la mayoría de ellos sugieren la ineficacia de la leche materna.
14. Conclusiones de la investigación:	La educación para la salud, iniciada en la atención prenatal, y el monitoreo del binomio madre-hijo contribuyen a la desmitificación y el mantenimiento de la lactancia materna, teniendo en cuenta la realidad local, para que las acciones de salud sean consistentes con las necesidades de la población.
15. Conocimiento de la investigación	Los mitos y creencias son un factor de gran influencia en el abandono de la lactancia materna, por lo cual la educación es indispensable a nivel del control prenatal, teniendo en cuenta las necesidades de la población para que este sea efectivo.

1. Identificación de autor	C1.
Nombre:	Marina del Carmen Osorio Aquino. Ruth Angélica Landa Rivera. María Sobeida Leticia Blázquez
Profesión autor principal:	Enfermera.
Nivel de formación autor principal:	Licenciada en enfermería perinatal.
Número total de autores:	3.
2.Base de datos:	Scielo.
3. Acceso publicación de la investigación completa	Base de datos de la Universidad de Costa Rica.
4. Datos relacionados con la publicación	
Tipo de publicación:	Artículo.
Título:	Conocimientos y factores de finalización de la lactancia materna en mujeres de una comunidad en Veracruz, México.
Revista:	Revistas.ujat.mx/index.php/horizonte.
Año de publicación:	2019.
Vol. -Nº:	(18) 2
Páginas:	195-200.
Disponible en:	http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-74592019000200195&script=sci_arttext&tlng=pt
País de origen del artículo:	México.
Idioma:	Español.
5.Población:	No se especifica.
6.Muestra:	Una muestra de 31 mujeres embarazadas que acudían al Centro de Salud de Arroyo Blanco en el Municipio de Xalapa, Veracruz.
7. Lugar de realización de la	México.

investigación:	
8. Objetivo(s) de la investigación:	Identificar el déficit de conocimiento y los factores de finalización de la lactancia materna en mujeres que acuden al Centro de Salud de Arroyo Blanco en Xalapa, Veracruz.
9. Diseño metodológico:	Descriptivo- transversal.
11. Instrumentos usados:	
Nombre:	Cuestionario.
Validado para cuáles idiomas:	Español.
12. Análisis de los datos (test, referencial)	No hace referencia.
13. Principales resultados:	El 96.8% menciona tener conocimiento sobre la LM; sin embargo, el 12.9% desconoce la técnica adecuada para lactar a su bebé y el 22.6% desconoce la posición correcta de amamantar. Algunos factores de finalización son: poca producción de leche materna (19.4%) y la incorporación a su trabajo (9.7%).
14. Conclusiones de la investigación:	Aunque la mayoría de las mujeres menciona tener el conocimiento sobre la LM, una proporción considerada manifestó tener déficit de conocimiento, ya que desconocen la técnica y posición adecuada para lactar. La información insuficiente sobre la LM coincide con lo encontrado por Ulunque y Cols., los cuales señalan que el conocimiento en las mujeres de su estudio era insuficiente e inadecuado
15. Conocimiento de la investigación	Es claro que la falta de conocimiento es un factor que influye en el abandono de la LME.

1. Identificación de autor:	D1.
Nombre:	Ailkyanne Karely Pereira de Oliveira, Rosana Alves de Melo, Lucianna Pesoa Maciel, Ana Karoline Tavares, Alexsandra Rodrigues Armando y Carla Rebaca da Silva Sena.
Profesión autor principal:	Enfermera.
Nivel de formación autor principal:	Licenciada.
Número total de autores:	6.
2.Base de datos:	Proquest.
3. Acceso publicación de la investigación completa	Base de datos de la Universidad de Costa Rica.
4. Datos relacionados con la publicación:	
Tipo de publicación:	Artículo.
Título:	Práticas e crencas populares associadas ao desmame precoce.
Revista:	Av Enferm.
Año de publicación:	2017.
Vol. -Nº:	35(7).
Páginas:	303-312.
Disponible en:	https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/62542
País de origen del artículo:	Brasil.
Idioma:	Portugués.
5.Población:	Mujeres registradas en la Unidad de Atención Multiprofesional Especializada en Salud Familiar (ame), ubicada en un barrio en el

	área urbana de la ciudad de Petrolina-Pernambuco / Brasil.
6.Muestra:	No se especifica.
7. Lugar de realización de la investigación:	Brasil.
8. Objetivo(s) de la investigación	Comprender la influencia de las prácticas y creencias populares en el destete precoz de las puérperas que asistían al programa Estrategia Saúde da familia.
9.Diseño metodológico:	Descriptivo.
11. Instrumentos usados	
Nombre:	Entrevista semiestructurada.
Validado para cuáles idiomas:	Portugués.
12. Análisis de los datos (test, referencial)	No hace referencia.
13. Principales resultados:	Las mujeres participantes en nuestro estudio comprendieron la importancia de la lactancia materna exclusiva. Sin embargo, factores como el retorno al trabajo o al estudio, las creencias y tabúes (creer que la leche materna no es suficiente), la dificultad de agarre y el temor por las alteraciones estéticas de los senos llevan al destete o la inclusión de otros alimentos en la dieta antes de los primeros seis meses de vida del niño. La mayoría de la puérpera no recibió orientación profesional sobre la lactancia materna durante el control prenatal; aquellas que obtuvieron orientación informaron que la figura del enfermero fue un agente facilitador.
14. Conclusiones de la investigación:	Es necesario desmitificar la lactancia materna exclusiva y promover que esta práctica se lleve a cabo durante el tiempo

	determinado.
15. Conocimiento de la investigación	El destete temprano está relacionado por la falta de conocimiento en las madres lactantes las cuales justifican su destete por causas de percepción acerca de la poca de leche materna y la introducción temprana de alimentos.