

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

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN
LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIDA EN LOS HIJOS DE MADRES
ADOLESCENTES QUE ASISTEN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL JUNIO - DICIEMBRE 2023



Trabajo de grado para optar por el título de:

DOCTOR EN MEDICINA

Sustentantes:

Abreu Rosario, Aida Nathalie 17-1646

Ruiz Rivera, Thais Yanirette 17-1886

Asesores:

Dra. Daphne Ramos (clínico)

Dra. Edelmira Espaillat (metodológico)

Los conceptos emitidos en el presente proyecto de tesis de grado son de la exclusiva responsabilidad de los sustentantes del mismo

Distrito Nacional: 2023

CONTENIDO

Agradecimientos	5
Dedicatoria	7
Resumen	11
Abstract	12
I. Introducción	14
I.1. Antecedentes	16
I.1.1. Internacionales	16
I.1.2. Nacionales	19
I.2. Justificación	20
II. Planteamiento del problema	22
III. Objetivos	24
III.1. General	24
III.2. Específicos	24
IV. Marco teórico	25
IV.1. Lactancia Materna	25
IV.1.1. Historia	25
IV.1.2. Definición	26
IV.1.3. Epidemiología	26
IV.1.4. Clasificación	27
IV.1.5. Fisiología	28
IV.1.6. Características de la leche materna	29

IV.1.6.1 Composición de la leche humana	29
IV.1.6.2. Calostro y Leche madura	30
IV.1.7.Ventajas y Beneficios	31
IV.1.8. Recomendaciones para tener una lactancia materna exitosa	33
IV.1.9. Contraindicaciones de la lactancia materna	36
IV.1.10. Técnicas de la lactancia materna	39
IV.1.11. Extracción de la leche materna	40
IV.1.12. Alimentación de la madre	44
IV.1.13. Lactancia materna, sexualidad y anticoncepción	46
V. Operacionalización de las variables	47
VI. Material y métodos	53
VI.1. Tipo de estudio	53
VI.2. Área de estudio	53
VI.3. Universo	53
VI.4. Muestra	54
VI.5. Criterio	54
VI.5.1. De inclusión	54
VI.5.2. De exclusión	54
VI. 6. Instrumento de recolección de datos	54
VI. 7. Procedimiento	54
VI.8. Tabulación	55
VI.9. Análisis	55
VI.10. Aspecto ético	55

VII.Resultados	56
VIII.Discusión	80
IX.Conclusiones	85
X.Recomendaciones	87
XI. Bibliografía	88
XII. Anexos	93
XIII.1.Cronograma	93
XIII.2.Instrumento de recolección de datos	94
XII.3. Consentimiento Informado	99
XII.4.Costos y recursos	100
XII.5.. Evaluación	101

AGRADECIMIENTO

Agradecemos en primer lugar a Dios, por ser nuestro compañero de vida y darnos la fuerza y voluntad de levantarnos cada día a dar lo mejor de nosotras, incluso cuando la mente estaba agotada y el cuerpo se sentía desgastado, es inquebrantable la resiliencia que ha depositado en nuestros corazones que despierta la pasión de obrar en su nombre.

A la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, por darnos el privilegio de otorgarnos un espacio en tan distinguida y eminente institución para desarrollarnos académicamente creciendo tanto a nivel profesional como personal.

A nuestras asesoras, Dra. Daphne Ramos, por su disposición para con nosotras siempre al tanto de cada paso, sirviendo de soporte, guía y ayuda siempre que fuese necesario; y la Dra. Edelmira Espailat, por siempre estar a nuestra disposición, servir de guía, porque ante el desconocimiento sostuvo eterna paciencia y comprensión siempre dispuesta con amor y respeto a orientarnos.

Al Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, donde se dio lugar y suscitó esta investigación, en especial al departamento de investigación el cual de igual manera nos brindó orientación y supervisión en este trabajo, así como también estamos sumamente agradecidas con la Dra. Mildred Landron, encargada del área de consulta externa, quien con mucho cariño nos brindó su apoyo, motivo y orientó durante nuestra estancia en el hospital.

A todos los docentes, que depositaron, con amor y disposición de enseñar, de su conocimiento para hacernos florecer desempeñándonos con competencia y humanidad a futuro.

A nuestros compañeros de carrera, por los conocimientos y momentos compartidos a lo largo de este trayecto. Pero en especial agradecemos a esos que se volvieron nuestros hermanos; Mariam Cabrera, Pamela Duval, Wendy Monegro y Lisleddy Jimenez; Jennifer Pina, Karina Muñoz, Valentin Rodríguez, Otniel Navarro y Angel Mercedes quienes de forma genuina y con amor sirvieron de soporte en diferentes momentos de este camino, siempre todos para uno y uno para todos vigilando el bienestar común, chocando a veces por tantas personalidades diferentes congeniando pero con un cariño sincero de dar la mano unos a otros para llegar todos con éxito a nuestro destino. Así como también los que llegaron ya al final,

menos esperados pero que se robaron nuestros corazones con el mismo sentir honesto y de trabajo, Gabriela Pichardo, Marcos del Orbe, Miguel Cornelio, Isaac Cruz nada de esto hubiese sido igual sin el cariño, apoyo, risas y conocimiento compartido de cada una de todas estas personas.

A nuestros familiares, nuestros dadores de vida, por quienes hoy somos quienes somos, nuestros fans número uno, por su apoyo y amor incondicional, tan desmesurado, este logro es gracias a ustedes, es completamente suyo, por su sacrificio y entrega.

Aida Nathalie Abreu Rosario y Thais Yanirette Ruiz Rivera

DEDICATORIA

A Dios, aquel que ha sido mi brújula, quien bajo su manto y voluntad me ha dirigido y acompañado en todo mi andar de acorde a su propósito, por su eterna misericordia, por llenarme de fortaleza y darme la capacidad de amoldar mi mente y corazón para ser justa incluso conmigo misma.

A mis padres, Julio Cesar Ruiz Vasquez y Yesenia Altagracia Rivera Chavez; que suerte la mia, que dichosa he sido de tener unos padres tan íntegros que dentro de sus imperfecciones y luchas han dado hasta el alma por mi, el ejemplo bíblico de padres abnegados que dan lo que no tienen por sus hijos, cuánto tesoro los valores inculcados desde pequeña, solo merecen admiración y respeto, Dios les retribuye y esta es una de las formas en que lo hace. Las palabras no serán suficientes para describir el agradecimiento y amor que siento y me gustaria mas de un libro recalcando cada acto de amor, cada pequeño gesto de entrega que han hecho para hacerme un valioso ser humano agradable a los ojos de Dios, dedicarles esta tesis es lo de menos pero sí un inicio, Felicidades porque este logro ha sido suyo.

A mis abuelos, Irma Altagracia Chavez Burgos, quien ya no se encuentra físicamente pero está presente en cada paso que he dado, es increíble como me desenvuelvo en vida en base a su crianza, sin siquiera darme cuenta me reflejo en ella, un corazón noble y fuerte, que vela por sus seres queridos y quienes le rodea buscando su bienestar siempre de una forma u otra, te guardaré siempre cada día de mi vida. Agustin Rivera Pena , el árbol de conocimiento, cuantas enseñanzas, mi abuelito amado que ejemplo de trabajo, perseverancia y lucha, de dar todo por sus hijos y nietos, quien me ha enseñado a resistir y trabajar duro de forma honrada; Ana Vasquez, mi abuelita adorada quien me encomienda a jehová y me da aliento, quisiera decir su consentida pero Dios sabe que nos consiente a todos sus familiares incluso los que no lo son, qué corazón tan grande y dispuesto, gracias por tus detalles, por ese amor que transmites. Desiderio Ruiz, mi abuelo querido, sabio como él solo, grandes mensajes detrás de cada historia de este hombre de trabajo, quien me enseñó que el miedo no puede limitarme, debe impulsarme.

A mis hermanas, Leslie Yamilette Ruiz Rivera, Maria Jose Rivera Medina, Ashley Ashanty Rivera Guzman, por siempre con gracia motivarme, todas mis pacientes en algún momento, por ayudarme en lo que he necesitado y crear juntas grandes momentos en familia que seguiremos creando a lo largo de toda nuestras vidas.

A mis tíos, Mesilemit Rivera, quien siempre tiene un consejo bajo la manga y palabras de aliento para motivar a dar lo mejor de mí, quien me regaló mis primeros instrumentos médicos para entrar al hospital. Douglas Rivera, por siempre dar el toque de alegría, risas y festejo a cada ocasión, quien me ayudaba a sacar las impresiones de todos los materiales que necesitaba del hospital y estudios de la universidad, que si mis padres o mi abuelo no estaban él siempre estaba para hacerse cargo de cualquier necesidad que tuviese. Los amo y adoro, a mis tíos queridos, a ustedes gracias por siempre estar presente.

A mis tías, Ysmercides Chavez De Acosta y Tanioka Severino De Herrera, siempre motivándome y alentando a seguir, por llenarme de detalles y amor como si fuera completamente suya y lo soy, las amo y adoro. Y dedico también esta tesis claro a sus esposos, mis tíos, Mis fans número uno, Daniel Herrera y Edward Acosta, cuantas porras, amor, cuánto aliento desde la distancia.

A mi tía, Jenny Suero, por siempre llenarme de motivación y velar por cada uno de mis pasos y tomarlos como suyos, desde la distancia siempre con mucho amor y cariño.

A mi compañera de tesis, mi mejor amiga Aida Nathalie Abreu Rosario, somos dos personas tan diferentes y similares, por impulsarme y contenerme, por apoyarme siempre incondicionalmente y ser dura conmigo cuando has tenido que serlo, Dios nos unió para que aprendamos una de la otra, gracias por siempre estar, por ser ojo crítico con amor y enseñarme a no dejarme, creeme que lo he estado practicando y me quedaré con eso, palabras no hay para describir tanto, te amo y deseo siempre lo mejor, eres un ser humano excepcional.

Thais Yanirette Ruiz Rivera

En primer lugar a Dios, quien ha sido mi fortaleza y resguardo en todo momento, quien guía todos mis pasos y me lleva por el camino que él tiene preparado para mí, con su eterna misericordia me acompaña incluso cuando no lo merezco, cuidándome bajo sus alas. Enseñándome a ser mejor todos los días con su infinito amor.

A mis padres, Jose Amaury Abreu y Clara Esther Rosario Arias, la bendición más grande que Dios pudo entregarme, no tengo palabras para agradecer todas y cada una de las cosas que han hecho por mi, que regalándome su apoyo y amor incondicional, me impulsan a seguir a delante y ser mejor cada día. Padres abnegados que entregan todos de ustedes por su mi, criandome en una familia llena de amor y respeto, inundando mi vida de felicidad. Dichosa yo, que el señor me entrego a tales padres, que son ejemplos de superación y crecimiento en mi vida, incluso si no son padres perfectos, esas imperfecciones son imperceptibles, con su arduo trabajo como padres, apoyándome en la buenas y en la malas, introduciéndome en los caminos de Dios y orando por mi día y noche para que yo pueda caminar por los caminos correctos. Las biblias nos manda a honrar a nuestros padres para que nos vaya bien en la vida, dedicarles esta tesis es solo un poco de lo que puede hacer para honrarlos, ya que todavía no tengo posibilidad de poder devolverles todas y cada unas de las cosas que han hecho por mi, ya sin ustedes no habría podido llegar donde estoy ahora.

A mi abuelo, Alberto Rosario, que aunque te encuentras conmigo, a ti que me apoyaste desde el día uno, poniendo en mi grandes expectativas que me impulsaron en mi camino, alentandome a seguir mis sueños, diciéndome numerosas veces el gran futuro que me esperaba, manifestando tu orgullo hacia mi como futura doctora, a ti que cumplias mis caprichos con todo tu amor, dedicarte esta tesis para mi es un honor y una muestra del amor que guardo en mi corazón para ti, sin estar demás decir que tenerte como abuelo fue una bendición por parte de Dios, y decirte que aunque no este aqui, seguire trabajando duro para cumplir las expectativas que tenías puestas en mi y que desde donde estes, me sigas viendo con orgullo.

A mis abuelas, Máxima Arias y Aida Miledis Abreu, que desde que tengo memoria me han llenado de amor, ayudando a criarme entre momento felices, apoyándome y orando por mí, entregando mi vida a Dios para que el sea la luz que guia mi camino, la biblia nos dice “entre los ancianos se halla la sabiduría; en los muchos años, el entendimiento” ,gracias a ustedes he aprendido valiosas lecciones que me ayudaran el resto de mi vida. Con todo mi amor les dedico esta tesis y oro para que Dios las llene de vida y salud, para que sigan acompañándome en mi camino.

A mi Hermano Jose Francisco Abreu, mi mejor amigo y mi protector desde el dia de mi nacimiento, que siempre me haz dado tu apoyo, agradezco a Dios por ponerte

como mi hermano mayor, aunque no lo diga a menudo sabes que te amo y dedicarte esta tesis es una pequeña forma de demostrarlo.

A mi hermana Clara Licelot Astacio, que siempre me haz apoyado y llenado de amor, gracias por siempre tener tiempo para escucharme y brindarme tus consejos, gracias Dios por bendecirme con tan maravillosa hermana mayor, dedicandote esta tesis te devuelvo un poquito del amor que me haz dado.

A mi compañera Thais Yanirette Ruiz Rivera, Mi mejor amiga, porque sin importar que tan diferentes son nuestras personalidad, eres quien mejor me entiende, gracias tu paciencia y porque siempre estar a mi lado, Eclesiastés 6:14 dice un amigo fiel es una protección segura;el que lo encuentra ha encontrado un tesoro; un amigo fiel no tiene precio, y eso es justo lo que eres para mi, estoy inmensamente agradecida con Dios por ponerte en mi camino, te amo y espero que Dios llene tu vida de bendiciones.

Aida Nathalie Abreu Rosario

RESUMEN

Introducción: La lactancia materna es el acto que realiza una madre de alimentar a su hijo desde su nacimiento a través del seno. La leche materna es el único alimento que cubre todas las necesidades nutritivas del lactante adaptándose perfectamente a su función digestiva. Recomendada por la OMS de forma exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y a partir de los 6 meses hasta los dos años de edad o más se van introduciendo otros alimentos de forma complementaria.

Objetivo: Determinar los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, en los hijos de madres adolescentes que asisten a la consulta externa del hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral Junio - Diciembre 2023.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal. Un total de 61 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Resultados y conclusión: La edad materna de predominio entre las entrevistadas fue de 18 a 20 años de edad con un 75.40%. El grupo etario más frecuente entre los lactantes fue de 6 meses con un 26.20%. La mayor proporción de madres entrevistadas procedían de la provincia rural de San Cristóbal en un 32.79%. Ama de casa fue la ocupación más frecuente con un 42.60%, en segundo lugar Estudiante con un 31.10% y en tercer lugar Empleada con un 21.30%, siendo menos frecuente Independiente con un 4.90%. La secundaria fue el grado de escolaridad más visualizado de la muestra con un 46%. El estado civil más visto durante la investigación fue unión libre con un 67.20%; Dependían económicamente de sus parejas con un 45.20%. El Grupo socioeconómico que predominó fue medio bajo con un 59% siguiéndole a este el Bajo con un 31.10%. En este estudio de 61 madres entrevistadas, 43 no poseían ningún hábito tóxico con un 70.50%, Mientras que dentro de las que sí presentaron hábitos 15 toman café con un 24.60%, y en una menor proporción 3 ingieren alcohol representado con un 4.90%. En su mayor proporción tienen más de 1 hijo con un 52.5%. 31 madres adolescentes de nuestra muestra tuvieron una vía de nacimiento por cesárea con un 50.8%, mientras que 30 fueron vía vaginal con un 49.2%. Todas las madres adolescentes en estudio acudieron a sus citas de controles prenatales, siendo de 5-8 el número de citas prenatales más frecuente con un 63.9%. Hubo una mayor incidencia de madres adolescentes sin experiencia lactando con un 44.2%. Ninguna situación influyó negativamente en el proceso de lactancia exclusiva en el 62.3% de la muestra; mientras que, dentro de las situaciones que influyeron, la más frecuente que se evidenció en este estudio fue que sale poca leche con un 11.50%. La modalidad de

lactancia exclusiva utilizada por la madre más frecuente fue a libre demanda con un 97%. Mirar al niño fue la actividad realizada al amamantar más frecuente con un 63.9%, siguiendo a este el hablarle con un 36.1% y acariciarle con un 31.1%. La madre de la adolescente, abuela materna, fue la mayor fuente de apoyo en el ámbito familiar con un 49.2% y en segundo lugar el esposo/compañero con un 18%. El médico fue la mayor fuente de apoyo en el ámbito hospitalario con un 41%. Las charlas informativas fueron el medio de comunicación más frecuente por el cual se recibió información sobre la lactancia materna exclusiva con un 47.5% , siguiéndole a esta las redes sociales con un 18% marcando una diferencia y gran importancia como medio difusivo, a pesar de ello se identificó una gran proporción de madres que no recibieron información sobre la lactancia por ningún medio con un 24.6%. El tema abordado con mayor frecuencia en la educación que recibe la madre adolescente es Que es la lactancia materna exclusiva, su importancia, ventajas y beneficios con un 60.70%. El apego temprano fue la práctica de atención a la maternidad y lactancia más frecuente con un 62.3%, siguiendo a este el No usar chupetes o tetinas artificiales con un 59%.

Palabras clave: Lactancia exclusiva, madre adolescente, apego temprano, uso de chupete, lactancia materna, alojamiento conjunto, leche de fórmula, inteligencia.

ABSTRACT

Introduction: Breastfeeding is the act of a mother feeding her child from birth through the breast. Breast milk is the only food that covers all the nutritional needs of the infant and is perfectly adapted to its digestive function. It is recommended by the WHO exclusively during the first months of life and from 6 months to two years of age or more, other foods are introduced in a complementary manner.

Objective: To determine the factors that influence exclusive breastfeeding up to 6 months of age in the children of adolescent mothers attending the outpatient clinic of the Dr. Robert Reid Cabral Children's Hospital June-December 2023.

Material and methods: An observational, descriptive, prospective and cross-sectional study was carried out. A total of 61 patients met the inclusion criteria.

Results and conclusions: The predominant maternal age among the respondents was 18-20 years old with 75.40%. The most frequent age group among the infants was 6 months with 26.20%. The majority of the mothers interviewed were from the rural province of San Cristóbal with 32.79%. Housewife was the most frequent occupation with 42.60%, in second place Student with 31.10% and in third place

Employee with 21.30%, being less frequent Self-employed with 4.90%. Secondary school was the most frequently displayed level of education in the sample with 46%. The marital status most frequently seen during the survey was free union with 67.20%; they were economically dependent on their partners with 45.20%. The predominant socio-economic group was lower middle with 59%, followed by low with 31.10%. In this study, out of 61 mothers interviewed, 43 did not have any toxic habits (70.50%), while among those who did have habits, 15 drank coffee (24.60%) and, to a lesser extent, 3 drank alcohol (4.90%). Most of them have more than one child (52.5%). 31 adolescent mothers in our sample were delivered by caesarean section (50.8%), while 30 were delivered vaginally (49.2%). All adolescent mothers in the study attended their prenatal check-up appointments, with 5-8 being the most frequent number of prenatal appointments with 63.9%. There was a higher incidence of adolescent mothers with no breastfeeding experience (44.2%). No situation had a negative influence on the process of exclusive breastfeeding in 62.3% of the sample, while the most frequent situation that had an influence in this study was low milk supply (11.50%). The most frequent mode of exclusive breastfeeding used by the mother was free demand with 97%. Looking at the child was the most frequent breastfeeding activity (63.9%), followed by talking to the child (36.1%) and caressing the child (31.1%). The adolescent's mother, the maternal grandmother, was the greatest source of support in the family environment with 49.2%, followed by the husband/partner with 18%. The doctor was the greatest source of support in the hospital setting with 41%. Informative talks were the most frequent means of communication through which information on exclusive breastfeeding was received with 47.5%, followed by social networks with 18%, marking a difference and great importance as a means of dissemination, despite which a large proportion of mothers were identified who did not receive information on breastfeeding by any means with 24.6%. The topic most frequently addressed in the education received by the adolescent mother is What is exclusive breastfeeding, its importance, advantages and benefits with 60.70%. Early attachment was the most frequent maternity and breastfeeding care practice with 62.3%, followed by Do not use dummies or artificial teats with 59%.

Key words: exclusive breastfeeding, adolescent mother, early attachment, pacifier use, breastfeeding, joint accommodation, formula milk, intelligence.

I. INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es el acto, que realiza una madre de alimentar a su hijo recién nacido a través del seno, una fuente biológica, natural. La leche materna es un tipo de alimentación sostenible, de libre costo y que se ha demostrado su beneficio, no solo a nivel económico evitando el gasto en fórmulas, sino también a nivel cognitivo, neurológico y fisiológico tanto en los hijos que la reciben como en las madres que la proveen. Y aún más importante la evidencia de la función inmunológica que surge de este tipo de alimentación, reduciendo la mortalidad infantil e ingresos hospitalarios de los mismos.¹

En base a esto, se destaca la importancia de la leche materna siendo crucial a la hora de nacer y en los primeros meses de vida, ya que este es el alimento más adecuado para el lactante, al adaptarse en cada momento a sus necesidades, proporcionando la protección y los nutrientes que necesita para su adecuado crecimiento y desarrollo, acoplándose perfectamente a su función digestiva. De ahí radica el gran interés por el cual incluso entidades de gran prestigio como la Organización Mundial de la salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés), la Sociedad Dominicana de Pediatría, la Asociación Española de Pediatría, entre otras, han recomendado proveer una alimentación exclusiva con leche materna durante los primeros 6 meses de vida del ser humano y que una vez culminado se vayan introduciendo, de forma progresiva, otros alimentos a modo de complemento por lo menos hasta los 2 años o más.¹

La lactancia materna exclusiva (LME) es un tipo de alimentación que consiste en que el hijo solo reciba leche materna y ningún otro alimento sólido o líquido a excepción de soluciones rehidratantes, vitaminas, minerales o medicamentos.²

La Sociedad Dominicana de Pediatría afirma que la lactancia materna es parte esencial de la nutrición en la etapa neonatal y primera infancia; considerándose esta ,en su forma exclusiva, como la estrategia de mayor eficacia en la supervivencia infantil mediante la prevención de la morbimortalidad del infante.^{3 4} Sin embargo, hay diversos estudios que comprueban que tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo, el porcentaje de madres que lactan ha tenido a lo largo del tiempo sus declives por diversos factores de los cuales se ven

influenciadas.⁵ Tales como la falta de información y apoyo prenatal y posnatal a la madre y su familia por parte de los profesionales de salud y autoridades, carencia de apoyo familiar y laboral; las prácticas y rutinas inadecuadas en las maternidades, entrega de muestras de leche artificial o chupetes, hasta incluso lo más banal de los mitos sociales como el temor a perder la silueta o deformación de los senos.⁵

Se ha señalado a la madre adolescente como uno de los grupos sociales de mayor riesgo,⁵ que ha presentado una menor prevalencia de inicio de la práctica de lactancia materna y menor duración de la misma, en comparación con aquellas madres que son adultas.⁶ El embarazo adolescente se considera un problema complejo a nivel de salud pública, ya que por la inmadurez biológica propia de la edad se acarrea mayores tendencias de terminar en un resultado adverso, como el acceso inadecuado a control prenatal que unge en la desinformación, la pobre nutrición de la madre y estrés materno que da cabida a la ignorancia e imposibilita el asumir su rol de forma correcta, hay un incremento en la incidencia de anemia, hemorragia posparto y necesidad de cesárea; mientras que en el neonato hijo de esta madre adolescente hay mayor incidencia de un parto pretérmino, bajo peso y necesidad de admisión a la unidad de cuidado neonatal, todas estas situaciones empeoran el panorama, condicionando una situación de riesgo para ambos entorpeciendo lo que es el proceso de lactancia siendo esencial de forma exclusiva en los primeros 6 meses de vida.⁶ La República Dominicana es el país con el promedio más alto de embarazo adolescente de toda América Latina y el Caribe, entre edades de 12 a 19 años de edad,¹² y con las tasas de lactancia materna exclusiva más bajas, de acuerdo con una comparación realizada por el Colectivo Global para la Lactancia Materna, dirigido por la Organización Mundial de la Salud y Unicef; esto a pesar de los avances que ha dado de un 4.7 % en el 2014 a un 15% en la última encuesta del Enhogar-MICS en el 2021.⁴ Razón por la cual nos hemos enfocado en esta investigación en aquellas madres que se encuentran en su etapa de adolescencia. Ya que las circunstancias y dificultades biopsicosociales en las que se ven envueltas y enfrentan las madres tanto adultas como adolescentes, durante su proceso de maternidad en cuanto a la lactancia, se pueden asumir de forma distinta.

I.1. Antecedente

I.1.1 Internacionales

Gill Urquiza. M, realiza un estudio en el 2018 en España con el objetivo de determinar los factores que intervienen en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna, y evaluar el grado de cumplimiento de las acciones a favor de la LM que se realizan en las maternidades. Estudio prospectivo, con seguimiento desde el nacimiento hasta finalizar el periodo de lactancia. En donde esta determina que la prevalencia de iniciación del 86,2 % se reduce progresivamente, hasta el 32,8 %, en el 6.º mes y 11,6 % en el primer año para «cualquier lactancia»; prevalencia de LM exclusiva 37,8 % y 7,3 % al 3.º y 6.º mes, respectivamente. Son factores asociados con mayor iniciación: mayor nivel de estudios materno, experiencia previa exitosa, decisión prenatal de amamantar, opinar que amamantar es lo mejor para la madre y parto a término. Factores asociados con el riesgo de menor duración son: residir en un municipio semiurbano; madre \leq 25 años, con menor nivel de estudios, hábito tabáquico; haber sido amamantada < 6 meses, no haber visto amamantar, haber amamantado < 3 meses y, durante el puerperio hospitalario: utilizar pezoneras, amamantar en horarios rígidos e incorporar suplementos.⁸

Muelbert M., Giugliani E., realizan un estudio en el 2018 en la región sur de Brasil con el objetivo de identificar factores asociados con el mantenimiento de la lactancia materna durante al menos 6, 12 y 24 meses en madres adolescentes. Análisis de datos de un ensayo de control aleatorio con madres adolescentes reclutadas en un hospital universitario en el sur de Brasil. Solo un factor se asoció con el mantenimiento de la lactancia materna en todos los resultados: el lactante que no usaba chupete mostró una mayor probabilidad de mantenimiento de la lactancia materna. El apoyo a la lactancia de la abuela materna y la duración de la lactancia materna exclusiva se asociaron con el mantenimiento de la lactancia durante 6 y 12 meses. En conclusión los hallazgos encontrados arrojan luz sobre las barreras y los facilitadores de las prácticas de lactancia materna entre las madres adolescentes.⁹

Olaiya O, Dee DL, Sharma AJ, Smith RA realizan un estudio en el 2019 en USA con el objetivo de identificar prácticas de cuidado de la maternidad y

lactancia materna entre madres adolescentes de 12 a 19 años. El Centro de control y prevención de enfermedades analizaron los datos del Sistema de Monitoreo de Evaluación de Riesgos del Embarazo (PRAMS) de 2009–2011 y determinaron que la prevalencia de prácticas de maternidad alineadas con la IHAN experimentadas durante la hospitalización del parto varió entre las nueve prácticas seleccionadas: Solo cuatro prácticas de maternidad (recibir información sobre la lactancia materna, recibir asistencia para la lactancia materna, permanecer en la misma habitación del hospital que la madre del recién nacido y recibir un número de teléfono para pedir ayuda para la lactancia después del alta hospitalaria) fueron experimentadas por más del 80% de las madres adolescentes. Sin embargo, ninguna de estas prácticas se asoció con los resultados del estudio. Alimentar solo con leche materna en el hospital y amamantar en la primera hora después del nacimiento, fueron las dos prácticas de maternidad significativamente asociadas con todos los resultados de la lactancia. Concluyendo que sólo el 7% de las madres adolescentes informaron haber experimentado las cinco prácticas significativamente asociadas con cualquiera de los resultados de la lactancia materna (amamantar en la primera hora después del parto, alimentar al niño solo con leche materna en el hospital, alentar al personal del hospital a amamantar al niño cuando lo pida, no usar un chupete en el hospital y no recibir un paquete de regalo del hospital que contuviera fórmula); El 9,6% informó no experimentar ninguna de las cinco prácticas. Hubo una relación dosis-respuesta significativa entre el número de prácticas experimentadas y cualquier lactancia materna o exclusiva durante ≥ 4 semanas y ≥ 8 semanas.⁴

Pinilla Gómez, E; Domínguez Nariño, C y García Rueda, A realizan un estudio en el 2020 Colombia, con el objetivo de determinar los factores que influyen en la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes. Estudio de corte transversal, con 158 madres adolescentes en etapa de lactancia que asisten a los servicios de primer nivel de atención de Bucaramanga. Las características sociodemográficas y económicas de las encuestadas muestran que la edad promedio de las madres adolescentes fue de 17.9 años, con nivel de escolaridad secundaria en el 82.8% de las encuestadas, y cuya ocupación fue el hogar para el 62%. El estado civil predominante en un 65.8% es la unión libre y con respecto a la seguridad social el 70.9% tienen una EPSS (ARS) que corresponde a Entidades Promotoras de Salud

Régimen Subsidiado. El 72.8 % vivían en arriendo y pertenecían a los estratos 1 y 2 con el 56.3% y 32.9% respectivamente. El promedio de ingreso económico mensual está dado por un 64.3% con un salario mínimo (SMLV), mientras que el 24% de las familias tienen ingresos inferiores a un SMLV. La responsabilidad como cabeza de familia recae en el esposo/compañero en un 46.8%. En el 26.6% de las familias existe en algún miembro de la familia exceso de trabajo, el cual se distribuye un 41 % en el esposo/compañero, un 15.4% en la madre de las adolescentes y el 12.8% en la madre adolescente. Los resultados mostraron que dentro de los factores que influyen en el abandono de la lactancia materna, el 39.2 % ha lactado a su hijo con solo leche materna durante 6 meses, el 55.4% ha incluido agua o alimentos antes de los 6 meses de vida, y las razones por las cuales no alimenta... a su hijo con solo leche materna el 9.5 % considera que producen poca leche, el 12% porque el niño se queda con hambre, y el 20.7 % otras causas (agua, preocupaciones, influencia de otras personas, problemas clínicos). Dentro de los antecedentes obstétricos cabe resaltar que el 73.5% asistieron a controles prenatales oscilando entre 5 y 8 controles durante el periodo de gestación. El 84.2% de las madres adolescentes tienen un hijo y la vía del parto que predomina es el vaginal con un 54.4%, de los cuales el 89.2% tuvieron sus hijos a término. Con respecto al número de hijos el 84.2 % tenían 1 hijo, el 14.6% tenían 2 hijos y el 1.3% tenían 3 hijos. En relación al tiempo destinado para la lactancia, el 94.3% tienen el tiempo suficiente para lactar y el 84.3 % lo pueden hacer porque están en el hogar. Las madres adolescentes durante el proceso de la lactancia el 82.3% acaricia a su hijo, el 80.4% le habla, el 74% lo mira y el 15.2 % realiza otras actividades de las cuales el 31.8% ve televisión, y el 27.3% juegan mientras lactan. Con respecto a las personas que recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del niño, el 84.3% lo hacen el médico y la enfermera, el 63.3% un familiar, el 22.8 % una amiga y el 19 % una vecina. Concluyendo que se precisa del asesoramiento y apoyo familiar y de las instituciones de salud para que el amamantamiento sea una experiencia satisfactoria tanto para la madre adolescente como para el hijo.¹⁰

I.1.2 Nacionales

Ovalles L. Se realiza un estudio en el 2022 en República Dominicana con el objetivo Determinar el Nivel de Conocimiento sobre Lactancia Materna y sus Beneficios que tienen las Pacientes embarazadas que acuden a la Consulta de Ginecología y Obstetricia del Hospital Docente Dr. Félix María Goico Periodo. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y prospectivo, donde se estudiaron 161 pacientes atendidas en la consulta, dando como resultado: el mayor porcentaje de las encuestadas tenían un nivel de conocimiento medio en un 47% en edades entre 18-24 años con 19%. Predominó el nivel socioeconómico bajo en un 84%, la ocupación ama de casa en un 65 %, estado civil unión libre 76%, provenientes de otros sectores 42%. El 57% de estas tenía experiencia previa de lactancia, predominando una buena experiencia 50%, el número de hijos con mayor porcentaje de lactancia fue uno con un 30% por un tiempo de 1 año en un 17%. El 22% recibió información mediante charla.¹¹

Cepeda Ramirez A. , realiza un estudio en el 2022 en República Dominicana, Puerto Plata. Con el propósito de determinar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna en la consulta pediátrica del hospital provincial Ricardo Limardo, se realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal. Para el mismo se estudiaron 100 pacientes pediátricos atendidos en la consulta, obteniéndose los siguientes resultados: La frecuencia de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses en el Hospital Provincial Ricardo Limardo es de 22%. La edad más frecuente de las madres que lactaron fue 20 años. El nivel de escolaridad más frecuente de la madre fue la secundaria. La motivación para el inicio de la lactancia materna más frecuente fue la decisión propia. Lo que indica que debe realizarse un mayor esfuerzo por parte del personal de salud para motivar a las madres a lactar. La duración de la lactancia materna fue más de 6 meses en la mayoría de los casos. La principal causa para suspender la lactancia materna fue la baja producción de leche o hipogalactia.¹²

Lanzalot M., Olarte L. y Yanez P. realizan un estudio en el 2018 en República Dominicana, con el objetivo de identificar las principales barreras a esta práctica y generar lecciones que guíen acciones tanto en el sector público como privado. se basa en un análisis cuantitativo y cualitativo obtenido del levantamiento de 500 encuestas a madres con hijos menores a tres años, 24 encuestas a pediatras, 4 grupos focales y entrevistas a actores clave. Los principales resultados indican que, si bien las madres reconocen los beneficios de la lactancia, existe aún poco conocimiento y limitado asesoramiento sobre cuáles son las prácticas recomendadas. Es necesario incentivar más en el inicio temprano de la lactancia y durante las primeras horas de vida, lo cual se ve negativamente afectado por las altas tasas de cesárea en el país. El tema estético es un factor con frecuencia citado por las madres al preguntarles por las bajas tasas de lactancia en el país, no obstante, no lo citan al referir su caso personal. El acompañamiento social y el apoyo de la pareja son claves para ayudar a incentivar y mantener la lactancia .¹³

I.2. Justificación

Una lactancia materna óptima tiene tal importancia que permitiría salvar la vida de más de 820 mil menores de 5 años todos los años.¹¹ La Sociedad Dominicana de Pediatría... afirma que la lactancia materna es parte esencial de la nutrición en la etapa neonatal y primera infancia; considerándose esta ,en su forma exclusiva, como la estrategia de mayor eficacia en la supervivencia infantil mediante la prevención de la morbimortalidad del infante.³⁴

Los lactantes que no son amamantados de forma óptima según las recomendaciones de la OMS, se ven vulnerables y expuestos a padecer enfermedades, infecciones y desnutrición , que resultan ser mortales y traer complicaciones a largo plazo, cuando tan solo un 45 % de las defunciones de infantes se asocia a la desnutrición. A pesar de esto, a nivel mundial, solo el 44% de los hijos son amamantados exclusivamente en los primeros seis meses, lo que está muy por debajo de los objetivos globales de Salud Mundial del 50% para 2025.¹⁵ Y tan solo en nuestro país, Rep.Dom, solo el 4.7% de los infantes menores de 6 meses son amamantados exclusivamente, según datos de la ENHOGAR MICS 2014.¹³ Y en su

encuesta más reciente en el 2021 incrementó a un 15% pero sigue siendo el país de menor tasa y avance de lactancia exclusiva.¹⁶

En un estudio poblacional se reportó que las adolescentes tienen una frecuencia de iniciación de lactancia de solamente un 28%.⁶ Presentando las adolescentes menor probabilidad de iniciar y continuar la lactancia comparadas con madres adultas.⁶ Siendo el embarazo adolescente un factor de riesgo de alta potencia, sobre todo cuando América Latina y el Caribe tiene la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo y se estima que casi el 18% de todos los nacimientos corresponden a mujeres menores de 20 años de edad.¹⁷

Ante tal escenario, hay una marcada y visible necesidad de invertir y poner en manifiesto diferentes estrategias de promoción y de dar tanto apoyo como protección en el acto de lactar a aquellas madres más jóvenes, en beneficio tanto para la madre misma como para su hijo. Sin embargo, para que dicha intervención pueda lograrse con buenos resultados, es necesario que se tome en cuenta aquellos factores determinantes que influyen, ya sea de forma directa o indirecta, en la práctica de la lactancia en esta población.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OMS ha calificado que la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses en madres adolescentes es una tarea extremadamente difícil de implementar. Denominándose entonces el embarazo adolescente como un grupo social de alto riesgo. En un estudio poblacional a nivel internacional, la mortalidad en hijos de madres adolescentes fue de 74,5% durante el primer año de vida, lo que resultó más elevado que en el de una madre adulta¹⁸. En la República Dominicana por cada 1,000 nacidos vivos de madres adolescentes mueren 22 niños antes de cumplir los 28 días de vida, mientras que la mortalidad en el primer año de vida es aún mayor, 28 por cada 1,000 nacidos vivos.^{19 20}

Una lactancia materna óptima tiene tal importancia que permitiría salvar la vida de más de 820 000 menores de 5 años todos los años. El riesgo de muerte por diarrea y otras infecciones aumenta en los lactantes que solo reciben lactancia parcialmente materna o exclusivamente artificial.¹⁴

Lo que es un llamado de atención cuando en la República Dominicana, hay aproximadamente 2 millones de adolescentes entre las edades de 10-19 que constituyen el 19,0% de la población total del país. Y cuya tasa actual de fecundidad adolescente es de 97 nacimientos por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años que sigue siendo la más alta en la región de ALC. Los datos disponibles indican que el 22% de las mujeres entre 12 y 19 años han estado embarazadas, lo que es un 34% más alto que el promedio de ALC.¹⁵

La adolescencia es un período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, que va desde los 10 años extendiéndose inclusive hasta los 21 años como una adolescencia tardía.²¹ Este es un periodo de turbulencias, de constantes cambios a nivel biopsicosocialmente, generando conflictos emocionales y frustraciones, donde aún no se ha logrado obtener cierto grado de madurez, se encuentra en proceso el desarrollo de la personalidad y no obstante, se encuentra en progreso la identidad sexual del adolescente, el cual es un factor predisponente a presentar un inicio precoz de relaciones sexuales siendo un riesgo importante de embarazo en dicha etapa de la vida, cuyo resultado es una madre adolescente, llena de estrés y desconocimiento, que no se encuentra preparada cognitivamente para asumir esta responsabilidad, haciéndola vulnerable a diversos factores que influyen de manera negativa en llevar a cabo la maternidad y lo que implica, sobre todo en nuestro tema de interés

que es la lactancia. Por lo que la madre adolescente presenta unas características especiales ante su vulnerabilidad que demandan una atención física y psicológica específica durante el embarazo, parto y puerperio para preservar su propia salud y la de su hijo.

Durante nuestra rotación hospitalaria en el ciclo de pre-internado en la consulta externa del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, uno de los centros de más demanda de atención pediátrica a nivel nacional, presenciamos en múltiples ocasiones como muchas madres, principalmente adolescentes con las características anteriormente descritas, se abstuvieron, resistieron o detuvieron el proceso de amamantar a sus hijos, como única fuente de alimentación durante los primeros seis meses de vida, y el como una cantidad sumamente reducida si lo hacía de manera religiosa. Esto, aunado a la carencia de estadísticas confiables en nuestro país sobre el tema en cuestión, para poder llenar estas carencias e impulsar a lograr un incremento de la práctica de la lactancia en esta población, sobre todo en su forma exclusiva. Nos hemos visto en la posición de plantearnos la siguiente cuestionante: ¿Cuáles son los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida, en hijos de madres adolescentes? que asisten a la consulta externa del hospital infantil Dr. Robert Reid Cabral
Junio - Diciembre 2023

III. OBJETIVOS

III.1. General

1. Determinar los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, en los hijos de madres adolescentes que asisten a la consulta externa del hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral Junio - Diciembre 2023.

III.2. Específicos:

1. Identificar las características sociodemográficas de las madres adolescentes (Edad, procedencia, escolaridad, ocupación, estado civil, promedio de ingreso económico mensual, grupo socioeconómico)
2. Establecer los hábitos tóxicos de las madres adolescentes en estudio
3. Identificar las fuentes de apoyo de la adolescente tanto en el ámbito familiar como en el hospitalario frente al proceso de lactancia materna exclusiva
4. Determinar los medios de comunicación por los cuales han recibido, las madres adolescentes, información acerca del proceso de lactar exclusivamente
5. Determinar los tópicos de la información que ha sido emitida a la adolescente en estudio a modo de orientación con respecto a su periodo de lactancia materna exclusiva
6. Establecer los antecedentes obstétricos de la adolescente en estudio
7. Determinar la experiencia previa de la madre adolescente en lactancia materna exclusiva
8. Determinar la modalidad de lactancia que utiliza la adolescente en estudio
9. Establecer actividades realizadas en el momento de lactar
10. Identificar las situaciones que influyen negativamente en la adolescente en su periodo de lactancia materna exclusiva
11. Identificar las prácticas intrahospitalarias según El control y evaluación de embarazos en riesgo (PRAMS) e iniciativas hospital amigo del niño (IHAN).

IV.MARCO TEÓRICO

IV.1 Lactancia materna

IV.1.1. Historia

Las ventajas y beneficios de la lactancia materna exclusiva se han documentado al pasar de los siglos. Algunos descubrimientos recientes sobre este tema en relación con las tendencias mundiales actuales en términos de lactancia materna han causado otro interés en esta antigua práctica (Gandarias, 1996). A lo largo de los años por todo el continente europeo, en tumbas en niños, se han descubierto distintos recipientes con una embocadura o boquilla, datadas hasta el años 2000 A.C ²²

Se habla de personajes que amamantaban a los hijos de madres, usualmente de alta sociedad, que se negaban a lactar por las molestias que esto generaba, pero sobre todo por el desgaste que causaba en sus senos influyendo en sus figuras, estas eran conocidas como nodrizas, llevando con el tiempo a que este se considerara un trabajo honorable y que fuera remunerado, llegando al punto que el código de Hammurabi regulaba a estas nodrizas que lactaban por dinero.²²

A lo largo del tiempo se ha destacado como las distintas sociedades han mirado el acto de lactancia como una práctica de suma importancia, antiguas ciudades como Esparta, donde la esposa estaba en la obligación de amamantar el hijo, ya que solos hijos amamantados tenían el derecho a heredar el trono. La ciudad de Babilonia donde existían leyes donde se obligaba a amamantar hasta la edad de los tres años. En Egipto la lactancia era una práctica tan honorable que las nodrizas encargadas eran seleccionadas por el mismo emperador y disfrutaban de grandes privilegios, así mismo estas cargaban una gran responsabilidad ya que las leyen controlaban cada uno de los aspectos de las vidas de las nodrizas, como su comportamiento, higiene, vestimenta y cuidados personales. ^{22 23}

Sorano de Éfeso, considerado padre de la ginecología y obstetricia, escribió su obra “ Sobre las enfermedades de las mujeres”, donde aseguraba que el destete debería realizarse entre los dos a tres años y que este junto con la dentición son los capítulos más importantes en la vida del niño. Aquí también se manifiestan las nodrizas, explicando a detalle las condiciones para una mejor elección, su alimentación, estilo de vida y correcta forma de lactar. Igualmente describe prácticas relacionadas con el cuidado infantil. ^{22 23}

Con el paso de los siglos, desde la era cristiana en donde se fomento aún más el cuidado de los niños, se incrementó de manera significativa la lactancia materna; los romanos fueron documentando aquellas enfermedades que se transmitían a través de la lactancia sobre todo al momento del encuentro intercultural en el

descubrimiento de américa, donde importaron la sífilis y exportaron la gonorrea a Europa. La aparición de estas enfermedades y su contagio en niños generaron que hubiese una mayor inclinación en que fuesen las propias madres quienes lactaran, no las nodrizas y tener un mayor cuidado, así como también se vio un mayor desarrollo de vínculo afectivo de las nodrizas con el lactante en frente de la madre, por lo que se incentivo más aún el que fuese la propia madre que lactase, generando una nueva evolución en la historia donde la madre que lacta desarrolla una unión madre e hijo por medio de la alimentación que esta le provee.²²

Ya con la aparición de la leche artificial y el virus de la Inmunodeficiencia Humana con la segunda guerra mundial inicia la desaparición de las nodrizas, disminuye aún más la desnutrición, sustituida entonces por la malnutrición, y disminuye la mortalidad infantil entrando la edad moderna.²²

A través de los años en la historia la lactancia ha enfrentado diferentes modificaciones evolutivas. Sin embargo, en pleno siglo XXI esta sigue siendo vigente, en cuanto a su uso y concepción, siendo la mejor opción para todo tipo de lactante con beneficios a nivel biopsicosocial, no siendo solo un medio de alimentación, sino también un medio de unión dentro de la misma raza, por lo que este contacto de forma prolongada se vuelve esencial a nivel nutricional e integral.²²

IV.1.2. Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la lactancia materna como óptima forma de alimentación de recién nacidos, ofreciéndoles los nutrientes que necesitan para el equilibrio adecuado, así como ofreciéndoles protección contra enfermedades.²⁴

La lactancia materna exclusiva (LME) es un tipo de alimentación que comienza desde el nacimiento, esta consiste en que el recién nacido solo consuma la leche materna, ningún otro alimento líquido o sólido, hasta mínimos los 6 meses de edad.²⁵

IV.1.3. Epidemiología

Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud del 2010 a 2018 a 57 países de medianos a bajos ingresos, con el propósito de tener una estadística global de la prevalencia en la lactancia materna, llegando a la conclusión de que la prevalencia global ponderada de la lactancia materna fue de 51.9 por ciento para el inicio temprano de la lactancia, del 47.7 por ciento para lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses, del 32.0 por ciento para la lactancia materna

exclusiva entre 4 y 5 meses, del 83.1 por ciento para continuación de la lactancia hasta el año, 46.6 por ciento para continuación de la lactancia materna hasta los 2 años, el 14.9 por ciento para la introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos antes de los 6 meses y el 63.1 por ciento para la introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos entre los 6 y 8 meses.²⁶

En cuanto a la República Dominicana, El Fondo De las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) realizó un estudio en el año 2020, en cual concluyó que sólo el 4.7 % de los infantes dominicanos menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva.²⁷

IV.1.4. Clasificación

La lactancia se puede clasificar en cuatro grupos generales, tomando en cuenta como el modo en que se realiza:

- Lactancia materna exclusiva (LME): Es aquella que como indica su nombre, se trata de alimentar al lactante únicamente con leche materna. Esta es la alimentación recomendada por la OMS para los lactantes hasta los 6 meses de edad. Esta se realiza cada vez que el infante lo demande, y no se utilizan biberones, chupetes o tetinas.²⁸
- Lactancia predominante: Esta hace referencia a la combinación de la leche materna con pequeñas dosis de fórmula, también los lactantes pueden ingerir mínimas dosis de jugos, agua y otros tipos de soluciones de rehidratación oral. Usualmente se puede ver en infantes que tengan alguna condición como la desnutrición y requieran una ayuda extra en su nutrición.²⁸
- Lactancia complementaria: Aquí además de la leche materna se incluyen alimentos semisólidos, como papillas. Se utilizan alimentos con altos niveles nutricionales, que sean fáciles de masticar y digerir para el infante. Tanto la OMS y UNICEF exhortan que esta dieta se inicie entre 6 a 8 meses de edad y de manera progresiva para que el niño se habitúe correctamente, se recomienda que la frecuencia inicial sea al menos tres veces al día, luego de 9 a 24 meses de edad se puede elevar a cuatro veces al día.²⁸
- Lactancia parcial: Es aquella en la cual un recién nacido no se alimenta exclusivamente de leche materna, sino que también suele ingerir fórmula. Durante este tipo de alimentación es importante darle seguimiento al peso y talla del lactante, ya que estos pueden estancarse en su desarrollo físico. En este caso lo mejor sería iniciar lactancia materna exclusiva y prolongarla el tiempo que sea necesario.²⁸

IV.1.5 Fisiología

La producción de leche materna en la mujer grávida consiste principalmente en tres fases conocidas como lactogénesis, que a su vez están mediadas por distintas hormonas:

Lactogénesis I o Iniciación secretora: Consiste en la producción de una pequeña cantidad de leche durante el embarazo, inicia a partir del 5to al 6to mes de embarazo. Mediada por las hormonas gonadotropina coriónica (HCG) y la prolactina (PRL), las cuales se encargan del crecimiento y diferenciación de la mama al inicio del embarazo. Para el inicio de la producción de leche se requiere también el efecto de la insulina y el cortisol, así como la progesterona que regula negativamente la producción de la leche.²⁹

durante la última etapa de gestación se producen cambios hormonales que prepara las mamas para la lactancia, ocurre un importante descenso de progesterona, estrógeno y lactógeno placentario tras el alumbramiento, junto a esto, la secreción de prolactina, hidrocortisona e insulina son los pasos más importantes para el inicio de la lactancia²⁹

Lactogénesis II o subida de leche: Inicia entre las primeras 24 a 48 horas postparto llegando a su punto máximo a las 48-72 horas postparto, y ocurre por el descenso brusco de la progesterona y lactógeno placentario después del parto. Esta fase requiere el aumento del flujo sanguíneo y de oxígeno, así como el consumo de glucosa. El principal mediador de esta es la prolactina (PRL) cuya principal función en la producción de leche, la misma se ve intervenida por diversas hormonas como estrógenos, progesterona, glucocorticoides, insulina, oxitocina, hormonas tiroideas y paratiroides. Las catecolaminas están encargadas de controlar el factor inhibidor de prolactina (PIF). La producción de leche por la prolactina está normalmente regulada por la succión del recién nacido, ya que ésta estimula la síntesis y secreción de esta. Durante la noche es donde hay mayor producción de prolactina. La hormona encargada de la salida de la leche al exterior es la oxitocina y es estimulada por el tacto, olfato y vista del recién nacido.²⁹

Lactogénesis III, Galactopoyesis o estabilización de la leche: La estimulación del pezón posparto en el eje principal para producción de prolactina, mientras mayor y más precoz sea la estimulación inicial, mayor será el número de receptores de prolactina y más eficaz la lactancia. La prolactina aumenta después de la toma, produciendo leche para las siguientes, esto se conoce como secreción pulsátil. Bajo la influencia de la succión se libera oxitocina, lo que lleva a la eyección de la leche

que se encuentra en los alvéolos hasta el exterior. Igualmente la oxitocina posee una acción relajante y sedante, además favorece el vínculo entre madre y recién nacido.²⁹

De manera local la regulación de la producción de leche es dada por el aumento de la presión intraalveolar y el factor inhibidor de la lactogénesis. Si la leche no es removida de las mamas conlleva al aumento de presión y disminuye el flujo sanguíneo, llevando al compromiso de la llegada de hormonas y provocando la probable oclusión de la glándula, en este caso entra el factor inhibidor de la lactogénesis, que es una proteína que actúa a nivel celular disminuyendo la producción de leche y la sensibilidad a la prolactina.²⁹

IV.1.6. Características de la leche materna

La leche materna es el alimento primordial para los recién nacidos y lactantes, esta posee características nutricionales que ayudan al correcto crecimiento del niño y a prevenir la morbi-mortalidad infantil, principalmente por enfermedades diarreicas, cada uno de los distintos tipos de leches producidos por la madre se adapta a las necesidades del lactante en el tiempo, permitiendo que el niño pueda digerir adecuadamente cada uno de los componentes de la misma, ayudando el desarrollo de su sistema inmunológico.³⁴

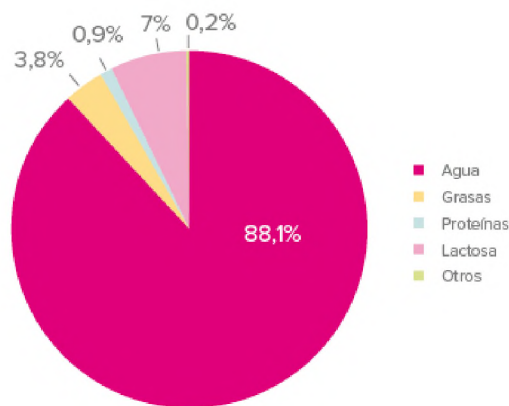
IV.1.6.1 Composición de la leche humana³¹

- Agua: mantiene la hidratación del recién nacido
- Lípidos: Ayudan a las necesidades energéticas y grasas esenciales para el desarrollo del cerebro y la vista
- Lactosa: Principal carbohidrato de la leche, proporciona energía
- Oligosacáridos: Tiene función probiótica alentando el crecimiento de bacterias beneficiosas.
- Enzimas: Ayudan a la digestión y brindan apoyo al desarrollo del sistema inmunológico
- Probióticos: Contienen bacterias que contribuyen a la formación de la microbiota infantil
- Células madres y progenitoras: Estas son transferidas de la madre al recién nacido y se convierten en células funcionales en varios órganos fundamentales.
- Inmunoglobulinas y otras células inmunológicas: Función de protección contra infecciones y enfermedades
- Hormonas y factores de crecimiento: Que ayudan al desarrollo y crecimiento

saludable.

- vitaminas y minerales: Estimulan el crecimiento
- Factores antiinfecciosos: factor Bífido (N-acetilglucosamina), factores de crecimiento epidérmicos, factores estimulantes de fibroblastos, gangliósidos, factor de resistencia antiestafilococo.³²
- Factores inducidos: son inducidos por antígenos presentes en el tubo digestivo y en el árbol bronquial: macrófagos, linfocitos T y B; Inmunoglobulinas A, G, M, K-caseína que inhibe la adherencia de Helicobacter Pylori. Varios estudios indican que algunos factores de la leche humana inducen una maduración más rápida del sistema inmunológico en relación a niños alimentados artificialmente.³¹

En porcentaje:³²



Fuente: Lawrence R. Breastfeeding: A Guide for medical profession.
4th ed. St Louis: Mosby-Year Book, 1994.

IV.1.6.2 Tipos de leche

- ❖ Calostro: Leche producida los primeros días, la misma está compuesta por una mayor cantidad de proteína, vitaminas e inmunoglobulinas que se pasa a través del intestino del recién nacido, puede parecer poco, pero es suficiente para alimentarlo ya que su estómago es muy pequeño y para estos es suficiente pocas cantidades con tomas frecuente, al menos 8 a 12 veces al día.¹
- ❖ Leche madura: Su composición varía a lo largo de la toma, inicialmente más aguada y rica en lactosa para calmar la sed del recién nacido, y la

cantidad de grasa va aumentando a medida que sale la leche, concentrando al final de la toma, terminado en la completa saciedad del lactante. Por esta razón se recomienda vaciar la primera mamá antes de ofrecer la segunda sin limitar el tiempo de toma. Es probable que durante el primer mes de vida un pecho sea suficiente para saciar el recién nacido.¹

IV.7.Ventajas y Beneficios ^{1 33}

La lactancia materna provee beneficios y ventajas al lactante y a la madre, así como para ambos en común.

Dentro de las ventajas y beneficios que proporciona al lactante se encuentran los siguientes:

- Estimula la liberación de la hormona de crecimiento y optimiza el desarrollo del sistema inmune, así como también a nivel fisiológico y cerebral. Lo cual es garantizado cuando se atribuye una lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.³³
- La lactancia materna en su forma exclusiva, reduce la mortalidad infantil ofreciendo beneficios a la salud toda la vida, según la OMS.³³
- Protección ante enfermedades importantes como Diarrea, las infecciones respiratorias, la cual incluye catarras, bronquiolitis, bronquitis, neumonía, otitis, etc. La leche materna también crea un tapiz protector ante patógenos a nivel intestinal del lactante.¹
- Retrasa o disminuye la posibilidad de aparición de alteraciones inmunológicas, tales como la leucemia, enfermedades crónicas intestinales, y alergias, tipo asma o dermatitis atópica.¹
- Prevención de enfermedades que se desarrollan en la adultez tales como Diabetes, hipercolesterolemia, patologías a nivel de las coronarias y cáncer.¹
- Se encuentra estrechamente relacionado con la inteligencia cognitiva y emocional. Ya que al amamantar el lactante adquiere seguridad afectiva lo cual repercute de manera directa en su autoestima y empatía ante las demás personas en un futuro.¹
- Disminuye el riesgo de padecer de sobrepeso y obesidad, de muerte súbita, de enfermedades celíacas y efectos nocivos de los contaminantes del medio ambiente.¹
- Se eliminan los excedentes de bilirrubina a través de las heces, al disminuir la absorción de la misma y los problemas de ictericia.³³
- La leche materna se encuentra en todo momento en perfectas condiciones

higiénicas, al ya estar preparada y a su correcta temperatura.¹

- En caso de ser un lactante que nace prematuro o con alguna afectación como síndrome de Down, malformaciones, fenilcetonuria, etc. Pues lo ideal sería y de mayor importancia, proveer la lactancia materna para sacar todo el provecho posible de los beneficios y ventajas anteriormente mencionados.¹

Dentro de las ventajas y beneficios que proporciona a la madre se encuentran los siguientes:

- Ayuda en la recuperación posparto. Ya que disminuye la pérdida de sangre generando igualmente la mejora de una posible anemia y retrasa la fertilidad todo debido al estímulo hormonal de liberación de oxitocina que se genera al amamantar de forma óptima, según las entidades OMS, UNICEF.¹
- Se reduce el riesgo de sufrir depresión post parto, por la misma oxitocina (hormona encargada de la satisfacción emocional) que se libera en la lactancia al crearse esa conexión y apego entre la madre e hijo a través del amamantamiento.³³
- Favorece la recuperación del peso y la silueta, perdiendo de 400 a 500 calorías al día.^{1 33}
- Reduce las necesidades de utilizar insulina en aquellas madres diabéticas y en aquellas que han desarrollado diabetes gestacional pues les regula antes el metabolismo.¹
- Disminuye el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.¹
- Reduce el riesgo de padecer cáncer de mama premenopáusico, cáncer de ovario y fracturas de caderas y espinales por osteoporosis en la postmenopausia.¹

Dentro de los beneficios y ventajas que proporciona en ambos se encuentran los siguientes:

- El acto de amamantar crea un estrecho vínculo afectivo materno filial, lo cual genera en el lactante consuelo, cariño, compañía, seguridad, y ayuda a la madre en cuanto a su desarrollo personal.¹
- Se libera prolactina (hormona encargada de la producción de la leche y da sensación de calma y relajación) le permite a la madre y al lactante dormir mejor.³³
- Implica un ahorro económico familiar, al no tener que pagar por leche artificial y accesorios como biberones, así como también la disminución en el consumo de consultas médicas, ingresos hospitalarios y medicamentos

que se han podido demostrar en los infantes alimentados con leche materna según lo recomendado por las altas entes médicas.¹

- Contribuye al cuidado del planeta al ser un alimento sostenible que no deja residuos.¹

IV.1.8. Recomendaciones para tener una lactancia materna exitosa:

- ❖ Debe ser un acto que genere gratificación y la madre tenga el deseo de llevarlo a cabo.¹
- ❖ El lactante nace con la facultad y competencia de buscar el pecho, reconocerlo y acercarse a él.¹
- ❖ Es importante el contacto precoz, que inmediatamente al nacimiento se coloque al lactante sobre el pecho de su madre, lo que favorece el vínculo y la lactancia, al menos a la primera hora. Dicho contacto piel con piel, y esperar que el lactante, sin forzarlo, manifieste signos de interés por el pecho contribuye a establecer en el infante el reflejo de succión y en la madre facilita las contracciones uterinas que por ende disminuye la intensidad en la que se da la hemorragia post parto . De igual manera pueden posponerse sin ningún inconveniente las demás rutinas hospitalarias según evidencia clínica.¹
- ❖ Al lactante succionar, estimular el pezón y vaciar el pecho provoca que el pecho fabrique mas leche. Lo que se traduce a: cuánto más se dé el pecho al infante más leche producirá. Esto se debe a que la lactancia materna se rige por hormonal (expulsión de la placenta, oxitocina, prolactina). Si se coloca al pecho en pocas ocasiones y se dan falsas ayudas de sueros y leches artificiales, se producirá menos leche.¹
- ❖ Permanecer en alojamiento conjunto la madre y el lactante desde el nacimiento hasta el mayor tiempo posible, ya que se ha evidenciado que la madre puede lograr dormir mejor y se siente con más capacidad de poder cuidar a su criatura al tenerlo con ella las 24 horas del día, permitiéndole reconocer las demandas y distinguir su llanto.¹
- ❖ Se debe amamantar por lo menos 8 veces al día para así poder tener una buena producción de leche, por lo que si al nacer el lactante prefiere dormir antes que mamar es importante que se mantenga cerca de la madre en contacto piel con piel, para que así pueda estimular su disposición a mamar.¹
- ❖ Alimentar el lactante a demanda, cuando este lo pida y el tiempo que quiera. El mismo lactante irá marcando su ritmo de tomas, marcará las

cantidades e intervalo de las mismas. Si se limita y se le impone horarios puede ocasionar que el lactante pase hambre, que no se sacie, genera cólicos y un escaso aumento de peso.¹

- ❖ Hasta que la lactancia no se haya establecido de manera adecuada, no es recomendable el utilizar chupetes en las primeras semanas. El uso prolongado del chupete se ha relacionado con maloclusión dental, problemas de erupción dentaria, fonación y mayor predisposición a padecer durante la infancia de otitis media, ya que repercute sobre el sistema de drenaje del oído medio.¹
- ❖ La utilización del biberón y/o chupete interfiere con el aprendizaje del lactante en la succión del pecho materno. Debido a que si se acostumbra a la tetina le cuesta más adaptarse al pecho, le da menos hambre y mama menos, provocando una falta de estímulo en la madre que por ende llevará a una poca producción de leche.¹
- ❖ Los lactantes alimentados con leche materna, al pecho, no necesitan de ningún otro alimento, no necesitan agua, zumo, sueros, infusiones, ni leches artificiales. Si por alguna razón médica es necesario algún líquido suplementario en ese caso lo mejor sería dárselo en un vaso, cuchara, jeringa o cuentagotas en vez de utilizar un biberón.¹
- ❖ Es sumamente importante el papel de la pareja y la familia para tener éxito en la lactancia. Primordialmente la pareja como fuente de apoyo, todo fluye mejor si esta participa en todo el proceso del embarazo, asistiendo al parto, cuidando de la madre, compartiendo de los cuidados que requiera y necesite su hijo o hija, así como si llora sin necesitar de comer, es el padre la figura más adecuada para contenerle para así también establecer su vínculo afectivo. Al igual que es necesario que el padre mantenga las visitas a una distancia prudente para que se pueda lograr preservar la intimidad del núcleo familiar durante las primeras semanas.¹
- ❖ La lactancia materna, dar de mamar, no significa que debes prescindir de las relaciones familiares y actividades sociales, ya que nuevamente está siendo una imagen socialmente aceptable y es reconocida de forma positiva. Para poder mantener la lactancia a demanda y volverlo compatible con las actividades sociales será necesario amamantar en público, lo que es un derecho que posee la madre y su hijo, por lo que no debe cohibirse e incluso si le llega a apenar pues hay maneras de hacerlo discretamente.¹

El Sistema de Evaluación del Riesgo en el Embarazo (cuyas siglas en ingles

son PRAMS) es un proyecto de investigación común entre el New Jersey Department of Health and Senior Services, el Centers for Disease Control and Prevention (CDC), y el Center for Public Interest Polling (CPIP). La información de PRAMS es usada para ayudar a planificar mejor programa de salud para las madres e infantes de New Jersey--tal como mejorar el acceso al cuidado prenatal de alta calidad, reducción de fumar durante el embarazo, y promover la lactancia materna.³⁰

Con este protocolo se recopila datos poblacionales específicos de cada estado sobre las actitudes y experiencias maternas antes, durante y después del embarazo entre mujeres con un nacido vivo reciente. En este se analizan nueve preguntas que evalúan las prácticas de maternidad que apoyan la lactancia materna (alineadas con La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia, en sus siglas IHAN,); ocho corresponden a los Diez Pasos y uno evalúa la distribución de paquetes de regalo hospitalarios que contienen fórmula.³⁰

Las prácticas de atención de maternidad que una madre experimenta durante su estadía en el hospital durante el parto pueden influir en si decide iniciar la lactancia materna y durante cuánto tiempo continúa amamantando. Los Diez Pasos y la eliminación de los paquetes de regalo que contienen fórmula son elementos de la atención de maternidad basada en evidencia que se asocian con una mayor duración de la lactancia materna exclusiva.³⁰

Hay cinco prácticas significativamente asociadas con cualquiera de los resultados de la lactancia materna (amamantar en la primera hora después del parto, alimentar al bebé sólo con leche materna en el hospital, estímulo del personal del hospital para amamantar al bebé cuando lo demandara, no usar chupete en el hospital y no recibir un paquete de regalo del hospital que contenga fórmula), habiendo una relación dosis-respuesta significativa entre el número de prácticas experimentadas y la lactancia materna exclusiva o cualquiera durante ≥ 4 semanas y ≥ 8 semanas.³⁰

TABLA 1 . Correspondencia de los Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa e indicadores del módulo de prácticas de atención a la maternidad del Sistema de Monitoreo de Evaluación de Riesgos del Embarazo, 2009-2011



OMS/UNICEF Diez pasos para una lactancia materna exitosa*		Indicador correspondiente del módulo de prácticas de maternidad del PRAMS ¹
1.	Tener una política escrita sobre lactancia materna que se comuniqué de forma rutinaria a todo el personal de atención médica.	
2.	Capacitar a todo el personal de atención médica en las habilidades necesarias para implementar esta política.	
3.	Informar a todas las mujeres embarazadas sobre los beneficios y manejo de la lactancia materna.	El personal del hospital me dio información sobre la lactancia materna.
4.	Ayudar a las madres a iniciar la lactancia materna dentro de la primera hora después del nacimiento.	Amamanté en la primera hora después del nacimiento de mi bebé.
5.	Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia, incluso si están separadas de sus bebés.	El personal del hospital me ayudó a aprender a amamantar.
6.	No dar a los recién nacidos ningún alimento ni bebida que no sea leche materna, salvo indicación médica.	En el hospital mi bebé fue alimentado únicamente con leche materna.
7.	Practique el "alojamiento conjunto": permita que las madres y los bebés permanezcan juntos las 24 horas del día.	Mi bebé se quedó conmigo en la misma habitación del hospital.
8.	Fomentar la lactancia materna a demanda.	El personal del hospital me dijo que amamantara a mi bebé cuando quisiera.
9.	No dé chupetes ni tetinas artificiales a los bebés que están amamantando.	Mi bebé usó chupete en el hospital.
10.	Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y remitir a ellos a las madres al alta del hospital o clínica.	El hospital me dio un número de teléfono para pedir ayuda con la lactancia.
		El hospital me regaló un paquete con fórmula.

Fuente: Centers for Disease Control and Prevention Weekly / January 22, 2016 / 65(2);17–22³⁰

IV.1.9. Contraindicaciones de la lactancia materna¹

I- Contraindicaciones absolutas de la lactancia materna:^{34 5}

- Galactosemia clásica del lactante: Se origina en el lactante por una mutación del gen GALT(9p13) el cual codifica la enzima galactosa-1 fosfato uridiltransferasa la cual es responsable de metabolizar la galactosa. Si el lactante ingiere leche materna o fórmula artificial con lactosa provocaría un retraso del crecimiento, hipoglucemia, problemas hepáticos, alteraciones irreversibles del sistema nervioso que de continuar puede provocar sepsis y muerte. Por lo que lo más recomendable ha sido una alimentación a base de leche de fórmula que no contenga galactosa.^{34 5}
- Enfermedad materna por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): En la mujer gestante este virus se transmite de forma vertical al feto y a través de la lactancia materna, razón por la que se ha recomendado en estos casos una alimentación con leche artificial.^{34 5}

- Infección por el virus de la leucemia humana HTLV I y II en el lactante: Retrovirus asociado a enfermedades degenerativas e inmunológicas cuya transmisión se da principalmente a través de la lactancia materna, sobre todo las que perduran por más de 12 meses.^{34 5}

“En el caso de aquellos países en vía de desarrollo o subdesarrollados en los que no sea posible asegurar la nutrición con fórmulas o leche artificial se pone en la mesa el riesgo/beneficio para así evitar la muerte por desnutrición y en ese caso implementar una lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses y complementaria hasta los 12 meses”.^{34 5}

II- Contraindicaciones relativas de la lactancia materna ^{34 5}

Con frecuencia, por cierto grado de desconocimiento o miedo, muchas madres suelen suspender la lactancia por razones no justificadas científicamente, por lo que es importante destacar que las siguientes condiciones no contraindican de forma absoluta la lactancia materna:⁵

- Infección materna por virus de la Hepatitis B (VHB): El lactante debe recibir vacunación e inmunoglobulina al nacimiento.⁵
- Infección materna por virus de la Hepatitis C (VHC): A pesar de haberse aislado en la leche materna, independientemente de su carga viral materna, no se ha contemplado esta enfermedad como una contraindicación para la lactancia. De hecho no se han detectado casos de transmisión de VHC por medio de la leche y tampoco el amamantamiento aumenta la incidencia de transmisión vertical.⁵
- Infección materna por citomegalovirus (CMV): En la mayor parte de los casos el contagio se ha de producir al momento del parto y no durante el amamantamiento. Además de que la madre cuenta con anticuerpos frente al CMV, por lo que los beneficios de la lactancia superan los riesgos. Así como también la pasteurización y congelamiento de la leche materna reduce considerablemente el riesgo de transmisión.⁵
- Tuberculosis activa en la madre: Se debe aplicar tratamiento antituberculoso inmediatamente en la madre bacilífera y tratar al lactante con isoniacida durante 6 meses y Bacilo de Calmette - Guerin (BCG) como método profiláctico.⁵
- Infección materna por Sars-Cov-2: Aunque han sido detectadas partículas de ARN de este virus en un 10% de las muestras de leche analizadas, este no se ha detectado como tal de forma viable ni transmisible en la leche materna y de igual manera no se han documentado casos de infección a

través de la leche materna al lactante, como ocurre con otros virus como el de la hepatitis C o la rubeola. La Academia Estadounidense de Pediatría manifiesta su apoyo en la lactancia materna como la mejor opción de alimentación para recién nacidos, incluso para las madres afectadas por CoViD -19. De manera que los síntomas iniciales, son los de un resfriado común, es difícil e ineficaz aislar a tiempo a una madre con síntomas de resfriado del lactante. Teniendo en cuenta los beneficios de la lactancia materna y el papel insignificante de la leche materna en la transmisión de otros virus respiratorios, las madres pueden continuar amamantando.²⁴

- Fiebre materna, a menos que la etiología sea proveniente de una de las contraindicaciones.⁵
- Herpes tipo 1 y sífilis: En dichos casos lo mejor es esperar hasta que las lesiones de la enfermedad, en pecho y pezones, estén totalmente curadas para la lactancia materna.³⁴
- Varicela: En el caso de que la madre se haya contagiado desde 5 días antes del parto hasta unas 48 horas luego, se debe aislar al lactante hasta que la enfermedad haya remitido. Una vez hayan cicatrizado todas las vesículas de la zona del pecho y los pezones ya es posible dar el pecho.²¹
- Quimioterapia, fármacos radioactivos, fármacos: Mientras dure el tratamiento de aquellos fármacos que son de continuo uso y se excretan en la leche se ha de contraindicar la lactancia, De ser puntual se puede desechar la leche durante las horas que se metaboliza el fármaco y posteriormente amamantar al lactante.³⁴
- Drogas: El consumo de anfetaminas, cocaína, LSD y depresores del sistema nervioso han demostrado un efecto nocivo en los lactantes amamantados, sin embargo está la metadona, la cual todo lo contrario de presentar algún riesgo, más bien favorece la buena evolución del síndrome de abstinencia del lactante.³⁴
- Tabaquismo materno: No es contraindicación, sin embargo se orienta a los padres para que fumen fuera de la casa alejados del lactante, se les anima a que abandonen el hábito y en todo caso el lactante se ve más protegido al ser amamantado.⁵
- Ingesta de alcohol: Se le aconseja a la madre el no ingerir alcohol debido a que se concentra en la leche materna, puede inhibir la lactancia, ser perjudicial en el desarrollo cerebral del recién nacido. Sin embargo el ingerir de forma ocasional alguna bebida alcohólica de bajo grado, como el vino o la cerveza, es posible con precaución y orientando a la madre para

que no amamante al lactante a las 2 horas siguientes de la ingesta.⁵

- Mastitis: Todo lo contrario de ser una contraindicación en la madre, el amamantar es más bien el tratamiento más eficaz, al vaciar el pecho. Mientras más amamante más favorece el pecho.⁵
- Fenilcetonuria: Se ha recomendado una lactancia mixta con una leche exenta de fenilalanina, el cual aparece en una pequeña cantidad en la leche materna, al igual que si hay alguna otra enfermedad del metabolismo de los aminoácidos de metionina, leucina, isoleucina y tirosina que se encuentra en pequeñas cantidades en la leche materna.³⁴
- Ictericia Neonatal: No justifica la suspensión de la lactancia materna, puede ser tratada y mantener la lactancia y en caso de ser ingresado el lactante, para tratar con fototerapia, se procura que sea con su madre para mantener la lactancia a demanda frecuente y reducir el riesgo de abandono.⁵

IV.1.10. Técnicas de la lactancia materna¹

A primera instancia es preferible y más cómodo para la madre amamantar sentada en la cama, una silla cómoda o una mecedora, apoyando la espalda y el codo en almohadas y colocando alguna otra más en el regazo, para que le sea posible sostener al niño. También puede colocar los pies sobre un banco para así poder elevar las rodillas.³⁵

Para iniciar con las tomas, lo primero que debe hacer la madre es comprimir con suavidad la mejilla del lactante contra el pezón, lo que permite al niño buscar y fijarse al pecho. La boca del niño debe abarcar la mayor parte posible de la areola, para que así los galactóforos que se encuentran debajo de esta se expresen mejor mediante la succión y así reducir los daños en el pezón. Las grietas que se generan en el pezón generalmente se deben a una mala técnica en la lactancia, debido a que la forma en que el niño se agarra al pezón no es la adecuada. Este agarre puede mejorarse cuando la madre comprime el pecho con dos dedos, el índice y el pulgar, al ofrecerle al niño el pezón. Dicho pezón debe mantenerse centrado en la boca del niño, encima de la lengua con la punta de la nariz del lactante tocando el pecho.³⁵

El niño va cambiando y alternando periodos de succión que van desde vigorosa y rápida a momentos de relajación donde va disminuyendo o deteniendo los esfuerzos de succión. Por lo que es importante no estimular durante los periodos de succión activa y que por el contrario debe ser estimulado durante el periodo de relajación, ya sea hablándole, presionando suavemente sus

mejillas, etc.³⁵

El mismo niño determina el tiempo que dura la toma, por lo que es ideal que el mismo suelte espontáneamente el seno, pero si hay alguna circunstancia la madre decide finalizar o interrumpir la toma se introduce un dedo en el lateral de la boca del lactante para detener la succión y agarre.

Es importante para una evaluación y valoración adecuada de la lactancia que el pediatra o la enfermera vean como el lactante mama, para así poder corregir las deficiencias de la técnica.³⁵

IV.1.11. Extracción de la leche materna ¹

Resulta útil en diversas circunstancias el extraer leche, como cuando hay subida de leche, si por alguna razón debe estar separada temporalmente la madre del niño, inicio de la actividad laboral o ingurgitación mamaria. ¹

El primer paso para la extracción de leche, ya sea de forma manual o con un sacaleches, es preparar el pecho provocando el reflejo de eyección o salida de leche, lo que facilita el proceso de extracción.¹

Para estimular el pecho el primer paso es oprimirlo firmemente hacia la caja torácica o las costillas, bajo un movimiento circular sin deslizar los dedos en la piel y en un mismo punto y luego de pasar algunos segundos entonces cambiar a otra zona del cuerpo; El segundo paso consiste en frotar el pecho con cuidado desde la parte superior hasta llegar al pezón produciendo un cosquilleo, se continúa todo este movimiento por todo el alrededor; El último paso consiste en sacudir ambos pechos con suavidad inclinándose hacia delante. Para luego proceder a extraer la leche a mano o con un sacaleches.¹



1. Masajear

2. Frotar

3. Sacudir

Fuente: Guía de la lactancia materna. Govern de les illes Balears.¹

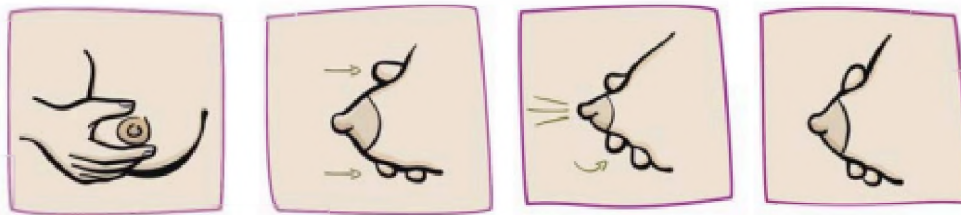
Siendo lo normal que las primeras veces salga una cantidad reducida de leche. Sin embargo, resulta más eficiente el sacarse en numerosas ocasiones breves que en pocas sesiones largas.¹

El momento más adecuado para extraer leche es cuando el niño solo mama de un pecho, por lo que se puede ir extrayendo del otro incluso al mismo tiempo; si no se ha de vaciar el segundo pecho, vaciarlo mediante extracción; entre una toma y otra; al saltarse una toma; luego de la primera toma en la mañana, que es cuando los pechos se encuentran más llenos. ¹

“Lavar siempre las manos antes de manipular el seno”.¹

Extracción manual/ técnica de Marmet ¹

Esta es la forma de extracción más económica, sencilla y cómoda para la madre, ya que se ahorra la limpieza y la esterilización de los utensilios que se requieren. Se lavan las manos, se estimula el pecho e inclinación hacia adelante para iniciar los pasos de la extracción manual. El primer paso es colocar el dedo pulgar, índice y medio en forma de letra C de 3 a 4 cm de distancia del pezón, evitando que el pecho descansa sobre la mano; El segundo paso consiste en presionar los dedos hacia atrás, a las costillas, sin separarlos. En caso de tener los pechos grande o de estar caídos entonces se deben levantar para poder presionar los dedos hacia atrás; El tercer paso consiste en comprimir hacia el pezón con movimientos iguales a un rodillo sin deslizar los dedos. Como si se estuviera ordeñando; El cuarto paso consiste en repetir la acción rítmicamente hasta vaciar el seno. Se va rotando la posición de los dedos para lograr vaciar todos los cuadrantes del pecho, utilizando ambas manos en cada pecho. Se alterna estimulación y extracción siempre en ambos senos. ¹



1.Coloca

2.Empuja

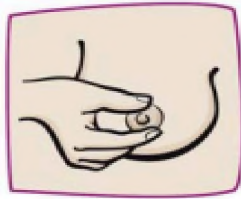
3.Comprime

4.Repite

Fuente: Guía de la lactancia materna.Govern de les illes Balears.¹

Se debe evitar maniobras como el exprimir, deslizar o estirar, ya que puede generar dolor y la extracción no debe causar esto. ¹

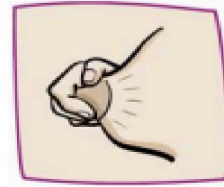
Evita estos movimientos



1. No exprimas



2. No deslices



3. No estires

Fuente: Guía de la lactancia materna. Govern de les illes Balears.¹

Extracción con sacaleches¹

Es el mismo proceso que se sigue en la extracción manual, inicia con el lavado de manos, se estimula el pecho para la bajada de leche y finalmente se aplica el sacaleches según las instrucciones del fabricante.¹

Hay dos tipos de extractores que son los manuales o mecánicos y los eléctricos. El modelo que es el más adecuado para extraer es el de tipo palanca. Sin embargo, si se va a extraer habitualmente durante un tiempo determinado, resulta más cómodo para la madre en ese caso utilizar un sacaleches eléctrico.¹

Tiempo de extracción a modo de orientación¹

Todo el proceso, tanto de estimulación como de extracción, se toma aproximadamente unos 30 minutos o hasta 2 minutos luego de que terminen de salir las gotitas de leche.¹

- 1- Extracción de leche de los pechos de 5 a 7 minutos¹
- 2- Masajea, frota, sacude¹
- 3- Extracción de leche de los pechos de 3 a 5 minutos¹
- 4- Masajea, frota, sacude¹
- 5- Se extrae una última vez de 2 a 3 minutos más.¹

Conservación de la leche¹

- Temperatura ambiente: 6-8 horas temperatura hasta los 25°C¹
- Refrigerador: Hasta 4 días¹
- Congelador en interior de nevera: hasta 2 semanas, temperatura hasta los 25°C¹
- Congelador: hasta 3 meses, temperatura hasta los 25°C¹
- Congelador horizontal: hasta 6 meses, temperatura hasta -18°C¹

Almacenamiento ¹

- Se pueden utilizar envases de boca ancha de uso alimentario, fácil de limpiar y de cerrar con tamaño adecuado; además del uso de biberones y bolsas específicas.¹
- Para limpiar dichos recipientes se hace el lavado normal y se seca. Se esteriliza una vez al día o se lava en un lavavajillas. ¹
- Se puede mezclar la leche que ha sido extraída en su mismo envase y se ha de conservar en el refrigerador. Probablemente la leche podría tomar un aspecto de “leche cortada” por lo que se debe agitar antes de darle uso.¹
- Antes de congelar la leche extraída debe enfriarse en la nevera, guardandola en pequeñas cantidades de 60 - 120 cc, para así descongelar lo que el niño vaya a tomar.¹
- Etiquetar los envases con la fecha en que se ha extraído la leche para usar siempre la más antigua y no se eche a perder. ¹

Descongelación y utilización de leche congelada ¹

- Se recomienda descongelar despacio en la nevera, siempre que esté dentro de las posibilidades. Luego de haber sido descongelada puede preservarse en la nevera hasta 24 horas, de no haberse utilizado entonces debe tirarse.¹
- Se puede calentar la leche en un recipiente con agua caliente pero no al fuego, hasta que esta logre estar tibia por lo menos hasta unos 36°C. De igual manera si se calienta y no se utiliza debe tirarse. La leche no debe hervirse y ni calentarse en microondas.¹
- Si se necesita la leche urgente, esta se puede descongelar entrando el envase que la contiene en uno de agua fría, luego en uno de agua tibia y finalmente en uno de agua caliente hasta llevarlo a la temperatura adecuada.¹
- Se debe agitar la leche antes de comprobar la temperatura. ¹
- Si se descongela en la nevera se puede mantener a temperatura ambiente 4 horas ¹
- Se debe tirar la leche que sobra de la toma.¹
- Si llegara a ser necesario se puede mezclar la leche materna fresca congelada y la leche artificial.¹
- Es recomendable dar la leche que ha sido extraída con una cuchara, jeringa o un vasito antes que el biberón, para así no confundir al lactante en la técnica de succión. ¹



Dando leche con jeringa



Papa dando leche con vasito

Fuente: Guía de la lactancia materna. Govern de les illes Balears.¹

Donación de leche ¹

El banco de leche es un instrumento sanitario, en el cual se recoge la leche materna para procesarla, almacenarla y dispensarla a los pacientes que la necesiten. Esta leche donada se utiliza en el ambiente hospitalario para los niños prematuros, neonatos que han sido intervenidos quirúrgicamente, infecciones o inmunodeficiencias. ¹

Cualquier madre que esté dando el pecho, siempre y cuando sea hasta los 6 meses luego del parto, puede ser donante de leche. En el banco de leche antes de donar se le realiza a la candidata análisis y una entrevista. ¹

Aquellas mujeres fumadoras, que se encuentren consumiendo ciertos medicamentos o drogas, alcohol, que presenten alguna enfermedad crónica o infecciosa y aquellas que hayan tenido alguna conducta que implique riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, no podrán donar leche. ¹

IV.1.12. Alimentación de la madre ^{1 36}

La leche materna ha de garantizar una adecuada nutrición en el lactante como una continuación de la alimentación intrauterina. Tanto el estado nutricional de la madre como su alimentación puede influir en la composición de la leche lo que por ende influirá en el aporte de nutrientes al lactante. ^{1 36}

Las necesidades que presenta un recién nacido a nivel nutricional son más altas que en cualquier otra etapa de su desarrollo. Las necesidades nutritivas de la mujer incrementan durante el embarazo y la lactancia, aún más en la última. Las glándulas mamarias adquieren cierta autonomía metabólica durante la lactancia lo que garantiza la adecuada composición de la leche. Todas las

madres son capaces de producir leche de calidad y cantidad necesaria, a menos que la madre se encuentre en un estado de desnutrición extrema.³⁶

La energía, proteína y nutrientes que se encuentran en la leche provienen tanto de la dieta como de las propias reservas maternas. Una ingesta adecuada de energía, con una dieta equilibrada basada en frutas, verduras y productos de origen animal garantiza un embarazo y lactancia libres de deficiencias. Los requerimientos de algunos nutrientes en especial, tales como, hierro, yodo, ácido fólico y vitamina A, causan mayor dificultad de alcanzar mediante la ingesta por lo que puede ser necesario el suministro de suplementos o tomar alimentos naturales fortificados con dichos nutrientes.³⁶

“La edad de la madre puede causar un cambio en las necesidades e influir en mayor o menor medida en el estado nutricional y la composición de la leche, especialmente en aquellas madres malnutridas y aquellas madres que son adolescentes”.³⁶

Durante los primeros 4 a 6 meses de vida del niño se duplica el peso alcanzado durante los 9 meses de gestación. La leche que se produce en los primeros 4 meses de lactancia es una representación del cúmulo de energía que equivale al gasto energético total de la gestación.³⁶

Tabla 2.

Consejos sobre alimentación y hábitos maternos durante la lactancia

Durante la lactancia la madre necesita beber agua, leche y zumos en respuesta a su sed
Se aconseja hacer al menos 5 tomas de alimentos al día
Se aconseja una dieta variada en la que se incluyan todos los alimentos
Evitar o reducir en lo posible el consumo de bebidas con cafeína
Evitar el alcohol y el tabaco
Evitar durante la lactancia una dieta que aporte menos de 1.800 calorías al día
Evitar productos de herbolario, plantas medicinales o suplementos nutricionales no farmacológicos. En la mayoría de los casos se desconoce su composición y en ocasiones tienen sustancias que actúan como hormonas y pueden ser perjudiciales
Se recomiendan suplementos de vitamina B12 y ácido fólico a todas las madres vegetarianas
Las madres fumadoras tienen necesidades aumentadas de vitamina C
La Academia Americana de Pediatría aconseja 400 unidades diarias de vitamina D para todos los niños amamantados
En España, se aconseja que las madres lactantes reciban un suplemento diario de 200 µg de yodo en forma de yoduro potásico durante toda la lactancia

Fuente: Anales de Pediatría, Asociación Española de Pediatría. Vol. 84. Núm. 6.

páginas 347 e1-347 . e7.³⁶

IV.1.13. Lactancia materna, sexualidad y anticoncepción ¹

Ha sido recomendable evitar el coito durante el primer mes pos parto, para que así el periné logre recuperarse. Aun así, la lactancia materna podría resultar bastante placentera por la liberación de oxitocina que surge al amamantar, la cual es responsable de la salida de leche, hormona conocida como la “hormona del amor”. Sin embargo, por las nuevas responsabilidades que asumir, la falta de apetito sexual y la inseguridad en el proceso de recuperar la imagen corporal puede causar un cambio en los hábitos sexuales. ¹

En los primeros 56 días luego del parto es posible que se den pérdidas de sangre, llamado loquios, lo cual es normal y no se considera como menstruación. Mientras se amamanta disminuye la fertilidad pero a partir de los 3 meses pueden comenzar a surgir menstruaciones irregulares, incluso sin haberse dado la ovulación por lo que surge la posibilidad de un nuevo embarazo. ¹

Métodos anticonceptivos permitidos en la lactancia:

- Método de Barrera: Preservativo, diafragma (con o sin espermicida) ¹
- DIU ¹
- Método Natural: Método de amenorrea en la lactancia (MELA) Para un resultado eficaz del mismo se debe implementar una lactancia materna exclusiva por ende un lactante menor de 6 meses, varias tomas nocturnas y ausencia de menstruación). ¹
- Métodos hormonales: Anticonceptivo oral, inyectable, implante subcutáneo. ¹
- Métodos definitivos: Vasectomía (hombre), Ligadura de trompas y Essure (Mujer). ¹

Métodos No seguros

- Coito interrumpido ¹
- Lavado vaginal ¹
- Coito con la menstruación ¹
- Lactancia materna fuera de las condiciones del método MELA ¹

V-OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Concepto	Indicador	Escala
Características Sociodemográficas			
Edad de la madre	Tiempo desde el nacimiento de la madre hasta la ejecución de la investigación en años	<ul style="list-style-type: none"> ● 12-4 ● 15-17 ● 18-20 	Numérico
Edad del lactante	Tiempo desde el nacimiento del lactante hasta la ejecución de la investigación en meses	<ul style="list-style-type: none"> ● 0-1 mes ● 2-3 meses ● 4.5 meses ● 6 meses 	Numérico
Procedencia	Lugar de donde nace o procede el individuo	<ul style="list-style-type: none"> ● Provincias 	Nominal
Ocupación	Trabajo que desempeña una persona	<ul style="list-style-type: none"> ● Empleada ● Independiente ● Ama de casa ● Estudiante 	Nominal
Estado civil	Relación en la que se encuentra el individuo con el sexo opuesto	<ul style="list-style-type: none"> ● Soltera ● Casada ● Unión libre 	Nominal
Promedio de ingresos mensuales	Conjunto de ingresos netos comprendidos en una familia de manera mensual	<ul style="list-style-type: none"> ● Salario mínimo ● Salario superior al mínimo ● Salario inferior al mínimo ● Depende económicamente de los padres ● Depende económicamente de su familia 	Nominal
Grupo socioeconómico	Categorización de los individuos	<ul style="list-style-type: none"> ● Alto ● Medio-alto 	Ordinal

	tomando en cuenta su situación económica y social individual o familiar	<ul style="list-style-type: none"> ● Medio-bajo ● Bajo ● Muy Bajo 	
Hábitos tóxicos	Consumo de sustancias dañinas para el cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> ● Fuma ● Sustancias ilícitas ● Cafe ● Alcohol ● Ninguna 	Nominal
Fuente de apoyo en ambito familiar	Personas que ayudan o sirven de sostén a la madre en el momento del amamantamiento dentro de su familia	<ul style="list-style-type: none"> ● Madre ● Suegra ● Esposo / compañero ● Padre ● Hermana ● Otro.. ● No recibí apoyo 	Nominal
Fuente de apoyo en el ámbito hospitalario	Personas que ayudan o sirven de sostén a la madre en el momento del amamantamiento durante su estadía en el hospital	<ul style="list-style-type: none"> ● Médico ● Enfermera ● Médico y enfermera ● No recibí apoyo 	Nominal
Medios de comunicación	Medios de difusión por los cuales la madre adolescente ha adquirido información sobre la lactancia materna y exclusiva	<ul style="list-style-type: none"> ● Televisión ● Radio ● Teléfono ● Internet (Redes sociales) ● Charlas informativas ● Brochure, pancartas, boletines o letreros ● Ninguno ● Todos 	Nominal

Educación recibida	Temas tratados u/o abarcados en la adolescente en estudio sobre el periodo de lactancia materna exclusiva	<ul style="list-style-type: none"> • Qué es la lactancia materna exclusiva, su importancia, ventajas y beneficios • Las técnicas que se utilizan para amamantar • Cómo estimular la producción de leche durante este periodo • Disponibilidad y acceso a bancos de leche y cómo crear el suyo en caso de necesitarlo. • Consecuencias de introducir alimentos que no son la leche materna durante este periodo • Todas las anteriores • Ninguno 	Nominal
Antecedentes obstétricos			
Total de Hijos	cantidad de hijos vivos al momento del estudios	<ul style="list-style-type: none"> • Uno • Más de uno 	Nominal
Via de nacimiento del lactante	Forma o Vía por la cual dio a luz al lactante	<ul style="list-style-type: none"> • Vaginal • Cesaria 	Nominal
Controles prenatales	Cantidad de citas obstétricas llevadas durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • 1-4 • 5-8 • 9 o más 	Numérico
Experiencia	Percepción sobre	<ul style="list-style-type: none"> • Buena 	Nominal

lactante	amamantar desarrollada al adoptar dicha acción con sus hijos anteriores	<ul style="list-style-type: none"> ● Mala ● Sin experiencia 	
Actividades realizadas al lactar	Acciones o serie de acciones que adopta la madre al momento de amamantar	<ul style="list-style-type: none"> ● Mirar al niño ● Hablarle al niño ● Acariciar al niño ● Ve televisión ● Trabaja ● Estudia ● Usa el teléfono ● Cuida a sus otros hijos ● Todas las anteriores 	Nominal
Situación que influye negativamente	Acontecimiento que desfavorece la práctica de la lactancia materna exclusiva en la madre adolescente	<ul style="list-style-type: none"> ● Influencia de otras personas ● El niño no quiere el seno ● Sale poca leche ● El niño no se llena, queda con hambre ● Estética ● Enfermedad de la madre con utilización de fármacos excretados por la leche materna ● Inicio de actividades laborales o estudiantiles ● Enfermedad de la madre relacionada con la mama o el pezón ● Enfermedad del niño ● No tiene agua potable siempre disponible ● Calor 	Nominal

		<ul style="list-style-type: none"> ● Falta de energía eléctrica ● Falta de privacidad ● Cansancio 	
Prácticas intrahospitalarias según PRAMS e IHAN	<p>Actividades fomentadas por el personal de salud hacia la madre, durante la estadía hospitalaria post parto, para proteger incentivar e impulsar la lactancia materna según el sistema de monitoreo de evaluación de riesgos del embarazo (PRAMS) y lineamientos de iniciativa hospital amigo del niño (IHAN) en el que se basa OMS y UNICEF para obtener una lactancia materna exitosa</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Educación sobre beneficios y manejo de lactancia materna por personal de salud ● Apego temprano ● Amamantar dentro de la primera hora después del nacimiento ● Ayuda por personal de salud a aprender a amamantar, y cómo mantener la lactancia incluso estando separada de su hijo ● Concientización de amamantar a demanda ● Alojamiento conjunto (permanecer madre e hijo en la misma habitación) ● No uso de chupete o tetinas artificiales ● Entrega de número telefónico o cualquier medio de 	Nominal

		<p>comunicación para pedir ayuda en la lactancia materna después del alta hospitalaria</p> <ul style="list-style-type: none">● Invitarle a unirse a un grupo de apoyo para la lactancia después del alta hospitalaria	
--	--	---	--

VI- MATERIAL Y MÉTODO

VI.1 Tipo de estudio

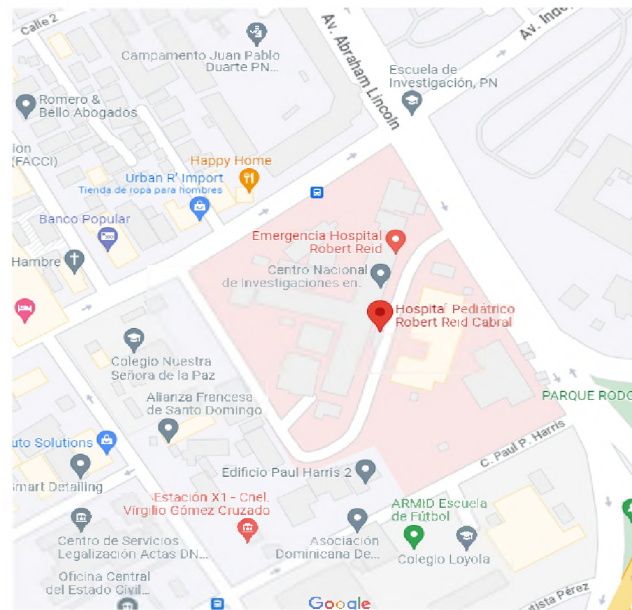
Se realizó un estudio observacional descriptivo, transversal de recolección de datos prospectivo, con el objetivo de determinar los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, en los hijos de madres adolescentes que asisten a la consulta externa del hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral Junio - Diciembre 2023

VI.2. Área de estudio

El estudio se ha realizado en el hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Avenida Abraham Lincoln, número 2., esquina avenida Independencia, Centro de los Héroes, Distrito Nacional, República Dominicana. Delimitado, al Norte Avenida Independencia, al Sur calle Paul P. Harris, al Este calle Horacio Viciosos y Oeste Avenida Abraham Lincoln. (Ver mapa cartográfico y vista aérea)



vista Aérea



Mapa Cartográfico

VI.3 Universo

El universo estuvo representado por todos los pacientes que acudieron a la consulta externa de pediatría del hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral Junio - Diciembre 2023

VI.4 Muestra

La muestra estuvo representada por todas las madres adolescentes con hijos hasta los 6 meses de edad que acudieron a la consulta externa del hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral Junio - Diciembre 2023

VI .5 Criterios

VI.5.1 De Inclusión

1. Madre Adolescente
2. Hijo hasta los 6 meses de edad
3. Madre Lactando de manera exclusiva

VI.5.2 De Exclusión

1. Negarse a participar en el estudio
2. No firmar el consentimiento informado
3. Barrera de idiomas

VI.6 Instrumento de recolección de datos

Se elaboró un instrumento de recolección de datos, el cual fue revisado por los asesores metodológico y clínico; este instrumento contiene 21 preguntas, 20 preguntas cerradas y 1 abierta. Contiene datos sociodemográficos como: edad, Procedencia, Ocupación, estado civil y Escolaridad; así como aspectos pertinentes a factores que influyen en la lactancia materna exclusiva.

VI.7. Procedimiento

El anteproyecto fue sometido a la Unidad de Investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña y al comité de Investigación del hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral .

Se seleccionaron a los pacientes que acudieron a consulta externa de pediatría del hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral , que cumplieran los criterios de inclusión. Luego de seleccionar a los pacientes, se les entrego un consentimiento informado (ver anexo Consentimiento informado), y procedimos a que sea firmado por las madres. Posteriormente se les aplicó el instrumento de recolección de datos.

VI.8 Tabulación

Los datos obtenidos fueron tabulados utilizando programas computarizados tales como; Excel y representados en frecuencia, porcentaje, cuadros y gráficos para su mejor interpretación

VI.9 Análisis

Las informaciones obtenidas fueron analizadas en frecuencia simple .

VI. 10 Aspecto ético

El presente estudio ha sido elaborado bajo las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración De Helsinki ³⁷ y las Pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS)³⁸. El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron revisados por el Comité de Ética de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad , así como a la Unidad de enseñanza del hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral , cuya aprobación fue el requisito para poder iniciar con la recopilación y verificación de datos.

Todos los datos obtenidos para el estudio han sido manejados con suma precaución, las informaciones fueron registradas en las bases de datos creadas y han sido protegidas con una contraseña que sólo han de conocer las investigadoras. Todos los informantes que se abordaron para la investigación, fueron tratados de forma personal con el fin de obtener su permiso para ser contactados en las etapas subsecuentes del estudio.

Todos los datos recopilados en este estudio se han manejado con estricta confidencialidad. En última instancia , toda la información del marco teórico contenida en esta tesis, cuya fuente fueron otros autores, fue justificada como corresponde.

VII. RESULTADOS

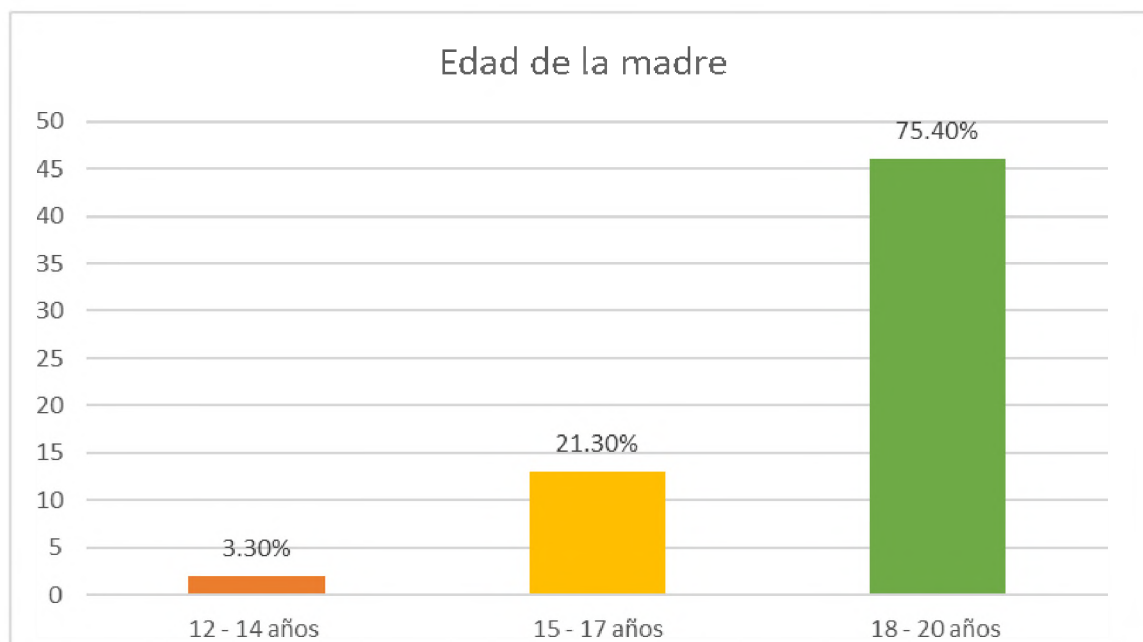
Cuadro 1. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según la edad en años de la madre. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023

Edad de la madre	Frecuencia	%
12 - 14 años	2	3.30%
15 - 17 años	13	21.30%
18 - 20 años	46	75.40%
Total	61	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La edad materna de predominio entre las entrevistadas fue de 18 a 20 años de edad con un (75.40%) y en segundo lugar de 15 a 17 años con un (21.30%) y en menor proporción de 12 a 14 años con un (3.30%). (ver cuadro 1)

Gráfico I. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según la edad en años de la madre. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023



Fuente: cuadro 1

Cuadro 2. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según la edad en meses del lactante. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023

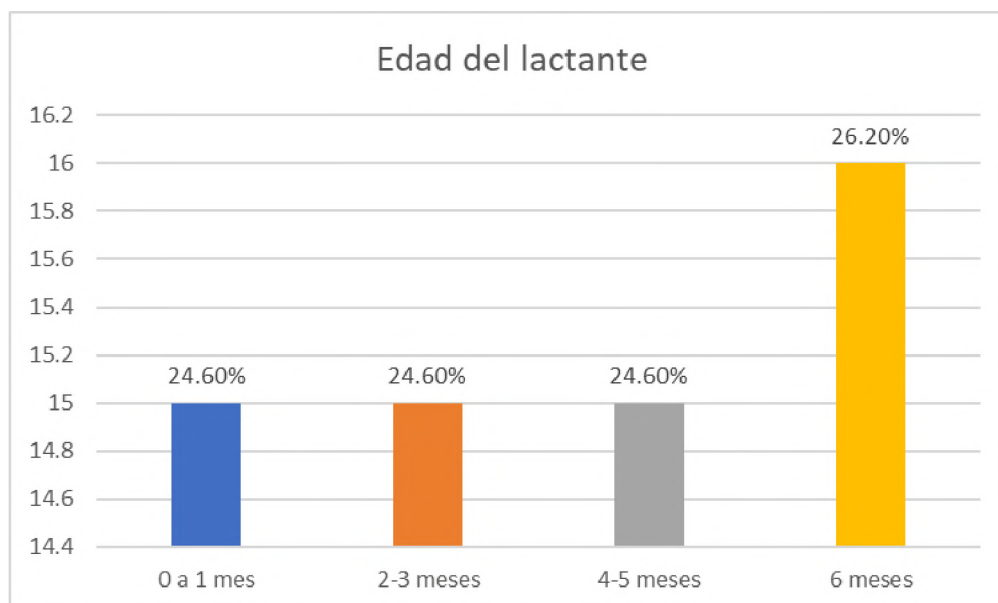
Edad del lactante	Frecuencia	%
0 a 1 mes	15	24.60%
2-3 meses	15	24.60%
4-5 meses	15	24.60%
6 meses	16	26.20%
Total	61	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El grupo etario más frecuente entre los lactantes con (26.2%) fue de 6 meses, y el menos frecuente corresponde a las edades entre 0 a 1 mes, 2 a 3 meses y 4 a 5 meses con un (24.60%) cada una.

(ver cuadro 2)

Gráfico II. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según la edad en meses del lactante. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023



Fuente: Cuadro 2

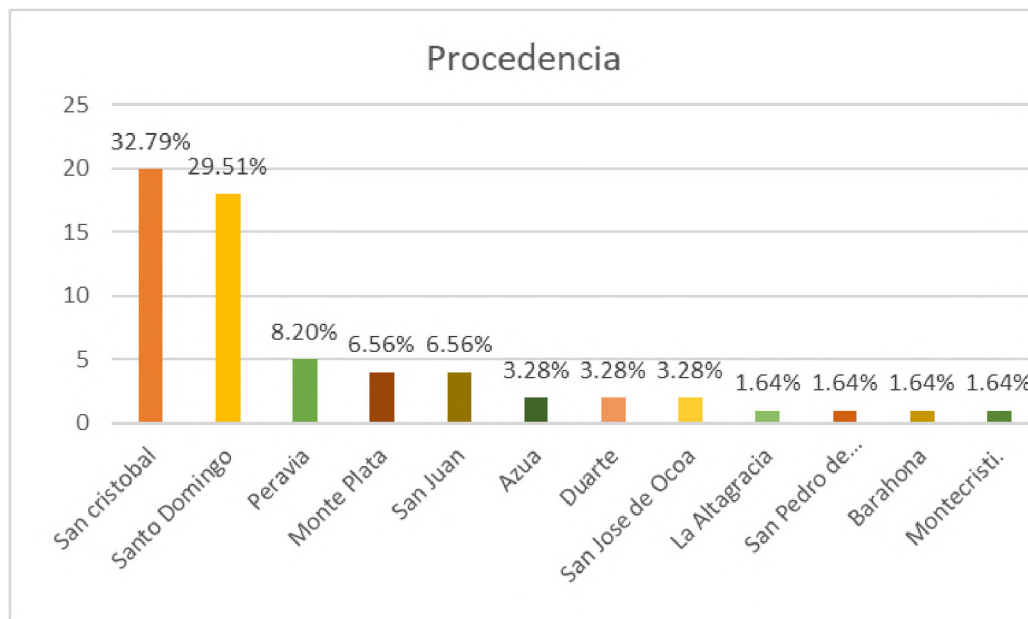
Cuadro 3. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según la procedencia (provincia). Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023

Procedencia (provincia)	Frecuencia	%
Santo Domingo	18	29.51%
Peravia	5	8.20%
San Cristóbal	20	32.79%
Azua	2	3.28%
Duarte	2	3.28%
Monte Plata	4	6.56%
La Altagracia	1	1.64%
San José de Ocoa	2	3.28%
San Juan	4	6.56%
San Pedro de Macorís	1	1.64%
Barahona	1	1.64%
Montecristi.	1	1.64%
Total	61	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La mayor proporción de madres entrevistadas procedían de la provincia de San Cristóbal con un (32.79%), siguiéndole a esta Santo Domingo representado con un (29.51%), ya en una menor proporción provienen de Peravia un (8.20%), Monte plata y San Juan cada uno con un (6.56%), Azua, Duarte y San José de Ocoa cada uno con un (3.28%) y La Altagracia, San Pedro de Macorís, Barahona y Montecristi con (1.64%) cada uno. (ver cuadro 3)

Gráfico III. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según la procedencia (provincia). Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023



Fuente: Cuadro 3

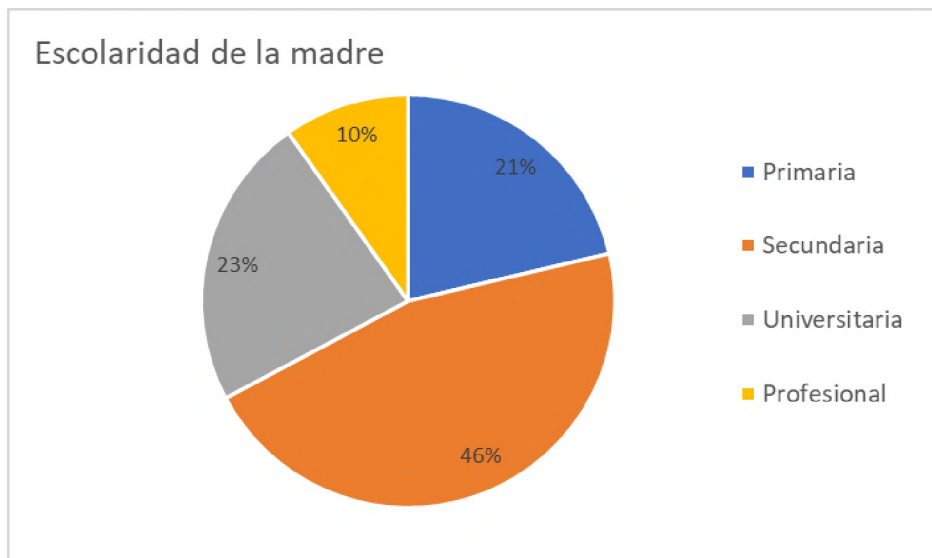
Cuadro 4. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según la escolaridad de la madre. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023

Escolaridad de la madre	Frecuencia	%
Primaria	13	21.30%
Secundaria	28	45.90%
Universitaria	14	23%
Profesional	6	9.80%
Total	61	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El nivel de escolaridad más observado entre las madres entrevistadas con (45.90%) fue la secundaria, un 23% fueron a la universidad, un 21.30% solo cursaron hasta la primaria y tan solo un 6% resultó ser profesional. (ver cuadro 4)

Gráfico IV. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según la escolaridad de la madre. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023



Fuente: cuadro 4

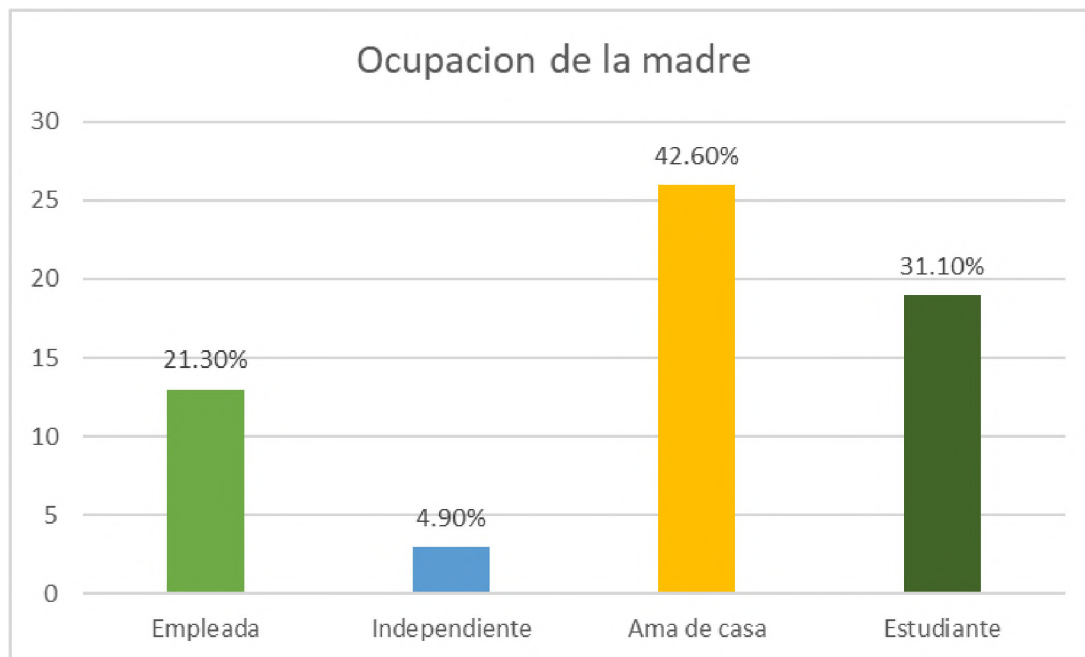
Cuadro 5. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según la ocupación de la madre. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023

Ocupación de la madre	Frecuencia	%
Empleada	13	21.30%
Independiente	3	4.90%
Ama de casa	26	42.60%
Estudiante	19	31.10%
Total	61	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Ama de casa fue la ocupación más frecuente con (42.60%) entre las madres entrevistadas, el (31.10%) fueron estudiantes, se encontraban empleadas el (21.30%) y laboraban de forma independiente un (4.90%). (ver cuadro 5)

Gráfico V. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según la ocupación de la madre. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023



Fuente: Cuadro 5

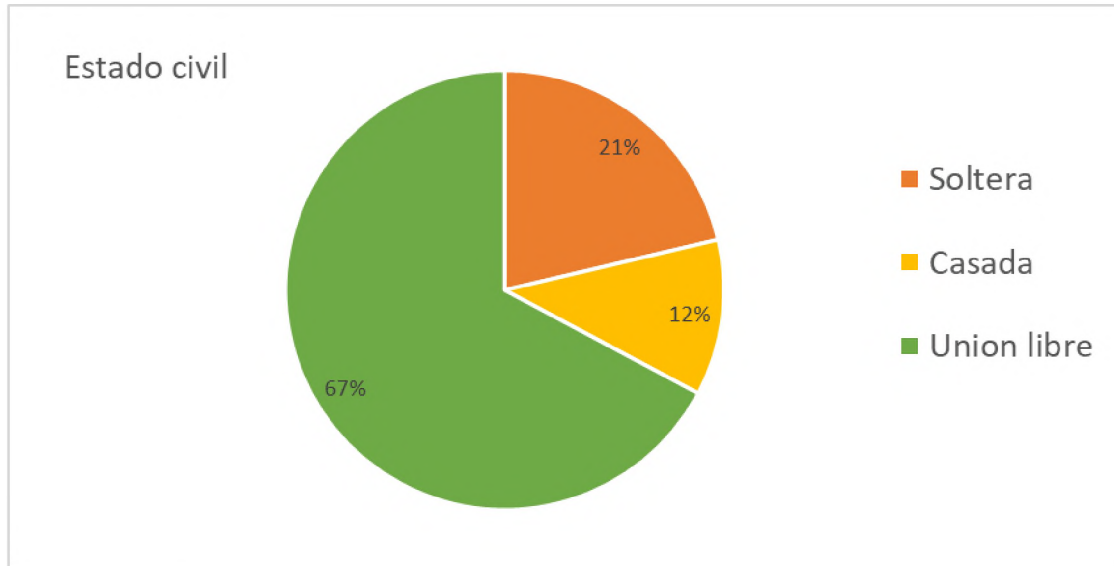
Cuadro 6. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según el estado civil de la madre. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023

Estado civil	Frecuencia	%
Soltera	13	21.30%
Casada	7	11.50%
Unión libre	41	67.20%
Total	61	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El estado civil más visto durante la investigación fue unión libre con (67.20%), un (21.30%) eran solteras y un (11.50%) casadas.
(ver cuadro 6)

Gráfico VI. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según el estado civil de la madre. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023.



Fuente: Cuadro 6

Cuadro 7. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según el promedio de ingresos mensuales. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023.

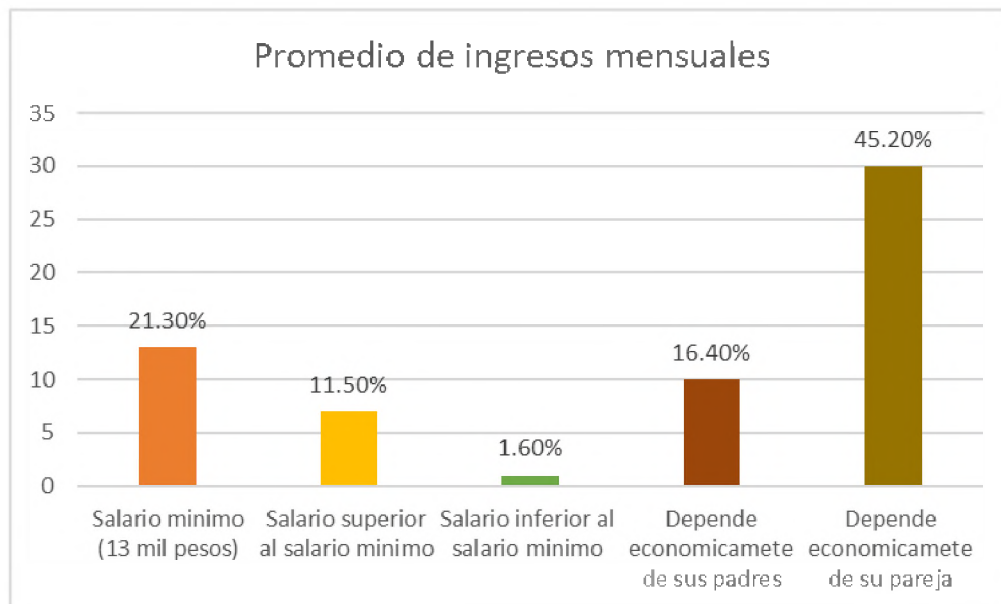
Promedio de ingresos mensuales	Frecuencia	%
Salario minimo (13 mil pesos)	13	21.30%
Salario superior al salario mínimo	7	11.50%
Salario inferior al salario mínimo	1	1.60%
Depende económicamente de sus padres	10	16.40%
Depende económicamente de su pareja	30	45.20%
Total	61	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La mayor proporción de las madres entrevistadas dependían económicamente de sus parejas con un (45.20%), el (21.30%) poseían un salario mínimo, el (16.40%)

depende económicamente de sus padres, el (11.50%) poseían un salario superior al mínimo y un (1.60%) poseían un salario inferior al mínimo . (ver cuadro 7)

Gráfico VII. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según el promedio de ingresos mensuales. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023.



Fuente: Cuadro 7

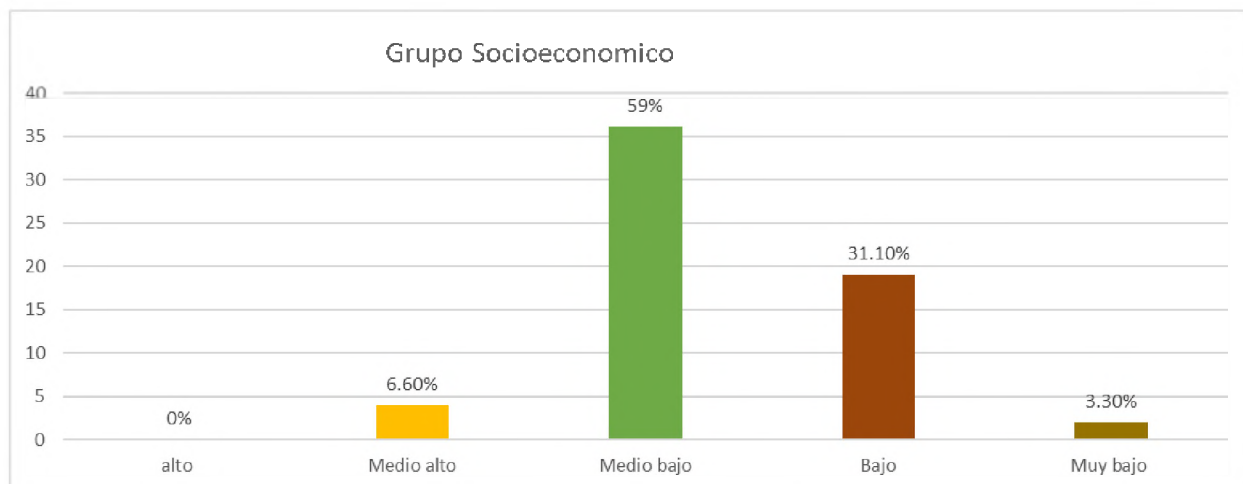
Cuadro 8. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según el grupo socioeconómico. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023.

Grupo socioeconómico	Frecuencia	%
Alto	0	0%
Medio alto	4	6.60%
Medio bajo	36	59%
Bajo	19	31.10%
Muy bajo	2	3.30%
Total	61	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El Grupo socioeconómico que predominó con (59%) fue medio bajo, siguiéndole a este el Bajo con un (31.10%), Medio alto con un (6.60%) y Muy bajo con (3.30%).. (ver cuadro 8)

Gráfico VIII. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según el grupo socioeconómico. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023.



Fuente: Cuadro 8

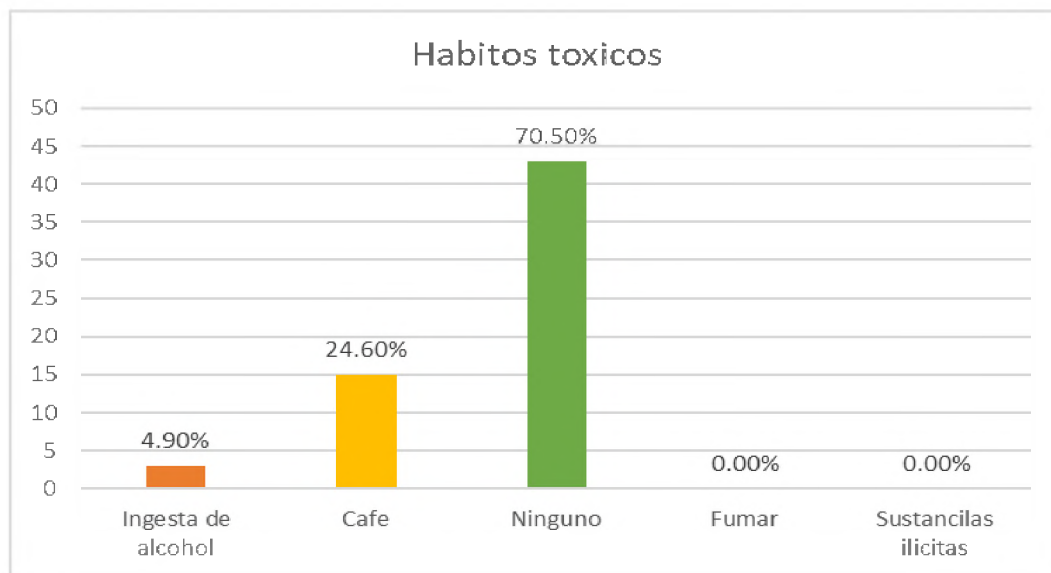
Cuadro 9. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según Hábitos Tóxicos. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023.

Hábitos tóxicos	Frecuencia	%
Ingesta de alcohol	3	4.90%
Cafe	15	24.60%
Ninguno	43	70.50%
Fumar	0	0%
Sustancias ilícitas	0	0%
Total	61	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La mayor proporción de las madres entrevistadas no poseían ningún hábito tóxico con (70.50%), consumieron café un (24.60%) e ingirieron alcohol un (4.90%). (ver cuadro 9)

Gráfico IX. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según Hábitos Tóxicos. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023.



Fuente: Cuadro 9

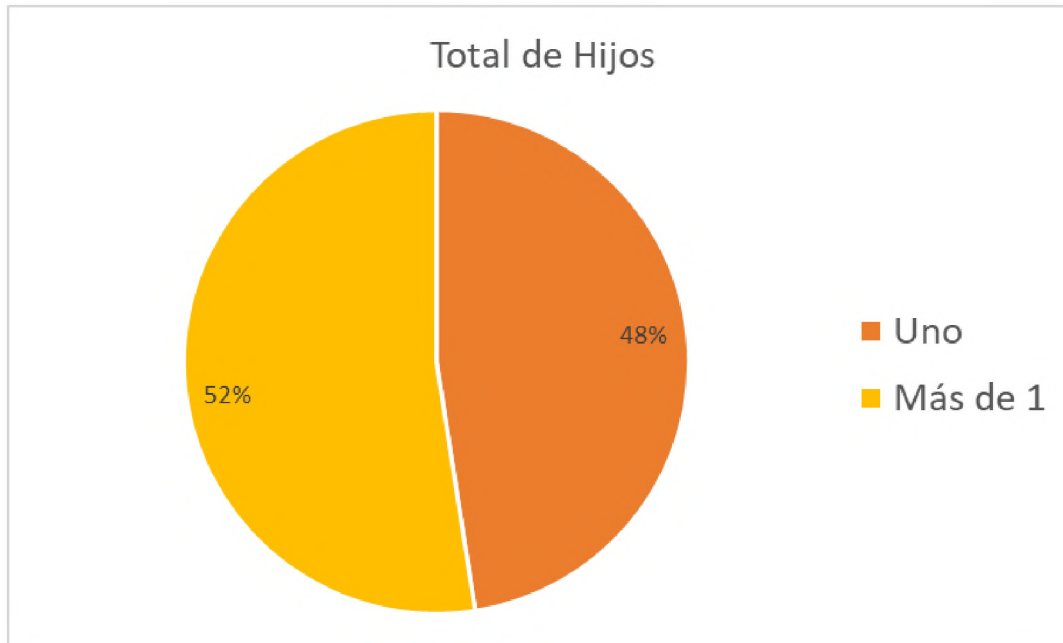
Cuadro 10. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según el total de hijos. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023

Total de hijos	Frecuencia	%
Uno	29	47,5%
Más de 1	32	52,5%
Total	61	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Las madres adolescentes que se encuentran lactando exclusivamente en el estudio en cuestión, tienen en su mayor proporción más de 1 hijo con (52,2%) y en su menor proporción solo tienen un hijo con (47,54%) (ver cuadro 10).

Gráfico X. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según el total de hijos. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023



Fuente: Cuadro 10

Cuadro 11. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según la vía de nacimiento del lactante. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023

Vía de nacimiento	Frecuencia	%
Vaginal	30	49.2%
Cesárea	31	50.8%
Total	61	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La vía de nacimiento que predominó en las madres adolescentes en estudio fue cesárea con (50.8%) y la vía vaginal menos frecuente con una ligera diferencia representado con un (49.2%).(ver cuadro 11).

Gráfico XI. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según la vía de nacimiento del lactante. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023



Fuente: Cuadro 11

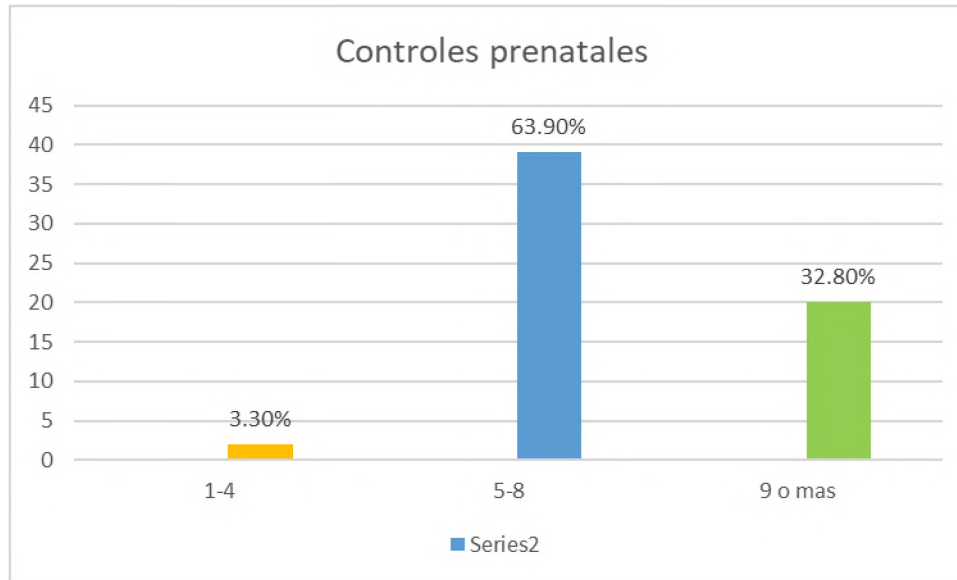
Cuadro 12. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según los controles prenatales. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023

Controles prenatales	Frecuencia	%
1-4	2	3.3%
5-8	39	63.9%
9 o más	20	32.8%
Total	61	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

En su mayor proporción las madres adolescentes en estudio acudieron a 5-8 de sus citas de controles prenatales con (63.9%), por sobre los 9 o más con (32.8) y en menor proporción de 1-4 citas con (3.3).(ver cuadro 12).

Gráfico XII. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según los controles prenatales. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023



Fuente: Cuadro 12

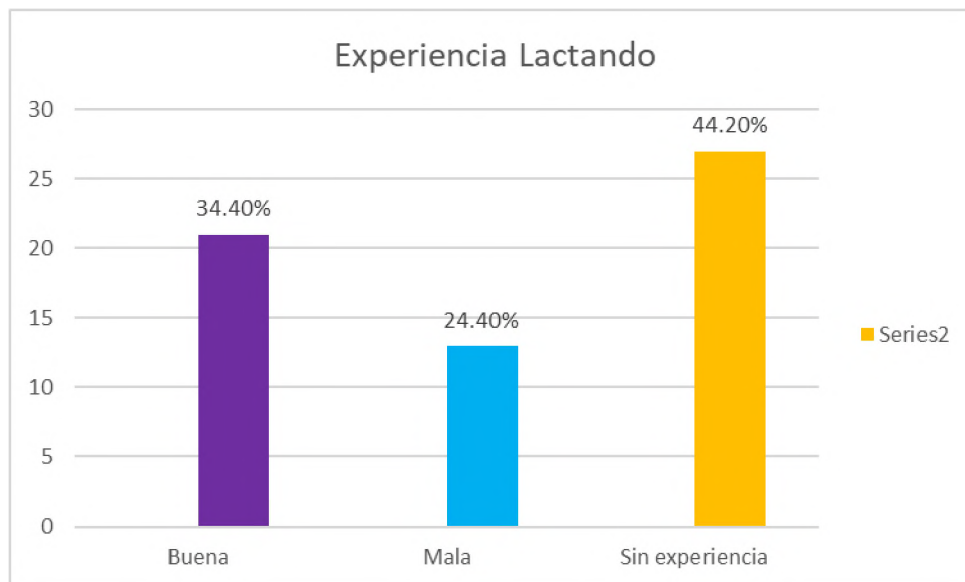
Cuadro 13. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según experiencia lactando. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023

Experiencia lactando	Frecuencia	%
Buena	21	34.4%
Mala	13	21.4%
Sin experiencia	27	44.2%
Total	61	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Hubo una mayor incidencia de madres adolescentes sin experiencia lactando con (44.2%), un (34.4%) tuvo una buena experiencia y un (21.4%) tuvo una mala experiencia.(ver cuadro 13).

Gráfico XIII. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según experiencia lactando. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023



Fuente: Cuadro 13

Cuadro 14. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según situación que influye negativamente. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023

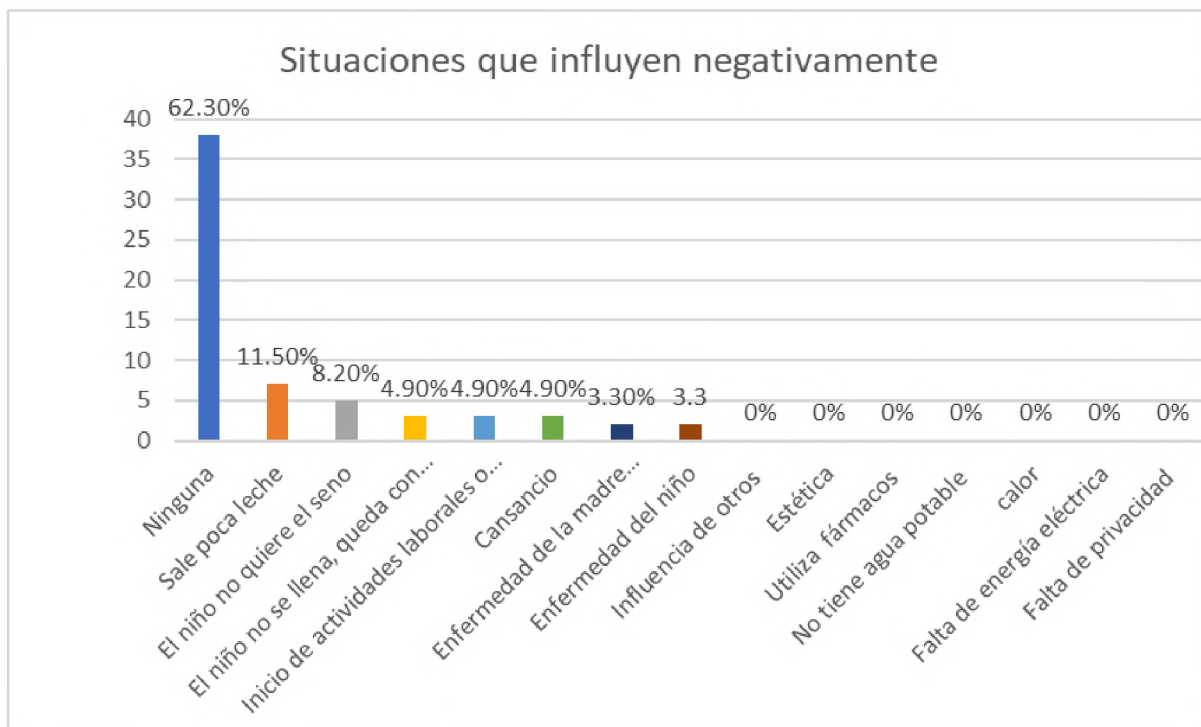
Situación que influye negativamente	Frecuencia	%
El niño no quiere el seno	5	8.2%
Sale poca leche	7	11.5%
El niño no se llena, queda con hambre	3	4.9%
Inicio de actividades laborales o estudiantiles	3	4.9%
Enfermedad de la madre relacionada con la mama o el pezón	2	3.3%
Enfermedad del niño	2	3.3%
Cansancio	3	4.9%
Ninguna	38	62.3%
Influencia de otros	0	0%
Estética	0	0%

Utiliza fármacos	0	0%
No tiene agua potable	0	0%
Calor	0	0%
Falta de energía eléctrica	0	0%
Falta de privacidad	0	0%
Total	61	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

En una mayor proporción ninguna situación influyó negativamente con (62.3%). Por sobre que sale poca leche con (11.5%), siguiéndole a esta el que el niño no quiere el seno con (8.2%) no se llena queda con hambre, Inicio de actividades laborales o estudiantiles y cansancio con (4.9%) cada uno. Con una menor frecuencia influyó la enfermedad de la madre relacionada con la mama o el pezón y enfermedad del niño con (3.3%) cada uno. (ver cuadro 13).

Gráfico XIV. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según situación que influye negativamente. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023



Fuente: cuadro 14

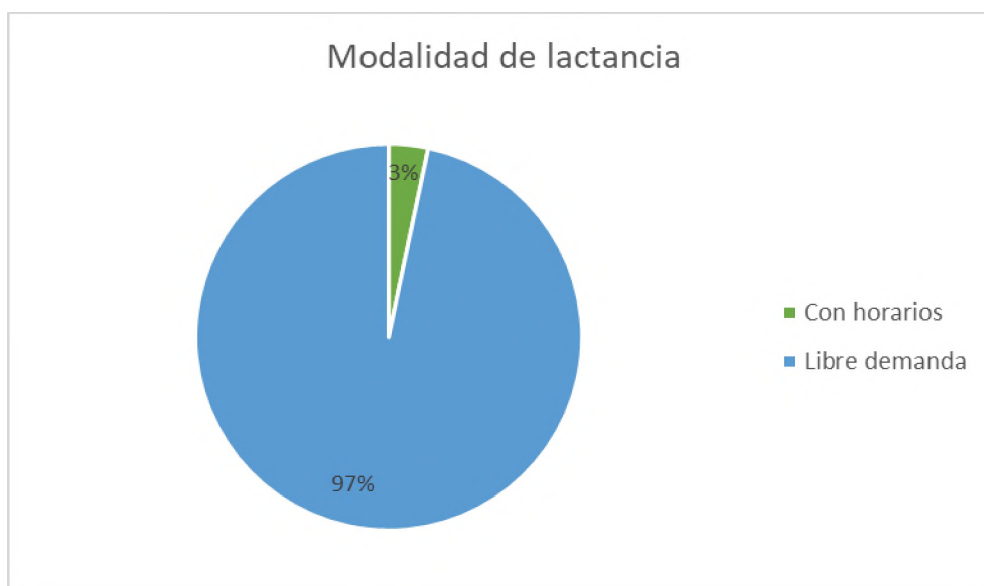
Cuadro 15. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según modalidad de lactancia. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023

Modalidad de lactancia	Frecuencia	%
Con horarios	2	3.3%
Libre demanda	59	96.7%
total	61	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La modalidad de lactancia exclusiva utilizada por la madre más frecuente fue a Libre demanda con (96.7%) y un (3.3%) establece horarios. (ver cuadro 15).

Gráfico XV. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según modalidad de lactancia. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023



Fuente: Cuadro 15

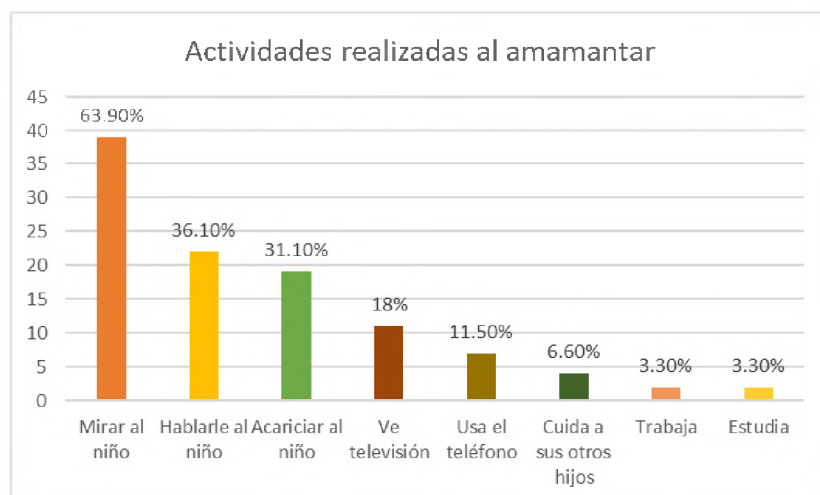
Cuadro 16. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según actividades realizadas al amamantar. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023

Actividades realizadas al amamantar	Frecuencia	%
Mirar al niño	39	63.9%
Hablarle al niño	22	36.1%
Acariciar al niño	19	31.1%
Ve televisión	11	18%
Trabaja	2	3.3%
Estudia	2	3.3%
Usa el teléfono	7	11.5%
Cuida a sus otros hijos	4	6.6%
Total	61	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Mirar al niño fue la actividad realizada al amamantar más frecuente con (63.9%), siguiéndole a este el hablarle al niño con (36.1%) y acariciar al niño con (31.1%). Por sobre el ver televisión con (18%), uso del teléfono con (11.5%) y cuidar de sus otros hijos con (6.6%). Y con una menor frecuencia el trabajar y estudiar con (3.3%) cada una.(ver cuadro 16)

Gráfico XVI. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según actividades realizadas al amamantar. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023



Fuente: Cuadro 16

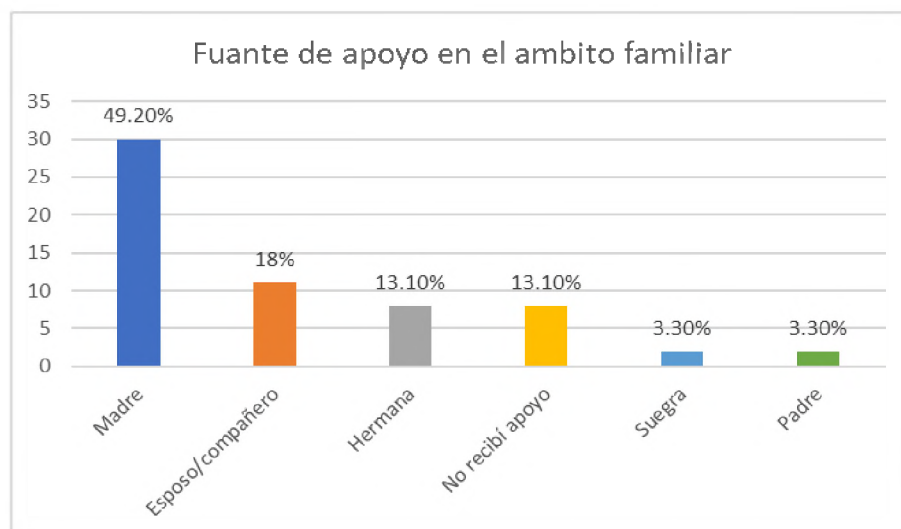
Cuadro 17. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según fuente de apoyo en el ámbito familiar. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023.

Fuente de apoyo en ambito familiar	Frecuencia	%
Madre	30	49.2%
Suegra	2	3.3%
Esposo/compañero	11	18%
Padre	2	3.3%
Hermana	8	13.1%
No recibí apoyo	8	13.1%
Total	61	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La madre fue la mayor fuente de apoyo en el ámbito familiar con (49.2%), siguiéndole a esta el esposo/compañero con (18%) la hermana y las que no recibieron apoyo con (13.1%) cada uno. Presentaron una menor incidencia el padre y la suegra con (3.3%) cada uno. (ver cuadro 17).

Gráfico XVII. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según fuente de apoyo en el ámbito familiar. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023.



Fuente: cuadro 17

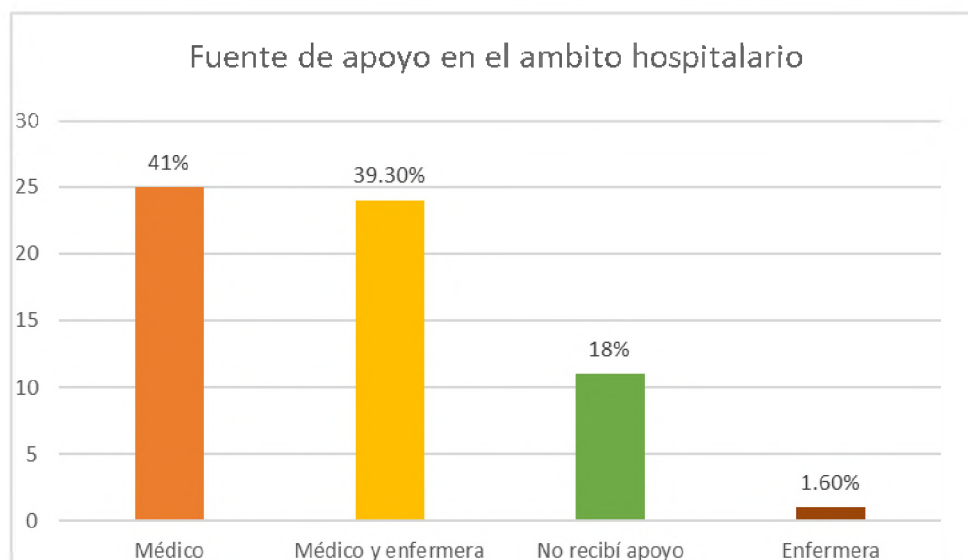
Cuadro 18. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según fuente de apoyo en el ámbito hospitalario. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023.

Fuente de apoyo en ámbito hospitalario	Frecuencia	%
Médico	25	41%
Enfermera	1	1.6%
Médico y enfermera	24	39.3%
No recibí apoyo	11	18%
Total	61	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El médico fue la mayor fuente de apoyo en el ámbito hospitalario con (41%), siguiéndole a este aquellas madres que recibieron apoyo tanto del médico como la enfermera con (39.3%). Por sobre las madres que no recibieron apoyo con (18%). Tan solo la enfermera como fuente de apoyo en el ámbito hospitalario fue de menor incidencia con (1.6%).(ver cuadro 18).

Gráfico XVIII. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según fuente de apoyo en el ámbito hospitalario. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023



Fuente: Cuadro 18

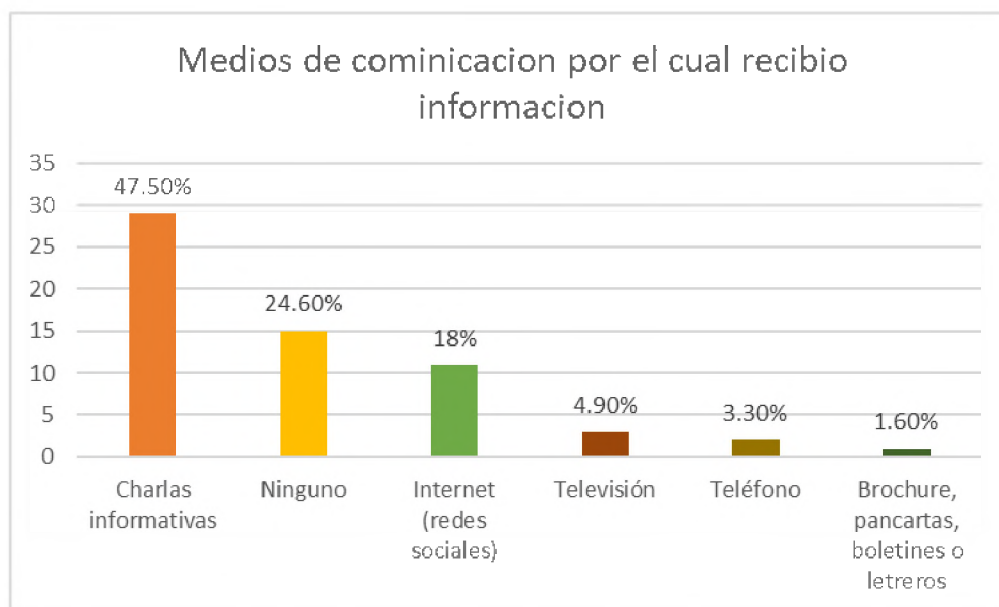
Cuadro 19. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según Medios de comunicación por el cual recibió información . Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023

Medios de comunicación por el cual recibió información	Frecuencia	%
Televisión	3	4.9%
Teléfono	2	3.3%
Internet (redes sociales)	11	18%
Charlas informativas	29	47.5%
Brochure, pancartas, boletines o letreros	1	1.6%
Ninguno	15	24.6%
Total	61	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Las charlas informativas fueron el medio de comunicación por el cual se recibió información sobre la lactancia materna exclusiva más frecuente con (47.5%), por sobre aquellas que no recibieron información por ninguno de los medios de comunicación con (24.6%) y el internet (redes sociales) con (18%). Siguiendo a estas la televisión con (4.9%), y el teléfono con (3.3%). El medio de comunicación de menor frecuencia fueron los brochure, pancartas, boletines o letreros con (1.6%). (ver cuadro 19).

Gráfico XIX. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según Medios de comunicación por el cual recibió información . Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023



Fuente: Cuadro 19

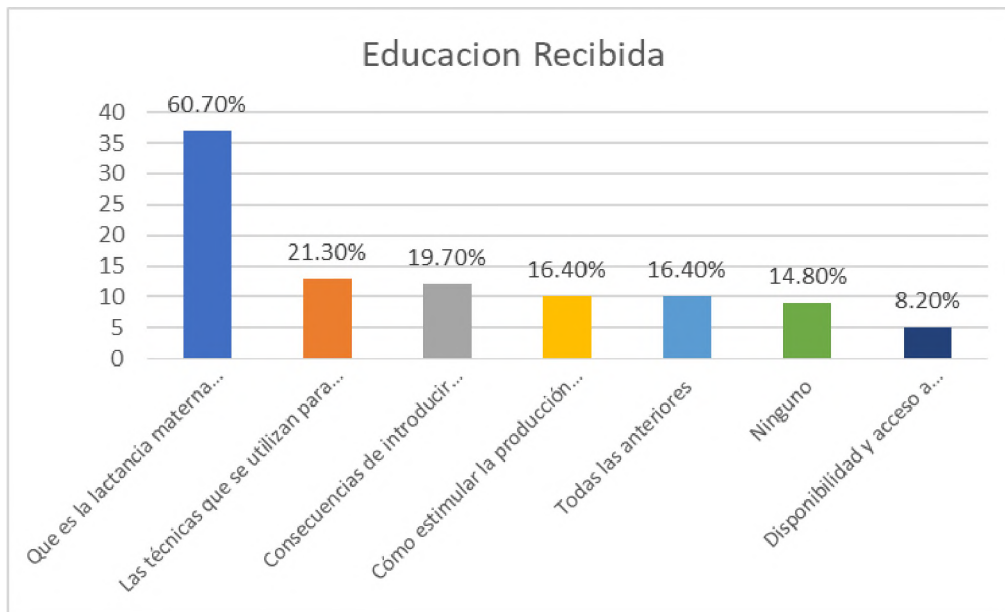
Cuadro 20. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según Educación recibida. Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023

Educación recibida	Frecuencia	%
Que es la lactancia materna exclusiva, su importancia, ventajas y beneficios	37	60.7%
Las técnicas que se utilizan para amamantar	13	21.3%
Cómo estimular la producción de leche durante este periodo	10	16.4%
Disponibilidad y acceso a bancos de leche y cómo crear el suyo en caso de necesitarlo.	5	8.2%
Consecuencias de introducir alimentos que no son la leche materna durante este periodo	12	19.7%
Todas las anteriores	10	16.4%
Ninguno	9	14.8%
Total	61	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El tema abordado con mayor frecuencia en la educación que recibe la madre adolescente es Que es la lactancia materna exclusiva, su importancia, ventajas y beneficios con (60.7%), por sobre Las técnicas que se utilizan para amamantar con (21.3%). Siguiendo a estos Consecuencias de introducir alimentos que no son la leche materna durante este periodo con (19.7%), Cómo estimular la producción de leche durante este periodo con y Todas las anteriores con (16.4%) para cada uno y aquellas que no recibieron ningún tipo de educación con (14.8%). El tema abarcado con menor frecuencia fue Disponibilidad y acceso a bancos de leche y cómo crear el suyo en caso de necesitarlo con (8.2%). (ver cuadro 20).

Gráfico XX. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según Educación recibida . Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023



Fuente: Cuadro 20

Cuadro 21. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según Prácticas de atención a la maternidad y lactancia según PRAMS e IHAN . Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023

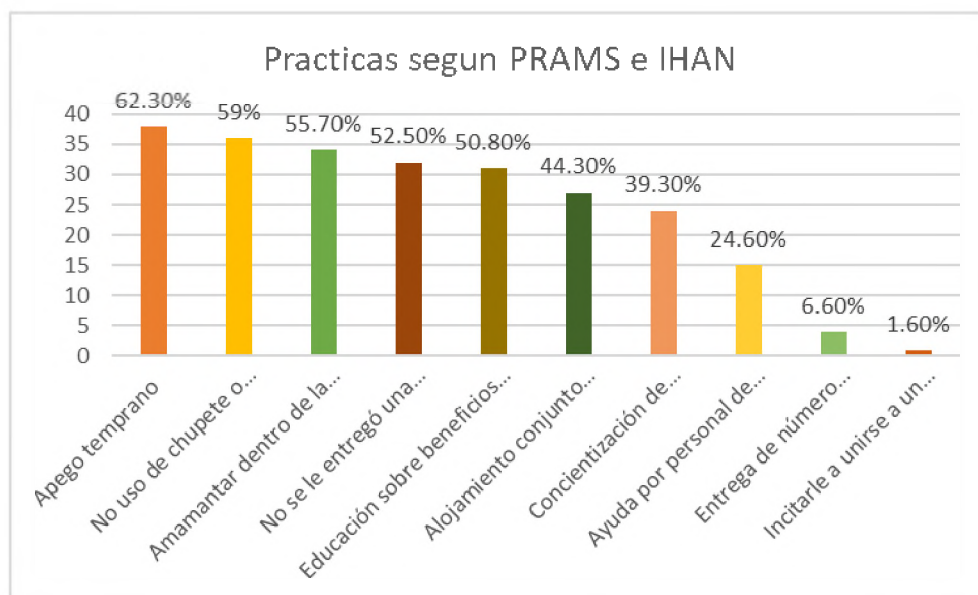
Prácticas de atención a la maternidad y lactancia según PRAMS e IHAN	Frecuencia	%
Educación sobre beneficios y manejo de lactancia materna por personal de salud	31	50.8%
Apego temprano	38	62.3%
Amamantar dentro de la primera hora después del nacimiento	34	55.7%
Ayuda por personal de salud a aprender a amamantar, y cómo mantener la lactancia incluso estando separada de su hijo	15	24.6%
Concientización de amamantar a demanda	24	39.3%
Alojamiento conjunto (permanecer madre e hijo en la misma habitación)	27	44.3%
No uso de chupete o tetinas artificiales	36	59%
No se le entregó una muestra de fórmula como paquete de regalo en el hospital	32	52.5%
Entrega de número telefónico o cualquier medio de comunicación para pedir ayuda en la lactancia materna después del alta hospitalaria	4	6.6%
Incitarle a unirse a un grupo de apoyo para la lactancia después del alta hospitalaria	1	1.6%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El apego temprano fue la práctica de atención a la maternidad y lactancia más frecuente con (62.3%) Por sobre El no uso de chupete o tetinas artificiales con (59%). Siguiendole a estos El amamantar dentro de la primera hora después del nacimiento con (55.7%), No entrega de muestra de fórmula como paquete de regalo del hospital con (52.5%), Educación sobre beneficios y manejo de lactancia materna por personal de salud con (50.8%), alojamiento conjunto con (44.3),

Concientización de amamantar a demanda con (39.3%), Ayuda por personal de salud a aprender a amamantar, y cómo mantener la lactancia incluso estando separada de su hijo con (24.6%). Con menor frecuencia se practica la Entrega de número telefónico o cualquier medio de comunicación para pedir ayuda en la lactancia materna después del alta hospitalaria (6.6%) e Incitarle a unirse a un grupo de apoyo para la lactancia después del alta hospitalaria con (1.6%). (ver cuadro 21).

Gráfico XXI. Distribución de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva, según Prácticas de atención a la maternidad y lactancia según PRAMS e IHAN . Consulta externa, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Junio - Diciembre 2023



Fuente: Cuadro 21

VIII. DISCUSIÓN

En el presente estudio fueron analizadas las madres adolescentes que practican la lactancia materna exclusiva, a sus hijos dentro de los seis meses de edad, las cuales acudieron a la consulta externa del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral en el periodo Junio-Diciembre, 2023.

Se levantó información de 61 pacientes cuyas edades maternas oscilaban entre 12 hasta 20 años, donde predominó el grupo de edad de 18-20 años con un 75.4 por ciento. Lo que coincide con Cepeda (2022) República Dominicana ¹², cuyo propósito de estudio fue determinar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva y factores asociados con el inicio y duración, en el que la edad más frecuente fue de 20 años de edad.

En cuanto a la edad de los lactantes, el grupo etario más frecuente fue de 6 meses de edad representado con un 26.2 por ciento, Mientras que Gill Urquiza (2018) España ⁸ en su estudio, que tenía como objetivo determinar los factores que intervienen en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna, identificó una reducción de sostenibilidad de la lactancia materna exclusiva para el sexto mes al haber obtenido un predominio de lactantes menores de 6 meses de edad.

En cuanto a la escolaridad, en las madres adolescentes en estudio predominó una educación secundaria representada con un 45.90 por ciento y universitaria en un 23 por ciento. Lo que muestra que hay un mayor nivel de estudio que se traduce a mayor conocimiento en las madres que han optado por esta práctica, lo que se evidencia en el estudio realizado por Gill Urquiza ⁸ donde identificó que un mayor nivel de estudio materno resultó ser un factor asociado a mayor iniciación y mantenimiento de la lactancia materna, al obtener un predominio en educación secundaria correspondiendo a un 42.4 por ciento y nivel educativo superior en un 32.3 por ciento.

En cuanto a la ocupación, el mayor porcentaje de estas madres eran amas de casa correspondiendo al 42.6 por ciento de la muestra, teniendo el tiempo suficiente para dedicarlo a lactar, lo que coincide con el estudio de Pinilla, Dominguez y Garcia (2020) Colombia ¹⁰ cuyo objetivo fue determinar los factores que influyen en la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes, en el que obtuvieron como resultado un predominio de madres adolescentes que se dedicaban al hogar en un 62 por ciento.

En referencia al estado civil, en nuestro estudio el mayor número de madres adolescentes estuvo representado por la unión libre con 67.2 por ciento, el cual ha sido semejante al estudio de Pinilla, Dominguez y Garcia ¹⁰ cuyo estado civil predominante entre los individuos entrevistados fue la unión libre con 65.8 por ciento.

Con respecto al promedio de ingresos mensuales, se concluyó que la mayoría de las madres adolescentes dependían económicamente de sus parejas en un 45.2 por ciento, resultados que coinciden con Gomez Pinilla (2020) Colombia ¹⁰, que determinó que la responsabilidad de cabeza de familia recae mayoritariamente el esposo o compañero con un 46.8 por ciento.

En referencia a los hábitos tóxicos, las madres adolescentes presentaron en un 24.60 por ciento, el consumo de café, siguiéndole a este con una menor frecuencia la ingesta de alcohol en un 4.90 por ciento, aun así en una mayor proporción las madres adolescentes no presentaron ningún habito toxico 70.5 por ciento. Lo que difiere con el estudio realizado por Gill Urquiza ⁸ en el que obtuvo una mayor frecuencia de madres con hábito tabáquico.

En cuanto al número total de hijos, predominaron las madres adolescentes que poseían más de 1 hijo representado con un 52.5 por ciento de la muestra estudiada. Lo que difiere del estudio de Pinilla, Dominguez y Garcia ¹⁰ donde obtuvieron como resultado una mayor proporción de madres lactando exclusivamente que tienen 1 hijo representado con un 84.2 por ciento.

En cuanto a la vía de nacimiento, obtuvimos una mayor proporción de madres adolescentes que fueron desembrazadas vía cesárea representado por un 50.8 por ciento de la muestra, no siendo este y su proceso de recuperación un impedimento para las mismas llevar a cabo la práctica de lactancia exclusiva. En contraste al estudio de Lanzalot, Olarte y Yanez (2018) República Dominicana ¹³ que tenía como objetivo identificar las principales barreras de la lactancia materna exclusiva, donde determinaron que el proceso de lactancia, desde su inicio precoz, se ve negativamente afectado por las altas tasas de cesárea en el país, al obtener como resultado que un 68 por ciento de su muestra no practicó la lactancia exclusiva al haber presentado un parto por cesárea.

En el aspecto referente a los controles prenatales, fue más frecuente que las madres adolescentes acudieran dentro de 5-8 controles prenatales representado en un 63.9 por ciento de la muestra. Lo que corresponde con el estudio de Pinilla, Dominguez y Garcia (2020) Colombia ¹⁰ en el cual obtuvieron como resultado que en su mayor proporción asistieron entre 5 y 8 controles durante el periodo de gestación representado con un 73.5 por ciento. Hacemos referencia a las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud de asistir ya no solo como mínimo a 4 contactos con el profesional sanitario durante el embarazo, si no por lo menos a 8 contactos, ya que a mayor frecuencia de contactos prenatales de las mujeres y las adolescentes con el sistema sanitario más oportunidades para detectar y gestionar los posibles problemas, al ser un espacio no solo de prevención de enfermedades y riesgos, si no también para preparar a la madre para el nacimiento y los cuidados de su hijo al nacer, una fase primordial de orientación.³³ Cumpliendo nuestra muestra con estos estándares.

Se evidenció en este estudio una mayor incidencia de madres adolescentes sin una experiencia previa en la práctica de la lactancia exclusiva, representado con un 44.2 por ciento, resultado que difiere de Gil Urquiza ⁸ y Ovalles L. ¹¹ en los que obtuvieron un mayor número de madres con una experiencia previa y exitosa, representado con un 80 por ciento y 24 por ciento de cada una de sus muestras.

Una mayor incidencia de madres adolescentes no se vieron influenciadas por ninguna situación negativa que le dificulte la práctica de la lactancia exclusiva como para considerar siquiera el abandonarla, estando representadas con un 62.3 por ciento. Sin embargo, dentro de las situaciones que influyeron, la más frecuente que se evidenció en este estudio fue que sale poca leche con 11.5 por ciento, haciendo la salvedad de que estas madres continuaron su proceso de lactancia exclusiva a pesar de las dificultades enfrentadas. Lo cual se evidencia en el estudio realizado por Alberto Cepeda (2022) República Dominicana, Puerto plata ¹² en el cual la principal situación que causó preocupación en las madres como un motivo para pensar suspender la lactancia fue la baja producción de leche representado con un 29 por ciento.

En cuanto a la modalidad de lactancia, la libre demanda ha sido empleada por las madres adolescentes incluidas en este estudio representado en un 97 por ciento, siendo esta modalidad la ideal para sostener la lactancia especialmente en su forma exclusiva al haber constante estimulación por succión ¹, lo que se evidencia

con el estudio de Gill urquiza ⁸, en el que determinó que las madres que establecieron horarios rígidos tuvieron menor duración de la práctica de la lactancia exclusiva.⁸

Las actividades más frecuentes realizadas al amamantar fueron Mirar al niño con 63.9 por ciento, siguiéndole a este el hablarle al niño con 36.1 por ciento y acariciar al niño con 31.1 por ciento. Mientras que con menos frecuencia realizan otras actividades. Dichas acciones son estimulantes de oxitocina la cual ayuda en la producción de leche junto a la prolactina ¹. Los resultados de nuestra investigación coinciden con el estudio realizado por Pinilla, Dominguez y Garcia ¹⁰ donde las madres adolescentes; durante el proceso de la lactancia el 82.3 por ciento acariciaba a su hijo, el 80.4 por ciento le hablaba y el 74 por ciento lo miraba, mientras que con menos frecuencia realizaban otras actividades.

La madre de la adolescente, abuela materna, fue la principal fuente de apoyo en el ámbito familiar representada con un 49.2 por ciento, dato que corresponde con el estudio realizado por Muelber y Giuliani (2018) en Brasil ⁹ en el que tenían como objetivo determinar los factores asociados a la práctica y mantenimiento de la lactancia materna durante 6, 12 y 24 meses en madres adolescentes, cuyos resultados arrojaron que el apoyo a la lactancia de parte de la abuela materna se asoció con el mantenimiento y duración de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses al obtener como resultado el apoyo de la misma representando un 53.9 por ciento.

En cuanto al apoyo hospitalario, la principal fuente de apoyo fue solo el médico representado en un 41 por ciento, evidenciando que hay una ligera menor incidencia de enfermeras preparadas para asistir a las madres siendo ambos tanto doctor como enfermera, educadores y guías para ayudar a la madre en su proceso y adaptación al periodo de lactancia ¹³³. En contraste al estudio de Pinilla, Dominguez y Garcia ¹⁰ donde fue más frecuente que tanto el médico como enfermera recomendaran la lactancia materna y exclusiva representado con un 63.3 por ciento.

Con respecto a los medios de comunicación utilizados para promover información sobre la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, las madres adolescentes afirmaron en un mayor número recibir información a través de charlas informativas en un 47.5 por ciento, mientras que de los medios actuales de comunicación una gran proporción de madres adolescentes recibieron información por medio de las redes sociales representado con un 18 por ciento, marcando este una brecha

importante como medio difusivo de información para llegar a esta población , por otra parte en un 24.6 por ciento afirmaron nunca haber recibido este tipo de información por ningún medio. Esto difiere del estudio realizado por Ovalles L. (2022) República Dominicana ¹¹ que tenía como objetivo el determinar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y sus beneficios en pacientes embarazadas, donde la mayor proporción de las encuestadas no recibió información de la lactancia materna exclusiva por ningún medio en un 35 por ciento y en menor proporción recibieron información mediante charla con un 22 por ciento y teniendo aún menor incidencia en redes sociales con un 6 por ciento .

El tópico abordado más frecuente acerca de la lactancia materna en nuestra muestra de estudio fue que es la lactancia materna exclusiva, su importancia, ventajas y beneficios en un 60.7 por ciento, ya en una menor proporción fueron abordados lo que son las técnicas utilizadas para amamantar con 21.3 por ciento, consecuencias de introducir alimentos que no son leche materna durante este periodo con 19.7 por ciento y terminando con cómo estimular la producción de leche durante este periodo en un 16.4 por ciento. Lo que evidencia una carencia significativa de preparación a la madre para abordar todo lo que implica el llevar a cabo esta práctica y cómo hacerlo, esto se asemeja al estudio de Lanzalot, Yanez y Olarte ¹³ cuyos principales resultados determinaron que, si bien las madres reconocen los beneficios de la lactancia en mayor frecuencia, representado con un 98 por ciento, existe aún poco conocimiento y limitado asesoramiento sobre las prácticas recomendadas.

Dentro de las prácticas hospitalarias de cuidado de la maternidad y lactancia materna basado en PRAMS e IHAN tuvieron mayor incidencia el apego temprano con 62.3 por ciento, en segundo lugar el no usar chupetes con 59 por ciento, en tercer lugar el amamantar dentro de la primera hora con 55.7 por ciento, en cuarto lugar la no entrega de fórmula como paquete de regalo del hospital con 52.2 por ciento, asociándose cada una de estas prácticas hospitalarias post parto de forma significativa con el sostener una lactancia exclusiva ³⁰. Este difiere con el estudio realizado por Olaya, Dee, Sharma y Smith (2019) Estados Unidos ⁴, en el que tenían como objetivo determinar las prácticas de atención de maternidad y lactancia materna entre madres adolescentes, en el cual tuvieron menor incidencia de estas prácticas significativas en su muestra de estudio representado con un 7 por ciento para cada uno.

IX.CONCLUSIONES

1. El rango de edad materno osciló entre 18-20 años representando un 75.4 por ciento y con menor frecuencia entre 12 a 14 años con un 3.3 por ciento.
2. La edad comprendida entre los lactantes de las madres adolescentes entrevistadas fueron los 6 meses de edad con 26.2 por ciento, otros rangos de edad como de 0 a 1 mes, de 2 a 3 meses y de 4 a 5 meses presentaron el mismo porcentaje correspondiendo a un 24.6 por ciento cada uno.
3. El lugar de procedencia de los individuos entrevistados que más se evidenció fue la provincia de San Cristóbal con un 32.79 por ciento, siguiéndole el gran Santo Domingo representando un 29.51 por ciento
4. La secundaria fue el grado de escolaridad más visualizado entre las madres adolescentes correspondiendo a un 45.9 por ciento.
5. Un 42.6 por ciento de las madres adolescentes que fueron entrevistadas eran amas de casa.
6. El 67.2 por ciento de las madres presentó un estado civil de unión libre.
7. El 49.2 por ciento de madres adolescentes dependían económicamente de sus parejas sin presentar alguna ocupación.
8. En lo que corresponde al grupo socioeconómico predominó el medio bajo representando un 59 por ciento y en segundo lugar el grupo socioeconómico bajo con un 31.10 por ciento.
9. El mayor número de madres entrevistadas no presentaron hábitos tóxicos, representando el 70.5 por ciento. Mientras que un 24.60 por ciento, presentaron el consumo de café, siguiéndole a este con una menor frecuencia la ingesta de alcohol en un 4.90 por ciento.
10. El 47.5 por ciento de las madres adolescentes tenía más de 1 hijo.
11. Se evidencio una mayor incidencia de madres adolescentes cuya vía de nacimiento fue la cesárea representando un 50.8 por ciento
12. Un 63.9 por ciento de las madres acudieron a 5-8 de sus controles prenatales.
13. Se evidencio una mayor incidencia de madres adolescentes sin experiencia lactando de forma exclusiva representando un 44.2 por ciento.
14. Dentro de las situaciones que influyen de forma negativa, la más frecuente que se evidencio en este estudio fue que sale poca leche representando un 11.5 por ciento. Sin embargo en un mayor porcentaje las madres no enfrentaron ninguna situación que pudieran influir en su proceso de lactancia exclusiva invitándolas a abandonar, con un 62.3 por ciento..

15. La modalidad de lactancia exclusiva utilizada por la madre más frecuente fue a libre demanda representando un 96.7 por ciento.
16. Se evidenció que las madres en su mayor proporción le miran 63.9 por ciento, Hablan 36.1 por ciento y acarician 31.1 por ciento a sus hijos mientras amamantan.
17. Un 41 por ciento obtuvo apoyo en el ámbito hospitalario solo por el médico, en segundo lugar un 39.3 por ciento obtuvo apoyo tanto del médico como de la enfermera.
18. En el ámbito familiar por parte de la abuela materna se obtuvo mayor apoyo representando un 49.2 por ciento, siguiéndole a esta el esposo/compañero con 18 por ciento.
19. Las charlas informativas representando un 47.5 por ciento, fueron el medio de comunicación por el cual se recibió información sobre la lactancia materna exclusiva más frecuente, siguiéndole a esta las redes sociales con un 18 por ciento. A pesar de ello se identificó una gran proporción de madres que no recibieron información sobre la lactancia por ningún medio con un 24.6 por ciento.
20. Dentro de los tópicos que se abordaron más frecuentes en las madres adolescentes fueron sólo sobre lo básico el Que es la lactancia materna exclusiva, su importancia, ventajas y beneficios representando un 60.7 por ciento.
21. Se evidenció en este estudio, el cómo influye significativamente las prácticas de atención a la maternidad, según el Sistema de Monitoreo de Evaluación de Riesgos del Embarazo (PRAMS) prácticas de maternidad alineadas con la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia (IHAN). Las prácticas que influyeron en una mayor proporción en nuestro estudio fueron el apego temprano con un 62.3 por ciento, en segundo lugar el no usar chupetes con 59 por ciento, en tercer lugar el amamantar dentro de la primera hora con un 55.7 por ciento en cuarto lugar la no entrega de fórmula como paquete de regalo del hospital con un 52.2 por ciento en quinto lugar la educación sobre beneficios y manejo de lactancia materna por personal de salud con un 50.8 por ciento.

X. RECOMENDACIONES

- Continuar educando a la población sobre la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, con el fin de no solo educar a las madres, si no, a todo el entorno que la rodea para que le sea de apoyo y sepan cómo servirle, todo esto utilizando principalmente los medios de comunicación actuales, sobre todo las redes sociales que han sido un punto de acceso clave a la población.
- Dar charlas educativas sobre la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, donde se abarquen no sólo temas como los beneficios tanto para el lactante, como para la madre, si no que sobre todo se expliquen las técnicas, formas correctas de dar el seno, el almacenamiento, como estimular la producción de leche y el amamantamiento a demanda, con un mayor enfoque en las madres primerizas en los hospitales.
- Implementar tanto en clínicas como hospitales, abarcando sector público y privado, lo que son las prácticas de atención a la maternidad según el Sistema de Monitoreo de Evaluación de Riesgos del Embarazo (PRAMS) alineado con la iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia (IHAN), las cuales han demostrado su influencia positiva en llevar a cabo esta práctica.
- Siempre educar a las madres en el hospital, independientemente si son primerizas o no, sobre todo durante sus controles prenatales, con el fin de lograr que tenga el conocimiento de cómo proceder correctamente a dar inicio a su proceso de lactancia exclusiva desde el momento en que nace su hijo, siendo ya consciente de lo que pueda enfrentar y cómo hacerlo.
- Realizar Jornadas de concientización a las madres sobre la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses
- Instruir al personal de salud, tanto médicos como enfermeras, para brindar apoyo y orientación a las madres.
- Organizar grupos de apoyo para madres que lactan exclusivamente
- Promover en las empresas áreas de lactancia, donde las madres puedan ir a lactar o realizar actividades alusivas a la misma, cómo extraerse leche, con comodidad y seguridad.
- La creación de unidades información y atención a la lactancia materna, donde se provea tanto la parte práctica como teórica con asistencia del personal de salud

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Gonzales T, Sanchez C. Guía De Lactancia Materna [Internet]. 2009. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files//7-guia_baleares_espp.pdf
2. Lactancia materna [Internet]. www.unicef.org. Available from: <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>
3. Esterik P van , Butler S. World Alliance for Breastfeeding Action : WABA [Internet]. www.waba.org.my. [cited 2023 Sep 15]. Available from: <https://www.waba.org.my/resources/otherlanguages/spanish/bienestar.htm>
4. Olaiya O, Dee DL, Sharma AJ, Smith RA. Maternity Care Practices and Breastfeeding Among Adolescent Mothers Aged 12–19 Years — United States, 2019. MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report. 2019 Jan 22;65(2):17–22.
5. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. Anales de Pediatría. 2005 Oct;63(4):340–56.
6. Quezada-Salazar CA, Delgado-Becerra A, Arroyo-Cabrales LM, Díaz-García MA. Prevalencia de lactancia y factores sociodemográficos asociados en madres adolescentes. Boletín médico del Hospital Infantil de México [Internet]. 2008 Feb 1 [cited 2023 Sep 15];65(1):19–25. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-1146200800010005#:~:text=reportan%20en%20su%20estudio%20que
7. Vulcanovic L, <https://www.facebook.com/pahowho>. OPS/OMS | Cerrando la brecha en el embarazo adolescente en República Dominicana [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2018. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14497:pregnancy-dominican-republic-innov8&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
8. Maria Teresa Gil Urquiza Factores que intervienen en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna en Cantabria, España. Repositorio universidad de Cantabria [Internet]. 2018. Available from: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/12112/Tesis%20MTGU.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Muelbert M, Giugliani ERJ. Factors associated with the maintenance of breastfeeding for 6, 12, and 24 months in adolescent mothers. BMC Public Health. 2018 May 31;18(1).
10. Pinilla Gómez E, Domínguez Nariño CC, García Rueda A. Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva. Enfermería Global [Internet]. 2020 Jan 1;13(33):59–70. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100004

- [Internet]. 2012 [cited 2022 May 9];77(5):375–82. Available from: https://scielo.conicyt.l/scielo.php?pid=S0717-7526201200050008&script=sci_arttext.
20. De embarazos en adolescentes N y. P, Año S. en República Dominicana [Internet]. Gob.do. [citado el 21 de enero de 2024]. Disponible en: <https://admingenero.one.gob.do/Temp/infograf%C3%ADa-embarazo-en-adolescentes.pdf>
21. UNICEF. ¿Qué es la adolescencia? [Internet]. www.unicef.org. 2020. Available from: <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>
22. Gamboa H. Genealogía Histórica De La Lactancia Materna. Revista Semestral Número [Internet]. 2008;15(1409-4568). Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2745761.pdf>
23. Historia de la lactancia materna [Internet]. www.techtitute.com. [cited 2023 Sep 15]. Available from: <https://www.techtitute.com/mx/eenfermeria/cursos-matronas/blog>
24. Lactancia materna y alimentación complementaria - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. www.paho.org. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>
25. Otaola J. Lactancia materna [Internet]. www.unicef.org. 2016. Available from: <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>
26. Zong X, Wu H, Zhao M, Magnussen C. Global prevalence of WHO infant feeding practices in 57 LMICs in 2010–2018 and time trends since 2000 for 44 LMICs [Internet]. eClinicalMedicine. 2021. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(21\)0000251-0/fulltext#%20E](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(21)0000251-0/fulltext#%20E)
27. Reyes A. UNICEF: Solo el 4.7% de los infantes menores de 6 meses son amamantados exclusivamente en República Dominicana [Internet]. www.unicef.org. 2020. Available from: <https://www.unicef.org/dominicanrepublic/comunicados-prensa/unicef-solo-el-47-de-los-infantes-menores-de-6-meses-son-amamantados#:~:text=UNICEF%3A%20Solo%20el%204.7%25%20de>
28. Tipos de lactancia - Ventajas lactancia materna [Internet]. LetsFamily. 2023 [cited 2023]. Available from: https://letsfamily.es/embarazo/tipologia-de-lactancia/#Tipos_de_Lactancia
29. Tema 1. Fisiología De La Lactancia. Fisiología Del Pecho Durante El Embarazo Y La Lactancia. Desarrollo Y Crecimiento Del Pecho. Condiciones Del Pezón Y Del Pecho [Internet]. www.salusplay.com. Available from: <https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-lactancia-materna/tema-1-fisiologia-de-la>

[-lactancia-fisiologia-del-pecho-durante-el-embarazo-y-la-lactancia-desarrollo-y-crecimiento-del-pecho-condiciones-del-pezon-y-del-pecho](#)

30. Sistema E. ¿Qué es PRAMS? [Internet]. Available from: https://nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/faq_sp.pdf
31. Salazar S, Chávez M, Delgado X, Eudis Rubio TP. Lactancia materna. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría [Internet]. 2009 Dec 1;72(4):163–6. Available from: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492009000400010
32. Composición nutricional leche materna [Internet]. Lactancia sin dolor. Available from: <https://www.lactanciasindolor.com/lactancia/leche-materna/composicion-de-la-leche-materna/>
33. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado [Internet]. www.who.int. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
34. Revista. ▷ Contraindicaciones absolutas y relativas de la lactancia materna [Internet]. Ocronos - Editorial Científico -Técnica. 2022. Available from: <https://revistamedica.com/contraindicaciones-lactancia-materna/>
35. Carmen D, Pallás R. PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA [Internet]. 2006. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/4-promocion_de_lactancia_previnfad.pdf
36. Ares Segura S, Arena Ansótegui J, Díaz-Gómez NM, en representación del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. [The importance of maternal nutrition during breastfeeding: Do breastfeeding mothers need nutritional supplements?]. Anales De Pediatría (Barcelona, Spain: 2003) [Internet]. 2016 Jun 1;84(6):347.e1-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26383056>
37. Asociación Médica Mundial. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Wma.net. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos ; 2019. Available from: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/...>
38. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). International Ethical Guidelines for Health -related Research Involving Humans Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in

collaboration with the World Health Organization (WHO) [Internet]. 2016.
Available from:
<https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017.01/WEB-CIOMS-EthicalGuidelines.pdf>

XII. Anexos

XII.1. Cronograma

Variables	tiempo	tiempo: 2023
Selección de tema Aprobación de tema	2023	Enero Febrero Marzo Abril
Búsqueda de referencias		Mayo
Elaboración del anteproyecto Sometimiento y aprobación Recolección de Datos		Junio Julio Agosto Septiembre Octubre Noviembre Diciembre
Tabulación y análisis de la información Redacción de informe		Diciembre
Presentación	2024	Enero

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LOS
PRIMEROS 6 MESES DE VÍA EN LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES
QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL INFANTIL DR.
ROBERT REID CABRAL JUNIO - DICIEMBRE 2023

1. Edad de la madre:

- a) 12 - 14
- b) 15 - 17
- c) 18 - 20

2. Edad del lactante:

- a) 0 - 1 mes
- b) 2-3 meses
- c) 4 - 5 meses
- d) 6 meses

3. Procedencia

- a) Provincia _____

4. Escolaridad de la madre

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Universitaria
- d) Profesional

5. Ocupación de la madre

- a) Empleada
- b) Independiente
- c) Ama de casa
- d) Estudiante

6. Estado civil

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Unión libre

7. Promedio de ingreso económico mensual

- a) Salario mínimo

- b) Salario superior al mínimo
- c) Salario inferior al mínimo
- d) Depende económicamente de los padres
- e) Depende económicamente de su pareja

8. Grupo socioeconómico

- a) Alto
- b) Medio-alto
- c) Medio-bajo
- d) Bajo
- e) Muy bajo

9. Hábitos tóxicos

- a) Fuma
- b) Consume sustancias ilícitas
- c) Café
- d) Alcohol
- e) Ninguna

10. Número total de hijos

- a) Uno
- b) Más de 1

11. Vía de nacimiento

- a) Vaginal
- b) Cesárea

12. Controles prenatales

- a) 1 - 4
- b) 5 - 8
- c) 9 o más
- d) 0

13. ¿Cómo fue su experiencia lactando a sus otros hijos?

- a) Buena
- b) Mala
- c) Sin experiencia

14. ¿Ha identificado alguna situación negativa que no le ayude a la lactancia materna exclusiva?

- a) Influencia de otras personas
- b) El niño no quiere el seno
- c) Sale poca leche
- d) El niño no se llena, queda con hambre
- e) Estética (Deformación del seno o perder la silueta)
- f) Enfermedad de la madre con utilización de fármacos excretados por la leche materna
- g) Utilización de fármacos excretados por la leche
- h) Inicio de actividades laborales o estudiantiles
- i) Alteración o enfermedad relacionada a la mama o el pezón
- j) Enfermedad del niño
- k) No tiene agua potable siempre disponible
- l) Calor
- m) Falta de energía eléctrica
- n) Falta de privacidad
- o) Cansancio
- p) Ninguna

15. ¿Cada que tiempo lacta?

- a) Con Horario
- b) Cada vez que quiera, a demanda

16. Actividades que realiza al momento de amamantar

- a) Mirar al niño
- b) Hablarle al niño
- c) Acariciar al niño
- d) Ve televisión
- e) Trabaja
- f) Usa el telefono
- g) Estudia
- h) Atiende a sus otros hijos
- i) Todas las anteriores

17. Cual ha sido su fuente de apoyo en el ámbito familiar

- a) Madre
- b) Suegra
- c) Esposo / compañero
- d) Padre

- e) Hermana
- f) Otro..
- g) No recibí apoyo

18. Cual ha sido su fuente de apoyo en el ámbito hospitalario

- a) Médico
- b) Enfermera
- c) Médico y enfermera
- d) No recibí apoyo

19. Medios de comunicación por los cuales recibió información sobre la lactancia materna exclusiva

- a) Televisión
- b) Radio
- c) Teléfono
- d) Internet (Redes sociales)
- e) Charlas informativas
- f) Brochure, pancartas, boletines o letreros
- g) Ninguno
- h) Todos

20. Educación recibida sobre lactancia materna

- a) Que es la lactancia materna exclusiva, su importancia, ventajas y beneficios
- b) Las técnicas que se utilizan para amamantar
- c) Cómo estimular la producción de leche durante este periodo
- d) Disponibilidad y acceso a bancos de leche y cómo crear el suyo en caso de necesitarlo.
- e) Consecuencias de introducir alimentos que no son la leche materna durante este periodo
- f) Todas las anteriores
- g) Ninguno

21. Señale las prácticas de atención a la maternidad y lactancia que se llevaron a cabo con usted durante su estadía en el hospital

- a) Educación sobre beneficios y manejo de lactancia materna por personal de salud
- b) Apego temprano
- c) Amamantar dentro de la primera hora después del nacimiento
- d) Ayuda por personal de salud a aprender a amamantar, y cómo mantener la lactancia incluso estando separada de su hijo
- e) Concientización de amamantar a demanda

- f) Alojamiento conjunto
- g) No uso de chupete o tetinas artificiales
- h) No se le entregó una muestra de fórmula como paquete de regalo del hospital
- i) Entrega de número telefónico o cualquier medio de comunicación para pedir ayuda en la lactancia materna después del alta hospitalaria
- j) Incitarle a unirse a un grupo de apoyo para la lactancia después del alta hospitalaria

XII.3 Consentimiento informado



Hospital Infantil Dr. Robert Reid Consulta Externa

Factores que influyen en la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida en los hijos de madres adolescentes que asisten a la consulta externa del hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral
Junio - Diciembre 2023

Este estudio se realizará con el objetivo de determinar los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, en los hijos de madres adolescentes que asisten a la consulta externa del hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral.

La investigación se llevará a cabo por las estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), Aida Nathalie Abreu Rosario y Thais Yanirette Ruiz Rivera, bajo el asesoramiento de la Dra. Daphne Ramos, pediatra en este hospital. La misma se realizará mediante la utilización de una encuesta, consistente en X preguntas, donde se obtendrán datos de carácter personal del paciente, por lo que se le otorga completa confidencialidad y sólo se utilizará dicha información para la elaboración de esta investigación. Si acepta participar en este estudio, por favor llenar los datos solicitados más abajo, teniendo en cuenta que su participación es totalmente voluntaria, sin costo alguno y puede retirarse del estudio cuando así lo desee. También es importante que sepan que cualquier duda al respecto será contestada.

Yo _____ padre, madre o tutor/a de _____ portador/a de la cédula de identidad _____ después de haber leído el consentimiento de esta investigación y haber comprendido de forma clara la información contenida en el mismo, acepto participar voluntariamente en este estudio.

Firma de padre, madre o tutor/a _____

Fecha: _____

XII.4 Costos y recursos


VIII.4.1. Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> • 2 sustentante • 2 asesores (metodológico y clínico) • Personal médico calificado en número de cuatro • Personas que participaron en el estudio 			
VIII 4..2. Equipos y materiales	Cantidad	precio	total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	1 resmas	370.00	370.00
Papel Mystique	1 resmas	180.00	180.00
Brochures	65 unidades	60.00	3900.00
banner	1 unidades	900.00	900.00
regalos	70 unidades	30.00	1330.00
Software: Microsoft Windows 10 Microsoft Office Altice internet service Presentación : Sony SVGA VPL -SC2 Digital data projector Cartuchos HP 45 A y 78 D Calculadoras			
VIII..4..3 Información			
Adquisición de libros			
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas (referencias bibliográficas)			
VIII 4.4 Económicos			
copias	3 unidades	350.00	1,050.00
Encuadernación	12 informes	250.00	3,000.00
Alimentación			2,550.00
Medio de transporte			5,320.00
Inscripción de anteproyecto	2 personas	16,500.00	32,000.00
Inscripción de la tesis	2 personas	16,500.00	32,000.00
Subtotal			82,600.00
Imprevistos 10%			4,707.00
total			87,307.00

"Los costos totales fueron costeados por los sustentantes"

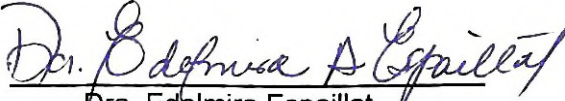
XII.5.EVALUACIÓN

Sustentantes:


Aida Nathalie Abreu Rosario

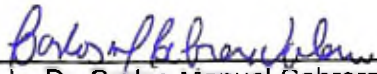

Thais Yanifette Ruiz Rivera

Asesores:

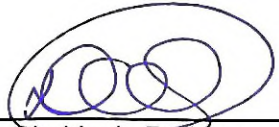

Dra. Edelmira Espaillat
(Metodológica)


Dra. Daphne Ramos
(Clínica)

Jurados:


Dr. Carlos Manuel Cabrera


Dra. Jady Luz Acosta Payano


Dra. Claridania Rodríguez

Autoridades:


Dr. William Duke
Decano Facultad Ciencias de la Salud


Dra. Claudia Maria Schar
Directora Escuela de Medicina

Fecha de presentación: 30/01/2024
Clasificación: 100-A