

# Lactancia materna exitosa en puérperas de menos de 48 horas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora

Carla Basadre Quiroz<sup>1</sup>, Hernán Bello Vélez<sup>1</sup>, José Ignacio Benavides Barrantes<sup>1</sup>, Mercedes Bravo Taxa<sup>1</sup>, Emilio Carranza Gajardo<sup>1</sup>.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la autoeficacia de las puérperas en amamantar a sus hijos menores de 48 horas y construir el perfil sociodemográfico y obstétrico de las madres.

**Material y Métodos:** El estudio es de tipo descriptivo, transversal, realizado con 100 puérperas del Hospital de Apoyo María Auxiliadora en Lima Perú, entre el 9 y el 14 de Noviembre de 2010. Los datos sociodemográficos y obstétricos fueron recolectados de la historia clínica de la madre y se aplicó la BSES-SF.

**Resultados:** 72 (72%) mostraron un elevado nivel de auto eficacia para la lactancia materna, 26 (26%) un nivel medio y 2 (2%) un nivel bajo. Hubo asociación estadísticamente significativa entre la edad, estado civil, paridad, control prenatal y el puntaje de auto eficacia para la lactancia materna ( $p < 0.05$ ).

**Conclusiones:** Los niveles alcanzados en la BSES-SF por la población estudiada fueron altos. Ser menor de 20 años, soltera, primipara y menor número de control prenatal, aumentan el riesgo para que la lactancia no sea exitosa. (Horiz Med 2013; 13(2): 28-39)

**Palabras clave:** lactancia materna exitosa, puérpera, neonato (Fuente: DeCS BIREME).

## Puerperal successful breastfeeding in less that 48 hours in Hospital de Apoyo María Auxiliadora

### ABSTRACT

**Objective:** To determine the efficacy of the women with breastfeeding their children under 48 hours and build the demographic profile and obstetric mothers.

**Material and Methods:** This descriptive, transversal study was conducted with 100 women in "Hospital de Apoyo Maria Auxiliadora" public hospital in Lima Perú, from November 9th to 14th, 2010. Demographic and obstetric data were collected from mother's medical history and then the BSES-SF form was applied.

**Results:** 72 (72%) mothers showed high self-efficacy to breastfeed. We found a statistically significant association between age, marital status, parity, prenatal checkups and breastfeeding self-efficacy scores ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** The levels reached in the BSES-SF for the study population were high. Being under 20, unmarried, primiparous and fewer prenatal care, increase the risk for breastfeeding is not successful. (Horiz Med 2013; 13(2): 28-39)

**Key words:** successful breastfeeding, puerperal, neonate (Source: MeSH NLM).

---

<sup>1</sup> Médico Cirujano, egresado de la FMSH-USMP

## INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es un acto fisiológico, instintivo, de herencia biológica, adaptativa y específica de cada especie. Como sistema para alimentar al niño en los primeros meses de vida, la leche materna ha probado su eficacia a lo largo de las generaciones y ha sido por ella que la humanidad ha subsistido.

Se conoce que la leche humana es el alimento ideal para el normal crecimiento y desarrollo del niño incluyendo el aspecto psicoafectivo. Se ha demostrado que contiene los requerimientos nutricionales esenciales y en cantidades adecuadas, para que el niño menor de 6 meses alimentado al seno materno no necesite ingerir ningún otro alimento, ni siquiera agua (1,2).

La leche desde el punto de vista biológico posee no solo las cantidades necesarias de proteínas, carbohidratos y lípidos, sino que posee anticuerpos específicos: IgA, IgG, IgM, IgD, así como el factor bífidus, linfocitos T y B y complemento C3 - C4 (3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva (LME) los primeros seis meses de la vida y continuar el amamantamiento junto con la alimentación complementaria hasta los dos años o más (1-5).

En la actualidad se ha ido perdiendo la cultura del amamantamiento, con la consecuente disminución de los niños alimentados al pecho(4) y como resultado en ellos se incrementa el riesgo de enfermedades, principalmente infecciones intestinales, enfermedades de las vías aéreas superiores y otitis media aguda, malnutrición y muerte (5,6). Varios factores socioeconómicos y culturales han influido en el abandono de la lactancia, tales como la industrialización y urbanización de las poblaciones, la incorporación de la mujer al mercado laboral, la falta de acceso a guarderías para sus hijos, la cultura del biberón, la aparente insuficiencia o falta de producción de leche y/o rechazo al seno materno.

A esto se agregan las creencias sobre el postoperatorio de cesárea que demora el inicio de la lactancia, pensar que la lactancia materna puede afectar su belleza, la aparición en el mercado de gran cantidad de productos industrializados que venden la idea de ser sustitutos de la leche humana (7) y la asistencia del parto en instituciones que no promueven y en casos separan al recién nacido de su madre (8).

La OMS afirma que los menores de seis meses alimentados exclusivamente con leche materna no llegan al 40% (9). El porcentaje de niños que reciben en su alimentación

LME hasta los seis meses de edad en África subsahariana es de 28%, en el Medio Oriente y Norte de África 37%, en el Sur de Asia 36%, en el Este Asiático y Pacífico 54%, en Latinoamérica y Caribe 38%, la Comunidad Europea y Estados Bálticos 14%, en los Países en desarrollo 39%, en los Países menos desarrollados 35% y en el Mundo 39% (10).

En el Perú, la prevalencia de la LME en menores de seis meses se incrementó de 52,7% en 1996 a 69,9% en el año 2009, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 200911). La duración mediana a nivel nacional de la lactancia exclusiva es de 4,4 meses y para el departamento de Lima, de 3,6 meses (11).

En la práctica médica, se ha podido observar que el abandono de la lactancia materna constituye un problema de salud en la comunidad pediátrica; es así que con la presente investigación nos proponemos evaluar cuán seguras, positivas y confiadas se sienten las madres para afrontar la tarea de realizar la lactancia materna.

La Dra. Cindy-Lee Dennis, de la Universidad de Toronto, basándose en los postulados del psicólogo Albert Bandura, planteó la teoría de la autoeficacia de la lactancia materna, la cual hace énfasis en la confianza de la madre en su habilidad para amamantar a su niño y puede predecir si una madre elige si dar lactancia materna o no, cuánto esfuerzo dedicará a esto, si tendrá automotivación o se sentirá derrotada durante la práctica de la lactancia materna y cómo responderá emocionalmente a las dificultades de la lactancia.

Además, plantea la influencia de 4 principales fuentes de información para la madre: 1) logros durante la práctica de la lactancia materna previa (por ejemplo: amamantamiento de hijos mayores), 2) experiencias indirectas (como observar a otras mujeres que dan de lactar), 3) persuasión verbal (ánimo proveniente de terceras personas, como familiares, amigos, entre otros.) y 4) respuestas fisiológicas (fatiga, estrés y ansiedad) (12-14).

A partir de esta teoría, la Dra. Dennis elaboró, en 1999, la Escala de Autoeficacia para la Lactancia Materna (BSES por sus siglas en inglés) con el fin de medir el nivel de seguridad de las madres para tener éxito en ella. Esta escala posteriormente fue modificada para crear una versión corta, más fácil de aplicar (SEBS-SF por sus siglas en inglés).

Diversos estudios han dejado claro que esta teoría y escala son de utilidad en la práctica clínica (13-15). Por tanto, esta puede ser usada como una herramienta de identificación que ayuda a reconocer a aquellas madres

que van a tener éxito en la lactancia materna, así como aquellas en alto riesgo de discontinuarla. Para evaluar el grado de confianza que tienen las madres respecto a la lactancia materna, aplicaremos la escala desarrollada por la Dra. Dennis.

Escala de utilidad en la práctica clínica. Por tanto, esta puede ser usada como una herramienta de identificación que ayuda a reconocer a aquellas madres que van a tener éxito en la lactancia materna, así como aquellas en alto riesgo de discontinuarla.

Finalmente, con la presente investigación pretendemos evaluar cuán seguras, positivas y confiadas se sienten las madres para afrontar la tarea de realizar la lactancia materna. De esta forma nos proponemos contribuir, al determinar el estado en que se encuentran las madres del estudio con respecto a su seguridad o nivel de 'autoeficacia' para dar de lactar, con mejorar en nuestra población este tipo de alimentación en los niños menores de un año.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El tipo de estudio fue prospectivo, transversal y comparativo. El objetivo principal fue determinar los resultados que alcanzan las púerperas de menos de 48 horas del Servicio de Obstetricia del Hospital de Apoyo María Auxiliadora de Lima según la BSES-SF. Identificando los factores sociodemográficos y obstétricos asociados con un resultado medio o bajo en dicha escala.

### *Población de estudio*

El diseño muestral fue no aleatorizado por conveniencia. El valor muestral mínimo calculado fué de 56 mujeres para un nivel de confianza de 90%, aunque finalmente se evaluó a 100 púerperas de menos de 48 horas que hubieran iniciado lactancia materna, ubicadas en las áreas de puerperio del centro obstétrico así como de hospitalización del servicio de obstetricia, tanto en puerperio normal como patológico.

Se aplicó la BSES-SF durante el periodo comprendido entre el 9 y el 14 de noviembre del 2010. Se excluyeron a aquellas madres que no dieran LME al recién nacido así como a las que no se encontraban en alojamiento conjunto.

### *Instrumentos*

La BSES-SF es una adaptación abreviada de la escala original, ambas creadas por la doctora canadiense Cindy-Lee Dennis. La versión modificada, la cual ha sido

aplicada en este estudio, consta de 14 ítems agrupados en 2 categorías: técnica (6 ítems) y pensamientos intrapersonales (8 ítems). Cada pregunta es evaluada de acuerdo a una escala de concordancia con la siguiente puntuación: "segura" (5 puntos), "a veces segura" (3 puntos) y "no segura" (1 punto).

El grado de autoeficacia de la lactancia materna es determinado a través de la puntuación obtenida al completarse el test, teniendo un rango de puntuación entre 14 y 70 puntos. La escala permite clasificar el grado de autoeficacia en 3 grupos: eficacia baja (14 a 32 puntos), eficacia media (33 a 51 puntos) y eficacia alta (52 a 70 puntos).

Se adicionó a la escala una tabla con las variables sociodemográficas (edad materna, estado civil, grado de instrucción y ocupación) y las variables obstétricas (paridad, número de controles prenatales, edad gestacional del recién nacido, tipo de parto y embarazo planificado) de la púerpera. La recolección de estos datos se realizó a partir de la historia clínica de cada paciente.

### *Métodos estadísticos*

Se creó una base de datos mediante el programa Microsoft Office Excel 2003 y para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS Statistics versión 17,0 para establecer las frecuencias y aplicar la prueba de Chi cuadrado.

Además, se utilizó el programa Stata versión 10,1 para calcular el odds ratio (OR), los intervalos de confianza (IC) y establecer el valor p. Se realizó un análisis bivariado para medir la asociación entre variables mediante el OR con un intervalo de confianza del 95%. Las diferencias fueron consideradas significativas para un  $p < 0.05$ .

## RESULTADOS

### *Características de la población*

Durante el estudio se registró a cien púerperas que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. En la población del estudio (edad media 24,3 años; rango de edades entre 17 y 44 años) hubo una predominancia de madres entre los 20 y 35 años (74%), la mayor parte de ellas son convivientes (60%), amas de casa (64%), y con secundaria completa (58%). Las características sociodemográficas y obstétricas se muestran en la Tabla 1 y están esquematizadas en los Gráficos 1 y 2.

En cuanto a los antecedentes obstétricos, los recién nacidos actuales eran entre el segundo y cuarto hijo

en el 51% de los casos o bien el primogénito en el 44%. Los embarazos no planificados corresponden al 71%, los bebés fueron a término en el 80% y las madres recibieron de 6 a más controles pre natales en el 71% de las veces.

Tabla 1. Características sociodemográficas y obstétricas

Variable	%*
<b>Edad</b>	
<20	13
20-35	74
>35	13
<b>Estado Civil</b>	
Soltera	26
Conviviente	60
Casada	14
<b>Ocupación</b>	
Trabajadora	36
Ama de casa	64
<b>Grado de Instrucción</b>	
Sin educación formal	2
Primaria	23
Secundaria	57
Superior	18
<b>Paridad</b>	
1	44
2-4	51
≥5	5
<b>Tipo de Parto</b>	
Vaginal	48
Cesárea	52
<b>Planificación del embarazo</b>	
Si	29
No	71
<b>Edad Gestacional del Bebe</b>	
<37 semanas	17
37-41 semanas	80
≥42 semana	3
<b>Nº de controles pre natales (CPN)</b>	
<6	29
6-9	55
≥10	16

\*Ya que la muestra corresponde a 100 madres, los valores representan tanto el número como el porcentaje en cada caso

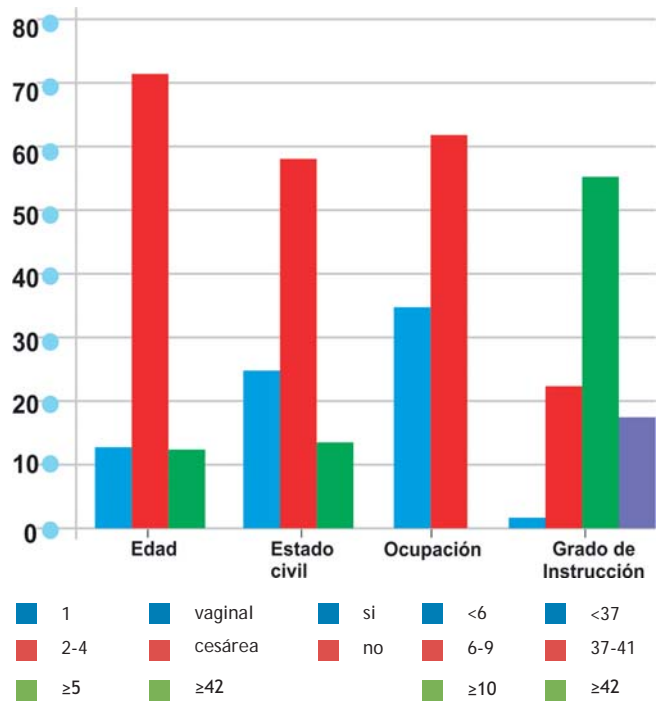


Gráfico 1. Características generales.

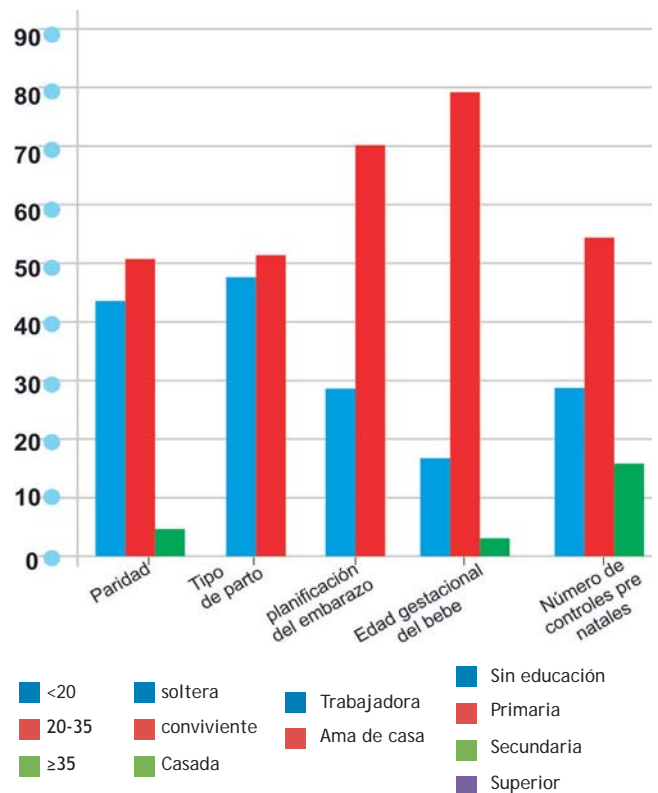


Gráfico 2. Características obstétricas.

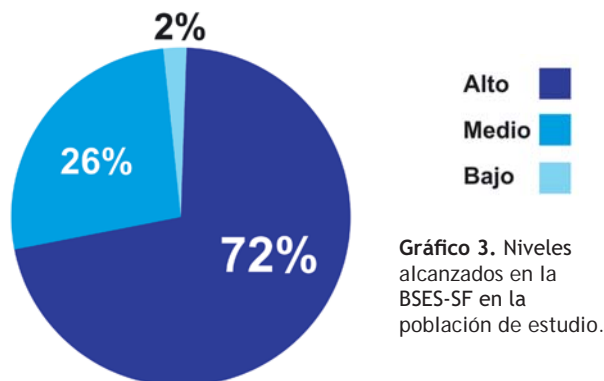
Tabla 2. Resultados de la BSES-SF

Pregunta	Segura *	A veces segura*	No segura*
1. Cuán segura te sientes de siempre poder determinar si tu bebé esta tomando suficiente leche del pecho	46	32	22
2. Cuán segura te sientes de siempre poder reconocer cuando tu bebé ha logrado un buen agarre al pecho	73	14	13
3. Cuán segura te sientes de siempre poder terminar de amamantar a tu bebé en un pecho, antes de cambiar al otro pecho	44	32	24
4. Cuán segura te sientes de siempre poder reconocer cuando tu bebé ha terminado de lactar	61	29	10
5. Cuán segura te sientes de siempre poder calmar a tu bebé cuando esta llorando para poder amamantarlo	65	27	8
6. Cuán segura te sientes de siempre poder amamantar cómodamente con los miembros de tu familia presentes	64	9	27
7. Cuán segura te sientes de siempre poder lactar a tu bebé, sin tener que utilizar la leche artificial como suplemento	57	28	15
8. Cuán segura te sientes de siempre poder lograr el amamantamiento de tu bebé en cada una de sus alimentaciones	61	31	8
9. Cuán segura te sientes de siempre poder organizar tus necesidades con la lactancia de tu hijo	61	33	6
10. Cuán segura te sientes de siempre poder enfrentar con éxito el amamantamiento según has enfrentado otros retos en tu vida	67	29	4
11. Cuán segura te sientes de siempre poder manejar la situación del amamantamiento a tu satisfacción	68	28	4
12. Cuán segura te sientes de siempre poder mantener el deseo de lactar	79	16	5
13. Cuán segura te sientes de siempre poder sentirte satisfecha con tu experiencia de amamantar	83	15	2
14. Cuán segura te sientes de siempre poder enfrentar el hecho de que lactar consume tiempo	59	35	6

\*Ya que la muestra corresponde a 100 madres, los valores representan tanto el número como el porcentaje en cada caso

### Resultados de la BSES-SF

De las 100 madres que fueron encuestadas se obtuvo que un 72% presentó un alto nivel de autoeficacia para la lactancia materna mientras que un 26% y un 2% muestran un nivel medio y bajo para la misma respectivamente (ver Gráfico 3). El puntaje promedio fue de 56.74 (nivel alto) con rangos desde los 24 hasta 70 puntos. Los resultados de la prueba desgregada por preguntas se pueden apreciar en la Tabla 2.



Las preguntas que obtuvieron un mayor índice de respuestas “no estoy segura” fueron las número 6 (27%), 3 (24%), 1 (22%), 7 (15%), 2 (13%) y 4 (10%). Las mismas que, a excepción de la pregunta 7, corresponden al área de preguntas que hacen referencia a la técnica de la lactancia materna.

Las preguntas que corresponden a dicha área, por otro lado, recibieron un 58.8% de respuestas “segura”, mientras que las preguntas referentes a los pensamientos intrapersonales de las madres obtuvieron en promedio 66.88% de respuestas en el mismo sentido.

### Asociación entre nivel de eficacia para la LM y las diferentes variables

Para proceder a calcular la asociación estadística existente entre el nivel de autoeficacia alcanzado y las diferentes variables utilizadas, primero se construyó un cuadro (Tabla 3) que representa el nivel que alcanzó cada subgrupo expresado en porcentajes. Es así que vemos que las púerperas menores de 20 años alcanzan un nivel de autoeficacia medio en más del 60% de los casos, frente a las mujeres entre los 20 y 35 años, quienes obtienen un nivel medio sólo en un 24%.

### Riesgo asociado a resultados medios y bajos en la BSES-SF

En la Tabla 4 se resume el análisis bivariado de la asociación entre los niveles de autoeficacia y las

diferentes variables sociodemográficas y obstétricas.

**Edad:** Tener menos de 20 años representó un riesgo 5.36 veces mayor para tener un nivel de autoeficacia medio o bajo (IC: 1.34-22.85; valor p: 0.0039). Todas las madres mayores de 35 años demostraron tener un nivel de autoeficacia alto.

**Estado Civil:** Ser soltera trajo consigo un riesgo 8.27 veces mayor para presentar un nivel de autoeficacia para la lactancia materna medio o bajo (IC: 2.71- 25.45; valor p <0.0001) comparado con estar casada o ser conviviente.

Tabla 3. Asociación entre nivel de eficacia para la LM y las diferentes variables sociodemográficas y obstétricas.

Variable	EFICACIA*		
	Alta 72%	Media 26%	Baja 2%
<b>Edad</b>			
<20	38.5	61.5	0.0
20-35	73.0	24.3	2.7
>35	100.0	0.0	0.0
<b>Estado Civil</b>			
Soltera	38.5	61.5	0.0
Conviviente	80.0	16.7	3.3
Casada	100.0	0.0	0.0
<b>Ocupación</b>			
trabaja	63.9	36.1	0.0
ama de casa	76.6	20.3	3.1
<b>Grado de instrucción</b>			
sin educación formal	50.0	50.0	0.0
primaria	65.2	30.4	4.3
secundaria	73.7	24.6	1.8
superior	77.8	22.2	0.0
<b>Paridad</b>			
1	56.8	40.9	2.3
2-4	82.4	15.7	2.0
≥5	100.0	0.0	0.0
<b>Tipo de parto</b>			
vaginal	68.8	29.2	2.1
cesárea	75.0	23.1	1.9
<b>Planificación</b>			
si	79.3	20.7	0.0
no	69.0	28.2	2.8
<b>EG del bebe</b>			
<37 semanas	76.5	23.5	0.0
37-41 semanas	71.3	26.3	2.5
≥42 semanas	66.7	33.3	0.0
<b>Nº de CPN</b>			
<6	55.2	44.8	0.0
6-9	81.8	14.5	3.6
≥10	68.8	31.3	0.0

\*Ya que la muestra corresponde a 100 madres, los valores representan tanto el número como el porcentaje en cada caso

El 100% de mujeres casadas alcanzó un nivel alto de autoconfianza para la lactancia materna.

Paridad. Ser madre por primera vez significa tener 3.97 veces más probabilidad de contar con una autoeficacia media o baja para la lactancia materna (CI: 1.43-11.38; valor p: 0.0027). Todas las grandes multíparas (mujeres con 5 hijos o más) alcanzaron un nivel de autoeficacia alto para la lactancia materna.

Número de controles pre natales. Las mujeres que tienen menos de 6 controles prenatales durante la gestación van a presentar un riesgo de tener un nivel medio o bajo de autoeficacia para la lactancia materna de unas 3.03 veces.

Tabla 4. Odds Ratio para presentar un nivel medio o bajo de autoeficacia para la lactancia materna asociado a variables sociodemográficas y obstétricas.

VARIABLES	OR (95% IC)	Valor P
<b>Edad</b>		
≥20	1	
<20	5.36 (1.34-22.85)	0.0039
<b>Estado Civil</b>		
casada/conviviente	1	
soltera	8.27 (2.71-25.45)	<0.0001
<b>Ocupación</b>		
ama de casa	1	
trabajadora	1.84 (0.68-4.93)	0.1755
<b>Grado de Instrucción</b>		
secundaria/superior	1	
ninguna/primaria	1.66 (0.54-4.78)	0.3036
<b>Paridad</b>		
≥2	1	
1	3.97 (1.43-11.38)	0.0027
<b>Tipo de parto</b>		
vaginal	1	
cesárea	0.73 (0.27-1.92)	0.4868
<b>Planificación del embarazo</b>		
si	1	
no	1.72 (0.57-5.87)	0.2981
<b>Edad gestacional del bebe</b>		
<20	1	
<37/≥42	0.82 (0.21-2.76)	0.7383
<b>Número de controles pre natales</b>		
≥6	1	
<6	3.03 (1.07-8.43)	0.0166

El hecho de que la madre trabajara o fuera ama de casa, tuviera una educación secundaria completa o superior o hubiera planificado su embarazo no influyó en los resultados finales de la BSES-SF, así como tampoco influyeron variables como la vía del parto (vaginal o cesárea) ni la prematuridad o postérmino del parto en nuestra población de estudio

Un hallazgo paralelo fue que la edad, el estado civil y la paridad se encuentran interrelacionadas entre sí. Se encontró una asociación entre la edad y el estado civil de las madres (Tabla 5) teniendo las menores de 20 años alrededor de 6 veces mayor riesgo de ser madres solteras. Igualmente, la paridad se ve afectada por la edad de la

mujer (Tabla 6) ya que las madres mayores de 20 años tienen 3 veces mayor chance de tener más de un hijo que las menores. Finalmente, la paridad esta relacionada con el estado civil (Tabla 7), teniendo las mujeres en una unión formal hasta 5 veces más oportunidad de tener más de un hijo al momento de la realización de la escala.

Tabla 5. Riesgo de ser madre soltera para edad.

VARIABLES	OR (95% IC)	Valor P
<b>Edad</b>		
≥20	1	
<20	6.13 (1.51-26.31)	0.002

Tabla 6. Riesgo de tener más de un hijo para edad.

VARIABLES	OR (95% IC)	Valor P
<b>Edad</b>		
<20	1	
≥20	3.34 (1.84-15.84)	<0.05

Tabla 7. Riesgo de tener más de un hijo para estado civil.

VARIABLES	OR (95% IC)	Valor P
<b>Edad</b>		
Soltera	1	
Casada/Co	5.32 (1.8-16.79)	<0.0001

## DISCUSIÓN

De acuerdo con los datos obtenidos en este estudio, la puerpera promedio del HAMA tiene 24.3 años, con una relación estable, con algún grado de educación secundaria y es ama de casa. Tiene entre 1 y 4 hijos y da a luz por cesárea o vía vaginal a un producto a término, no planificado aunque adecuadamente controlado (ver Tabla 1).

El HAMA está localizado en el distrito de San Juan de Miraflores, en el Cono Sur de la ciudad de Lima. Las pacientes que acuden al hospital provienen principalmente de los distritos de San Juan de Miraflores y Villa María del Triunfo, encontrándose estos entre los más pobres de Lima Metropolitana, tanto que en Villa María del Triunfo el 64% de la población se clasifica dentro de los niveles socioeconómicos D y E según la encuesta de Apeim 2010 (15). En este estudio, no se incluyó el nivel socioeconómico de las pacientes como variable ya que este es uniforme.

Como principal resultado del presente estudio, se registró un 72% de pacientes con un alto nivel de autoeficacia para la lactancia materna, cifra que es muy similar al 70% de prevalencia de LME en menores de seis meses en el Perú, reportada por la ENDES 2009 (16). Con la finalidad de evaluar si esta coincidencia es más que solo eso, se debe realizar un estudio de cohorte con un grupo de madres para definir si en el Perú el uso de la BSES-SF es capaz de pronosticar el hecho de si una madre cumplirá con el período recomendado de LME o no.

Las primeras semanas postparto representan un periodo crítico para el establecimiento de la LME (17). La percepción de la madre sobre la cantidad y calidad de la leche materna es uno de los factores de mayor determinación sobre el tiempo total de amamantamiento, lo cual tiene una relación estrecha con la autoeficacia de la lactancia materna (18).

Los factores psicológicos de la madre como el deseo de dar de lactar y la satisfacción al momento de amamantar tienen un importante valor predictivo en la duración del tiempo de lactancia (19). Estas variables representan los puntos de mayor seguridad en las madres de nuestro estudio con el 79% y 83% de respuestas positivas, respectivamente.

Puntuaciones bajas en la BSES-SF fueron resultado de una mayor inseguridad de las púerperas sobre la aplicación de una correcta técnica durante la lactancia del recién nacido. De esta categoría, los enunciados de las preguntas con mayor proporción de respuestas “no segura” hacen referencia a la seguridad de las madres de dar de lactar frente a sus familiares, a la capacidad de la madre de determinar cuándo el recién nacido ha terminado de lactar y la capacidad de identificar un buen agarre del pezón.

La teoría de la autoeficacia de la lactancia materna plantea la influencia de experiencias indirectas, como la observación del amamantamiento durante la infancia que, de ser asimilada como un momento natural y de integración familiar, podría influir positivamente en las futuras madres (20).

Saber cuándo terminar de lactar con un seno y seguir alimentando con el otro es el punto más débil de las púerperas analizadas, al presentar la menor proporción de madres seguras (44%) y el segundo valor más alto de madres inseguras (24%).

Esto podría deberse a que la mayoría de madres reciben información escasa acerca del tema, la cual consiste en cambiar de pecho cada 15 minutos. Sin embargo, debido a la variabilidad que existe entre cada una de las mujeres,

este tiempo establecido no siempre se cumple, ya sea porque algunas madres producen menos leche y otras, por el contrario, sienten que pueden continuar más allá de los 15 minutos. Estos factores podrían causar confusión y, por lo tanto, menor confianza al momento de decidir cuándo cambiar de un seno al otro. Está demostrado que la capacitación de las madres por personal profesional sobre estos puntos influye positivamente sobre un periodo prolongado de LME (21).

Las madres que tienen absoluta confianza en poder utilizar la leche materna como alimento único y suficiente para el recién nacido durante los primeros meses de vida representan sólo el 57% de la población encuestada.

La percepción de insatisfacción del bebé después del amamantamiento es una de las 3 razones más frecuentes de abandono de la LME (21). Este factor guarda relación con la capacidad de la madre de determinar si el recién nacido ha tomado la suficiente cantidad de leche, la cual hace referencia a la percepción de la madre de un aporte nutritivo adecuado por alimentación. Esta variable cuenta con un 54% de madres con algún grado de inseguridad. Esto significa que un porcentaje importante de madres limeñas se verán en la necesidad de recurrir a la lactancia artificial como complemento o como sustituto de la leche materna antes de los 6 meses.

En cuanto al nivel de influencia que tienen algunas variables sociodemográficas y obstétricas en los resultados de la escala aplicada, los resultados revelan que cuatro de las nueve variables planteadas se asocian con un riesgo mayor de alcanzar un nivel medio o bajo en dicha escala.

Por ejemplo, una madre soltera presentó aproximadamente 8 veces mayor riesgo de no sentirse autoeficaz para la lactancia materna de su menor hijo (OR: 8,27; IC95%: 2,71-25,45; p: <0.001) en comparación con las madres convivientes o casadas, mientras que el 100% de estas últimas alcanzó un nivel alto de autoeficacia.

Prendes Labrada (22) en Santo Suárez, Ciudad de la Habana encontró que las mujeres casadas y en unión consensual permanecen más tiempo lactando que las que no tienen pareja reconocida. Arce y colaboradores (23) plantean que existe una gran diferencia entre las mujeres casadas y las solteras permaneciendo estas últimas menos tiempo lactando.

Estos resultados podrían ser atribuidos a que tanto las mujeres casadas como convivientes poseen mayor apoyo conyugal y estabilidad emocional, ambos de importancia vital en la etapa pre y postnatal (24).



La edad constituyó otro factor de influencia importante sobre los resultados de la escala (OR: 5.36; IC95%: 1.34-22.85; p: <0.004), teniendo las menores de 20 años aproximadamente 5 veces más riesgo de no obtener un nivel alto que las madres mayores. Mientras que por otro lado todas las mujeres mayores de 35 años de nuestro estudio alcanzaron un nivel alto de autoeficacia según la BSES-SF. Esto podría deberse a que las puérperas menores de 20 años carecen de experiencia materna previa, encontrándose que el 69% de estas son primíparas. Igualmente importante resulta que el 61% de ellas sean solteras.

Se podría así mismo especular que las madres adolescentes puedan tener un menor sentido de responsabilidad frente a la salud de sus hijos y su futuro, descuidando de esta manera la rigurosidad necesaria para alcanzar una lactancia materna exitosa.

Estos resultados en cuanto a la seguridad de las madres adolescentes para cumplir exitosamente con la lactancia podrían verse reflejados luego en un mayor riesgo de abandonarla precozmente. Así lo han identificado trabajos realizados por otros autores como Duran Menéndez y colaboradores (25) que en la Habana, encontraron un mayor porcentaje de abandono de la lactancia antes de los 4 meses en las mujeres menores de 20 años. Maynard Abreu (26), en Guantánamo, encontró que las edades extremas de parir influyen en el destete precoz. Finalmente Silva (27), en Brasil, muestra que más de la mitad de las adolescentes en su investigación habían abandonado la lactancia antes de los 4 meses.

Un tercer factor que influyó en los resultados de la escala fue la paridad (OR: 3,97; IC95%: 1,43-11,38; p: <0.003). Por tanto ser madre primeriza se asoció con hasta 4 veces el riesgo de alcanzar una media o baja autoeficacia para la lactancia materna. Los resultados de la BSES-SF arrojaron un nivel alto en el 56% de las primerizas, 72% de las madres por segunda a cuarta vez y 100% de las madres con igual o más de 5 hijos.

Este mismo resultado fue encontrado por Souza y colaboradores, quienes hallaron que aquellas mujeres con una menor descendencia interrumpen antes el amamantamiento en comparación con aquellas con mayor número de hijos (28). Alves y colaboradores publicaron un estudio donde determinaron los factores de riesgo para abandonar precozmente la lactancia materna en Bello Horizonte, Brasil. Siendo la primiparidad la condición significativamente asociada a una menor duración del amamantamiento (29).

La asociación entre paridad y altos puntajes en la BSES-SF se explica mediante la teoría de la autoeficacia de la

lactancia materna, la cual plantea que las experiencias personales previas en lactancia materna influyen en la percepción y autoeficacia de la mujer (30,31). Si la experiencia anterior fue gratificante, la mujer estará más segura y con una mentalidad positiva al afrontar este nuevo reto. Por tanto, existirá una menor posibilidad de que las madres multíparas se sientan inseguras con su capacidad para dar de lactar.

La última variable asociada a un puntaje medio o bajo en la BSES-SF fue un número menor a 6 controles prenatales (OR: 3.03; IC95%: 1.07-8.43; p: 0.016).

Chaves y colaboradores, obtuvieron datos similares en un estudio, donde los resultados mostraron que las madres con menos de 5 consultas pre natales amamantan a sus hijos por menos tiempo que aquellas con 5 a 9 controles (32).

Este hecho puede estar relacionado a un menor acceso a la información acerca del tema, lo cual llevaría a un mayor grado de inseguridad y ansiedad. Por otro lado, también podría ser un indicador indirecto de la disposición de la madre por buscar el bienestar de su bebé.

Aunque no resultaron significativamente asociados, el número de controles prenatales insuficientes en madres menores de 20 años fue de 46% frente al 26% de las madres mayores. Igualmente, las madres solteras con control prenatal inadecuado sumaron el 42% frente al 26% de las convivientes y al 14% de las casadas. Esto nos muestra una tendencia hacia un mayor control prenatal en madres con apoyo conyugal así como en mujeres mayores de 20 años.

La edad, el estado civil y la paridad se encuentran interrelacionadas por razones que saltan a la vista. Se encontró una asociación entre la edad y el estado civil de las madres (OR: 6.13; IC95%: 1.51-26.31; p: 0.0017) teniendo las menores de 20 años alrededor de 6 veces mayor riesgo de ser madres solteras que sus pares de más edad. Igualmente, la paridad se ve afectada por la edad de la mujer (OR: 3.34; IC95%: 1.84-15.84; p: 0.049) ya que las madres mayores de 20 años tienen 3 veces mayor chance de tener más de un hijo que las menores, las cuales son primíparas en casi el 70% de las veces.

Otra relación lógica es la del estado civil con la paridad (OR: 5.32; IC95%: 1.80-16.79; p: <0.001), teniendo las mujeres en una unión formal hasta 5 veces más oportunidad de tener más de un hijo al momento de la realización de la escala. A su vez esta última asociación juega con la edad de las madres casadas o convivientes la cual es mayor que la de las solteras como se explica líneas arriba.

Los factores sociodemográficos que no representaron un riesgo para alcanzar un nivel mediano o bajo de autoeficacia materno fueron el nivel de escolaridad y la ocupación de la madre.

En un estudio realizado en Ciudad de la Habana acerca de los factores psicosociales que influían en el abandono de la lactancia materna (25) no se encontró relación entre el nivel educacional y el tiempo de mantención de la lactancia. Es presumible que los conocimientos adquiridos por las mujeres de nuestra población sobre la lactancia materna sean inculcados en el seno familiar y no dentro de las aulas.

Por otro lado, Navarro-Estrella y cols. (33) encontraron que dentro de los principales factores que influyeron en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras no estuvieron incluidos el tipo de ocupación ni la duración de la jornada de trabajo. Una limitación de nuestro estudio es el momento de evaluación de las puérperas. Es posible que algunos resultados de la categoría de pensamientos intrapersonales pudieran verse modificados si el momento de la toma de encuesta a las madres fuese posterior a su hospitalización, tiempo en el cual podrían haber regresado a sus labores diarias en el hogar o en el trabajo.

Por consiguiente, es de considerable importancia identificar la facilidad que tienen las madres trabajadoras (36% de nuestra población) para dar de lactar a sus hijos exclusivamente durante al menos 6 meses. La realidad laboral de estas mujeres no es la ideal y este factor podría influenciar negativamente en la duración de la LME.

Con respecto al nivel de embarazos no planificados en las mujeres de nuestro estudio (el cual alcanzó un sorprendente 71%), podemos inferir que este valor se deba a las mismas características socioeconómicas y sociodemográficas de la población estudiada. Sin embargo, no planificar el embarazo no implica un riesgo de un bajo nivel de autoeficacia de la lactancia. Como se mencionó, las mujeres que se atienden en el hospital pertenecen a las clases sociales menos favorecidas de Lima.

La falta de recursos económicos sumada a la baja tasa de escolaridad (25% de las madres nunca cursó algún año de secundaria) nos hace pensar que la planificación familiar incluyendo el uso de anticonceptivos no se encuentra entre las prioridades de estas mujeres.

La vía de terminación del parto y la edad gestacional no establecieron un riesgo de un grado menor de autoeficacia para la lactancia.

En conclusión, los niveles alcanzados en la BSES-SF por la población estudiada fueron mayoritariamente altos. Ser menor de 20 años, soltera, primípara y menor número de control prenatal, aumentan el riesgo para que la lactancia no sea exitosa. El nivel de escolaridad, embarazo planificado, ocupación, tipo de parto y edad gestacional no influyeron en el resultado.

Se debería brindar información y capacitación a las madres sobre la técnica de amamantamiento desde la etapa prenatal a través de la psicoprofilaxis obstétrica.

### **Fuentes de financiamiento**

El financiamiento del artículo fue a través de recursos propios de los investigadores

### **Conflicto de interés:**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Schwarcz R, Sala, Duverges C. Obstetricia - Lactancia Materna. Editorial El Ateneo 6ta edición; 515-519.
2. MINSA - Guía práctica para una lactancia materna exitosa OMS - UNICEF. Lima 1996.
3. Fuenmayor JG, Álvarez de Acosta T, Cluet de Rodríguez I, Rossell Pineda MR. Relactancia método exitoso para reinducir el amamantamiento en madres que abandonaron la lactancia natural. An Venez Nutr 2004; 17(1) Disponible en: <http://www.scielo.org/> Con acceso: Septiembre del 2006.
4. OMS/UNICEF-MINSA. Práctica y promoción de la lactancia natural en Hospitales Amigos de la Madre y del Niño. Buenos Aires. 2002.
5. Rosabal Suárez L, Piedra Cosme B. Intervención de enfermería para la capacitación sobre lactancia materna. Rev Cubana Enferm 2004; 26(1) Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/> Con acceso: Septiembre del 2006.
6. Castillo R., Duran C. Nutrición y Alimentación del Niño en los primeros años de vida. OMS-UNICEF. Nueva York. 1997.

7. González Méndez I, Pileta Romero B. Lactancia Materna. Rev Cubana Enfermer 2002; 18(1):15-22 Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/> Conacceso: Septiembre del 2006.
8. Luna Adam S. Factores sociodemográficos relacionados con la práctica de alimentación al seno materno. Rev Enfermería 2002.
9. <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>
10. [http://www.unicef.org/infobycountry/peru\\_40875.html](http://www.unicef.org/infobycountry/peru_40875.html)
11. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2009 Lima p210
12. Dennis C.L. y Faux S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. Res Nurs Health 1999;22(5):399-409.
13. Molina Torres M., Dávila Torres R.R., Parrilla Rodríguez A.M., Dennis C.L. Translation and Validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES) Into Spanish: Data From a Puerto Rican Population. J Hum Lact 2003; 19(1):35-42.
14. Ku, CM, Chow SK. Factors influencing the practice of exclusive breastfeeding among Hong Kong Chinese women: a questionnaire survey. Journal of Clinical Nursing 2010; 19: 2434-2445.
15. APEIM, Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercado, Niveles Socioeconómicos. Lima, Enero 2010.
16. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES Continua 2009. Lima, Perú, 2010.
17. Semenic S, Loiselle C, Gottlieb L. Predictors of the duration of exclusive breastfeeding among first-time mothers. Research in Nursing & Health 2008; 31: 428-441
18. Otsuka K, Dennis CL, Tatsuoka H, Jimba M. The Relationship Between Breastfeeding Self-Efficacy and Perceived Insufficient Milk Among Japanese Mothers. Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing 2008; 37: 546-555.
19. O'Brien M, Buikstra E, Hegney D. The influence of psychological factors on breastfeeding duration. Journal of Advanced Nursing 2008; 63: 397-408.
20. Tavares, Micaele Cardoso Tavares; Aires, Jullianados Santos Aires; Dodt, Regina Cláudia Melo Dodt; Joventino, Emanuella Silva Joventino; Oriá, Mônica Oliveira Batista Oriá; Ximenes, Lorena Barbosa Ximenes. Application of Breastfeeding Self-Efficacy Scale to post-partum women in rooming-in care: a descriptive study. Braz J Nurs (Online);9(1), abr. 2010.
21. Indu B. Ahluwalia, Brian Morrow and Jason Hsia. Why Do Women Stop Breastfeeding? Findings From the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System. Pediatrics 2005; 116:1408-1412.
22. Prendes Labrada MC, Vivanco del Río M, Gutiérrez González MR, Guibert Reyes W. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santo Suárez. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(4):397-402 Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/> Conacceso: Septiembre del 2006.
23. Arce CL, Wagner L. Lactancia materna: un estudio acerca de los factores que inciden en su exclusividad. Bol. Proaps-Remediar 2005; 3(19):23-25 Disponible en: <http://www.scielo.org/> Conacceso: Septiembre del 2006.
24. W. Bradford Wilcox, William J. Doherty, William A. Galston, Norval D. Glenn, John Gottman, Robert Lerman; Why Marriage Matters, Twenty-Six Conclusions from the Social Sciences. Institute for American Values. 2005.
25. Durán Menéndez R, Villegas Cruz D, Sobrado Rosales Z, Almanza Mas M. Factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna. Rev Cubana Pediatr 1999; 71(2):72-9 Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/> Con acceso: Septiembre del 2006.
26. Maynard Abreu EA, González Rodríguez I, López Milián M, Brooks Quiala M, García Álvarez JA. Lactancia materna y factores que influyen en el destete precoz. Rev Inf Cient Guantánamo 2000; 26(2) Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/> Conacceso: Septiembre del 2006.
27. Silva IA. A vivência de amamentar para trabalhadoras e estudantes de uma universidade pública. Rev Bras Enfermagem 2005; 58(6):641-646 Disponible en: <http://www.scielo.org/> Conacceso: Septiembre del 2006.
28. Souza EL, Silva LR, Sá ACS, Bastos CM, Diniz AB, Mendes CMC. Impacto da internação na prática do aleitamento materno em hospital pediátrico de Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública 2008; 24(5): 1062-70.
29. Alves CRL, Goulart EMA, Colosimo EA, Goulart LMHF. Fatores de risco para o desmame entre usuárias de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, entre 1980 e 2004. Cad Saúde Pública 2008; 24(6): 1355-1367.
30. Dodt RCM. Aplicação e Validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form (BSES-SF) em Puérperas. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem. Fortaleza, 2008.
31. Oriá MOB, Ximenes LB, Almeida PC, Glick DF, Dennis CL. Psychometric Assessment of the Brazilian Version of the Breastfeeding Self-Efficacy

Scale. Public Health Nursing 2009; 26(6):574-83.

32. Chaves RG, Lamounier JA, Cesar CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. J Pediatr (Rio J) [serial on the Internet] 2007 [cited 2009 May 26]; 83(3):241-6. Chaves RG, Lamounier JA, Cesar CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. J Pediatr (Rio J) [serial on the Internet] 2007 [cited 2009 May 26]; 83(3):241-6.
33. Navarro-Estrella M, Duque-López M, Trejo y Pérez J. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. Salud Pública Méx 2003.

### *Correspondencia:*

Carla Marisa Basadre Quiroz  
Dirección: Parque Mariscal Castilla 244-402 La Aurora  
Miraflores, Lima-Perú  
Teléfono: 51-955917574  
Correo electrónico: carlita\_bq@hotmail.com

Recibido: 12 de Marzo de 2013  
Aprobado: 03 de Junio de 2013