

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

CAUSAS DE ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y MIXTA EN
MADRES CON NIÑOS MENORES DE UN AÑO EN EL HOSPITAL DE LA
MUJER DOMINICANA.
JULIO 2022 - DICIEMBRE 2022.



Trabajo de grado para optar por el título de
DOCTOR EN MEDICINA

Sustentante:

Larissa Zelided Santana Machuca 15-2002

Asesores

Dr. Octavio Comas
(Metodológico)

Dra. Sabrina Marte
(Clínico)

Distrito Nacional, 2024

CONTENIDO

Agradecimiento.....	
I. Introducción	6
I.1. Antecedentes.....	7
I.2. Justificación	9
II. Planteamiento del problema	10
III. Objetivos	11
III.1. General.....	11
III.2. Específicos	11
IV. Marco teórico	12
IV.1. Lactancia materna	12
IV.1.1. Historia	12
IV.1.2. Definición.....	13
IV.1.3. Epidemiología	13
IV.1.4. Clasificación.....	14
IV.1.5. Fisiología	14
IV.1.6. Composición de la leche materna	16
IV.1.7. Técnicas para la lactancia materna	18
IV.1.8. Posiciones para la lactancia materna	20
IV.1.9. Indicaciones médicas mayores para la sustitución de la lactancia materna.....	21
IV.1.10. Factores asociados al abandono de la lactancia materna	23
IV.1.11. Lactancia materna en la República Dominicana	24
V. Operacionalización de las variables.....	26
VI. Material y métodos.....	28
VI.1. Tipo de estudio.....	28
VI.2. Área de estudio.....	28
VI.3. Universo	28
VI.4. Muestra	29
VI.5. Criterios.....	29
VI.5.1. De inclusión.....	29
VI.5.2. De exclusión.....	29
VI.6. Instrumento de recolección de dat	29
VI.7. Procedimiento	29
VI.8. Tabulación	29
VI.9. Análisis.....	29
VII. Resultados	30
VIII. Discusión	42
IX. Conclusión	43
X. Recomendaciones	44
XI. Referencias.....	45

XII. Anexos.....	50
XII.1. Instrumento de recolección de datos	50
XII.2. Consentimiento informado	52
XIII. Evaluación	53

AGRADECIMIENTO

Queridos amigos, familiares y seres queridos,

Hoy, con gran emoción y gratitud, me dirijo a todos ustedes para expresar mi más sincero agradecimiento por acompañarme en este importante hito de mi vida: la culminación de mi tesis. A través de esta oportunidad, me gustaría expresar mi gratitud a aquellos que han sido fundamentales en mi camino hacia el logro de este objetivo.

En primer lugar, quiero expresar mi agradecimiento a Dios por su amor incondicional y su guía constante a lo largo de esta travesía académica. Su presencia en mi vida ha sido una fuente de fortaleza y esperanza, y le agradezco por las bendiciones y oportunidades que me ha otorgado.

A mi padre, Abraham Santana, le debo mi más profundo agradecimiento. Tus esfuerzos incansables para llevarme y esperarme en la universidad no tienen comparación. Has sido mi roca, mi apoyo constante y mi ejemplo de perseverancia. Tu amor incondicional y sacrificio han sido la fuerza impulsora detrás de cada paso que he dado en este camino. No puedo agradecerte lo suficiente por todo lo que has hecho por mí.

A mi amada madre, Esperanza Machuca, quiero agradecerte por ser mi fortaleza. Tus palabras de aliento, tu amor y tu apoyo incondicional han sido mi refugio en los momentos de dificultad. Gracias por creer en mí y por ser mi mayor admiradora. Tu presencia en mi vida ha sido un regalo invaluable.

A mis hermanos, Laura, Luis y Patricia, les agradezco de todo corazón. Su apoyo constante y su presencia en cada momento importante de mi vida han sido invaluable. Gracias por estar a mi lado, por animarme y por celebrar mis logros. Su amor y aliento han sido una fuente inagotable de inspiración.

Por último, pero no menos importante, quiero expresar mi gratitud a mi amado prometido, Eduardo González De Moya. Tú has sido mi soporte inquebrantable, mi confidente y mi mayor defensor. Gracias por estar a mi lado en las buenas y en las malas, por alentarme cuando dudaba de mí misma y por nunca permitirme caer. Tu amor y apoyo han sido un bálsamo para mi alma y han hecho posible que hoy esté aquí.

A todos ustedes, mi familia, amigos y seres queridos, les agradezco de todo corazón por su constante aliento, amor y apoyo incondicional a lo largo de este emocionante viaje. Su presencia ha sido un regalo que atesoraré por siempre. Sin su apoyo, este logro no habría sido posible.

¡Gracias!

Con amor y gratitud,

Larissa Zelided Santana Machuca

I. INTRODUCCIÓN

UNICEF define la lactancia materna exclusiva como un tipo de alimentación que consiste en que el bebé solo reciba leche materna y ningún otro alimento sólido o líquido a excepción de soluciones rehidratantes, vitaminas, minerales o medicamentos.¹ La leche materna posee innumerables beneficios tanto inmunológicos, nutricionales y psicológicos, para el bebé como ventajas también para la madre, tanto es su valor que hasta el momento no existe producto alguno que iguale su importancia. Pero el mencionado acto natural se ve atentado por factores sociales y maternos que influyen en que cada vez más madres para cesar de amamantar a sus niños. Estudios realizados sugieren que el abandono precoz ocurre con mayor frecuencia en madres con inestabilidad conyugal, que ven la falta de apoyo económico y emocional de una pareja, madres solteras que trabajan y son el pilar económico de su hogar, así como también mencionar el creciente número de madres adolescentes que tienen dificultad en su falta de preparación psicosocial y anatomofisiológica para llevar a cabo este acto biológico de gran importancia.²

La leche materna es la mejor manera de alimentar a los neonatos y lactantes hasta los seis meses, tiene propiedades bioactivas que facilitan la transición de la vida intra a la extraútero.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan que la lactancia materna sea exclusiva dentro de los primeros seis meses de vida, y que constituya parte importante de la alimentación durante el resto del primer año.¹

Alrededor del 90 % de las mujeres en los países en desarrollo, amamantan a sus hijos después del parto. En Asia y África el porcentaje es un poco mayor (85 %) que en América Latina y el Caribe; la lactancia natural se extiende hasta los 6 meses en el 70 % de los niños asiáticos y africanos. En cambio, en América Latina y el Caribe, la LM dura de 2 a 5 meses como promedio y solo del 35 al 60 % la recibe hasta los 6 meses.³

Tanto a nivel mundial como en Cuba, existe un renovado interés por rescatar la cultura del amamantamiento, para lo cual se han diseñado importantes programas que buscan fomentar esta práctica. Sin embargo, aún no se logran los resultados esperados. La identificación de características y factores maternos que se asocian a su abandono, permiten el desarrollo oportuno de estrategias encaminadas a perpetuar la LME durante los primeros 6 meses, y mantenerla de forma complementaria hasta los 2 años de vida del infante.³

I.1. Antecedentes

I.1.1. Internacionales

El estudio realizado por Sandra Milena Campiño Valderrama, Paula Andrea Duque. Universidad Católica de Manizalez. Caldas, Colombia. Publicado 24 de julio del 2019. Arrojó que la lactancia materna exclusiva en el mes sexto mes mostró un porcentaje de cumplimiento de 4,8%. En cuanto a la lactancia materna total el 8% lactó a su hijo durante 1 mes, el 12% lo hizo hasta los 3 meses, el 14% hasta los 6 meses y el 65% hasta los 11 meses. El análisis de correspondencias múltiples mostró que las madres que lograron un mayor periodo de lactancia fueron aquellas que se encontraban en el grupo de adultos jóvenes y que vivían en unión libre. Los factores que se asociaron estadísticamente al abandono de la lactancia materna se relacionan con la no salida de suficiente leche ($p=0,000$), el bebe rechazaba el seno ($p=0,001$), el uso de biberón ($p=0,002$) y el reingreso laboral de la madre ($p=0,035$).⁴

Los resultados arrojados por el estudio realizado por Regina del Rosario Macay Moreira, Luis Antonio Salas Jaramillo, Ana María Vélez Astudillo, Fátima Leonor Chávez Moreira. Centro de Salud los huerfanitos, Guayaquil, Ecuador. Publicado 16 de abril del 2019. Permitted identificar como los factores responsables de dicha conducta a los de índole social, educativo y económico como desconocimiento la edad igual o menor a 18 años, el estado civil soltera, la necesidad de incorporarse inmediatamente después del parto al estudio o al trabajo, el desconocimiento de la importancia de la leche materna y de las técnicas de lactar así como la falta de orientación postparto acerca del inicio y duración de la lactancia y en menor medida a los factores biológicos como la producción tardía de leche o la insuficiencia de esta para satisfacer las demandas del recién nacido.⁵

El estudio realizado por Patricia Enciso Cárdenas, Rosa María Valle, Paul Rubén Alfaro Fernández. Institución pública Febrero - Abril 2019, Chiclayo, Perú. Sus resultados arrojaron que las madres tenían entre 25 y 39 años, el 96.6% tenía nivel educativo superior, 84.5% tenía pareja, 55% era madre por primera vez, y en el 50% sus bebés habían nacido por cesárea. Todas tuvieron un óptimo nivel de conocimientos sobre lactancia materna, el 29 habían abandonado la LM y el 97% lo hizo antes de cuatro meses. Las razones del abandono fueron 38%: el trabajo, 24.2%: poca producción de leche.⁶

El estudio realizado por Ana Paula Carcausto Machaca, Diony Brisheyda Calle Vasquez. C.S Mariscal Castilla Arequipa 2019, Perú. Arrojó que se obtuvieron fueron: El 41% de las madres abandonan la lactancia materna exclusiva de manera completa, dejando al menor de 6 meses a la alimentación con fórmula y entre los 0 a 3 meses de edad, mientras que el 59.0% abandona de manera parcial continuando la lactancia materna

acompañado de sucedáneos y/u otro tipo de alimentación que se presenta entre los 4 a 6 meses del niño. Confirmándose la hipótesis de investigación (H1) que existen factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva.⁷

I.1.2. Nacionales

El estudio realizado por Hernández, en el 2014, en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Santo Domingo, República Dominicana, arrojó que el abandono de la lactancia materna fue más frecuente en mujeres de edad fértil entre 21-25 años. En cuanto a la edad del niño la más frecuente fue de 6 meses. La duración de la lactancia materna fue hasta los 2 meses en un 22.5 por ciento. La lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes fue solo de 2.5 por ciento. La lactancia mixta predominó sobre la exclusiva en un 60 por ciento. Solo un 45 por ciento no recibió información sobre la lactancia materna. Hubo un inicio temprano de la ablactación con un predominio entre los 2-3 meses. El principal motivo de abandono de la lactancia materna fue la poca producción de leche.²⁸

El estudio realizado por Lizardo, Mejía y Guerrero, en el 2015, en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de los Mina, Santo Domingo, República Dominicana, determinó que se obtuvo que el 68.1 por ciento de las madres comprendió edades de 15-26 años, el 34.8 por ciento de las madres entrevistadas no lactaron dentro de los primeros 6 meses. Predominó la lactancia artificial como forma de alimentación en el primer semestre de la vida en los niños. La insuficiente producción de leche y la desconfianza en la efectividad de la misma fueron los principales motivos para no lactar. La edad materna y el nivel de escolaridad fueron los factores maternos que más se relacionaron con el abandono temprano de la lactancia materna exclusiva. Los niños no lactados presentaron en un 42.7 por ciento enfermedades infecciosas, en comparación con los niños lactados, los cuales presentaron 21.5 por ciento. No se hizo evidente una relación importante entre el número de ingresos hospitalarios en los niños y el destete precoz.²⁸

(Estudios nacionales investigados hace 8 y 9 años respectivamente, debido a la cantidad mínima de estudios recientes sobre el abandono de la lactancia materna)

I.2. Justificación

El abandono de la lactancia materna exclusiva y mixta de madres con niños menores de un año es crucial debido a su relevancia para la salud pública. Esta investigación se realizó para conocer las causas que llevan a las madres a abandonar la lactancia materna, la preparación de este estudio tuvo como motivación la llamativa cifra de madres que abandonan la lactancia materna en nuestro país, siendo esta una problemática importante. Se conocerá con este estudio que el abandono de la misma está influenciado por la información que pueda recibir la madre sobre la lactancia, por su ocupación, por la facilidad de obtener alimentos sustitutos a la lactancia, mas no por la escolaridad alcanzada por la misma. Este proyecto se realiza con la intención de informar a los lectores para lograr cambios en nuestras madres dominicanas y así poder disminuir la cifra de abandono de la lactancia.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En República Dominicana la lactancia materna disminuye rápidamente con la edad del niño: disminuyó un 87 por ciento entre los niños menores de 2 meses, un 52 por ciento entre los niños de 6 a 8 meses. Entre los niños de 12 a 23 meses, sólo un 25 por ciento está recibiendo lactancia materna.⁹

Algunos estudios muestran que la lactancia materna proporciona protección contra las infecciones gastrointestinales, la maloclusión, favorece una mayor inteligencia, promueve el desarrollo antropométrico y motor, además de reducir el riesgo de sobrepeso y la diabetes en el infante.¹⁰

A pesar de las ventajas reportadas, globalmente se ha documentado la escasa relación del tiempo sugerido para lactar, de forma exclusiva, como mínimo en los primeros 6 meses de vida.¹⁰

Por lo previamente presentado, nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las causas de abandono de lactancia materna exclusiva y mixta en madres con niños menores de un año en el Hospital de la Mujer Dominicana en el período Julio 2022 - Diciembre 2022?

III. OBJETIVOS

III.1. General

1. Identificar las causas de abandono de lactancia materna exclusiva y mixta en madres con niños menores de un año de edad en el Hospital de la Mujer Dominicana. Julio 2022 - Diciembre 2022.

III.2. Específicos

1. Describir las variables sociodemográficas de la madre.
2. Identificar la duración de la lactancia materna.
3. Identificar alimentos sustitutos de la lactancia materna.

IV. MARCO TEORICO

IV.1. Lactancia materna

La lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres. El examen de los datos científicos ha revelado que, a nivel poblacional, la lactancia materna exclusiva durante 6 meses es la forma de alimentación para los lactantes. Posteriormente deben empezar a recibir alimentos complementarios, pero sin abandonar la lactancia materna hasta los 2 años o más.

La leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades.¹¹

El recién nacido tiene un sistema inmune inmaduro y está expuesto a gran cantidad de microorganismos extraños desde el mismo momento de su nacimiento. El 90% de las infecciones que afectan a los seres humanos utiliza las mucosas como puerta de entrada, por lo que la capacidad inmunomoduladora que confiere la leche materna es de vital importancia desde el periodo neonatal. En la reunión de expertos celebrada en Ginebra en el año 2001 se constata que "la lactancia natural es la mejor forma de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano del lactante; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres".¹²

IV.1.1 Historia

En las civilizaciones antiguas como la mesopotámica o babilónica existían códigos políticos que obligaban a dar leche materna a los hijos. En la antigua Babilonia, se recomendaba el amamantamiento hasta una edad avanzada, alrededor de los tres años. Dentro del Código de Hammurabi (1800 antes de Cristo), existen normas respecto sobre las nodrizas, regulando la paga y las formas de ofrecimiento de este servicio.

Considerado este como un trabajo honorable, se regulaba, además, las costumbres sexuales, la higiene y la vida social de estas mujeres. En Egipto el amamantamiento se extendía también hasta los tres primeros años de vida. La leche materna era el alimento irremplazable, y garantizaba una vida hogareña para los lactantes.

La lactancia materna en Egipto ratificó y consolidó vínculos afectivos entre madre e hijo, con carácter duradero. El nombramiento de la nodriza que regía en el Egipto faraónico ayudó a encumbrar y a respaldar el rango social de la mujer, siendo la nodriza del futuro faraón el escalón máximo. Se pueden encontrar descripciones literarias e iconográficas de escenas del amamantamiento del rey por diversas divinidades, incluso es posible encontrar en las Isis "Lactans" el modelo para la representación de la Virgen María con su Divino Hijo en el arte medieval.

Entre los griegos, el amamantamiento también era considerado una práctica fundamental. En Esparta, solo podían conseguir el trono, aquellos hijos del rey que hayan sido alimentados por su madre. Plutarco (siglo I aC) relata la historia de la posesión del trono del segundo hijo del rey Temistes, solo porque el primogénito había sido alimentado con leche de una desconocida. Hipócrates (400 aC), en Aforismos clasifica las edades de la vida en siete, nombrando la primera como infancia o edad de la lactancia.¹³

IV.1.2 Definición

La lactancia materna es un proceso único que contribuye al crecimiento y desarrollo saludable, es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales de niños normales hasta los seis meses de edad, reduce la incidencia y gravedad de enfermedades infecciosas, disminuye la morbilidad y mortalidad infantil y rara vez causa problemas alérgicos.¹⁴

IV.1.3 Epidemiología

La prevalencia de la lactancia materna exclusiva es muy baja. En todo el mundo, los/las niños/as menores de 6 meses alimentados con lactancia materna exclusiva no llegan al 40%. En España, la prevalencia para las primeras 6 semanas de vida es del 66,2%, para los 3 meses es del 53,6% y para los 6 meses es del 28,5%. En comparación con otros países, esta prevalencia se situaría en un nivel intermedio; los países nórdicos, Japón, Canadá y Nueva Zelanda son los que muestran prevalencias más altas (71% a 81%) a los 3 meses, mientras que países como Reino Unido, Estados Unidos, Irlanda y Francia muestran prevalencias inferiores (15% a 43% a los 3 meses, 0,2% a 14% a los 6 meses).¹⁵

A pesar de sus ventajas, el abandono precoz de la lactancia o la decisión de no amamantar ha sido un problema ancestral; el Código de Hammurabi (1800 a. C.) contenía regulaciones en la práctica de la lactancia. Desde hace 4 000 años, en Europa, existen antecedentes sobre técnicas de alimentación en bebés no amamantados. Hipócrates dijo a propósito de la lactancia *"la leche de la propia madre es benéfica, la de otras mujeres es dañina"*. En el siglo XVIII predominó el amamantamiento por nodrizas; las madres francesas de la época deseaban mantener su belleza y fresca, esta influencia continuó durante el siglo XIX y XX. En México, aunque la prevalencia de la lactancia materna ha mejorado ligeramente en los últimos años, tiene uno de los

valores prevalentes más bajos entre los países subdesarrollados y más de la mitad de los niños mexicanos no reciben leche materna después de los seis meses de edad.

Según la Academia Americana de Pediatría, en 1995 la práctica de lactancia materna exclusiva en los Estados Unidos de Norteamérica, al sexto mes era de 21%.

En México, el Consejo Nacional de Población reportó en 1997 una tasa de lactancia exclusiva, en menores de cuatro meses de 33.6%.

En la Encuesta Nacional emitida por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el año 2003 se reporta una prevalencia de lactancia materna exclusiva al cuarto mes de 30.5%¹⁶

En la República Dominicana, revelan un preocupante patrón de abandono de la lactancia materna. Aproximadamente el 60% de las madres inician la lactancia materna exclusiva en los primeros días después del parto. Sin embargo, a medida que transcurren los meses, este porcentaje disminuye significativamente, con alrededor del 40% de las madres abandonando la lactancia materna antes de que sus bebés alcancen los seis meses de edad, como recomienda la OMS. Estos porcentajes subrayan la importancia de comprender y abordar las causas subyacentes de este fenómeno en la República Dominicana, con el objetivo de promover una lactancia materna más prolongada y beneficiosa para la salud de los bebés.

IV.1.4 Clasificación

Lactancia materna exclusiva: El lactante recibe únicamente el pecho materno durante los primeros seis meses de vida, puede incluir sales de hidratación oral, gotas o jarabes.

Lactancia materna predominante: El lactante recibe el pecho materno como fuente predominante de nutrientes; puede incluir ciertos líquidos, tés, sales de hidratación gotas, o jarabes.

Lactancia materna parcial o mixta: El lactante además del pecho materno, es alimentado con leche no humana y/o fórmulas. Se clasifican en altas, cuando el aporte de leche humana es más del 80 por ciento, media si es de 20 a 80 por ciento y baja cuando es menor de 20 por ciento.

Lactancia materna mínima: La succión al pecho materno es ocasional, irregular.¹⁷

IV.1.5 Fisiología

Es importante conocer que el pecho se desarrolla y prepara durante el embarazo para cumplir su función de alimentar al bebe cuando se rompa la conexión placentaria. El pecho está preparado para la lactancia desde la semana 16, sin ninguna intervención activa de la madre. Se mantiene inactivo por el equilibrio de las hormonas inhibitoras que suprimen la respuesta de las

células diana. En las primeras horas y días postparto, el pecho responde a los cambios en el ambiente hormonal y al estímulo de la succión produciendo y secretando leche.

El inicio de la secreción láctea o lactogénesis, se ha descrito mediante tres estadios:

- Estadio I: Se inicia unas doce semanas antes del parto.
- Estadio II: Se inicia clínicamente dos o tres días después del parto, cuando la secreción de leche es copiosa.
- Estadio III o galactopoyesis: Se considera el mantenimiento de la lactancia ya establecida.

La salida de la leche se produce por medio de dos procesos, los cuales son fundamentales para que el bebé obtenga el volumen necesario de leche así como la totalidad de nutrientes. Dichos procesos son la expulsión activa de la leche por parte de la madre mediante el reflejo de eyección y la extracción activa del bebé quien, actuando sobre los tejidos del pecho con la mandíbula y la lengua saca la leche de los conductos lácteos. Para ello, una postura correcta y un buen agarre al pecho son vitales.

La velocidad de producción de leche es directamente proporcional a la cantidad de leche extraída en la toma anterior. De este modo, la producción de leche se adapta perfectamente a las necesidades del lactante, de una toma a otra e independientemente para cada pecho.

Una vez la lactancia ha sido establecida, su continuación con éxito no depende tanto de los niveles de prolactina elevados, sino del drenaje eficaz de los alvéolos. Ya que, si no existe un drenaje eficaz de la glándula, los alvéolos quedan tan llenos que las células mioepiteliales son incapaces de contraerse con fuerza suficiente para hacer salir la leche. Esto conllevaría una disminución de la producción láctea.

Mientras las células mioepiteliales se contraigan adecuadamente y creen una presión positiva en el sistema de canalículos, la leche llegará hasta los conductos galactóforos donde puede ser extraída como resultado de la acción de la boca y de la lengua del bebé.

Tras un estímulo de succión se generan unos impulsos nerviosos que estimulan la hipófisis posterior provocando la salida de oxitocina a la corriente sanguínea materna por un reflejo no condicionado. Dicha secreción afecta a todos los receptores de oxitocina situados en los distintos órganos maternos.

Pero, además, la oxitocina se produce también por un reflejo condicionado al ver y escuchar al niño o como resultado de la preparación para amamantar.¹⁸

IV.1.6 Composición de la leche materna

La leche materna es un elemento vivo. Por lo tanto, la composición de este fluido es dinámica y obedece a mecanismos de regulación neuroendocrina, donde desempeñan un papel importante células, nutrientes y sustancias químicas. En consecuencia, su composición varía según diferentes factores. Uno de ellos es el tiempo transcurrido desde el momento del parto, según lo cual se clasifica en:

- **Precolostro:** se trata de la secreción del plasma producido en la glándula mamaria a partir de la semana 16 de embarazo. Cuando el nacimiento es prematuro (antes de las 35 semanas de gestación). Este fluido es concentrado en proteínas, nitrógeno total, inmunoglobulinas, ácidos grasos (AG), magnesio, hierro, sodio y cloro. Además, tiene bajas concentraciones de lactosa, acorde a la reducida actividad de lactasa en el organismo del recién nacido prematuro.

- **Calostro:** “se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso de alta densidad y poco volumen de 2 a 20 mL por mamada, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del recién nacido. La transferencia de leche menor de 100 mL el primer día, aumenta significativamente entre las 36 y 48 horas postparto y luego se nivela a volúmenes de 500-750 mL/ 24 horas a los 5 días postparto. El calostro tiene 2 g/100 mL de grasa, 4 g/100 mL de lactosa y 2 g/100 mL de proteína, aportando 67 Kcal/100 mL. Contiene menos cantidades de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc. El betacaroteno le confiere el color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado.

En el calostro la concentración promedio de Inmunoglobulina A, lactoferrina y oligosacáridos, se encuentra elevada y junto a una gran cantidad de linfocitos y macrófagos confiere al recién nacido una eficiente protección contra los gérmenes del medio ambiente”.

- **Leche de transición:** su producción se inicia después del calostro y dura entre cinco y diez días. En ella, progresivamente se elevan las concentraciones de lactosa, vitaminas hidrosolubles y grasas (aumento de colesterol y fosfolípidos) y disminuyen las proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles debido a que se diluyen por el incremento en el

volumen de producción, que puede alcanzar 660 mL/día hacia el día 15 postparto. Su color es blanco y se debe a la emulsificación de grasas y a la presencia de caseinato de calcio.

- Leche madura: tiene una gran variedad de componentes nutritivos. El volumen promedio de la leche madura producida por una mujer es de 700-900 mL/día durante los 6 primeros meses postparto, y 600 mL/día en el segundo semestre, contando con un aporte de entre 68-74 Kcal /100 mL. Las grasas, proteínas y carbohidratos están unidos a enzimas que contiene la LH, lo cual favorece la digestión y absorción, permitiendo el aprovechamiento de todos los nutrientes y la formación de un sistema inmunitario efectivo y eficiente que garantiza la salud del lactante. Contiene un 88% de agua y su osmolaridad es de 286 miliosmoles, semejante a la del plasma, lo que le permite al niño mantener un perfecto equilibrio electrolítico.

Carbohidratos: son junto a las grasas la principal fuente energética del lactante, destacándose la lactosa. Ésta alcanza una concentración de 68 g/L. La lactosa de la LH (beta-lactosa) se digiere con menor rapidez que la de las leches artificiales (alfa-lactosa). En grandes cantidades puede alcanzar el colon y proporcionar un sustrato para el crecimiento de las bacterias bífidas (efecto prebiótico). Los otros carbohidratos presentes en concentraciones inferiores son la glucosa, galactosa, oligosacáridos complejos y glicoproteínas. La presencia de lactosa aumenta la absorción de calcio y fósforo y disminuye el pH, lo cual reduce la posibilidad de crecimiento de bacterias patógenas.

- Lípidos: La concentración de lípidos difiere entre las mujeres lactantes entre 1 a 7 g/dL constituyendo el 3-5% de la LH. Este porcentaje que se encuentra formado en un 98% por triglicéridos y una pequeña proporción de fosfolípidos y colesterol, proporcionan ácidos grasos esenciales (AGE), precursores de las prostaglandinas, prostaciclina y leucotrienos, reconocidos moduladores metabólicos. La grasa es el constituyente energético que más varía entre los nutrientes de la leche. Es relevante mencionar que variaciones en la calidad de las grasas consumidas por las madres tienen mayor impacto que la cantidad de éstas. Además, otros factores que modifican los lípidos lácteos son el tiempo desde el parto y el horario de eyección.

- Proteínas: La concentración promedio de proteínas en la LH madura es de 0,9 a 1,2 g/dL. Se caracteriza por un predominio de las proteínas del suero (60-70 %) sobre la caseína (40-30%), esta última forma un coágulo blando y digerible, lo cual se relaciona con que el tiempo de vaciamiento gástrico del lactante al consumir LH sea menor en comparación a leche de vaca. Además, la caseína cumple funciones inmunomoduladoras. Entre las proteínas del suero se encuentran la alfa-lactalbúmina, lactoferrina, inmunoglobulinas, lisozima y lipasa las cuales participan de la protección del recién nacido frente a los microorganismos y en funciones digestivas. La concentración de

proteínas lácteas no es afectada por la dieta materna, pero esta concentración aumenta con el IMC materno, y disminuye en las madres que producen cantidades elevadas de leche.

- **Micronutrientes:** Entre los minerales, el zinc es parte de los sistemas activadores de las enzimas. Su concentración en la LH es de 2 a 4 μ g/mL. El flúor a pesar de su baja concentración es fundamental para el desarrollo óseo, que también depende de la relación calcio/fósforo de 1,2 a 2, lo cual favorece la absorción del 75% del calcio. Conjuntamente, el magnesio se mantiene en equilibrio muy estable con el calcio en la LH para prevenir hipocalcemia en el recién nacido. En general, estos minerales no dependen de la dieta materna en condiciones habituales. Además, la LH es un alimento fuente de hierro de alta biodisponibilidad. Si bien se encuentra en niveles bajos, se absorbe más del 70% en comparación con el 30% del hierro presente en la leche de vaca.

Con respecto a las vitaminas, la leche de una madre eutrófica presenta cantidades suficientes de vitaminas para el crecimiento normal del bebé. En el caso de la vitamina A, la cual interviene en el proceso de la visión y en la respuesta inmunológica, su concentración en la leche es variable, ya que depende de la ingesta alimentaria materna. Respecto a la vitamina C, es principalmente un agente antioxidante y actúa como cofactor en reacciones enzimáticas. Además, estimula la absorción del hierro y regula su metabolismo, siendo la LH normalmente rica en vitamina C.

- **Polifenoles:** Conjuntamente con los macronutrientes y micronutrientes clásicamente estudiados, la leche puede contener otros compuestos provenientes de la ingesta materna, tales como los polifenoles, de los cuales depende, al menos en parte, la actividad antioxidante.

El recién nacido presenta inmadurez de numerosas vías metabólicas y funciones fisiológicas, lo cual hace de la leche materna un alimento imprescindible frente al desarrollo de diversas patologías. Entre estas enfermedades se encuentran las agrupadas bajo el término de enfermedades neonatales por radicales del oxígeno, de mayor incidencia en recién nacidos pretérminos, tales como: la displasia broncopulmonar, la enterocolitis necrotizante y la retinopatía del prematuro. Este grupo de patologías muestran su inicio en el fuerte estrés oxidativo al que se ve sometido el recién nacido en el momento del nacimiento. La madre aporta a través de la LM sustancias antioxidantes como vitaminas y polifenoles y de esta manera reduce el estrés oxidativo de su hijo.¹⁹

IV.1.7 Técnicas para la lactancia materna

Las posiciones para amamantar son importantes, en especial en los primeros días y en el primer mes de vida; a partir de ese momento, el binomio

madre hijo se acomoda, o mejor, se acopla, y se amamanta como ambos deseen y se sientan más cómodos; pero en los primeros días después del parto, de la posición correcta y del agarre adecuado depende que el bebé reciba la leche que necesita, lo que no se logra si se producen grietas o algunos otros problemas asociados a la lactancia materna.

El agarre tiene gran importancia, y ello está íntimamente vinculado a los senos lactíferos, bolsitas llenas de leche que deben quedar dentro de la boca del recién nacido pues, de lo contrario, no logra obtener el preciado alimento: entonces llora, se muestra insatisfecho, no aumenta de peso, tiene orinas escasas, y ello es manifestación de que el bebé no logra obtener la leche materna, por un deficiente agarre.

- La mejilla del niño debe acercarse al seno materno, y como los recién nacidos tienen el denominado reflejo de búsqueda, el bebé dirigirá su boca al pezón de la madre. Colocar el niño de frente a la glándula mamaria es muy importante y tiene una estrecha relación con la posición correcta.
- Al abrir el niño la boca, se tratará de introducir la mayor parte de la areola y el pezón en la boca del niño, o sea, que este tome «un buen bocado» del seno de la madre; así se logrará que los senos lactíferos queden dentro de la boca del bebé. Esto resulta un poco difícil en las madres que tienen las glándulas mamarias muy voluminosas; por ello, son importantes la ayuda práctica del personal entrenado y la cooperación de la madre.
- El cuerpo del bebé debe estar bien pegado al de la madre: panza con panza o barriga con barriga, la cara de frente al pecho, y la madre debe sostener con la mano la región glútea del lactante.

El cuerpo del bebé quedará en línea recta: oreja-hombro-cadera; con la otra mano, la madre puede ayudar a introducir el seno en la boca del niño y no debe colocar los dedos índice y medio, pues ello dificulta el flujo de la leche. En los casos en que la madre tenga una excesiva y brusca salida de leche y el bebé se atragante, se puede usar esta posición de pinza de los dedos índice y medio. No necesariamente esta mano tiene que estar en esta posición, pues ello es importante en los primeros días, y depende de muchos factores relacionados con el tipo de pezón, el patrón de succión y otros; de todas formas, después de la segunda semana de nacido, casi nunca resulta necesario que la madre sujete su seno, ni coloque la mano en C, ni ordeñe o exprima, que es una incorrecta «nueva moda» que se observa en los últimos tiempos, como si el niño necesitara de este ordeñamiento. El bebé succiona, y si el agarre es bueno, extrae la leche.

El hecho de que el cuerpo del niño quede bien cerca de la madre permitirá que ambos, madre e hijo, se sientan más cómodos, y que al no tirar del pezón, no se formen grietas.²⁰

IV.1.8 Posiciones para la lactancia materna

La OMS concluye que lo importante es que la cabeza y el cuerpo del lactante estén alineados; que el lactante esté en contacto con el cuerpo de la madre y sujeto por la cabeza y el cuello y que se acerca al pecho, estando la nariz a la altura del pezón.

Posición sentada (o posición de cuna): Se coloca al bebé con el tronco enfrentado y pegado a la madre. La madre lo sujeta con la mano en su espalda, apoyando la cabeza en el antebrazo, pero no muy cerca del codo para que el cuello no se flexione, lo que dificultará el agarre. Con la otra mano dirige el pecho hacia la boca del bebé y en el momento en que éste la abre, lo acerca con suavidad al pecho.

Posición acostada: La madre se sitúa acostada de lado, con el bebé también de lado, con su cuerpo enfrentado y pegado al cuerpo de la madre. Cuando el bebé abre la boca, la madre puede acercarlo al pecho empujándolo por la espalda, con suavidad, para facilitar el agarre. Es una posición muy cómoda para las tomas nocturnas y los primeros días de lactancia.

Posición crianza biológica: La madre se coloca recostada (entre 15 y 65°) boca arriba y el bebé boca abajo, en contacto piel con piel con el cuerpo de la madre. Esta postura permite al bebé desarrollar los reflejos de gateo y búsqueda. La madre le ayuda a llegar al pecho ofreciendo límites con sus brazos. Esta posición es especialmente adecuada durante los primeros días y cuando exista algún problema de agarre (dolor, grietas, rechazo del pecho...).

Posición en balón de rugby (o posición invertida): Se sitúa al bebé por debajo de la axila de la madre con las piernas hacia atrás y la cabeza a nivel del pecho, con el pezón a la altura de la nariz. Es importante dar sujeción al cuello y a los hombros del bebé, pero no a la cabeza, que necesita estar con el cuello un poco estirado para atrás (deflexionado), para facilitar el agarre. Es una posición adecuada para amamantar a gemelos y a prematuros.

Posición de caballito: El bebé se sitúa sentado sobre una de las piernas de la madre, con el abdomen pegado y apoyado sobre el materno. Esta postura es útil en casos de grietas, reflujo gastroesofágico importante, labio leporino o fisura palatina, prematuros, mandíbula pequeña (retromicrognatia) o problemas de hipotonía. En estos casos puede ser necesario sujetar el pecho por debajo, a la vez que se sujeta la barbilla del bebé.²¹

IV.1.9 Indicaciones médicas mayores para la sustitución de la lactancia materna

Casi todas las madres pueden amamantar con éxito, lo que significa iniciar la lactancia materna durante la primera hora de vida, dar lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, y continuar con la lactancia (además de alimentación complementaria apropiada) hasta los dos años de edad o más. La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida es particularmente beneficiosa para madres y lactantes. Sin embargo, un número pequeño de estados de salud del recién nacido y de la madre podría justificar que se recomendara no amamantar de manera temporal o permanente.

Afecciones infantiles: lactantes que no deben recibir leche materna ni otra leche excepto fórmula especializada:

Lactantes con galactosemia clásica: se necesita una fórmula especial libre de galactosa.

Lactantes con la enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce: se necesita una fórmula especial libre de leucina, isoleucina y valina.

Lactantes con fenilcetonuria: se requiere una fórmula especial libre de fenilalanina (se permite algo de lactancia materna, con monitorización cuidadosa).

Recién nacidos para quienes la leche materna es la mejor opción de alimentación, pero que pueden necesitar otros alimentos durante un periodo limitado, además de leche materna:

Lactantes nacidos con peso menor de 1500 g (muy bajo peso al nacer).

Lactantes nacidos con menos de 32 semanas de gestación (muy prematuros).

Recién nacidos con riesgo de hipoglucemia debido a una alteración en la adaptación metabólica o un incremento de la demanda de glucosa, como los prematuros, los pequeños para la edad gestacional o los recién nacidos que han experimentado hipoxia significativa intraparto, así como aquellos que están enfermos o los hijos de madre diabética,

si la glucemia no se controla con lactancia materna o con alimentación con leche materna extraída.

Afecciones maternas: las madres afectadas por alguna de las enfermedades mencionadas más abajo deberían recibir tratamiento según las recomendaciones habituales.

Afecciones maternas que podrían justificar que se evite la lactancia de forma permanente:

Infección por VIH: si la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura (AFASS). Si no se dan estas circunstancias, se aconseja la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses.

Afecciones maternas que podrían justificar que se evite la lactancia de forma temporal:

Enfermedad grave que hace que la madre no pueda cuidar a su bebé, por ejemplo, septicemia.

Herpes simplex tipo 1 (HSV-1): se debe evitar el contacto directo entre las lesiones en el pecho materno y la boca del bebé hasta que toda lesión activa se haya resuelto.

Medicación materna:

Los medicamentos psicoterapéuticos sedantes, antiepilépticos, opioides y sus combinaciones pueden causar efectos colaterales tales como mareo y depresión respiratoria, por lo que deben evitarse si existen alternativas más seguras disponibles.

Es recomendable evitar el uso de yodo radioactivo-131 debido a que están disponibles opciones más seguras; la madre puede reiniciar la lactancia pasados dos meses de haber recibido esta sustancia.

El uso excesivo de yodo o yodóforos tópicos (yodo-povidona), especialmente en heridas abiertas o membranas mucosas, puede provocar supresión tiroidea o anomalías electrolíticas en el bebé amamantado y deberían evitarse.

La quimioterapia citotóxica requiere que la madre suspenda el amamantamiento durante la terapia.

Afecciones maternas durante las cuales puede continuar la lactancia, aunque representan problemas de salud preocupantes:

Absceso mamario: el amamantamiento debería continuar con el lado no afectado; el amamantamiento con el pecho afectado puede reiniciarse una vez se ha iniciado el tratamiento.

Hepatitis B: los lactantes deben recibir la vacuna de la hepatitis B en las primeras 48 horas o apenas sea posible después.

Hepatitis C.

Mastitis: si la lactancia es muy dolorosa, debe extraerse la leche para evitar que progrese la afección.

Tuberculosis: el manejo de la enfermedad de la madre y el bebé debe hacerse de acuerdo con las normas nacionales.

Abuso de sustancias: se ha demostrado que el uso materno de nicotina, alcohol, éxtasis, anfetaminas, cocaína y estimulantes relacionados tiene un efecto dañino en los bebés amamantados; el alcohol, los opioides, las benzodiazepinas y el cannabis pueden causar sedación tanto en la madre como en el bebé. Se debe motivar a las madres a no utilizar estas sustancias y darles oportunidades y apoyo para abstenerse.²²

IV.1.10 Factores asociados al abandono de la lactancia materna

A pesar de los beneficios de la LM, los datos de abandono son alarmantes. La mayoría de las mujeres dejan de amamantar en los primeros meses después del nacimiento.

La mayoría de los autores señalan que ser mayor edad, estar casada y un mayor nivel educativo y de ingresos, son variables asociadas a mayores tasas de inicio, exclusividad y duración de la LM. De la misma manera el tabaquismo es un factor que incide en el abandono.

Una de las razones que habitualmente argumentan las madres para suspender la lactancia es no tener leche suficiente y que la calidad de la misma es mala; situaciones que se han asociado a características maternas como la primiparidad o la obesidad, sucesos cercanos al parto como la cesárea y problemas físicos como dolor en el pecho, que limitan la frecuencia o duración de las tomas. En este nivel, los factores que se asocian a una

mayor duración de la LM se consideran: la decisión materna de amamantar durante el embarazo y haber tenido experiencias previas satisfactorias.

El nivel grupal incluye los atributos del entorno en el que la madre y el niño se encuentran. Se describen como causas más próximas al fracaso precoz de la lactancia: las opiniones familiares desfavorables, la incorporación al trabajo y la falta de información. Una revisión sistemática sobre el tema concluye que el asesoramiento prenatal combinado con el posnatal resultó de gran beneficio para LM hasta los 6 meses de edad. El método canguro o contacto piel con piel es una de las prácticas hospitalarias favorecedoras.²³

En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, menos de la mitad de los bebés empiezan a amamantarse en sus primeros 60 minutos después del parto y más del 60% de los lactantes no son alimentados exclusivamente con leche materna hasta el sexto mes.

Al realizar el análisis por grupos de países en Latinoamérica y el Caribe se constata que solamente inician LME el 4% de los lactantes en República Dominicana, el 7% en Venezuela, 15% en Jamaica, 22% en El Salvador, 25% en Panamá y el 30% en Honduras. Estos bajos índices indican un abandono de la práctica de la lactancia materna exclusiva. Encontrándose en una situación intermedia en Ecuador con 40%, Colombia con 47%, Bolivia y Uruguay con 54% y Chile con 85 %.

Según los organismos de salud como OMS, UNESCO, OPS y el MINSA indican que las causas principales de la disminución de la lactancia materna tiene que ver con la falta de información y de confianza en sí mismas de las mujeres que amamantan; así como la falta de información sobre el inicio de la lactancia cuando dan a luz, las dificultades que encuentran cuando estudian o trabajan fuera del hogar para continuar dándole la lactancia materna a sus bebés; de otro lado, las presiones de la vida moderna y la publicidad indiscriminada de sucedáneos de la leche materna, traen como consecuencia que la madre ofrezca tempranamente otros alimentos al lactante y como consecuencia desteten de manera precoz a sus bebés.²⁴

IV.1.11 Lactancia materna en la República Dominicana

Recientemente Unicef y la Organización Mundial de la Salud realizaron un estudio en el que analizaron 76 países, demostrando que en República Dominicana sólo el 38,1 % de los recién nacidos toman leche materna en su primera hora de vida, una de las tasas más bajas de América Latina.

La Ley No. 8-95 que declara como prioridad nacional la Promoción y Fomento de la Lactancia Materna, la misma en su artículo 8 manda a todos los

establecimientos industriales del país a que asignen los espacios físicos con el objeto de que las trabajadoras puedan amamantar exclusivamente a sus hijos e hijas recién nacidos (as) hasta los seis meses de edad.²⁵

En República Dominicana solo el 4.7% de los infantes menores de 6 meses son amamantados exclusivamente, según datos de la ENHOGAR MICS 2014.

UNICEF se encuentra fortaleciendo exitosamente la implementación de la promoción de la lactancia materna en 24 hospitales públicos del país, y ya existen más de 100 salas de lactancia en varios centros de trabajo públicos y privados.

En definitiva, OMS y UNICEF indican que se hace preciso mejorar el acceso a asesoramiento especializado para la lactancia materna para que se pueda extender su duración y se promueva que sea exclusiva, ya que posee beneficios para los bebés, las familias y las economías. De hecho, en su análisis concluyen que las tasas crecientes de lactancia materna exclusiva, en algunos países, podrían salvar la vida de 820,000 niños cada año.²⁶

Se recuerda que para el año 2002 el índice de lactancia materna exclusivo era de un 25 %, tasa que disminuyó a un 7.8 % en el 2007 y a un 6.7 % en el 2013, según la encuesta Endesa.²⁷

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Edad de la madre	Tiempo desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista	Años cumplidos	Numérica
Ocupación	Labor desempeñada por la entrevistada	Ama de casa Estudiante Empleada comerciante Otra Ninguna	Nominal
Estado Civil	Situación de la persona física determinada por su condición jurídica, según sus relaciones familiares	Soltera Casada Unión libre Viuda	Nominal
Nivel Educativo	Grado escolar alcanzado	Primaria Secundaria Técnica Universitaria Ninguna	Ordinal
Procedencia	Área geográfica donde la entrevistada reside actualmente	Zona urbana Zona rural	Nominal
Tiempo de lactancia	Tiempo de lactancia proporcionado al infante	Meses	Numérica

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Causa de abandono de lactancia	Motivo por la cual la madre no lacta al infante.	Trabajo de la madre. Dolor al amamantar Hipogalactia Otros	Nominal
Alimento sustituto a la lactancia materna	Alimento suministrado en sustitución de lactancia materna	Fórmulas Agua de arroz Tisanas Otros	Nominal

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

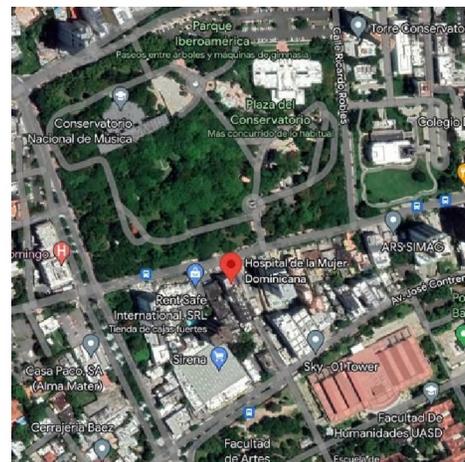
Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal y recolección prospectiva de datos, con el objetivo de identificar las causas de abandono de lactancia materna exclusiva y mixta en madres con niños menores de un año de edad en el Hospital de la Mujer Dominicana Julio 2022 - Diciembre 2022.

VI.2. Área de estudio

El estudio fue realizado en el Hospital de la Mujer Dominicana, se encuentra en la Av. Simón Bolívar No. 842, Distrito Nacional, Santo Domingo. Delimitado, al norte, por la Av. 27 de febrero; al oeste, por la Av. Simón Bolívar; al sur, por la Av. José Contreras y al este, por la Av. Simón Bolívar. (Ver mapa y vista aérea).



Mapa cartográfico



Vista aérea

VI.3. Universo

El universo está representado por las 150 madres con niños menores de un año que asistieron al Hospital de la Mujer Dominicana, Julio 2022 - Diciembre 2022.

VI.4. Muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico de 60 madres que abandonaron la lactancia exclusiva y mixta con niños menores de un año, en el Hospital de la mujer Dominicana, Julio 2022 - Diciembre 2022.

VI.5. Criterios

VI.5.1. De inclusión

- Madres que abandonaron la lactancia antes del primer año de edad del infante.
- Sin discriminación de edad.

VI.5.2. De exclusión

- Madres que no hablan o dominan el español
- Madres que rechazarán la participación en el estudio

VI.6. Instrumento de recolección de datos

Se elaboró un instrumento de recolección de datos que contiene información sobre las variables ya determinadas.

VI.7. Procedimiento

Se sometió el anteproyecto a la escuela de medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU). Luego de su aprobación, se procedió a identificar las madres del área de canguro y seleccionar a aquellas que cumplieron con los criterios de inclusión y firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio. Se les aplicó el instrumento de recolección de datos con el fin de conocer las causas de abandono de lactancia de las madres con niños menores de un año del Hospital de la Mujer Dominicana, Julio 2022 – Diciembre 2022.

VI.8. Tabulación

Las operaciones de tabulación del estudio fueron ejecutadas a través de Microsoft word y Excel para el diseño y manejo de datos.

VI.9. Análisis

Los datos obtenidos se analizaron en frecuencia simple, se expresaron en porcentajes y se presentaron en tablas y gráficos para su mayor comprensión.

VII. RESULTADOS

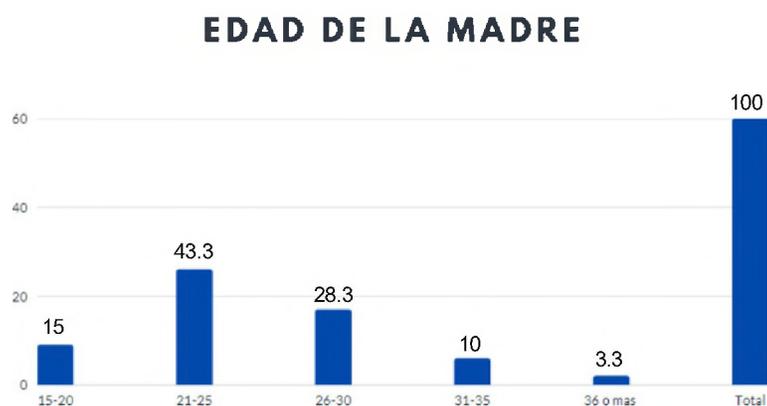
Tabla 1. Causas de abandono de lactancia materna exclusiva y mixta en madres con niños menores de un año en el Hospital de la Mujer Dominicana, Julio 2022-Diciembre, 2022, según edad.

Edad materna (años)	Frecuencia	%
15-20	9	15.0
21-25	26	43.3
26-30	17	28.3
31-35	6	10.0
36 o más	2	3.3
Total	60	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El 43.3 por ciento de las madres tenía una edad contenida entre 21-25 años, el 28.3 por ciento de 26-30, el 15 por ciento de 15-20, el 10 por ciento de 31-35 y el 3.3 por ciento de 36 o más años de edad.

Gráfica 1. Causas de abandono de lactancia materna exclusiva y mixta en madres con niños menores de un año en el Hospital de la Mujer Dominicana, Julio 2022-Diciembre, 2022, según edad.



Fuente: Tabla 1

Tabla 2. Causas de abandono de lactancia materna exclusiva y mixta en madres con niños menores de un año en el Hospital de la Mujer Dominicana, Julio 2022-Diciembre, 2022, según estado civil.

Estado Civil	Frecuencia	%
Soltera	23	38.3
Unión libre	19	31.6
Casada	16	26.6
Viuda	2	3.3
Total	60	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El 38.3 por ciento de las madres estaban solteras, el 31.6 por ciento en unión libre, el 26.6 por ciento casada y el 3.3 por ciento eran viudas.

Gráfica 2. Causas de abandono de lactancia materna exclusiva y mixta en madres con niños menores de un año en el Hospital de la Mujer Dominicana, Julio 2022-Diciembre, 2022, según estado civil.



Fuente: Tabla 2

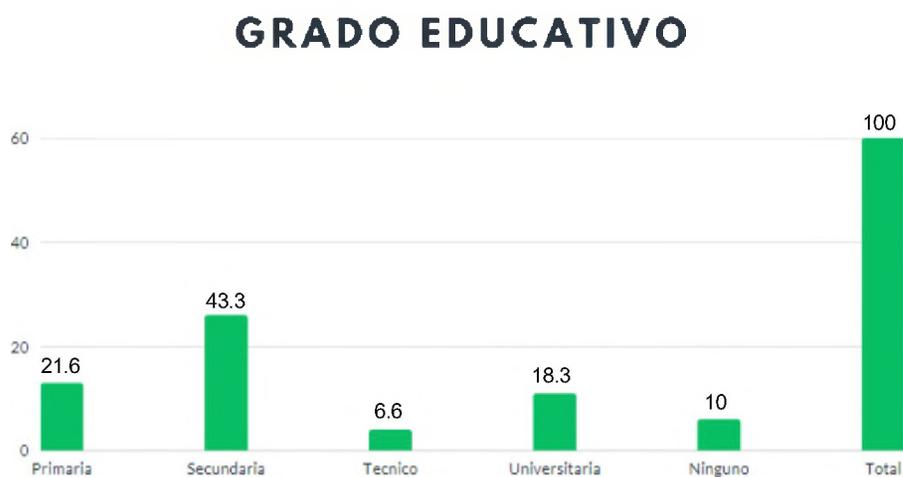
Tabla 3. Causas de abandono de lactancia materna exclusiva y mixta en madres con niños menores de un año en el Hospital de la Mujer Dominicana, Julio 2022- Diciembre, 2022, según grado educativo.

Grado Educativo	Frecuencia	%
Primaria	13	21.6
Secundaria	26	43.3
Técnica	4	6.6
Universitaria	11	18.3
Ninguna	6	10
Total	60	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El 43.3 por ciento tenía un grado educativo secundario, el 21.6 por ciento uno primario, el 18.3 por ciento universitario, el 10 por ciento no tenía ningún grado educativo y el 6.6 por ciento técnico.

Gráfica 3. Causas de abandono de lactancia materna exclusiva y mixta en madres con niños menores de un año en el Hospital de la Mujer Dominicana, Julio 2022- Diciembre, 2022, según grado educativo.



Fuente: Tabla 3

Tabla 4. Causas de abandono de lactancia materna exclusiva y mixta en madres con niños menores de un año en el Hospital de la Mujer Dominicana, Julio 2022-Diciembre, 2022, según ocupación.

Ocupación	Frecuencia	%
Estudiante	12	20
Empleada	6	10
Comerciante	13	21.6
Ama de casa	29	48.3
Total	60	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El 48.3 por ciento eran amas de casa, el 21.6 por ciento comerciantes, el 20 por ciento estudiantes y el 10 por ciento empleadas.

Gráfica 4. Causas de abandono de lactancia materna exclusiva y mixta en madres con niños menores de un año en el Hospital de la Mujer Dominicana, Julio 2022-Diciembre, 2022, según ocupación.



Fuente: Tabla 4

Tabla 5. Causas de abandono de lactancia materna exclusiva y mixta en madres con niños menores de un año en el Hospital de la Mujer Dominicana, Julio 2022-Diciembre, 2022, según Procedencia.

Procedencia	Frecuencia	%
Rural	34	56.6
Urbana	26	43.3
Total	60	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El 56.6 por ciento de las madres procedían de zonas rurales y el 43.3 por ciento de zona urbana.

Gráfica 5. Causas de abandono de lactancia materna exclusiva y mixta en madres con niños menores de un año en el Hospital de la Mujer Dominicana, Julio 2022-Diciembre, 2022, según Procedencia.



Fuente: Tabla 5

Tabla 6. Causas de abandono de lactancia materna exclusiva y mixta en madres con niños menores de un año en el Hospital de la Mujer Dominicana, Julio 2022- Diciembre, 2022, según tiempo de lactancia.

Tiempo de lactancia	Frecuencia	%
1-3 meses	2	3.3
Hasta 6 meses	17	28.3
Hasta 9 meses	1	1.6
Hasta 11 meses	31	51.6
Ninguno	9	15
Total	60	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El 51.6 por ciento de las madres lactaron hasta los 11 meses de edad de su bebe, el 28.3 por ciento hasta los 6 meses, el 15 por ciento nunca lacto, el 3.3 por ciento de 1-3 meses y el 1.6 por ciento hasta los 9 meses.

Tabla 6.1. Causas de abandono de lactancia materna exclusiva y mixta en madres con niños menores de un año en el Hospital de la Mujer Dominicana, Julio 2022- Diciembre, 2022, según tiempo de lactancia de 1-3 meses en relación al grado escolar.

Escolaridad	Número de madres	Tiempo de lactancia 1-3 meses	%
Primaria	13	1	7.6
Secundaria	26	0	0%
Técnica	4	0	0%
Universitaria	11	0	0%
Ninguna	6	1	16.6
Total	60	2	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

De las madres que lactaron hasta los 3 meses el 7.6 por ciento tenía un nivel de escolaridad primario, y el otro 16.6. por ciento no tenía ningún nivel escolar.

Tabla 6.2. Causas de abandono de lactancia materna exclusiva y mixta en madres con niños menores de un año en el Hospital de la Mujer Dominicana, Julio 2022- Diciembre, 2022, según tiempo de lactancia hasta 12 meses en relación al grado escolar.

Escolaridad	Número de madres	Tiempo de lactancia hasta 11 meses	%
Primaria	13	8	61.5
Secundaria	26	7	26.9
Técnica	4	4	100
Universitaria	11	10	90.9
Ninguna	6	2	33.3
Total	60	31	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

De las madres que lactaron hasta los 11 meses, el 100 por ciento tenía un nivel de escolaridad técnica, el 90.9 por ciento un nivel universitario, el 61.5 por ciento un nivel primario, el 33.3 no tenía ningún nivel de escolaridad y el 26.9 por ciento un grado secundario.

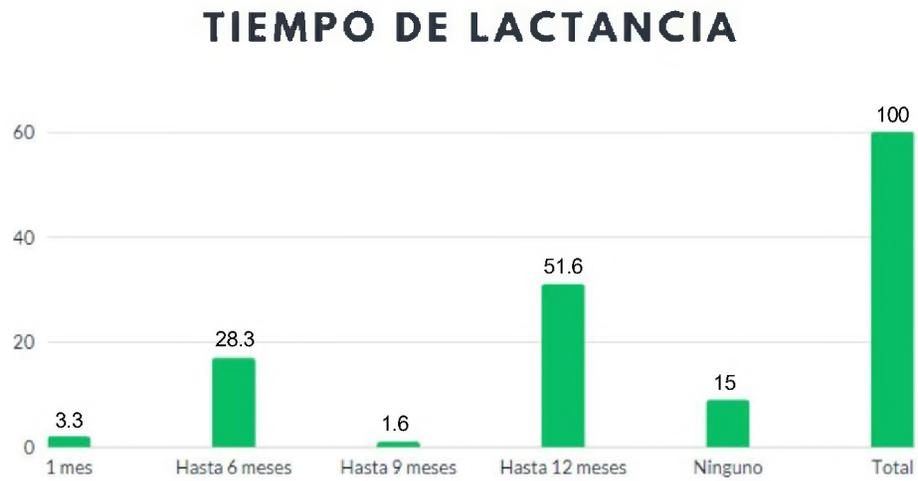
Tabla 6.3. Causas de abandono de lactancia materna exclusiva y mixta en madres con niños menores de un año en el Hospital de la Mujer Dominicana, Julio 2022- Diciembre, 2022, según tiempo de lactancia de 1-3 meses en relación a la ocupación.

Ocupación	Número de madres	Tiempo de lactancia 1-3 meses	%
Estudiante	12	0	0%
Empleada	6	0	0%
Comerciante	13	0	0%
Ama de casa	29	2	6.8
Total	60	2	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

De las madres que lactaron hasta los 3 meses el 6.8 por ciento eran amas de casa.

Gráfica 6. Causas de abandono de lactancia materna exclusiva y mixta en madres con niños menores de un año en el Hospital de la Mujer Dominicana, Julio 2022-Diciembre, 2022, según tiempo de lactancia.



Fuente: Tabla 6

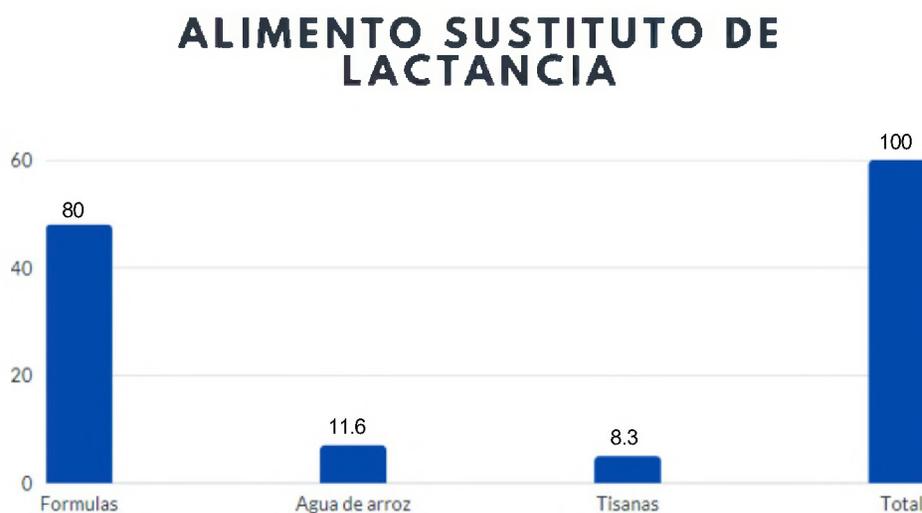
Tabla 7. Causas de abandono de lactancia materna exclusiva y mixta en madres con niños menores de un año en el Hospital de la Mujer Dominicana, Julio 2022-Diciembre, 2022, según alimento sustituto a la lactancia utilizado.

Alimento sustituto a la lactancia	Frecuencia	%
Fórmulas	48	80
Agua de arroz	7	11.6
Tisanas	5	8.3
Total	60	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El 80 por ciento de las madres alimentaban a sus hijos con fórmulas infantiles, el 11.6 por ciento utilizaba agua de arroz y el 8.3 por ciento tisanas.

Gráfica 7. Causas de abandono de lactancia materna exclusiva y mixta en madres con niños menores de un año en el Hospital de la Mujer Dominicana, Julio 2022-Diciembre, 2022, según alimento sustituto a la lactancia utilizado.



Fuente: Tabla 7

Tabla 8. Causas de abandono de lactancia materna exclusiva y mixta en madres con niños menores de un año en el Hospital de la Mujer Dominicana, Julio 2022-Diciembre, 2022, según causa de no amamantamiento o abandono de lactancia materna.

Causa de no amamantamiento o abandono de lactancia	Frecuencia	%
Trabajo de la madre	24	40
Dolor al amamantar	9	15
Hipogalactia	21	35
Otros	6	10
Total	60	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El 40 por ciento de las madres abandonaron la lactancia por trabajo, el 15 por ciento por dolor al amamantar, el 35 por ciento por leche insuficiente (Hipogalactia) y el 10 por ciento por otras causas como estética o llanto del bebe.

Gráfica 8. Causas de abandono de lactancia materna exclusiva y mixta en madres con niños menores de un año en el Hospital de la Mujer Dominicana, Julio 2022-Diciembre, 2022, según causa de no amamantamiento o abandono de lactancia materna.



Fuente: Tabla 8

Tabla 9. Causas de abandono de lactancia materna exclusiva y mixta en madres con niños menores de un año en el Hospital de la Mujer Dominicana, Julio 2022- Diciembre, 2022, según Información obtenida sobre la lactancia.

Información obtenida sobre lactancia materna	Frecuencia	%
Si	39	65
No	21	35
Total	60	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El 65 por ciento de las madres recibió información sobre la lactancia y el 35 por ciento no.

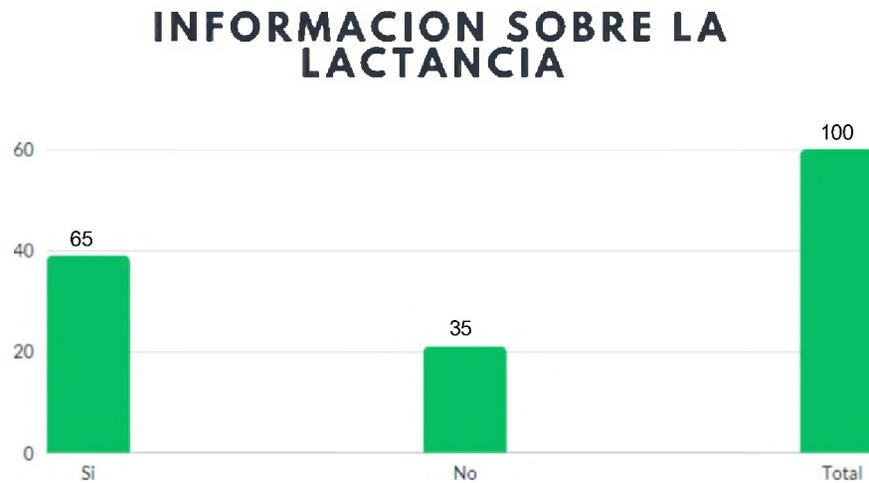
Tabla 9.1. Causas de abandono de lactancia materna exclusiva y mixta en madres con niños menores de un año en el Hospital de la Mujer Dominicana, Julio 2022- Diciembre, 2022, según tiempo de lactancia y haber recibido información.

Tiempo de amamantamiento	Recibio informacion		Recibio informacion	
	Si	%	No	%
0	3	5	6	10
1-3 meses	-		2	3.3
3-6 meses	11	18.3	6	10
6-9 meses	1	1.6	-	
9-11 meses	24	40	7	11.6
Total	39		21	

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El 40 por ciento de las madres que lactaron hasta los 11 meses recibieron información sobre la lactancia, el 11.6 por ciento no recibió información; el 18.3 por ciento que lacto hasta los 6 meses recibió información, el 10 por ciento no; el 5 por ciento de las madres que nunca lactaron recibió información, el 10 por ciento no; el 1.6 por ciento de las madres que lactaron hasta los 9 meses recibió información; el 3.3 por ciento de las madres que lactaron hasta los 3 meses no recibieron información.

Gráfica 9. Causas de abandono de lactancia materna exclusiva y mixta en madres con niños menores de un año en el Hospital de la Mujer Dominicana, Julio 2022- Diciembre, 2022, según Información obtenida sobre la lactancia.



Fuente: Tabla 9

VIII. DISCUSION

Luego de plasmar los resultados relacionamos diversos estudios sobre el abandono de la lactancia materna.

En el presente estudio, el 43.3 por ciento de las madres se encontraban entre 21-25 años. Por otro lado, en un estudio realizado por Quispe M, Oyola A, Navarro M y Silva J, en la Universidad Nacional San Luis en Perú en 2018, las madres se encontraban entre 20-29 años. Lo que asocia los resultados con nuestro estudio promediando la mayor cantidad de madres en edad fértil.

El 38.3 por ciento de las madres estaban solteras. En otro estudio, realizado por Meneses L, Prieto R, Llanten H, Pérez H, Villegas D y Uribe L, en la Universidad de Santiago de Cali, demostró resultados similares al nuestro concluyendo que el 28.5 por ciento de las madres que abandonaron la lactancia materna estaban solteras.

El 43.3 por ciento de las madres tenían un grado educacional secundario. A diferencia de nuestro estudio, en una investigación realizada por Góngora Frías A, Mejías R, Vásquez L, en la Universidad de Ciencias Médicas de las Tunas, Cuba en 2022, el porcentaje de madres en unión libre era superior con un 48.8 por ciento.

El 48.3 por ciento de las madres eran amas de casa. Al contrario del estudio realizado en Cuba en 2018, en el cual el mayor porcentaje eran las madres empleadas.

El 56.6 por ciento de las madres entrevistadas tenían una procedencia rural. Lo cual pudo influir en su desinformación sobre la lactancia materna.

El 51.6 por ciento de las madres lactaron hasta el primer año de edad. Por el contrario, en un estudio realizado por García A, Castaño J, Vallejo S y Vargas J, en Manizales, Colombia en 2017, el 55.7 por ciento de las madres lactaron hasta los 24 meses.

El 80 por ciento de las madres utilizaron fórmulas infantiles. Datos similares en un estudio realizado en Colombia en 2017 señalaron que un 78.7 por ciento de madres utilizaron fórmulas infantiles.

El 40 por ciento de las madres tuvo como causa principal de abandono de lactancia, el trabajo. Al contrario, en un estudio realizado por Campino S y Duque P, en la Universidad Católica de Manizales, Colombia en 2019, la principal causa fue la hipogalactia en un 30 por ciento.

IX. CONCLUSION

En el contexto de la República Dominicana, el abandono de la lactancia materna exclusiva y mixta en madres con niños menores de un año es un problema complejo que involucra una serie de factores interrelacionados. Como vimos en nuestro estudio un 43.3% de las madres comprendía entre las edades de 21-25 años de edad, la mayor parte de las madres de nuestro estudio tenía Soltera como estado civil visualizando un 38.3%, el grado escolar mayormente alcanzado en el estudio fue la Secundaria con un 43.4% de madres, el 48.3% de las madres eran amas de casa, el 56.6% eran de procedencia Rural, el 51.6% de las madres abandonaron la lactancia materna antes de los 12 meses, el mayor alimento sustituto utilizado fue la formula infantil en un 80%, la mayor causa de abandono de la lactancia materna fue el trabajo de la madre en un 40%, el 65% de las madres recibieron información sobre la lactancia en algún momento. Un 40% de las madres que lactaron hasta las 12 meses habían recibido información sobre la lactancia materna. Los mayores porcentajes de las madres que lactaron un tiempo determinado tenían un grado escolar igual o superior al secundario, siendo el mayor 18.3 por ciento de las madres que lactaron hasta los 12 meses tenían una educación técnica, por el contrario un 13.3 por ciento de las madres que lactaron hasta los 12 meses tenían un grado educativo primario.

X. RECOMENDACIONES

Sin duda, abordar las causas del abandono de la lactancia materna exclusiva y mixta en madres con niños menores de un año en la República Dominicana es esencial para promover la salud y el bienestar de los bebés y las madres. A continuación, se presentan algunas recomendaciones:

1. Extensión de la licencia de maternidad: Se debe trabajar en la ampliación de la licencia de maternidad para que las madres tengan un período más prolongado para amamantar a sus hijos exclusivamente. Esto les dará la oportunidad de establecer una lactancia sólida antes de regresar al trabajo.
2. Promoción de lugares de trabajo con espacios para la lactancia: Las empresas y organizaciones deben implementar políticas que respalden a las madres que amamantan, como proporcionar áreas de lactancia adecuadas y tiempo para la extracción de leche. Esto ayudará a que las madres continúen amamantando mientras trabajan.
3. Educación y apoyo: Se deben llevar a cabo programas educativos dirigidos tanto a las madres como a sus familias y comunidades. Esto puede incluir talleres, charlas informativas y campañas de concienciación que contengan información relevante como los beneficios de la lactancia exclusiva y las posiciones correctas para una lactancia prospera.

Estas recomendaciones pueden ayudar a abordar las causas del abandono de la lactancia materna y promover una cultura de apoyo y entendimiento en torno a la importancia de la lactancia materna en la salud de los niños y las madres en la República Dominicana.

XI. REFERENCIAS

1 Delgado-Becerra Aída, Arroyo-Cabrales Leyla María, Díaz-García Myriam Alicia, Quezada-Salazar Claudia Angélica. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2006 Feb [citado 2022 Ago 29]; 63(1): 31-39. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462006000100005&lng=es.

2 Sayay J. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en el área de salud. Repouta [internet]. 2016 [citado 18 Dic 2018]. Disponible en:

<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/20592/2/FACTORES%20ASOCIADOS%20AL%20ABANDONO%20PRECOZ%20DE%20LA%20LACTANCIA%20MATERNA%20EN%20EL%20ÁREA%20DE%20SALUD%202%2C%20ENERO%20-%20AGOS.pdf>

3 Góngora-Ávila C, Frías-Pérez A, Mejías-Arencibia R, Vázquez-Carvajal L. Características maternas relacionadas con el abandono de la lactancia materna exclusiva. **Revista Cubana de Medicina Militar**[Internet]. 2022 [citado 30 Ago 2022]; 51 (1) Disponible en:

<http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1634>

4 Campiño Valderrama SM, Duque PA. Lactancia materna: factores que propician su abandono. Arch Med (Manizales) [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 13];19(2). Available from:

<https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/3379>

5 Macay Moreira R del R, Salas Jaramillo LA, Vélez Astudillo AM, Chávez Moreira FL. Abandono de la lactancia materna en las madres del Centro de Salud los huerfanitos. RECIAMUC [Internet]. 16abr.2019 [citado 30ago.2022];1(4):390-02. Disponible en:

<https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/181>

6 Enciso Cárdenas P, Valle RM, Álfaro Fernandez PR. Factores relacionados al abandono de lactancia materna exclusiva en mujeres trabajadoras dependientes de una institución pública Febrero - Abril 2019. Chiclayo, Peru .TZHOECOEN [revista en internet]. [citado 3 ene.2020] ; Disponible en:

<https://revistas.uss.edu.pe/index.php/tzh/article/view/1248>

7 Carcausto Machaca AP, Calle Vasquez DB. Factores asociados al abandono de lactancia materna exclusiva madres con menores de 6 meses del C.S. Mariscal Castilla Arequipa - 2019. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2019. Disponible en:

<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10405>

8 Beneficios de la lactancia materna. MedlinePlus [revista en la internet]. Loma Linda, CA. [citado 10 may.2020] ; Disponible en:

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000639.htm>

9 Encuesta Demográfica y de Salud 2013. [citado 20 Dic 2018]. Disponible en:

<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/PR43/PR43.pdf>

10 Campiño-Valderrama SM, Duque PM. **Lactancia materna: factores que propician su abandono.** *Arch Med (Manizales)* 2019; 19(2):331-41. Disponible en:

<https://doi.org/10.30554/archmed.19.2.3379.2019>

11 OMS. Lactancia mterna exclusiva [Internet]. Who.int. [citado el 13 de septiembre de 2022]. Disponible en:

https://apps.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/index.html

12 Aguilar Cordero María José, Baena García Laura, Sánchez López Antonio Manuel, Guisado Barrilao Rafael, Hermoso Rodríguez Enrique, Mur Villar Norma. Beneficios inmunológicos de la leche humana para la madre y el niño: revisión sistemática. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2016 Abr [citado 2022 Sep 13]; 33(2): 482-493. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000200046&lng=es. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.526>.

13 Historia de la lactancia materna - Blog TECH República Dominicana Universidad Tecnológica [Internet]. Techtitute.com. [citado el 13 de septiembre de 2022]. Disponible en:

<https://www.techtitute.com/do/enfermeria/blog/historia-lactancia-materna>

14 Colaboradores de EcuRed. Lactancia materna [Internet]. EcuRed, ; 2022 ago 11, 20:48 UTC [citado el 2022 oct 4]. Disponible en:

https://www.ecured.cu/index.php?title=Lactancia_materna&oldid=4210280

15 Oribe Madalen, Lertxundi Aitana, Basterrechea Mikel, Begiristain Haizea, Santa Marina Loreto, Villar María et al . Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. Gac Sanit [Internet]. 2015 Feb [citado 2022 Oct 05]; 29(1): 4-9. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112015000100002&lng=es. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.08.002>.

16 Delgado-Becerra Aída, Arroyo-Cabrales Leyla María, Díaz-García Myriam Alicia, Quezada-Salazar Claudia Angélica. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2006 Feb [citado 2022 Oct 11]; 63(1): 31-39. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-1146200600100005&lng=es.

17 Zamora O. Índice Del Krause 13va edicion [Internet]. docshare.tips. [cited 2022 Oct 19]. Available from:

https://docshare.tips/indice-del-krause-13va-edicion_574de0beb6d87f3b438b5c26.html

18 de Enfermería Ocronos RM y. Anatomía y fisiología de la lactancia materna [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. Ocronos - Revista Médica y de Enfermería; 2019 [cited 2022 Oct 25]. Available from:

<https://revistamedica.com/anatomia-fisiologia-lactancia-materna/>

19 Edu.ar. La composición química de la leche materna en relación con el estado nutricional de madres de la Ciudad de Córdoba (Argentina) [cited 2022 Oct 31]. Available from:

<http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Cortez-mariela-v-MV.pdf>

20 Quintero Fleites Eva Josefina, Roque Peña Pablo, de la Mella Quintero Sara Fe, Fong Zurbano Gustavo. Posiciones correctas y un buen agarre al amamantar: clave del éxito en la lactancia materna. Medicentro Electrónica [Internet]. 2014 Dic [citado 2022 Oct 31]; 18(4): 156-162. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000400003&lng=es.

21 Investigación RS. Lactancia materna: técnicas y posiciones [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [cited 2022 Nov 1]. Available from:

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/lactancia-materna-tecnicas-y-posiciones/>

22 Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de la leche materna. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2010 Dic [citado 2022 Nov 01]; 12(48): 717-722. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322010000600018&lng=es.

23 revistas-articulo - Enfermería21 [Internet]. Enfermería21. [cited 2022 Nov 1]. Available from:

<https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80691/>

24 Edu.pe. [cited 2022 Nov 1]. Available from:

https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/1619/Rondán_%20EPY.pdf?sequence=6&isAllowed=y

25 Portal Institucional - Superintendencia de Pensiones (SIPEN) [Internet]. Gob.do. [cited 2022 Nov 1]. Available from:

<https://www.sipen.gob.do/index.php/noticias/en-sipen-apoyamos-la-lactancia-materna>

26 UNICEF: Solo el 4.7% de los infantes menores de 6 meses son amamantados exclusivamente en República Dominicana [Internet]. Unicef.org. [cited 2022 Nov 1]. Available from:

<https://www.unicef.org/dominicanrepublic/comunicados-prensa/unicef-solo-el-47-de-los-infantes-menores-de-6-meses-son-amamantados>

27 Super User. Gobierno dominicano y organismos internacionales presentan campaña para promover la lactancia materna [Internet]. Gob.do. [cited 2022 Nov 1]. Available from:

<https://inaipi.gob.do/index.php/noticia/703-gobierno-dominicano-y-organismos-internacionales-presentan-campana-para-promover-la-lactancia-materna>

28 Vidal, J., & Espinosa, N. (2019). *Determinantes maternos asociados al abandono de la lactancia en niños menores de un año de edad en el Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral*. Santo Domingo: Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Disponible en:

<https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/2325>

XII. ANEXOS

XII.1. Instrumento de recolección de datos

CAUSAS DE ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y MIXTA EN MADRES CON NIÑOS MENORES DE UN AÑO EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DOMINICANA.

JULIO 2022 - DICIEMBRE 2022.

Formulario: _____

Fecha: _____

Datos generales.

- 1) Edad de la madre: ____ años.
- 2) Estado civil
 - a) Soltera
 - b) Casada
 - c) Unión libre
 - d) Viuda
- 3) Nivel educativo
 - a) Primaria
 - b) Secundaria
 - c) Técnica
 - d) Universitaria
 - e) Ninguna
- 4) Ocupación
 - a) Estudiante
 - b) Empleada
 - c) Comerciante
 - d) Ama de casa
 - e) Ninguno
 - f) Otro _____
- 5) Procedencia
 - a) Zona rural
 - b) Zona Urbana
- 6) ¿Amamantó usted a su bebé?
 - a) Sí
 - b) No
- 7) Tiempo de lactancia proporcionado al niño: _____

- 8) Alimento sustituto a la lactancia materna
- a) Fórmulas
 - b) Agua de arroz
 - c) Tisanas
 - d) Otros _____
- 9) Causa por la cual no lactó o abandonó la lactancia materna
- a) Trabajo de la madre
 - b) Dolor al amamantar
 - c) Hipogalactia
 - d) Otro _____
- 10) ¿Alguna vez ha recibido información sobre lactancia materna?
- a) Sí
 - b) No

XII.2. Consentimiento informado

**Universidad Nacional Pedro
Henríquez Ureña Facultad Ciencias de la Salud Escuela de medicina
Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral**

DESCRIPCIÓN

Usted ha sido seleccionada a participar en esta investigación que tiene como objetivo principal identificar las causas de abandono de lactancia en niños menores de un año de edad, durante el periodo Julio 2022 - Diciembre 2022, en este centro de salud.

ALTERNATIVA

Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de interrumpir la entrevista en cualquier momento. Puede negarse a responder cualquier pregunta o de no participar en la misma. No hay penalidad por rechazar participar.

CONFIDENCIALIDAD

La identidad del participante será protegida, asignando a su nombre un código o ID. Toda información o datos que puedan identificarlo/a serán manejados confidencialmente.

COSTOS, RIESGOS & BENEFICIOS

Su participación en este estudio no tiene costo alguno.

Su participación en este proyecto no representa riesgo para usted.

Si se siente incómoda con algún aspecto incluido en la misma, tiene toda la libertad de no contestar.

ID _____ acepto participar en este estudio, así como su publicación.

Nombre y Firma del Paciente: _____

XIII. EVALUACIÓN

Sustentante

Larissa Zelided Santana Machuca

Larissa Zelided Santana Machuca

Asesores

OC

Dr. Octavio Comas
Metodológico

Sabrina Marte

Dra. Sabrina Marte
Clínico

Jurados

Daphne Ramos Zuleta

Dra. Daphne Ramos Zuleta

Rosanda Sánchez Ubiera

Dra. Rosanda Sánchez Ubiera

Edelmira Espailat

Dra. Edelmira Espailat

Autoridades

Claudia Scharf

Dra. Claudia María Scharf
Directora Escuela de medicina

William Duke

Dr. William Duke
Decano Facultad Ciencias de la Salud

Fecha de presentación: 31/01/2024

Calificación: 25-A