

Abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes: un estudio de cohorte en los servicios de atención primaria de salud*

María Isabel Nuñez Hernández¹

 <https://orcid.org/0000-0001-9062-9336>

Maria Luiza Riesco²

 <https://orcid.org/0000-0001-9036-5641>

Destacados: **(1)** La mayor tasa de abandono de la lactancia materna exclusiva se produce antes del cuarto mes. **(2)** Las percepciones negativas de la propia leche pueden incrementar el abandono de la lactancia materna exclusiva. **(3)** El uso de chupetes puede aumentar el abandono de la lactancia materna exclusiva. **(4)** Conocer los factores relacionados con la lactancia materna exclusiva pueden favorecer el manejo oportuno de estos factores. **(5)** Las estrategias de promoción de la lactancia materna deben ser adoptadas tempranamente, antes y después del parto.

Objetivo: analizar los factores relacionados con el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes durante los primeros seis meses de vida del bebé. **Método:** se trata de un estudio de cohorte de 105 madres adolescentes con un seguimiento a los dos, cuatro y seis meses de vida de sus hijos. Se adoptó un enfoque epidemiológico, basado en un paradigma positivista. Las variables de exposición escogidas fueron aquellas directamente relacionadas con la lactancia materna y con las condiciones sociodemográficas, familiares, maternas e infantiles. Los datos utilizados fueron recolectados a través de entrevistas y analizados por estadística bivariada y multivariada. El riesgo relativo (RR) se calculó con un intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Las pruebas se realizaron asumiendo un error tipo I del 5%. Se garantizó la confidencialidad de los datos. **Resultados:** las incidencias acumuladas de abandono de la lactancia materna exclusiva fueron del 33,3%, 52,2% y 63,8%, a los dos, cuatro y seis meses de vida de los bebés, respectivamente. Las variables que permanecieron en el modelo final multivariado fueron la percepción materna de la calidad de su leche (HR=11,6; IC 95% 3,6-37,5), uso de chupete (HR=1,9; IC 95% 1, 2-3,3) y momento de la primera lactancia (HR=1,4; IC 95% 0,5-12,9). **Conclusión:** la mayor tasa de abandono de LME se manifiesta antes del cuarto mes de vida de los bebés. Las madres adolescentes que perciben su leche inadecuada y los bebés que usan chupete son factores que favorecen el abandono de la lactancia materna exclusiva. Determinar las causas relacionadas con el abandono de la lactancia materna exclusiva pueden permitir su adecuada gestión, especialmente en poblaciones más vulnerables.

Descriptor: Lactancia Materna; Adolescente; Promoción de la Salud; Enfermería; Enfermería Obstétrica; Estudios de Cohortes.

* Este artículo hace referencia a la convocatoria "La salud del adolescente y el papel de la(o) enfermera(o)". Editado por la Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. La publicación de este suplemento contó con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Los artículos se han sometido al proceso estándar de revisión por pares de la revista para suplementos. Las opiniones expresadas en este suplemento son exclusivas de los autores y no representan las opiniones de la OPS/OMS. Artículo parte de la tesis de doctorado "Abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes: estudio de cohorte", presentada en la Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil. Apoyo financiero del Fondo de Ayuda a la Investigación (FAI iniciación) de la Universidad de Los Andes, Santiago, Chile.

¹ Universidad de los Andes, Facultad de Enfermería y Obstetricia, Santiago, Chile.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Nuñez Hernández MI, Riesco ML. Exclusive breastfeeding abandonment in adolescent mothers: a cohort study within health primary services. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2022;30(spe):e3786.

[Access   ]; Available in: . <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6252.3786>

month day year

URL

Introducción

Durante las últimas tres décadas, Chile ha logrado avances continuos en el desarrollo humano dada la combinación equilibrada de crecimiento económico y políticas públicas. Sin embargo, tiene una creciente discrepancia económica y un índice de pobreza de 14,4⁽¹⁾. El embarazo adolescente es un indicador social y de salud de esa desigualdad⁽²⁾.

La tasa de embarazo adolescente en Chile ha progresado de manera variable y preocupante. Según las estadísticas oficiales, aumentó de forma constante desde 1990 hasta 2008, y disminuyó levemente hasta 2018⁽³⁻⁴⁾. Esta tendencia genera una condición de riesgo permanente y continua, ya que numerosos estudios confirman que el recién nacido de una madre adolescente está más indefensa, física, psicológica y socialmente, tiene menor peso y es más propenso al maltrato infantil⁽⁴⁻⁵⁾.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que todas las madres mantengan la lactancia materna exclusiva (LME) para sus bebés durante los primeros seis meses de vida para que tengan un crecimiento, desarrollo y estado de salud ideal. Las tasas de LME han fluctuado en todo el mundo, dando origen a la meta de salud global "Aumentar por lo menos al 50% el índice de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida"⁽⁶⁾.

En Chile, la LME durante los primeros seis meses de vida del niño se ha convertido en una meta sanitaria: lograr la LME en el 60% de los bebés hasta los seis meses de edad en los centros comunitarios de salud (atención primaria). Actualmente, la prevalencia de la LME se encuentra muy por debajo de las metas propuestas por el Ministerio de Salud de Chile, pudiendo afectar el crecimiento y desarrollo ideal en niños de poblaciones más desprotegidas, como las de madres adolescentes^(1,7).

Determinar las causas relacionadas con el abandono de la LME en madres adolescentes permitirá una adecuada gestión de estas situaciones de riesgo y favorecerá un mejor crecimiento y desarrollo de sus hijos, especialmente en las poblaciones más indefensas⁽⁸⁾.

De esta forma, buscamos analizar los factores asociados al abandono de la LME en madres adolescentes durante los primeros seis meses de vida de sus bebés.

Método

Se adoptó un enfoque epidemiológico, fundamentado en un paradigma positivista.

Diseño

Este es un estudio de cohorte.

Contexto

Este estudio se realizó en los siete Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la Comuna de San Bernardo al sur de la región metropolitana de Santiago, en Maipo, Chile⁽⁹⁾.

En 2013, cuando se planificó este estudio, San Bernardo tenía una población estimada de 319.517 personas, de las cuales el 51% eran mujeres. Su porcentaje de población urbana era del 98,1%, con índices de natalidad en torno a 16,3 por 1.000 habitantes y tasas de mortalidad infantil de 9,9 por 1.000 nacimientos. Para 2020, su densidad poblacional proyectada es de 2.216 habitantes por km². El número actual de embarazos en la comuna fue superior en 1,2%, al porcentaje nacional (0,9%) y al de la región metropolitana sur (1%). Se ha incrementado esta tendencia entre las adolescentes de 15 a 19 años (25,6%), con cifras superiores con relación al país (22,2%) y la región metropolitana sur (23,9%). Actualmente, el número de embarazos entre adolescentes está disminuyendo en el resto de la nación, pero sigue siendo un importante problema de salud pública en el contexto de este estudio⁽¹⁰⁾.

Muestra

Nuestra muestra se calculó con base en la prevalencia de la LME entre el primero y sexto mes de vida de los bebés de la Comuna de San Bernardo en el año 2013. La Secretaría Municipal de Salud de San Bernardo afirma que el 76,4% de las madres amamantan a sus hijos durante el primer mes de vida, prevalencia que desciende para 48,6% al sexto mes⁽¹⁰⁾.

En nuestras estimaciones se utilizó el criterio de homogeneidad marginal según la prueba de McNemar. Esta prueba compara proporciones pareadas con $\alpha = 5\%$ y 80% de potencia. El número mínimo de madres y bebés que deberían ser incluidos en el estudio fue de 105.

La muestra se estratificó según el número de evaluaciones de niños sanos en cada centro de salud. Para esta estratificación se consideró la proporción estimada de madres adolescentes en el distrito de San Bernardo (17,2%)⁽¹⁰⁾ y el número de bebés atendidos para el cálculo del bienestar infantil en el primer mes de vida.

Se incluyeron en nuestra cohorte las madres adolescentes que cumplían con los siguientes criterios: tener entre 15 y 19,5 años de edad en el momento del parto y que no dieron a luz a gemelos, fueron dadas de alta de la maternidad junto con sus hijos, tuvieron bebés que no experimentaron dificultades por enfermedad o malformación fetal, adoptaron la LME en el momento del alta de la maternidad, comprendieron lo que fue solicitado por esta investigación y no tuvieron dificultades en la comunicación.

Las participantes fueron citadas por conveniencia al llevar a consulta a sus bebés de dos meses. La investigadora visitó cada centro de salud en días diferentes, haciendo preguntas a las madres adolescentes que llegaban allí sobre los criterios de inclusión para esta investigación. El proceso de convocatoria se detuvo cuando se alcanzó el tamaño de la muestra.

Recolección de datos

Primero, las madres fueron invitadas a participar y firmaron un Formulario de Consentimiento Libre, Voluntario y Consciente.

Las voluntarias que intervinieron en la evaluación del bienestar infantil de sus hijos con dos meses (entre 55 y 65 días de vida) y que cumplieron con los criterios de inclusión fueron requeridas a formar parte de esta cohorte. Se hizo un seguimiento a las madres que mantuvieron la LME a los cuatro (entre 115 y 125 días) y seis meses (entre 175 y 185 días) de vida de sus bebés.

Los datos fueron recolectados entre octubre de 2014 y marzo de 2016, a través de entrevistas que incluían un cuestionario realizado por un miembro de esta investigación. Este sondeo fue previamente ensayado con 10 madres que fueron excluidas de esta cohorte para confirmar que entenderían las preguntas. Todas las variables analizadas fueron consideradas y utilizadas en cada etapa del estudio (dos, cuatro y seis meses). El formulario tenía dos partes: una sobre antecedentes generales, solicitada una sola vez, ya que estos no varían con el tiempo (por ejemplo, tipo de parto) y otra que se adoptó durante el seguimiento. Este instrumento fue desarrollado a través de una revisión bibliográfica, la cual consideró las variables que inciden en el abandono de la lactancia materna.

Mediciones

Nuestras variables de exposición fueron: vuelta al colegio (continuación de los estudios después del parto); vivir con la madre o la suegra (en el momento de la entrevista); tener una relación estable (lejos de la pareja durante el embarazo y después del parto); dolor al amamantar (en cualquier momento); grietas en los pezones (en algún instante); valoración sobre la calidad de su leche (buena, regular o mala, según su opinión) y evaluación de la satisfacción de sus hijos con la lactancia (considerando su percepción); haber recibido educación sobre la lactancia materna durante el embarazo y el posparto (dada por un profesional sanitario u otra persona, individualmente o en grupo); cesárea; contacto piel con piel (inmediatamente después del parto); uso de chupete (durante cualquier periodo); consumo de

drogas ilegales durante el posparto; momento de la primera lactancia (tiempo entre el nacimiento del bebé y su entrega a la madre para ofrecerle el pecho. Las que respondieron "en los primeros 15 minutos" fueron clasificadas como "inmediatamente"; las que dijeron que su bebé fue primero lavado, aseado y cuidado o las que explicaron que se les entregó más tarde se consideraron como "dentro de los primeros 30 minutos"; las que comunicaron que se les entregó a su bebé más tarde en la sala de recuperación se consideraron como "más de 1 hora") y hospitalización del recién nacido (después del alta).

Se consideraron excluidas las que abandonaron la LME y la edad del bebé en ese momento. Se consideró la LME si el bebé solo recibía leche materna sin ningún tipo de alimento o bebida adicional (ni siquiera agua).

Análisis de datos

Se realizó un análisis de consistencia de datos para cada variable mediante la identificación de códigos no permitidos para el campo. Las inconsistencias fueron corregidas a través de la información contenida en el instrumento.

Las variables se describieron analíticamente mediante análisis de frecuencia y porcentaje. Las incidencias acumuladas de abandono de la LME se calcularon para cada mes del seguimiento (dos, cuatro y seis meses).

Los valores entre las variables se compararon mediante la prueba de *log-rank*. Este cotejo buscó evaluar las diferencias en la supervivencia infantil según las variables categóricas que eran teóricamente interesantes para las condiciones de la LME a lo largo del tiempo. Las curvas de supervivencia se obtuvieron mediante el estimador de Kaplan-Meier.

Para la creación del modelo multivariado, fueron consideradas todas las variables que presentaron valores de $p \leq 0,10$. Se adoptó el modelo de supervivencia de riesgos proporcionales de Cox⁽¹¹⁾ para el análisis multivariado del abandono de la LME. El riesgo relativo (RR) se calculó mediante intervalos de confianza del 95% (IC 95%). Se aplicó el método de entrada "forward stepwise" a las variables consideradas en la formación de nuestro modelo para detectar las más significativas según el resultado exhibido.

Las pruebas se realizaron utilizando una probabilidad de error tipo 1 y $p \leq 0,05$.

Aspectos éticos

Este estudio fue autorizado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de

la Universidad de São Paulo, Brasil y el Comité Ético Científico de la Zona Sur de Santiago, Chile.

La participación de las madres fue voluntaria y siguió todas las determinaciones de los organismos anteriores, garantizando la protección de los derechos de todos los involucrados en la investigación.

Las medidas tomadas para proteger la confidencialidad de los datos incluyeron privacidad en el local de las entrevistas, anonimizar la información mediante la codificación de las participantes en la base de datos y restringir el acceso de tales referencias a los investigadores.

Resultados

Este estudio evaluó la elegibilidad de 248 madres en siete centros del CESFAM en la Comuna de San Bernardo; 125 no cumplieron con los criterios de inclusión y 18 se negaron a participar. Por lo tanto, 105 participantes y sus hijos de dos meses fueron incluidos en la cohorte y fue realizado un seguimiento a los cuatro (n=70) y seis meses (n=47) entre octubre de 2014 y marzo de 2016.

En cuanto a la edad de las participantes, el 51,4% (n=54) tenía menos de 17 años, el 95,2% (n=100) educación primaria completa y el 65,7% (n=69) llevo a cabo un parto normal.

De las 105 (100%) participantes, 35 (33,3%) ya habían abandonado la LME cuando sus bebés tenían dos meses. En cuatro meses, de las 70 (100%) que permanecieron en el estudio, 23 (32,9%) incorporaron otro alimento, y a los seis meses, de las 47 (100%) madres, nueve (19,1%) añadieron otra comida. Las 38 (80,1%) restantes continuaron con la LME. De este modo, las tasas de abandono de la LME fueron del 33,3%, 32,9% y 19,1%, a los dos, cuatro y seis meses, respectivamente.

La Figura 1 muestra el número de madres que abandonaron la LME en cada mes hasta el punto de evaluación de los seis meses. La incidencia acumulada de desistencia fue del 33,3%, 52,2% y 63,8%, a los dos, cuatro y seis meses, respectivamente. Cabe mencionar que la información sobre la LME en el primero, tercero y quinto mes de vida de los bebés se obtuvo de forma retrospectiva.

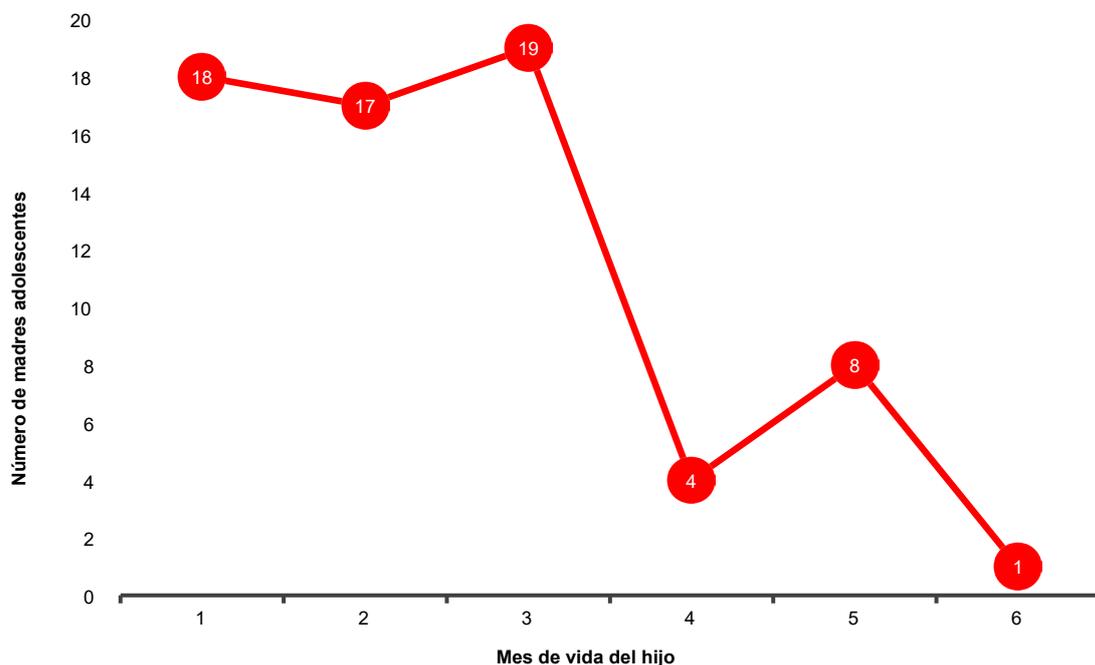


Figura 1 – Abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes (n=67), mes a mes, del primero al sexto mes de vida del hijo. San Bernardo, Maipo, Chile, 2014-2016

La Tabla 1 muestra nuestro análisis bivariado de las variables de exposición e información sobre el abandono de la lactancia materna exclusiva a los dos, cuatro y seis meses.

Tabla 1 – Distribución de las madres adolescentes a los dos (n=105), cuatro (n=70) y seis (n=47) meses de vida de sus hijos según la lactancia materna exclusiva, factores relacionados con el abandono y valor p. San Bernardo, Maipo, Chile, 2014-2016

Variable	Abandono de la LME									valor-p*
	2 meses			4 meses			6 meses			
	Sí n (%)	No n (%)	Total n (%)	Sí n (%)	No n (%)	Total n (%)	Sí n (%)	No n (%)	Total n (%)	
Vuelta al colegio										0,004*
Sí	10 (9,5)	2 (1,9)	12 (11,4)	6 (8,6)	2 (2,9)	8 (11,4)	5 (10,6)	10 (26,3)	15 (31,9)	
No	25 (23,8)	68 (64,8)	93 (88,6)	17 (24,3)	45 (62,2)	62 (88,6)	4 (8,5)	28 (59,6)	32 (68,1)	
Vivir con la madre o la suegra										0,112
Sí	27 (25,7)	44 (41,9)	71 (67,6)	13 (18,5)	28 (40,1)	41 (58,6)	6 (12,8)	28 (59,5)	34 (72,3)	
No	8 (7,6)	26 (24,8)	34 (32,4)	10 (14,3)	19 (27,1)	29 (41,4)	3 (6,4)	10 (21,3)	13 (27,7)	
Pareja estable										0,780
Sí	25 (23,8)	60 (57,2)	85 (81,0)	23 (32,9)	38 (54,2)	61 (87,1)	8 (17,0)	27 (57,5)	35 (74,6)	
No	10 (9,5)	10 (9,5)	20 (19,0)	-	9 (12,9)	9 (12,9)	1 (2,1)	11 (23,4)	12 (25,5)	
Dolor en los senos										0,969
Sí	12 (11,4)	18 (17,1)	30 (28,6)	5 (7,1)	11 (15,7)	16 (22,9)	-	12 (25,5)	12 (25,5)	
No	23 (21,9)	52 (49,6)	75 (71,4)	18 (25,7)	36 (51,5)	54 (77,1)	9 (19,1)	26 (55,4)	35 (74,5)	
Grietas en los pezones										0,045*
Sí	23 (21,9)	36 (34,3)	59 (56,2)	8 (11,4)	15 (21,4)	23 (32,9)	1 (2,1)	9 (19,1)	10 (21,3)	
No	12 (11,4)	34 (32,4)	46 (43,8)	15 (21,4)	32 (45,8)	47 (67,1)	8 (17,0)	29 (61,8)	37 (78,7)	
Valoración sobre la calidad de la leche										<0,001*
Buena	3 (2,9)	59 (56,1)	62 (59,0)	5 (7,1)	43 (61,4)	48 (68,6)	4 (8,5)	35 (74,5)	39 (83,0)	
Regular o mala	32 (30,5)	11 (10,5)	43 (41,0)	18 (25,7)	4 (5,7)	22 (31,4)	5 (10,6)	3 (6,4)	8 (17,0)	
Evaluación de la satisfacción de los niños										<0,001*
Sí	9 (8,6)	63 (59,9)	72 (68,6)	6 (8,6)	38 (54,3)	44 (62,9)	4 (8,5)	3 (6,4)	7 (14,9)	
No	26 (24,8)	7 (6,7)	33 (31,4)	17 (24,3)	9 (12,9)	26 (37,1)	5 (10,6)	35 (74,5)	40 (85,1)	
Educación sobre la lactancia materna durante el embarazo										0,497
Sí	26 (24,8)	54 (51,4)	80 (76,2)	31(73,8)	23(82,1)	54 (77,1)	25(80,6)	14(87,5)	39 (83,0)	
No	9 (8,6)	16 (15,2)	25 (23,8)	11(26,2)	5(17,9)	16 (22,9)	6(19,4)	2(12,5)	8 (17,0)	
Educación durante el puerperio										0,945
Sí	28 (26,7)	54 (51,4)	82 (78,1)	34(80,9)	20(71,4)	54 (77,1)	28(90,3)	12(75,0)	40 (85,1)	
No	7 (6,7)	16 (15,2)	23 (21,9)	8(19,1)	8(28,6)	16 (22,9)	3(9,7)	4(25,0)	7 (14,9)	
Cesárea										0,055
Sí	15 (14,3)	13 (12,4)	28 (26,7)	15(35,7)	6(21,4)	21 (30,0)	14(45,2)	4(25,0)	18 (38,3)	
No	20 (19,0)	57 (54,3)	77 (73,3)	27(64,3)	22(78,6)	49 (70,0)	17(54,8)	12(75,0)	29 (61,7)	
Contacto piel con piel										0,880
Sí	29 (27,6)	59 (56,2)	88 (83,8)	14 (20,0)	24 (34,3)	38 (54,3)	5 (10,6)	14 (29,8)	19 (40,4)	
No	6 (5,7)	11 (10,5)	17 (16,2)	28 (40,0)	4 (5,7)	32 (45,7)	26 (55,3)	2 (4,3)	28 (59,6)	
Uso de chupete										<0,001*
Sí	25 (23,8)	16 (15,2)	41 (39,0)	19 (63,3)	4 (10,0)	23 (32,9)	5 (10,6)	2 (4,6)	7 (14,9)	
No	10 (9,5)	54 (51,4)	64 (61,0)	11 (36,7)	36 (90,0)	47 (67,1)	4 (8,5)	36 (76,6)	40 (85,1)	
Uso de drogas ilegales										<0,001*
Sí	6 (5,7)	-	6 (5,7)	-	-	-	-	-	-	
No	29 (27,6)	70 (66,7)	99 (94,3)	23 (32,9)	47 (67,1)	70 (100)	9 (19,1)	38 (80,9)	47 (100)	
Tiempo de la primera lactancia (min)										0,032*
< 15 min	1 (0,9)	10 (9,5)	11 (10,5)	3 (4,3)	4 (5,7)	7 (10,0)	2 (4,3)	2 (4,3)	4 (8,5)	
>15 min	34 (32,4)	60 (57,2)	94 (89,5)	39 (55,7)	24 (34,3)	63 (90,0)	29 (61,6)	14 (29,8)	43 (91,5)	
Hospitalización										0,057
Sí	11 (10,5)	13 (12,4)	24 (22,9)	4 (5,7)	9 (12,9)	13 (18,6)	-	3 (6,4)	3 (6,4)	
No	24 (22,9)	57 (54,3)	81 (77,1)	19 (27,1)	38 (54,3)	57 (81,4)	9 (19,1)	35 (74,5)	44 (93,6)	
Total	35 (33,3)	70 (66,7)	105 (100)	23 (32,9)	47 (67,1)	70 (100)	9 (19,1)	38 (80,9)	47 (100)	

*Prueba de log-rank

Las variables con valores estadísticamente significativos incluyeron vuelta al colegio ($p=0,004$), grietas en los pezones ($p=0,045$), valoración materna sobre la calidad de su propia leche ($p<0,001$), evaluación materna acerca de la satisfacción del bebé con ser amamantado ($p<0,001$), uso de chupete ($p<0,001$), consumo de drogas ilegales durante el posparto ($p<0,001$) y tiempo de la primera lactancia ($p=0,032$). Probamos variables con $p<0,10$ a través de un análisis multivariante. Dado el valor p en el análisis bivariado, incluimos en el modelo la cesárea y la hospitalización infantil (Tabla 1).

Como muestra la Tabla 2, a través del método de entrada "forward stepwise", las siguientes variables

resultaron significativas en el modelo final: valoración materna sobre la calidad de su propia leche (buena, regular o mala), uso de chupete (sí o no) y primera lactancia (≤ 15 o >15 minutos después del parto). Si las participantes pensaban que su leche era de una calidad regular o mala, el riesgo de abandonar la LME era 11,6 veces mayor; si sus bebés usaban chupete, 1,9 veces superior; y si la primera lactancia se produjo 15 minutos después del parto, 1,4 veces mayor (en este caso, el intervalo de confianza fue inferior a 1 y, por lo tanto, puede considerarse un riesgo, aunque sea insignificante).

Tabla 2 – Riesgo acumulado de abandono de la lactancia materna exclusiva ($n=105$). San Bernardo, Maipo, Chile, 2014-2016

Variable	RR*	95%IC†
Valoración materna sobre la calidad de la leche	11,6	[3,6-37,5]
Uso de chupete	1,9	[1,2-3,3]
Tiempo de la primera lactancia	1,4	[0,5-12,9]

*RR = Riesgo relativo; †95%IC = Intervalo de confianza de 95%

En seguida, creamos los gráficos de análisis de supervivencia de la LME para las variables significativas del modelo final (Figuras 2-3). Las líneas se refieren a cada variable evaluada de forma dicotómica y a los intervalos de confianza del 95%.

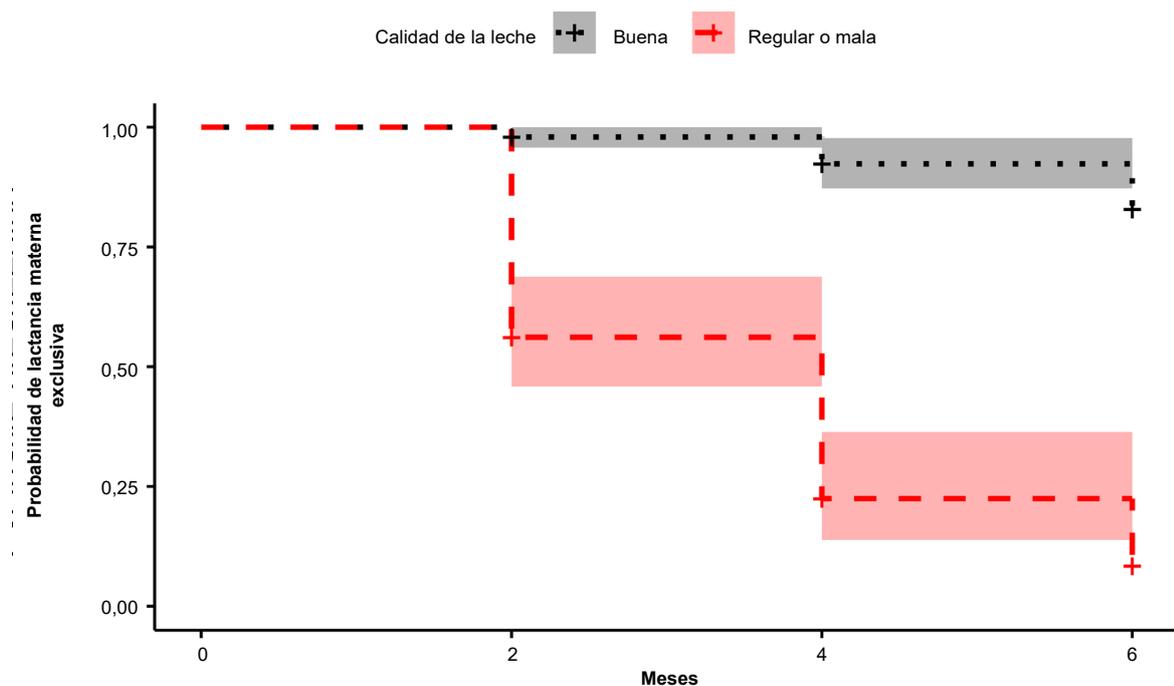


Figura 2 - Curvas de supervivencia e intervalo de confianza del 95% para la lactancia materna exclusiva según la percepción materna sobre la calidad de la leche ($n=105$). San Bernardo, Maipo, Chile, 2014-2016

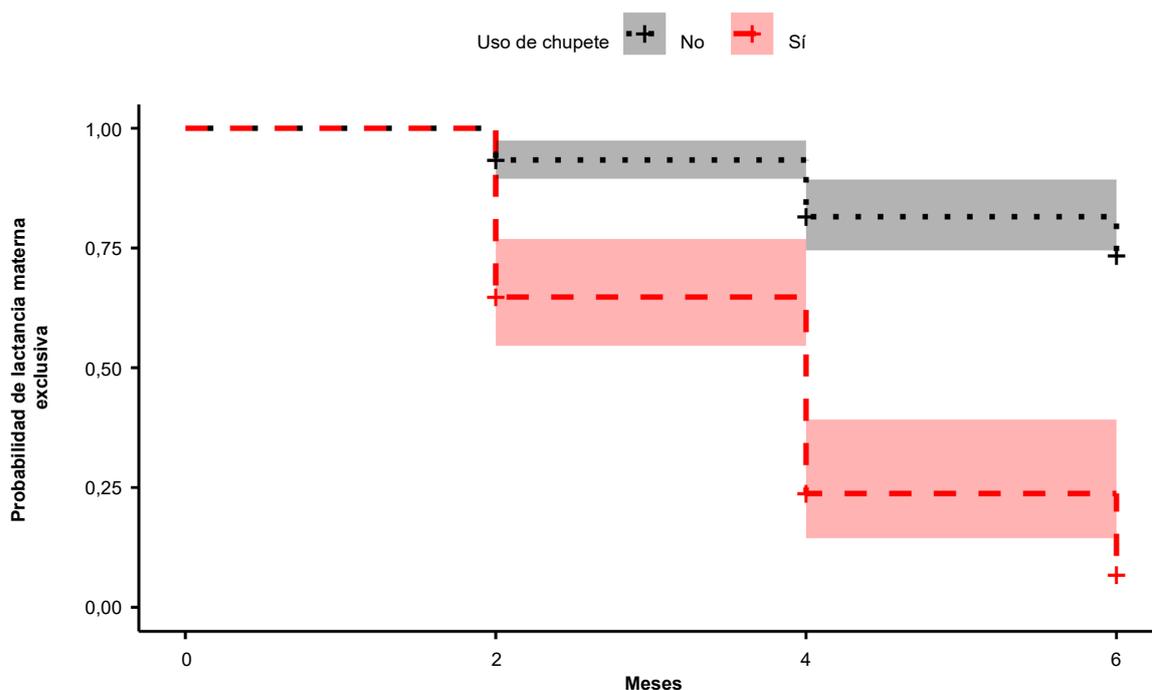


Figura 3 - Curvas de supervivencia e intervalo de confianza del 95% para lactancia materna exclusiva según el uso de chupete (n=105). San Bernardo, Maipo, Chile, 2014-2016

Las participantes que consideraron que su leche era de buena calidad mantuvieron la LME durante más tiempo que aquellas que juzgaron que su leche era regular o mala (Figura 2). Las madres cuyos hijos no usaron chupetes mantuvieron la LME por más tiempo que las que los usaron (Figura 3).

Discusión

Este estudio mostró una tasa de abandono de la LME entre sus participantes, seis meses después de su inicio, superior a la media nacional indicada por el Ministerio de Salud (36,2% LME contra 43,1%)⁽¹²⁾. Sin embargo, otra investigación hecha en Chile también encontró una prevalencia menor a las descritas por las estadísticas oficiales⁽¹³⁾.

Este índice es coherente con los países de renta media y baja, que tienen una tasa de LME del 37% en seis meses⁽¹⁴⁾. Un estudio realizado en México encontró una menor prevalencia (28%) de la LME a los seis meses de vida de los bebés⁽¹⁵⁾, resultado que coincide con las observaciones realizadas en España y Brasil⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. La tasa encontrada en Perú fue de 46,4% a los seis meses⁽¹⁸⁾. En estas valoraciones no se consideró la edad de la madre.

Una investigación efectuada en Ecuador con madres adolescentes determinó que el 62,9% de sus participantes mantuvieron la LME hasta los seis meses de edad de sus hijos⁽¹⁹⁾. Y en Chile se descubrió que la edad de la madre estaba asociada con el abandono temprano y que las de edad inferior a 26 años mantuvieron por menos

tiempo la LME⁽²⁰⁾. Otros estudios establecieron que la LME continuó por más tiempo en madres con más edad⁽²¹⁻²²⁾.

Referente al abandono de la LME en los primeros seis meses, mostramos que la mayor tasa de abandono ocurre durante los primeros tres meses de vida de los bebés (52,2% al cuarto mes). Este resultado diverge de una observación hecha en España, donde el 53,7% de los casos prosiguieron con la LME hasta los cuatro meses de vida de sus hijos⁽²³⁾.

En relación a las variables demográficas, nuestras participantes tenían principalmente 15 y 16 años. Este resultado es congruente con la demografía materna del país, donde hay un aumento del embarazo adolescente a edades más tempranas⁽²⁾.

El consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales (marihuana y cocaína) durante el embarazo fue inferior a los índices normalmente encontrados entre las adolescentes de Chile⁽²⁴⁾. Pueden ocurrir estos porcentajes debido a una disminución en el consumo de estas sustancias durante el embarazo. Observamos un conocimiento generalizado sobre los riesgos o los efectos de la deseabilidad social en las respuestas de los adolescentes. Las madres que admitieron consumir alcohol, tabaco y drogas abandonaron la LME antes de que sus hijos cumplieran los cuatro meses, hallazgo acorde con una revisión sistemática cuyo metaanálisis indicó que las madres fumadoras tenían 2,49 veces más probabilidades de no amamantar exclusivamente que las madres no fumadoras⁽²⁵⁾.

En cuanto a las variables directamente relacionadas con el abandono de la LME en este estudio, algunas participantes regresaron al colegio a los dos y cuatro meses

(11,4%) después del parto, mientras que una tercera parte de las que continuaron con la LME volvieron a los seis meses. En Chile, el abandono escolar tiende a ocurrir antes y durante el embarazo, con menor regreso a las clases⁽²⁶⁾.

Con respecto a los problemas mamarios que fueron evaluados, las grietas en los pezones influyeron significativamente en las tasas de LME, resultado en consonancia con una verificación sistemática⁽²⁷⁾ e integradora⁽²⁸⁾, que encontró que la población estudiada tenía estas grietas y una relación entre primiparidad y grietas ya sean anteriores o actuales. También, otro estudio confirmó que cambios en los pezones influyeron negativamente en la LME⁽²⁹⁾.

La valoración materna sobre la calidad de su leche y la satisfacción del bebé con la LME son dos variables que están estrechamente relacionadas e involucran directamente las evaluaciones maternas, en concordancia con los descubrimientos de un estudio descriptivo longitudinal en el ámbito español⁽³⁰⁾. Una investigación realizada con madres adolescentes en la zona rural de Kenia, corrobora el efecto de estas evaluaciones sobre la lactancia materna⁽³¹⁾.

La bibliografía ya ha demostrado ampliamente que el chupete es un factor de riesgo para el abandono de la LME⁽³²⁾. Sin embargo, es una práctica firmemente asociada a la cultura chilena. Otros estudios han demostrado que la motivación materna para amamantar es el factor más crítico en la LME. Además, el uso de chupete tranquiliza al niño y previene el síndrome de muerte súbita del lactante⁽³³⁾.

El primer contacto, es decir, las madres que tuvieron contacto dentro de los primeros 15 minutos al nacimiento de sus hijos en comparación con aquellas que lo hicieron después, mostró una expresiva relación con la LME. El análisis cuantitativo de una revisión sistemática y un metanálisis recientes manifestaron que el contacto piel con piel entre madre e hijo tuvo un efecto significativamente positivo en el éxito y la duración de la primera lactancia⁽³⁴⁾.

Otras investigaciones en Indonesia han determinado que el inicio temprano de la lactancia materna tiene una relación estadísticamente importante con la LME, considerando que este inicio es realizado en menos de una hora después del nacimiento⁽³⁵⁻³⁶⁾.

El contacto físico dentro de los 15 minutos está relacionado con el parto natural y el contacto inmediato piel con piel. En esta pregunta, la respuesta sobre el momento se fundamenta en la memoria y evaluación de la madre, considerada como "inmediatamente" si está dentro de los 15 minutos.

El parto por cesárea se vinculó de modo relevante con el abandono de la LME, en concordancia con lo encontrado en España, en donde las mujeres que hicieron este tipo de parto se asociaron con una menor posibilidad de la LME⁽³⁷⁾. En Etiopía, las madres que dieron a luz por

vía vaginal tenían más probabilidades de amamantar exclusivamente que las que se sometieron a cesárea⁽³⁸⁾. En Chile, un estudio demostró que el parto vaginal se relacionó positivamente con la LME⁽³⁹⁾.

Acerca de las limitaciones de este estudio, se debe considerar la capacidad de sesgo y su reducido poder de generalización.

Mientras que el sesgo de selección, principalmente en la modalidad de inclusión de los participantes, fue por conveniencia. Con respecto a su implementación, minimizamos nuestras limitaciones en la recolección de datos (realizada en las unidades del servicio de salud, lo que puede avergonzar a los participantes) con la ayuda de una sala privada para las entrevistas y la presencia de un único investigador, el cual no forma parte del equipo profesional sanitario, para la recopilación de referencias. Sin embargo, el sesgo de información puede estar presente cuando la participante brindó una respuesta socialmente esperada o quiso complacer al entrevistador (p. ej., uso de chupete o drogas). En cuanto a la interpretación de los resultados, reducimos el sesgo de confusión a través del análisis multivariante. A su vez, aunque hubiésemos estimado la muestra con parámetros adecuados, el pequeño número de participantes en los seis meses de vida infantil se limitó a una ideal potencia estadística.

En cuanto a la generalización de los resultados, si bien los índices de embarazo adolescente son similares en las distintas regiones urbanas de Chile, la realidad y las condiciones de vida de San Bernardo son peores (por ejemplo, mayores tasas de abandono escolar y pobreza y menor índice per cápita) que en otros sectores de la región metropolitana, donde la calidad de vida es mejor y con más recursos. A pesar de ello, consideramos posible generalizar los principales resultados.

Si bien las revelaciones de esta cohorte son importantes, un intervalo menor a dos meses para realizar el seguimiento al abandono de la LME y la inclusión de madres adolescentes con diferentes características sociales podría brindar datos precisos sobre la duración de la LME en los primeros seis meses de vida de los bebés.

Este estudio avanza en la comprensión, por parte de los enfermeros y otros profesionales sanitarios, sobre el abandono de la lactancia materna en las poblaciones más vulnerables. Al lograr un mejor conocimiento sobre las causas que inciden en el abandono, podremos crear estrategias que permitan una mayor prevalencia de la lactancia materna exclusiva.

Conclusión

En Chile, tal y como se vio en este estudio, la tasa de desistencia de la LME entre las madres adolescentes

a los seis meses es más elevada que a nivel nacional. El mayor índice de abandono ocurre antes del cuarto mes. Por lo tanto, las estrategias para fomentar la LME deben adoptarse desde el inicio del embarazo y, en concreto, durante los tres primeros meses de vida del bebé.

Del grupo de variables que consideramos relacionadas con el abandono de LME, solo dos fueron confirmadas entre las participantes de esta cohorte.

Las valoraciones sobre la calidad de la leche y el uso de chupete son dos variables que pueden tratarse mediante la educación durante el embarazo. El tipo de formación que se imparte es básica, pero se debe aspirar a transmitir conocimientos y no solo a proporcionar información.

El momento del primer contacto físico entre madre e hijo es vital porque se vincula a un parto más natural centrado en ambos, siendo una práctica ausente en los procedimientos habituales y el cual, en muchos casos, se convierte en una prioridad.

Referencias

- World Breastfeeding Trends Initiative. Iniciativa mundial sobre tendencias de la lactancia materna. Primer Informe Nacional [Internet]. San José: IBFAN; 2016 [cited 2022 May 9]. Available from: http://www.ibfan-alc.org/WBTi/inf_2016/Chile%20WBTi%202016.pdf
- Lavanderos S, Haase J, Riquelme C, Morales A, Martínez A. Embarazo adolescente en Chile: una mirada a la desigualdad sociodemográfica comunal. *Rev Child Obstet Ginecol*. 2019;84(6):490-508. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262019000600490>
- Ministerio de la Salud (CL). Programa nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes plan de acción 2012-2020 [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de la Salud; 2013 [cited 2022 May 9]. Available from: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas (CL). Anuario de Estadísticas Vitales, 2018 [Internet]. Santiago de Chile: INE; 2018 [cited 2022 Jun 20]. Available from: https://www.ine.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2018.pdf?sfvrsn=10e4ed27_5
- Juajibioy C, Yenny P. Factores asociados al bajo e insuficiente peso al nacer en hijos de gestantes adolescentes de la E.S.E Putumayo, 2016-2017 [Master's thesis]. Medellín: Facultad de Medicina, Universidad CES; 2020 [cited 2022 May 9]. Available from: <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/4893>
- Anzola M, Peña-Rosas JP. Metas globales de la Organización Mundial de la Salud para mejorar la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. *An Venez Nutr* [Internet]. 2014 [cited 2022 May 9];27(1):26-30. Available from: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522014000100006&lng=es
- Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales (CL). Resolución n. 539 exenta. Fija metas sanitarias y de mejoramiento de la atención para las entidades administradoras de salud municipal para el año 2021 [Internet]. Diario Oficial de la República de Chile, 16 de septiembre de 2020 [cited 2022 Jul 1]. Available from: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1149552>. 42.758
- Mola Ávila Y. Lactancia materna y desarrollo cognitivo de los niños y niñas de 0 a 5 años: una revisión integrativa [Dissertation]. Cartagena de Indias: Universidad del Sinú Elías Bechara Zainum; 2020 [cited 2022 May 9]. Available from: <http://repositorio.unisinucartagena.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/280/LACTANCIA%20MATERNA%20Y%20DESARROLLO%20COGNITIVO%20DE%20LOS%20NI%C3%91OS%20Y%20NI%C3%91AS%20DE%200%20A%205%20A%C3%91OS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Secretaría Comunal de Planificación de la Ilustre Municipalidad de San Bernardo (CL). Actualización plan de desarrollo comunal 2021 [Internet]. 2021 [cited 2022 Jul 1]. Available from: https://www.sanbernardo.cl/web/descargas/pladeco/Actualizacion_PLADECO_Tomo_I_2021_San_Bernardo_VF_3_Dic_2021.pdf
- CADO Consultores. Diagnóstico territorial participativo en salud: San Bernardo - Octubre de 2015 [Internet]. Santiago de Chile: Corporación Municipal de Educación y Salud; 2015 [cited 2022 May 20]. Available from: https://www.corsaber.cl/interiores/salud/pdf/Diagnostico_Participativo.pdf
- Cox DR, Oakes D. Analysis of survival data. New York: Chapman Hall; 2017.
- Durán-Agüero S, Castro Villarroel P. Evolución de la lactancia materna exclusiva en Chile entre 2011 y 2015: ¿influyó el permiso postnatal parental? *Rev Esp Nutr Hum Diet*. 2018;22(1):14-20. <https://doi.org/10.14306/renhyd.22.1.376>
- Glisser MB, Barragán TC, Weisstaub G. Indicadores de lactancia materna obtenidos en el momento de la vacunación en cuatro centros de salud familiar de la zona sur de Santiago. *Rev Chil Pediatría*. 2016;87(1):11-7. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.020>
- Victoria CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet Breastfeeding Series Group*. 2016;387(10017):475-90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Ávila-Ortiz MN, Castro-Sánchez AE, Martínez-González EA, Núñez-Rocha GM, Zambrano-Moreno A. Factors associated with abandoning exclusive

- breastfeeding in Mexican mothers at two private hospitals. *Int Breastfeed J.* 2020;15(1):73. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00316-6>
16. Moraes BA, Strada JKR, Gasparin VA, Espirito-Santo LC, Gouveia HG, Gonçalves AC. Breastfeeding in the first six months of life for babies seen by lactation consulting. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2021;29. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3538.3412>
17. Ramiro González MD, Ortiz Marrón H, Arana Cañedo-Argüelles C, Esparza Olcina MJ, Cortés Rico O, Terol Claramonte M, et al. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. *An Pediatr (Barc).* 2018;89(1):32-43. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.09.002>
18. Verde CV, Medina MDP, Sifuentes VAN. Lactancia materna exclusiva y factores asociados en madres que asisten a establecimientos de salud de Lima Centro. *Rev Fac Med Hum.* 2020;20(2):287-94. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v20i2.2765>
19. Jara-Palacios MA, Cornejo AC, Peláez GA, Verdesoto J, Galvis AA. Prevalence and determinants of exclusive breastfeeding among adolescent mothers from Quito, Ecuador: a cross-sectional study. *Int Breastfeed J.* 2015;10:33. <https://doi.org/10.1186/s13006-015-0058-1>
20. Minchala-Urgiles RE, Ramírez-Coronel AA, Caizaguano-Dutan MK, Estrella-González MA, Altamirano-Cárdenas LF, Andrade-Molina MC, et al. La lactancia materna como alternativa para la prevención de enfermedades materno-infantiles: revisión sistemática. *AVTF.* 2020;39(8):941-7. <http://doi.org/10.5281/zenodo.4543500>
21. Pino VJL, López EMA, Medel IAP, Ortega SA. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. *Rev Chil Nutr.* 2013;40(1):48-54. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182013000100008>
22. Livingston G. They're waiting longer, but U.S. women today more likely to have children than a decade ago [Internet]. 2018 [cited 2022 May 9]. Available from: <https://www.pewresearch.org/social-trends/2018/01/18/theyre-waiting-longer-but-u-s-women-today-more-likely-to-have-children-than-a-decade-ago/>
23. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M, et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gac Sanit.* 2015;29(1):4-9. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.08.002>
24. Observatorio Chileno de Drogas. Décimo tercer estudio nacional de drogas en población general de Chile, 2018 [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio del Interior y Seguridad Pública; 2019 [cited 2022 May 9]. Available from: <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2020/02/ENPEG-2018.pdf>
25. Patil DS, Pundir P, Dhyani VS, Krishnan JB, Parsekar SS, D'Souza SM, et al. A mixed-methods systematic review on barriers to exclusive breastfeeding. *Nutr Health.* 2020;26(4):323-46. <https://doi.org/10.1177/0260106020942967>
26. Ramírez Ochoa AB. Factores asociados al abandono escolar y aprovechamiento académico con posible riesgo de calle [Internet]. Ciudad de México: UnADM; 2018 [cited 2022 May 9]. Available from: http://www.repositorio.unadmexico.mx:8080/jspui/bitstream/123456789/246/1/Ramirez_abandono%20escolar%20riesgo%20calle.doc.pdf
27. Balogun OO, Dagvadorj A, Anigo KM, Ota E, Sasaki S. Factors influencing breastfeeding exclusivity during the first 6 months of life in developing countries: a quantitative and qualitative systematic review. *Matern Child Nutr.* 2015;11(4):433-51. <https://doi.org/10.1111/mcn.12180>
28. Bicalho CV, Martins CD, Friche AAL, Motta AR. Dificuldade no aleitamento materno exclusivo no alojamento conjunto: revisão integrativa. *Audiol Commun Res.* 2021;26. <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2021-2471>
29. De la Hoz Cáceres D, Jiménez-García JF, Rosanía-Arroyo S, Vásquez-Munive M, Álvarez-Miño L. Revisión sistemática de las causas y tratamientos para las grietas en los pezones durante la lactancia materna. *Entramado.* 2019;15(2):218-28. <https://doi.org/10.18041/1900-3803/entramado.2.5739>
30. Santacruz-Salas E, Segura-Fragoso A, Pozuelo-Carrascosa DP, Cobo-Cuenca AI, Carmona-Torres JM, Laredo-Aguilera JA. Maintenance of maternal breastfeeding up to 6 months: predictive models. *J Pers Med.* 2021;11(5):396. <https://doi.org/10.3390/jpm11050396>
31. Talbert A, Jones C, Mataza C, Berkley JA, Mwangome M. Exclusive breastfeeding in first-time mothers in rural Kenya: a longitudinal observational study of feeding patterns in the first six months of life. *Int Breastfeed J.* 2020;15(1):17. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00260-5>
32. Buccini GDS, Pérez-Escamilla R, Paulino LM, Araújo CL, Venancio SI. Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: systematic review and meta-analysis. *Matern Child Nutr.* 2017;13(3). <https://doi.org/10.1111/mcn.12384>
33. Jaafar SH, Ho JJ, Jahanfar S, Angolkar M. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 2016. [cited 2022 May 9]. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007202.pub4/full>
34. Karimi FZ, Sadeghi R, Maleki-Saghooni N, Khadivzadeh T. The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2019;58(1):1-9. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.11.002>

35. Gayatri M, Dasvarma GL. Predictors of early initiation of breastfeeding in Indonesia: a population-based cross-sectional survey. *PLoS One*. 2020;15(9):e0239446. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239446>
36. Permatasari TAE, Syafruddin A. Early initiation of breastfeeding related to exclusive breastfeeding and breastfeeding duration in rural and urban areas in Subang, West Java, Indonesia. *J Health Res*. 2016; 30(5):337-45. <https://doi.org/10.14456/jhr.2016.46>
37. Shifraw T, Worku A, Berhane Y. Factors associated exclusive breastfeeding practices of urban women in Addis Ababa public health centers, Ethiopia: a cross sectional study. *Int Breastfeed J*. 2015;10(1):22. <https://doi.org/10.1186/s13006-015-0047-4>
38. Vila-Candel R, Soriano-Vidal FJ, Mena-Tudela D, Quesada JA, Castro-Sánchez E. Health literacy of pregnant women and duration of breastfeeding maintenance: a feasibility study. *J Adv Nurs*. 2021;77(2):703-14. <https://doi.org/10.1111/jan.14625>
39. Silva Ocampo P, Vargas N, Leon N, Duran Agüero S, Araya M, Rudman J, et al. El tipo de parto ¿podría condicionar el éxito en la lactancia materna exclusiva? *Rev Esp Nutr Comunitaria*. 2018;24(2):48-52. <https://doi.org/10.14642/RENC.2018.24.2.5243>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: María Isabel Nuñez Hernández, Maria Luiza Riesco. **Obtención de datos:** María Isabel Nuñez Hernández. **Análisis e interpretación de los datos:** María Isabel Nuñez Hernández, Maria Luiza Riesco. **Análisis estadístico:** María Isabel Nuñez Hernández, Maria Luiza Riesco. **Obtención de financiación:** María Isabel Nuñez Hernández. **Redacción del manuscrito:** María Isabel Nuñez Hernández, Maria Luiza Riesco. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** María Isabel Nuñez Hernández, Maria Luiza Riesco.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 10.05.2022
Aceptado: 08.08.2022

Editor Asociado:
Ricardo Alexandre Arcênio

Autor de correspondencia:
María Isabel Nuñez Hernández
E-mail: minunez@uandes.cl
 <https://orcid.org/0000-0001-9062-9336>

Copyright © 2022 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.