

UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA



**MOTIVACIONES DE MADRES DE LACTANTES MENORES DE  
6 MESES QUE ASISTEN A LA LIGA DE LA LECHE DE ÑUÑO A  
PARA EJERCER UNA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA  
EFICAZ**

**CAROLINA VERÓNICA RUIZ PIZZI**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

**Profesora Guía de Tesis: María Teresa Valenzuela Schmidt**

**Santiago, Octubre 2015**

# Índice

<b>RESUMEN</b> .....	<b>4</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>6</b>
<b>II. MARCO TEÓRICO:</b> .....	<b>8</b>
1. LACTANCIA MATERNA .....	8
1.1. Beneficios de la Lactancia Materna .....	9
1.1.1. Beneficios de la lactancia materna para el lactante.....	10
1.1.2. Beneficios de la lactancia materna para la madre.....	11
1.2. Factores que influyen en la práctica de lactancia materna.....	13
1.2.1. Factores Sociodemográficos .....	13
1.2.2. Factores Fisiológicos.....	15
1.2.3. Factores Sicológicos .....	16
1.2.4. Factores del Entorno .....	17
2. PRINCIPALES DATOS E HITOS INTERNACIONALES Y NACIONALES EN TORNO A LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA .....	18
2.1. Antecedentes Internacionales .....	18
2.2. Antecedentes Nacionales .....	20
2.3. La Liga de la Leche .....	22
2.3.1. La Liga de la Leche en Chile .....	23
2.4. Datos y Estadísticas de la Prevalencia Nacional de Lactancia Materna Exclusiva.....	24
2.4.1. Prevalencia Nacional de Lactancia Materna Exclusiva. ....	24
3. TEORÍA DE LA MOTIVACIÓN .....	34
3.1. Antecedentes históricos y evolución del concepto .....	34
3.2. Perspectivas teóricas de la motivación .....	36
3.2.1. Perspectiva conductista.....	36
3.2.2. Perspectiva cognitiva .....	38
3.2.3. Perspectiva humanista.....	38
3.3. Motivaciones en Lactancia Materna.....	41
4. DEFINICIONES CONCEPTUALES .....	43
<b>III. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>44</b>
1. OBJETIVO GENERAL: .....	44
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	44
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:.....	44
4. JUSTIFICACIÓN .....	45
<b>IV. METODOLOGÍA</b> .....	<b>46</b>
1. TIPO DE ESTUDIO: .....	46
2. POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	46
2.1. Universo: .....	46
2.2. Muestra y criterios de inclusión.....	46
2.3. Perfiles .....	47
2.4. Recolección de datos .....	49
3. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS: .....	49
3.1. Categorías y Subcategorías:.....	49
3.2. Tipo de análisis: .....	51
3.3. Criterios de Calidad.....	51
3.4. Aspectos éticos: .....	52
3.5. Limitaciones del estudio:.....	53

<b>V. RESULTADOS.....</b>	<b>54</b>
A. CARACTERIZACIÓN DE LAS MADRES .....	54
1. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.....	57
2. LA INFLUENCIA DEL ENTORNO FAMILIAR Y SOCIAL EN EL EJERCICIO DE LA LACTANCIA .....	59
2.1. El ejercicio de la Lactancia Materna .....	59
2.2. Apoyo Familiar .....	61
3. FUENTES DE INFORMACIÓN HABITUALES EN RELACIÓN A LA LACTANCIA.....	64
4. NECESIDAD DE APOYO Y PERTENENCIA A UN GRUPO.....	66
4.1. Asistencia a la Liga de la Leche.....	66
4.2. El rol de la Líder en La Liga de la Leche .....	68
5. TRABAJO Y LACTANCIA .....	70
6. ATENCIÓN, INFORMACIÓN Y APOYO EN LOS CENTROS DE SALUD .....	74
6.1. Falta de orientación en Centros de Salud.....	75
6.2. Contradicción entre el discurso y la práctica en relación a la Lactancia Materna .....	77
<b>VI. DISCUSIÓN .....</b>	<b>81</b>
<b>VII. CONCLUSIONES .....</b>	<b>90</b>
<b>VIII. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>93</b>
<b>IX. ANEXOS .....</b>	<b>100</b>
1. CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	100
2. GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA .....	103
3. ACTA DE APROBACIÓN PROYECTO .....	104

## Resumen

La lactancia materna exclusiva (LME) es la forma de alimentación óptima para los lactantes menores de 6 meses, debido a que disminuye la morbimortalidad infantil, dados sus múltiples beneficios nutricionales, inmunológicos y emocionales. Sin embargo, en la actualidad influyen diversos factores que afectan su práctica eficaz, entre los que se encuentran la edad de la madre, el nivel educacional, la paridad, la actividad laboral y factores fisiológicos, psicológicos y del entorno, entre otros.

Según datos del Ministerio de Salud, el año 2013 en Chile la prevalencia de LME al sexto mes llegó a un 56%, teniendo como meta establecida el 60%. En nuestro país se han implementado diversas políticas y estrategias de promoción de LME con el fin de aumentar la prevalencia nacional de lactancia materna, como también se han formado importantes organizaciones que se preocupan de promover la lactancia materna mediante numerosas acciones. La Liga de la Leche en Chile es uno de los principales grupos de apoyo del país, cuyo objetivo principal es promover la lactancia materna con un estilo de crianza que valora la maternidad, teniendo como resultado esperado, generar grandes beneficios para la salud integral, tanto del niño/a, como de la madre y de la familia, en general.

El objetivo de esta investigación es comprender las motivaciones de las madres de lactantes menores de 6 meses para asistir a La Liga de la Leche de Ñuñoa, desde la perspectiva de sus conocimientos y experiencias vividas en torno al ejercicio eficaz de la lactancia materna exclusiva.

La metodología utilizada en esta investigación es de carácter cualitativo descriptivo, ya que, a partir del análisis de contenido, busca obtener una visión completa del objeto de estudio. Se realizaron 16 entrevistas en profundidad semiestructuradas de tipo individual a madres que asistieron frecuentemente a La Liga de la Leche de Ñuñoa.

Existen ciertas diferencias en las motivaciones de las madres que acuden a La Liga de la Leche de Ñuñoa, dependiendo de su situación de paridad, pero no de su edad, nivel educacional, carga laboral y acompañamiento conyugal.

Se observa en esta investigación que la principal motivación de las madres para asistir a La Liga de la Leche de Ñuñoa es poder ejercer una Lactancia Materna Exclusiva (LME), de manera eficaz, los primeros seis meses de vida del niño/a. Esto se relaciona directamente con el conocimiento que tienen acerca de los beneficios que proporciona esta práctica, sobre todo para sus hijos/as. A su vez, esta motivación desencadena su interés y asistencia a las reuniones de La Liga de la Leche, en la búsqueda de información fidedigna y consejos prácticos, como también de un lugar de comprensión, contención emocional y pertenencia a un grupo en relación a Lactancia, Maternidad y Crianza.

## I. Introducción

La lactancia materna exclusiva es la forma de alimentación natural y óptima para los lactantes menores de 6 meses, debido a que disminuye la morbimortalidad infantil, dados sus múltiples beneficios en la prevención de enfermedades agudas en el corto plazo y enfermedades crónicas en el largo plazo. Sin embargo, en la actualidad existen diversos factores que influyen en su práctica eficaz, entre los cuales se encuentran los factores sociodemográficos, fisiológicos, psicológicos y del entorno de la madre.

Según datos de la Sexta Encuesta Nacional de Lactancia Materna, dada a conocer por el Ministerio de Salud el año 2014, en nuestro país, la prevalencia nacional de lactancia materna exclusiva (LME), al sexto mes, el año 2013 fue de 56%, aún bajo la meta establecida de 60%, pero bastante cercana, debido a la entrada en vigencia del llamado “postnatal de seis meses” (Ley 20.545), que constituye uno de los principales avances realizados en el último tiempo, para facilitar la duración y prevalencia de lactancia materna. Esta cifra aumentó un 12%, ya que previo a la vigencia de esta normativa llegaba sólo al 44%.

En este sentido, se han implementado diversas políticas y estrategias de promoción de LME, tanto a nivel mundial como nacional, a fin de aumentar su prevalencia, existiendo diversas instituciones que se preocupan de promover la lactancia materna a través de variadas acciones. Dentro de estas organizaciones se encuentra La Liga de la Leche, cuyo objetivo principal es promover y apoyar la lactancia materna con un estilo de crianza respetuoso que valora la maternidad, teniendo como resultado esperado, generar grandes beneficios para la salud física y emocional, tanto de la madre, del niño/a y de la familia.

La presente investigación busca comprender las motivaciones de las madres de lactantes menores de 6 meses que asisten a La Liga de la Leche de Ñuñoa para ejercer una lactancia materna exclusiva eficaz, con el fin de identificar los diversos factores que confluyen en la conducta de la madre al decidir practicar la LME, con el propósito de generar insumos y nuevos conocimientos que permitan la promoción de información sobre la lactancia materna.

Se trata de una investigación de carácter cualitativo descriptivo que utiliza como método de recolección de datos Entrevistas en profundidad semiestructuradas de tipo individual a madres que asisten al grupo de Ñuñoa de La Liga de la Leche. Se realizó análisis de contenido de los datos que permitió reducir, categorizar, clarificar, sintetizar y comparar la información con el fin de obtener una visión lo más completa posible del objeto de estudio.

En cuanto a la estructura, ésta toma la siguiente forma: en primer lugar, se da a conocer el marco teórico que consta de cuatro partes: la primera que se enfoca en la descripción de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y los factores que influyen en su práctica; la segunda corresponde a la exposición de los principales hitos nacionales e internacionales en torno a la promoción de esta práctica; la tercera parte, expone las distintas teorías que se han desarrollado en torno al concepto de motivación, para luego enfocarse en los estudios que han explorado las motivaciones de las madres de lactantes, y por último, la cuarta parte da un marco conceptual explicando los conceptos claves de la investigación.

Luego, se presentan los objetivos que persigue la investigación, y la metodología utilizada para responder a estos objetivos.

Finalmente se presentan los resultados, la discusión de la investigación y se abordan las conclusiones que permiten establecer las distintas significancias que engloban las motivaciones de las madres de lactantes menores de 6 meses que acuden a La Liga de la Leche de Ñuñoa para ejercer una lactancia materna exclusiva eficaz.

## II. Marco Teórico:

### 1. Lactancia Materna

La lactancia materna cumple un rol primordial en la supervivencia, crecimiento y desarrollo cognitivo de un niño/a en sus primeros años de vida, además constituye una forma de apego seguro, fortalece el vínculo madre e hijo/a y entrega una alimentación óptima (1).

La lactancia materna actúa como un factor protector de enfermedades, ya que contribuye, en gran medida, a la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil, ayudando al sistema inmune del niño/a, previniendo infecciones gastrointestinales, respiratorias y otras (1,2,3). También juega un papel fundamental a lo largo de la vida, disminuyendo el riesgo de adquirir enfermedades crónicas en la edad adulta (1,2,3). Además aporta importantes beneficios para la madre, la familia y la sociedad (3).

Según datos publicados recientemente por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *“cada año mueren en el mundo casi siete millones de niños menores de cinco años por causas que pueden prevenirse y, de ellos, más del 40% son recién nacidos, pero si estos fuesen amamantados durante la primera hora desde su nacimiento se podría prevenir una de cada cinco muertes innecesarias y salvar a más de medio millón de niños en el mundo cada año”* (4).

El año 2014, también la UNICEF publicó un informe del estado mundial de la infancia sobre la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses de vida en distintas partes del mundo (5). Estos datos muestran un aumento leve de la lactancia materna exclusiva entre el informe del 2004 y el presente (5,6). La tendencia mundial en las distintas regiones es hacia un aumento moderado en el tiempo; donde encontramos que en África subsahariana la prevalencia se duplicó desde un 15% en 1990 a un 36% en 2012, en África Oriental y Meridional aumentó de un 37% en 2004 a un 52% en 2012, en América Latina y el Caribe hubo un aumento leve desde un 38% en 2004 a un 39% en 2012 (5,6). Sin embargo, la prevalencia mundial de LME aún es baja, llegando sólo a un 38%, concluyó el informe (5).

## 1.1. Beneficios de la Lactancia Materna

Los principales beneficios de la leche materna están determinados por su composición, ya que contiene proteínas, lípidos, carbohidratos, vitaminas y minerales. Algunas proteínas son la caseína (estimula el sistema inmunológico del lactante) y la albúmina (aporta aminoácidos). Las enzimas son importantes porque intervienen en la absorción de grasas y son bactericidas. La leche materna también contiene inmunoglobulinas que forman anticuerpos que protegen la mucosa intestinal del bebé. La fracción lipídica interviene en el crecimiento y maduración del sistema nervioso central del lactante. La lactosa y los lípidos aportan la energía necesaria para el crecimiento y desarrollo normal del niño/a. El calcio entrega dureza y estructura a los huesos, el hierro es esencial en el transporte de oxígeno y en la producción de glóbulos rojos, el zinc tiene relación con el desarrollo normal del sistema inmunológico, el cobre es un cofactor de enzimas involucrado en el metabolismo de la glucosa y es necesario para la utilización de hierro. La vitamina K tiene relación en el proceso de coagulación, la vitamina D tiene propiedades inmunorreguladoras y posee una función hematopoyética, la vitamina E tiene una función antioxidante y la vitamina A interviene en la respuesta inmunológica y en el proceso de visión (7).

En resumen, la lactancia materna genera múltiples beneficios para el lactante, para la madre, la familia y la sociedad.

### 1.1.1. Beneficios de la lactancia materna para el lactante

Diversos estudios han mostrado una gran evidencia en torno a los beneficios de la lactancia materna, los que se concentran en menor morbilidad y mortalidad para el niño/a (2,3). Los niños/as que fueron alimentados al menos durante seis meses con lactancia materna exclusiva son más inteligentes y presentan, con menos frecuencia, diferentes enfermedades, como asma bronquial, alergias alimentarias, enfermedades atópicas, enfermedades gastrointestinales, leucemias y otros cánceres, obesidad, diabetes mellitus tipo I y II, enfermedades autoinmunes, muerte súbita, etc., en comparación con los niños/as que no tuvieron esa alimentación. A largo plazo continúan con mejor salud, con menor incidencia de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, cánceres y enfermedades autoinmunes en general (2,3,8). El estudio de Blázquez demostró que los niños/as que recibían LME tenían menos otitis que los niños/as que recibían leche artificial; 6% de los niños/as entre el primer y tercer mes que ya habían sido destetados tenían otitis media frente al 1% de los que continuaban recibiendo LME (9).

El calostro, primera leche, que la madre produce después del parto, plena de linfocitos T, linfocitos B y macrófagos proporciona anticuerpos protectores y nutrientes esenciales que actúan como la primera inmunización de los recién nacidos, fortalece su sistema inmune y reduce las probabilidades de muerte en el periodo neonatal (8). Así lo evidenció el estudio de Shams que concluyó que los lactantes que no recibieron LME presentaron un mayor riesgo de muerte post-neonatal en comparación con los que sí la recibieron durante los primeros 4 meses de vida (10). Por estos beneficios, la OMS recomienda inicio de la lactancia materna durante la primera hora de vida después del parto, de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida y de manera complementada hasta los dos años (2,5,6,11).

### 1.1.2. Beneficios de la lactancia materna para la madre

Diversos estudios indican que la lactancia materna tiene importantes beneficios para la madre que ayudan a su salud durante el periodo de postparto inmediato, al ayudar a la rápida contracción del útero al volver a su tamaño normal por aumento de oxitocina, reduciendo así la pérdida de sangre (2,3,8,12). Además retarda aún más el retorno de la fertilidad, proporcionando una anticoncepción natural (amenorrea con aumento del periodo intergenésico) promueve el retorno temprano al peso preconcepcional, disminuye el riesgo de cáncer de mama y ovario, y el riesgo de osteoporosis y fracturas de caderas en el periodo postmenopáusico (2,3,8,12).

El estudio de Stuebe demostró que por cada año de lactancia materna, la madre disminuye 15% el riesgo de tener diabetes mellitus tipo II, es decir, mientras más tiempo una mujer dé lactancia materna al bebé, menor será la probabilidad de tener diabetes respecto de la que no lo haga. Esto debido a que el acto de amamantar requiere mucha energía y controla los niveles de azúcar en la sangre (13).

También la lactancia materna favorece los lazos afectivos entre la madre y el hijo/a, otorgando protección, cuidado y previniendo el maltrato infantil (8). Además a nivel comunitario, la lactancia materna entrega importantes beneficios como, la disminución en los costos de salud anual, el ausentismo laboral, enfermedades infantiles, demandas de energía para la producción y transporte de alimentos artificiales, contaminación medioambiental por no uso de latas y botellas (3). Por su parte, también hay una disminución de costos, dado el gran valor que actualmente tiene la leche artificial (11). Por último, el abandono de la lactancia materna origina un importante gasto sanitario por morbilidad infantil asociada a la ausencia de lactancia materna (en EE.UU. hubo un gasto alrededor de 3,6 millones de dólares en 1999 por este concepto) (3,14). Además, en algunos casos, se produce un aumento en el ausentismo laboral de madres y padres, debido a la incidencia de enfermedades en la infancia (3). Según cifras del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), *“una de cada cuatro licencias médicas por enfermedad grave de hijo menor de un año corresponden a lactantes de entre 6 y 9 meses, y el 17% corresponde a niños de entre 9 y 12 meses”* (15).

Según cifras de la Superintendencia de Seguridad Social (Suseso), en 2013, “*las licencias médicas totalizaron poco más de un millón de días*”, tras la disminución sostenida que se registra desde 2010 en adelante. La primera caída se registró en 2011, cuando los días de permisos alcanzaron más de cuatro millones de días. En 2010, se emitieron más de 487 mil permisos, cifra que bajó en dos tercios en 2012 cuando ya estaba vigente el postnatal de 6 meses, no obstante repuntó levemente en 2013, cuando se contabilizaron 136.075 licencias (16).

## 1.2 Factores que influyen en la práctica de lactancia materna

Diversos son los factores que facilitan o dificultan la práctica de lactancia materna. De acuerdo con la Teoría de Mercer, el rol materno es algo que debe aprender la madre y va a depender de su entorno social, familiar y cultural (17,18). En este sentido, son variados los factores biopsicosociales que presentan las madres que afectan de una manera u otra a la lactancia materna exclusiva, actividad principal del rol materno (17,18). Entre estos se encuentran los factores sociodemográficos, fisiológicos, psicológicos y del entorno, que se describen a continuación:

### 1.2.1. Factores Sociodemográficos

#### a. Nivel Educativo

La mayoría de los estudios publicados indican que el mayor nivel educativo influye positivamente sobre la lactancia materna (19). El estudio de Cárdenas, realizado en Venezuela, indicó que *“a mayor escolaridad mayor será la ventaja de entender las recomendaciones dadas sobre la lactancia materna exclusiva”* (18). También el estudio de Kronborg, realizado en Dinamarca, demostró *“una relación positiva entre la duración de la LME y la escolaridad de la madre, su intención de amamantar y experiencias previas de amamantamiento”* (20).

Por el contrario, el estudio de Cárdenas encontró que el bajo nivel de estudios constituía un factor de riesgo de proveer alimentación con fórmula, el que aumentaba 1,5 veces en el nivel educativo más bajo (18).

#### b. Edad de la madre

Respecto a la edad de la madre, el estudio de Cárdenas, concluyó que las madres adolescentes tienen más probabilidad de abandonar la lactancia materna por influencia de su grupo familiar (18). Por otra parte, *“las mujeres de mayor edad, fisiológicamente sufren un retardo en el ciclo de oxitocina-prolactina y debido a esto tardan más en obtener una producción completa de leche”* (18). Sin embargo, *“con una*

*buena orientación y apoyo, estas madres podrían superar este obstáculo sin necesidad de acudir a la administración de sucedáneos” (18).*

c. Paridad

Diversos estudios señalan que el hecho de tener hijos/as con anterioridad constituye un factor positivo para la práctica de lactancia materna por el entrenamiento que supone para la madre que amamanta, aumentando así su experiencia y confianza (12). El estudio de Kronborg demostró *“una asociación clara entre conocimiento y duración de la LME en primigestas” (20).*

d. Actividad Laboral

Respecto a la actividad laboral, diversos estudios concluyen que la reincorporación de la madre al trabajo constituye una de las causas de abandono de LME (18). En el estudio chileno de Atalah, la principal variable que determina la duración de la lactancia es la situación laboral de la madre. *“Las mujeres que trabajan fuera del hogar amamantan a sus hijos menos tiempo que las madres que trabajan en su casa” (21).* También el estudio chileno de Cerda indica que, *“el número de horas de separación entre la madre y el lactante, debido a las jornadas de trabajo y las facilidades para extraer y conservar la leche materna en un biberón en el lugar de trabajo, hacen que disminuya la LME porque se evita el contacto físico, pero se suministra con leche materna al recién nacido” (22).*

## 1.2.2. Factores Fisiológicos

### a. Tipo de parto

Respecto al tipo de parto, el estudio español de Hernández, concluyó que el tipo de parto cesárea fue un factor que se asocia al abandono de LME, ya que al nacer por cesárea disminuye de forma significativa para el bebé la posibilidad de ser amamantado. Esto debido a que las madres estarían menos preparadas fisiológicamente para atender al recién nacido, por lo que la lactancia puede retardarse. (23).

### b. Baja producción de leche

La producción de leche está influida por factores fisiológicos, psicológicos y sociológicos que con frecuencia se interrelacionan (24).

Es conocido que factores psicológicos como los trastornos emocionales y de ansiedad provocan alteraciones en la producción de leche, llegando a provocar el cese de la lactancia en algunos casos (24).

La escasa producción de leche materna (hipogalactia) como causa necesaria para introducir fórmula, según un estudio mexicano, sólo se presentaba entre el 4 y 10% de los casos. Por lo tanto, la decisión de abandonar la LME mayoritariamente está relacionada con dificultades y problemas personales (25).

### c. Grietas o fisuras del pezón

Las grietas o fisuras del pezón surgen como una irritación en el tejido que cubre el pezón o areola y es provocada por la presión exagerada del pezón o por el roce de la lengua en la punta del pezón cuando el bebé succiona fuerte o de forma disfuncional. La presencia de grietas junto con la congestión mamaria puede generar una mastitis, enfermedad mamaria benigna que no tiene indicación de interrupción de lactancia materna (24). Sin embargo, en un estudio mexicano fue motivo de suspensión de lactancia materna (25).

Diversos estudios concluyen que uno de los perjuicios más declarados por las madres fue el de molestias o dolor con el amamantamiento, lo cual indica también la necesidad de fomentar una mayor información sobre técnicas adecuadas de amamantamiento (26). Por lo tanto, una LME de larga duración se asocia significativamente con una técnica de succión apropiada y la ausencia de problemas del pezón. Estos factores pueden abordarse en la sala de maternidad y en los controles prenatales y postparto y deberían incluirse en el desarrollo de estrategias y políticas efectivas de fomento de la lactancia materna (27).

#### d. Uso de biberón

Algunos estudios reportan que el factor que más se asocia a una mayor duración de LME, es el hecho de no recibir biberón en el hospital después del parto. En consecuencia, el disminuir el uso de estos elementos en los hospitales, luego del parto, es un objetivo altamente susceptible de ser alcanzado con acciones y estrategias de promoción y apoyo a la lactancia en instituciones hospitalarias y con personal relacionado con la atención del parto (27,28, 29).

### 1.2.3. Factores Sicológicos

Existen además factores sicológicos que pueden influir en el destete precoz de los lactantes de sus madres, provocadas por situaciones de estrés, de preocupación y de depresión, entre otras, las cuales disminuyen fisiológicamente la producción de leche. Sobre esto se dice que los estados de ánimo negativos inhiben la secreción de oxitocina, sustancia primordial para la eyección de la leche, es por eso que la madre debe conocer cómo influye el estado emocional en la producción y eyección de leche (18). El estudio de O'Brien encontró factores condicionantes de la lactancia materna, entre los que destacan, *“la autoestima, la depresión, la planificación de la duración del amamantamiento, percepción de autoeficacia en la lactancia materna, percepción de la autoeficacia en la maternidad, estrés, ansiedad, necesidad de libertad, adaptabilidad,*

*expectativas y fe de la lactancia materna, efecto óptimo sobre alimentación infantil y prioridades de vida” (30).*

#### 1.2.4. Factores del Entorno

##### a. Apoyo familiar

Respecto a la influencia del apoyo familiar, algunos estudios concluyen que las madres que tienen un menor apoyo familiar, con mayor frecuencia, tienden a abandonar la LME versus las que tienen un apoyo familiar mayor. El estado conyugal o la relación de pareja actúa como un factor positivo en la duración de la LME en relación a las madres solteras (31). Por ello, *“el apoyo familiar a la madre que amamanta influye bastante en el logro de la lactancia materna y se ha planteado incluir a los padres en los programas educativos, sobre todo en el período prenatal” (32).*

##### b. Información en lactancia materna

Respecto a la influencia de la educación en lactancia materna, varios estudios señalan que la escasa información constituye un factor de riesgo en la prevalencia de LME (33). Un estudio español, concluyó que *“la información sobre lactancia materna que entregan los profesionales de salud a las madres, muchas veces, es contradictoria, y genera confusión, por lo tanto resulta necesaria una unificación de criterios entre todos los agentes que atienden a la madre y al bebé” (34).*

## 2. Principales Datos e Hitos Internacionales y Nacionales en torno a la Promoción de la Lactancia Materna

### 2.1. Antecedentes Internacionales

En 1979 se funda la Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil (IBFAN) en inglés "*International Baby Food Action Network*", agrupación que reúne diversas entidades que trabajan alrededor del mundo para mejorar la salud y bienestar infantil mediante la protección y promoción de la lactancia materna (11).

La IBFAN marca un hito importante por la defensa de lactancia materna porque en 1981, la Asamblea Mundial de la Salud dictó el llamado "Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna", que establece que los sustitutos de leche materna, las mamaderas y los chupetes no deben ser objeto de promoción destinada a público en general y las instalaciones y profesionales de la salud no deben desempeñar rol alguno en la promoción y/o entrega de muestras gratis de sucedáneos de leche materna a embarazadas, madres o sus familiares (35).

Más tarde, la OMS y la UNICEF en 1989 hicieron una declaración conjunta llamada: "Promoción, Protección y Apoyo de la lactancia natural", que señala que la lactancia materna debería ser la única forma de alimentación que recibieran los niños/as desde su nacimiento y durante los 6 meses de vida (36). Contiene además diez pasos que contribuyen a una lactancia materna exitosa que deben ser aplicados en cualquier maternidad, entre los que destacan: disponer de una política escrita relativa a la lactancia materna, capacitar a todo el personal de salud sobre la política, informar a las embarazadas sobre los beneficios de la LME y ayudarlas a ponerla en práctica durante la media hora después del parto, no dar otro alimento a los recién nacidos, salvo excepciones médicas (35). Los diez pasos son reafirmados en la Declaración de Innocenti, en Florencia, Italia, en agosto de 1990, donde se crearon estrategias, objetivos y metas de promoción a la lactancia materna. Esta declaración reconoce que la lactancia materna proporciona la alimentación ideal al lactante y contribuye a su crecimiento y desarrollo saludables, reduce la incidencia y la gravedad de las enfermedades infecciosas, disminuyendo la morbilidad y mortalidad infantil, promueve la salud de la mujer al reducir el riesgo de cáncer de mama y ovario, y al

umentar el intervalo entre embarazos, proporciona beneficios sociales y económicos a la familia y a la nación, y proporciona a la mayoría de las mujeres un sentimiento de satisfacción cuando se lleva a cabo con éxito (37).

Posteriormente la Declaración de Innocenti fue respaldada por la Asamblea Mundial de la Salud y el Comité Ejecutivo de UNICEF instando a los gobiernos a instaurar una cultura de lactancia materna que definió 4 objetivos: implementar políticas integrales sobre alimentación de lactantes y niños/as pequeños, promover la alimentación complementaria adecuada y segura, orientar sobre alimentación de lactantes y niños/as pequeños, toma de medidas adecuadas para implementar el Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna y apoyo completo por parte del sector sanitario para lograr dos años y más de lactancia materna (2,38). Los estados miembros de las Naciones Unidas en el año 2002 reafirmaron la declaración de Innocenti en una Estrategia Global para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño de la OMS/UNICEF (2,38). Esta estrategia estableció 5 importantes objetivos, entre los que se encuentran: designar coordinadores nacionales de lactancia materna, implementar la "Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Madre" (IHAN), en Inglés "*Baby Friendly Hospitals Initiative*" (39,40); promulgar legislación para proteger derecho a lactancia en madres que trabajan e implementar el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la lactancia materna (2,38).

El año 2005, en Florencia, Italia, se publica la nueva Declaración de Innocenti sobre Alimentación de Lactantes y Niños Pequeños, que señala que las metas propuestas en la Declaración de 1990 han alcanzado un gran avance, pero aún persisten desafíos que han sido propuestos como metas a cumplir para el 2015 (41).

En este marco, la Organización Panamericana de la Salud junto a otras instituciones, como ministerios de salud, organizaciones no gubernamentales, como La Liga de la Leche, destinada a promover y apoyar la lactancia materna, crearon la Semana Mundial de la Lactancia Materna que se celebra la primera semana de agosto de cada año (2,38).

La consejería en lactancia ha sido incorporada como una herramienta útil para promover la lactancia y un factor que incrementa la frecuencia y la duración de la alimentación del pecho materno (42,43). En este sentido es de gran ayuda también el

paso 10 de IHAN que fomenta el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a la salida del hospital (38,39,40).

## 2.2 Antecedentes Nacionales

Chile firmó una serie de convenios internacionales que privilegian el desarrollo de actividades para mejorar la salud infantil, entre ellas, la Declaración de Innocenti, en 1990, para la promoción y apoyo de la lactancia materna (37,24).

También en los años 90, Chile realizó variados esfuerzos en relación al fomento de la lactancia materna. Entre ellos destaca, la reorganización de la Comisión Nacional de Lactancia Materna, (CONALMA), la adopción de la IHAN, la elaboración de un Manual de Lactancia Materna, una mayor preocupación por la aplicación del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la leche materna, la modificación de las normas de alimentación infantil en atención primaria, el fortalecimiento de los programas de estudio de pregrado y postgrado de los profesionales de la salud y la capacitación de los equipos de salud con conceptos actualizados sobre lactancia materna (44). Los 10 pasos se adaptaron para Consultorios y Jardines Infantiles, creándose modelos para su evaluación y acreditación, siguiendo las pautas internacionales establecidas para los hospitales (45).

En 1990, el Gobierno de Chile suscribió la Convención sobre los derechos del niño que tiene como ejes fundamentales: el derecho a una educación de calidad y a un nivel de vida adecuado (24).

En 1992, se elaboraron las "Metas y líneas de acción en favor de la infancia" que proponían lograr a fines del decenio un 80% de lactancia exclusiva a los cuatro meses de vida del niño/a y un 35% de lactancia complementada al año de edad (46).

En 1993, el Ministerio de Salud realizó la primera Encuesta Nacional de Lactancia Materna para conocer el tipo de alimentación que recibían los niños/as chilenos menores a 6 meses, con el objetivo de determinar la situación inicial de lactancia materna y monitorear su evolución con futuras intervenciones (47). La información fue recogida a través de la aplicación de una encuesta a la madre o

cuidadora del niño/a respecto del tipo de alimentación del día anterior. Estos datos mostraron los patrones de alimentación que reciben los niños/as controlados en el sector público de salud (47).

Durante el año 2003 y 2004, el Ministerio de Salud establece a la lactancia materna como eje prioritario y fundamental en la intervención nutricional para combatir el sobrepeso y obesidad del niño/a y el adulto (24).

En el año 2009, se institucionalizó el sistema de protección social en la infancia, "Chile Crece Contigo" (Ley 20.379), implementado en nuestro país desde el año 2007 (24). Este sistema ha constituido un importante apoyo a la lactancia materna a través de la promoción del vínculo madre e hijo/a, creando un módulo grupal en el cuarto control prenatal enfocado a la promoción de la lactancia materna, abarcando contenidos sobre técnicas de amamantamiento, reincorporación al mundo laboral, conservación y refrigeración de la leche, entre otros (24). Además este sistema favoreció cambios en la atención institucional del parto, propiciando el alojamiento conjunto y el apego precoz de 30 minutos después del parto, acciones establecidas en los 10 pasos para una lactancia materna exitosa, avalando así la IHAN (24).

Uno de los resultados de este sistema, fue que en cuanto a la primera lactancia recibida por los recién nacidos, el 94% de los niños y niñas se alimentó de leche materna. Otro resultado, en cuanto al peso de los niños o niñas, con LME, en su último control médico, el 75% se encontró dentro del peso normal, un 19% con sobrepeso, el 1% con obesidad y el 5% con bajo peso. Al relacionar esta información con quienes no recibieron leche materna: el 8% se encontró bajo peso, mientras el 22% fue diagnosticado con sobrepeso (48).

Además es importante destacar que diversos estudios señalan que la política de postnatal influye en la duración de lactancia (8) y por ende en su prevalencia. El descanso maternal obligatorio tiene una duración de 42 días antes del parto y 84 días (tres meses) después del parto. En el año 2002, la Sociedad Chilena de Pediatría entregó al Congreso Nacional un proyecto titulado: "Prolongación de la Licencia Postnatal a Seis Meses, para proteger el Apego y Lactancia Natural" (8). Este texto sirvió para incluir una modificación al postnatal, la que se materializó el año 2011, y que crea la nueva Ley de Permiso Postnatal Parental (Ley 20.545) que agrega una

extensión del postnatal de otras doce semanas, en condiciones idénticas al anterior con lo cual la madre trabajadora puede acceder a un permiso pagado de 24 semanas, es decir, casi seis meses. En este periodo, la trabajadora puede elegir volver a su trabajo por media jornada, con lo que su extensión será de 18 semanas (cuatro meses y medio), pero recibiendo la mitad del subsidio correspondiente (49).

En nuestro país existen grupos de apoyo a lactancia materna, integrados por madres y personal voluntario de salud. Sus fines son: ofrecer apoyo a las madres para resolver dudas y solventar problemas de lactancia, promover las reuniones de mujeres embarazadas y madres lactantes, ofrecer información al personal de salud sobre lactancia materna y organizar actividades en los que se divulgue la importancia de la lactancia materna entre los diferentes colectivos (50). En nuestro país, los más importantes son la Liga Chilena de Lactancia Materna y La Liga de la Leche Chile (51).

### 2.3. La Liga de la Leche

La Liga Internacional de la Leche, en inglés "*La Leche League International*" (LLLI), es un importante grupo de apoyo que se inició en 1956, en Chicago, EE.UU., por un grupo de 7 madres que se reunían para compartir información y brindarse apoyo unas con otras, llegando a convertirse en una organización no gubernamental mundial presente actualmente en 85 países con más de 3.500 grupos (52). Las madres con sus bebés se reúnen una vez al mes en diversas localidades para discutir cuatro temas fundamentales: las ventajas de la lactancia, el nacimiento del bebé, resolver dificultades, alimentación complementaria y destete (45). Estas reuniones informales les dan a las madres la oportunidad de discutir sus sentimientos y cualquier problema de lactancia que puedan tener (53). Una representante acreditada y con experiencia, llamada "líder" encabeza la reunión y ayuda a contestar las preguntas. Las líderes de la LLLI también aconsejan por teléfono y comparten su experiencia en lactancia con otras madres. Para problemas más serios van a un comité de asesores profesionales, compuesto por médicos y otros profesionales que se relacionan con madres que están amamantando (53).

### 2.3.1. La Liga de la Leche en Chile

La Liga de la Leche Chile nace bajo el alero de la Liga Chilena de Lactancia Materna, corporación privada de salud multidisciplinaria sin fines de lucro, formada en 1979, que tiene como objetivo apoyar y fomentar el amamantamiento. En ese afán, la organización realiza actividades de promoción y difusión de la lactancia materna, entre las que destaca la celebración de la primera semana mundial de lactancia en 1992 en el Hospital Ramón Barros Luco, primer hospital en ser acreditado como Amigo del Niño y de la Madre (51).

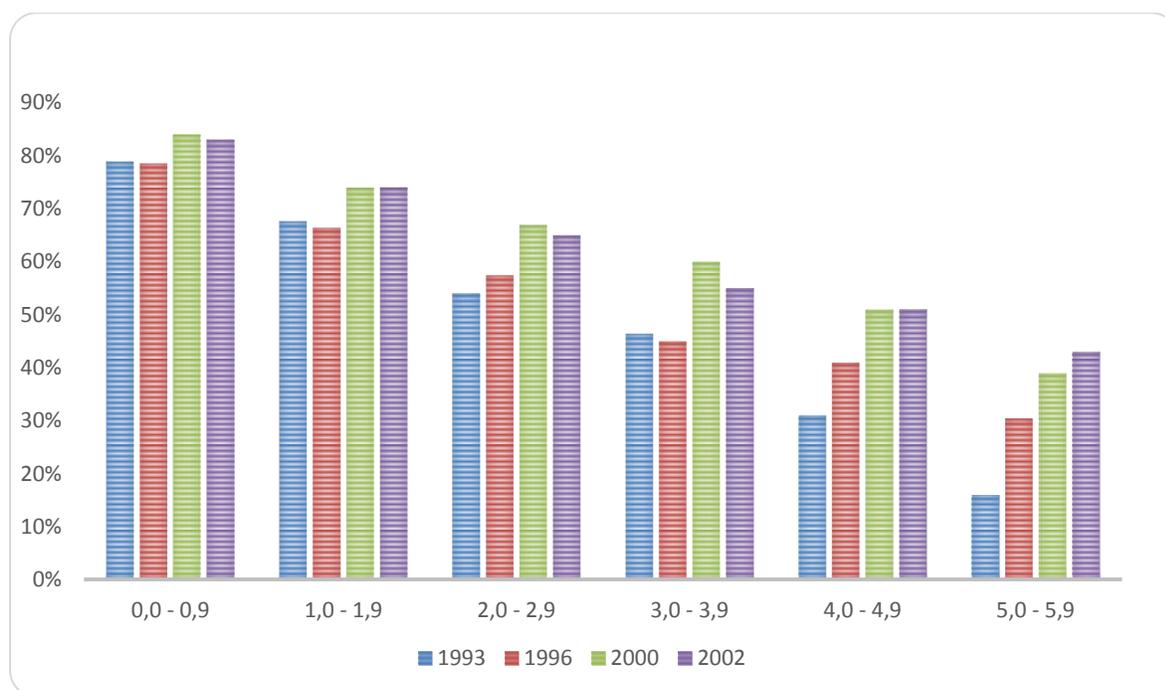
La Liga Internacional de la Leche tomó conocimiento de estas actividades e invitó a sus profesionales a exponer trabajos en talleres latinoamericanos y fue en uno de ellos, realizado en Paraguay, en que una de sus socias es invitada a ser miembro de La Liga Internacional de la Leche y formarse como líder. En agosto de 1996, La Liga Internacional de la Leche acredita a la líder fundadora de La Liga de la Leche Chile (LLL-Chile), Graziana Bartolucci, y así comienza a funcionar el primer grupo de apoyo, madre a madre en el país, llamado “Lactancia y Crianza”, que actualmente realiza reuniones mensuales en las comunas de Santiago Centro, Las Condes, Providencia y Ñuñoa (51). Este grupo tiene como objetivo promover la lactancia materna y está dirigido a mujeres embarazadas y madres que asisten junto a sus bebés para resolver dudas y compartir experiencias con otras madres (51).

## 2.4. Datos y Estadísticas de la Prevalencia Nacional de Lactancia Materna Exclusiva

### 2.4.1. Prevalencia Nacional de Lactancia Materna Exclusiva.

En el año 1993, el Ministerio de Salud realizó la primera encuesta nacional de lactancia materna en Chile. Los datos se obtuvieron de una muestra de alrededor de 10 mil niños/as asistentes a los consultorios de atención primaria de los 26 servicios de salud de la época. La información fue recogida a través de la aplicación de una encuesta a la madre cuidadora respecto del tipo de alimentación del día anterior. La misma metodología se usó en las encuestas nacionales que se reiteraron en los años 1996, 2000, 2002, 2005 (47), hasta llegar a la sexta encuesta nacional de lactancia materna, realizada el año 2013 (54).

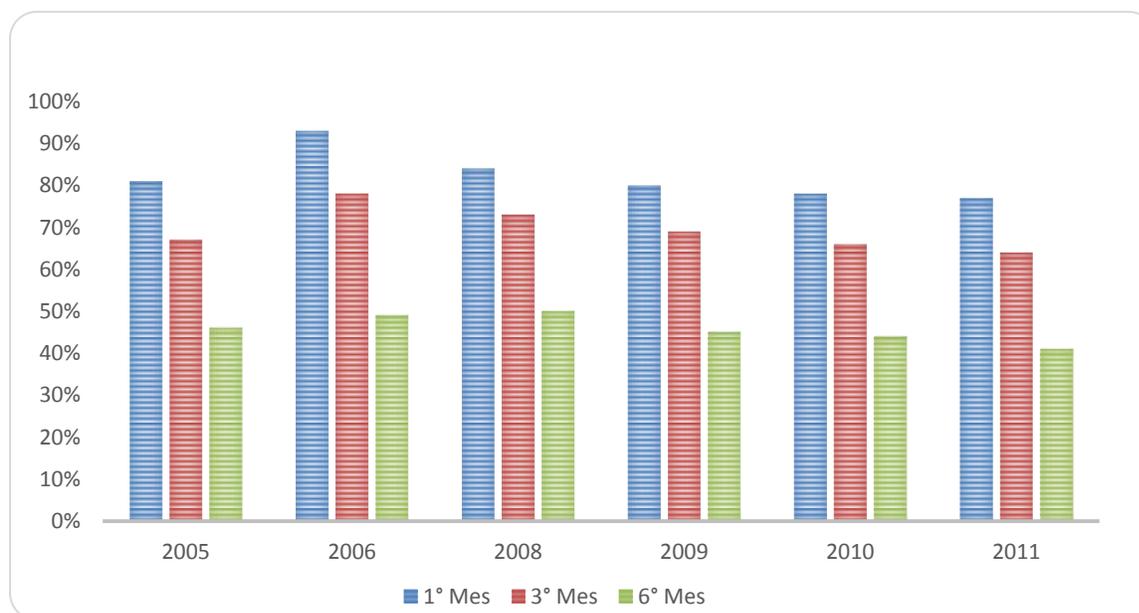
**Gráfico N°1: Prevalencia de LME en niños/as menores de 6 meses (1993–2002)**



Fuente: Minsal. Efectividad del Programa de Lactancia – Resultados Encuestas Nacionales 1993-2002.

El gráfico N°1, muestra que durante los años en que se realizaron las Encuestas Nacionales de Lactancia Materna, la prevalencia de LME en niños/as menores de 6 meses va en ascenso en relación al año anterior. Sin embargo, la prevalencia de LME promedio de niños/as disminuye a medida que aumenta su edad (47).

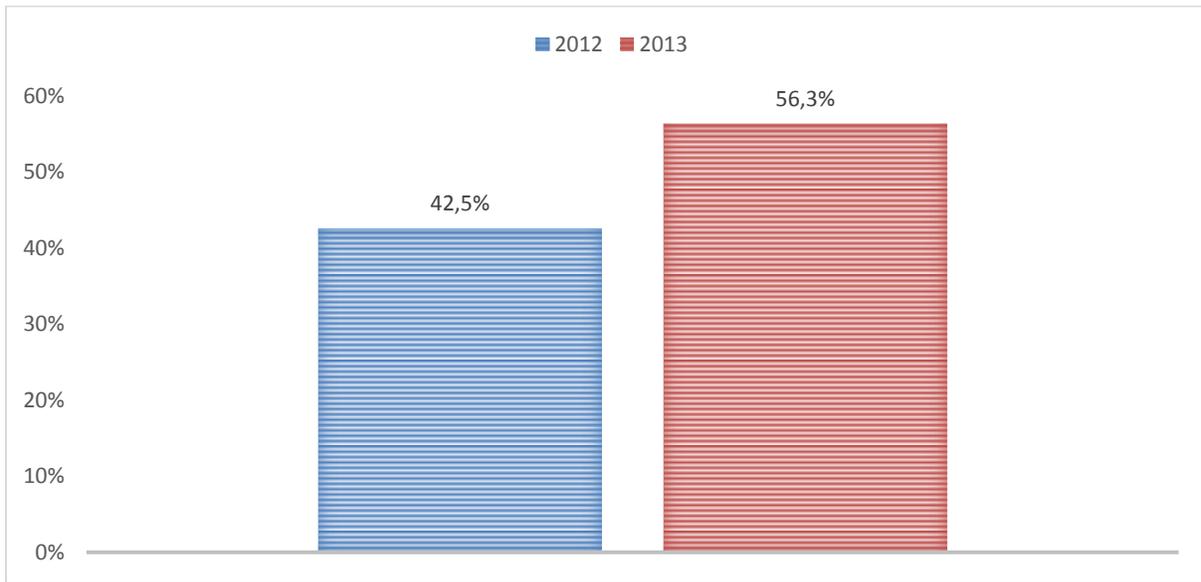
**Gráfico N°2: Prevalencia de LME en niños/as menores de 6 meses (2005-2011)**



Fuente: DEIS-Minsal, 2014.

El gráfico N° 2, muestra la evolución de la prevalencia de LME en menores de 6 meses en Chile, la cual presentó un aumento de un 9%, del 2005 al 2006, sin embargo disminuye en un 4% del 2006 al 2008 y del 2008 al 2009, para finalizar en una disminución de un 2% en los últimos años (55). El año 2005, la prevalencia de LME a los 6 meses fue de 46%, luego el 2006 aumentó 3 puntos porcentuales, llegando a 49%; el 2008 subió un punto porcentual alcanzando un 50%, al año siguiente bajó a 45%, el 2010 continuó bajando a 44% y el 2011 llegó a 41,1% (55).

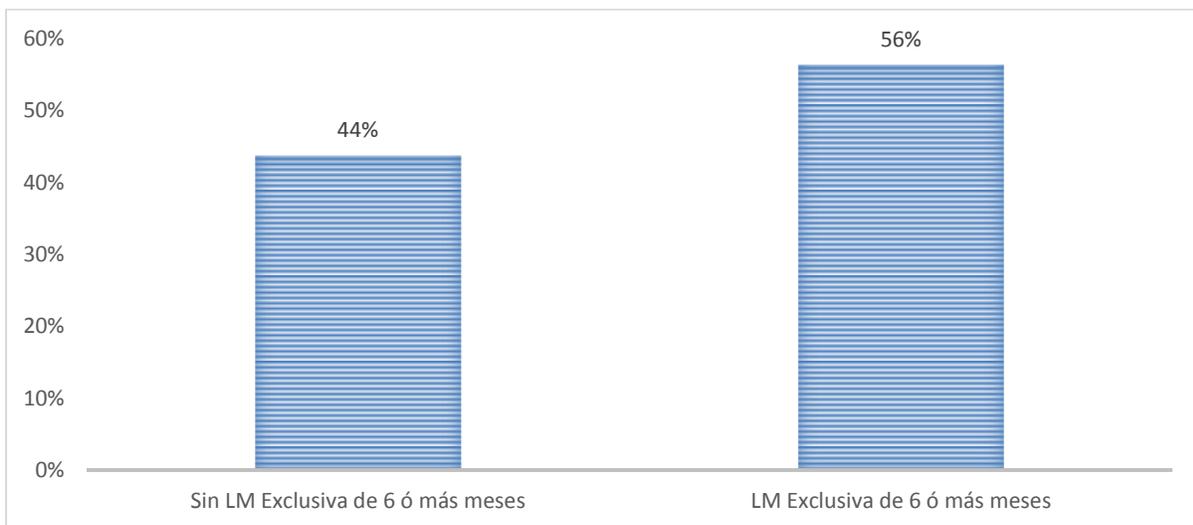
**Gráfico N°3: Prevalencia de LME en niños/as de 6 ó más meses (2012–2013)**



Fuente: Elaboración Propia a partir de los datos extraídos del DEIS-Minsal, 2014.

El Gráfico N°3, muestra que en 2012, la prevalencia LME en niños de 6 o más meses fue de 42,5% y la del 2013 fue de 56,3%, esta última cifra es más cercana a la meta de 60% establecida por el Minsal y que se podría explicar por la entrada en vigencia del llamado “postnatal de 6 meses”, (Ley 20.545) (54,55).

**Gráfico N°4: Prevalencia de LME de 6 o más meses, año 2013**



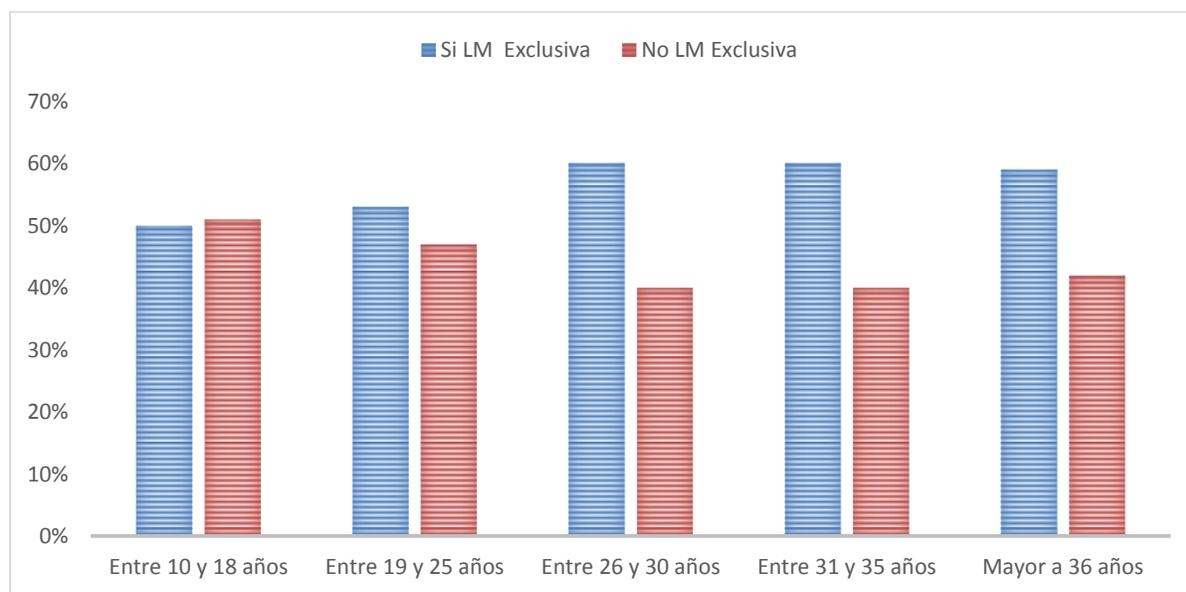
Fuente: Minsal. Sexta Encuesta Nacional de Lactancia Materna, 2014.

El gráfico N°4, muestra que el año 2013, la prevalencia nacional de LME en niños de 6 o más meses llegó a 56,3%, aún bajo la meta establecida de 60%, pero bastante cercana. Sin embargo y pese a la implementación del llamado “postnatal de seis meses” (Ley 20.545) todavía hay una alta prevalencia sin lactancia materna exclusiva (43,7%) (54).

a. Prevalencia de LME según características sociodemográficas de la madre

A continuación se presentan las principales características o factores sociodemográficos de las madres que participaron en la Sexta Encuesta Nacional de Lactancia Materna. Cabe señalar que es importante mencionar estos factores porque influyen en la prevalencia de lactancia materna exclusiva en niños/as de 6 o más meses.

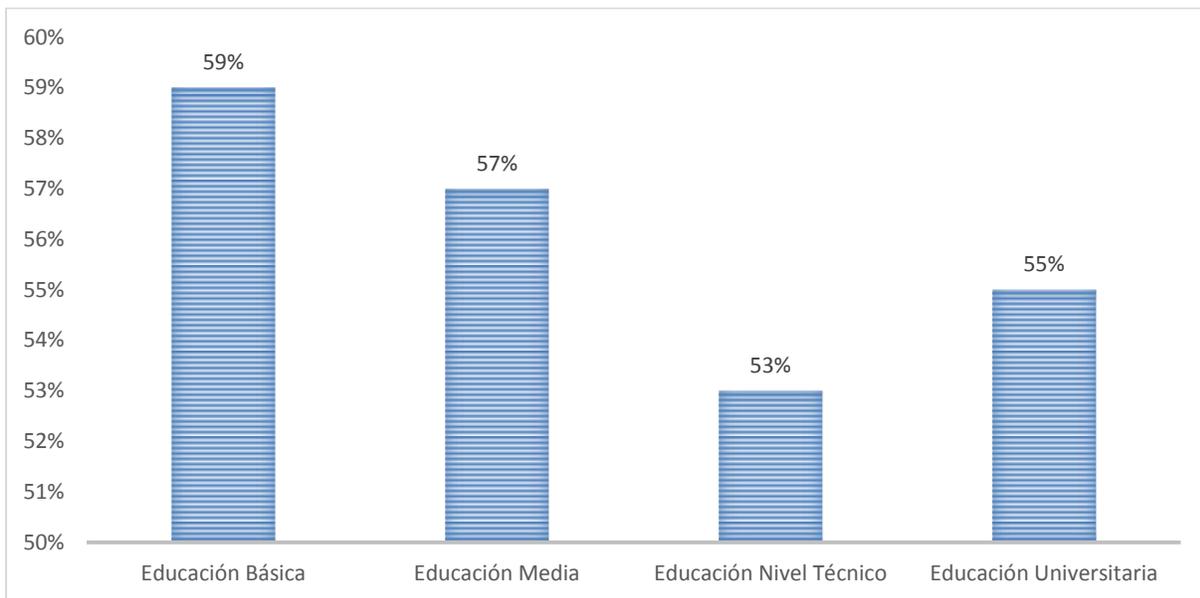
**Gráfico N°5: Prevalencia de LME a los 6 o más meses según grupo de edad de la madre, año 2013**



Fuente: Minsal. Sexta Encuesta Nacional de Lactancia Materna. 2014.

El gráfico N°5, muestra que, en relación a la edad de la madre la prevalencia de LME a los 6 o más meses es significativamente más alta en los grupos de 25 y más años, alcanzando un 59,1% en promedio, en comparación con el grupo de 24 años y menos que logra un 52,4% en promedio. El grupo cuya cifra es más alta se registra en mujeres de 31 a 35 años, con un 60,3% (54).

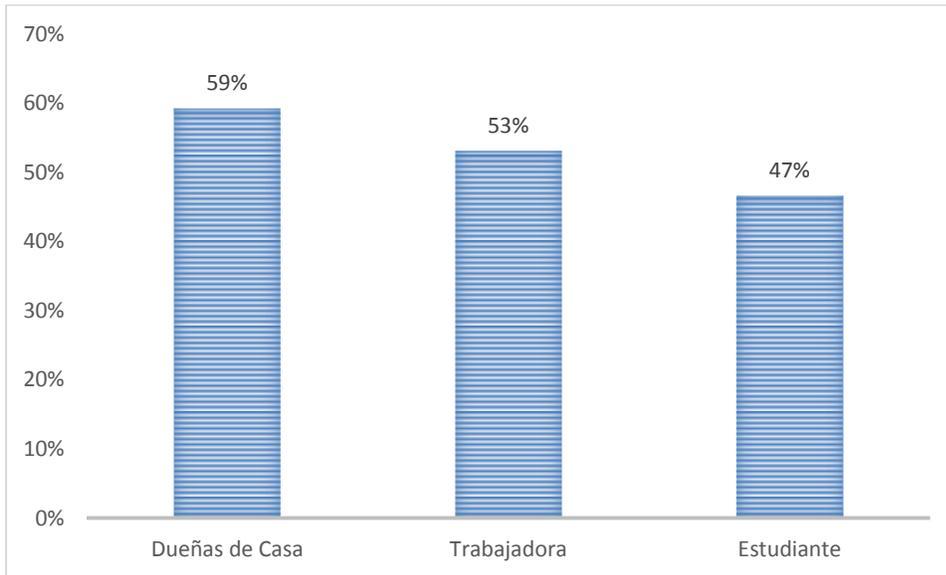
**GráficoN°6: Prevalencia de LME a los 6 o más meses según nivel educacional de la madre, 2013**



Fuente: Minsal. Sexta Encuesta Nacional de Lactancia Materna. 2014.

El gráfico N°6, muestra que respecto al nivel educacional de la madre, las mujeres con educación básica y media lograron una prevalencia de LME a los 6 o más meses de 57%, en comparación con el 53,8% de las madres con educación superior. Existe una gradiente inversa, en donde a menor nivel educacional, mayor probabilidad de amamantar por 6 o más meses al niño/a (54).

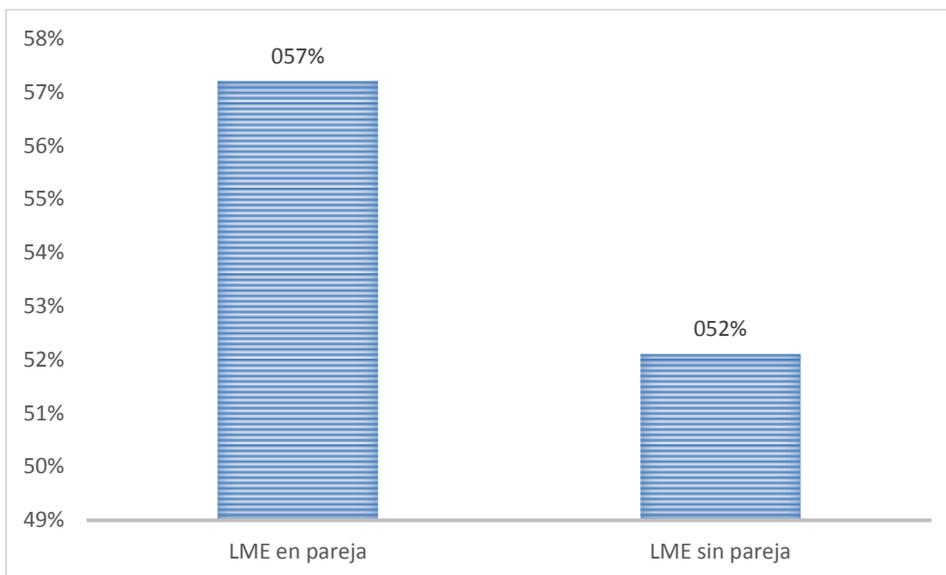
**Gráfico N°7: Prevalencia de LME a los 6 o más meses según ocupación de la madre 2013**



Fuente: Minsal. Sexta Encuesta Nacional de Lactancia Materna. 2014.

El gráfico N°7, muestra que respecto a la ocupación de la madre, se observa que las madres que aún estudian amamantan significativamente menos (46,6%), que las que trabajan (53,1%) y que las que son dueñas de casa (59,2%) (54).

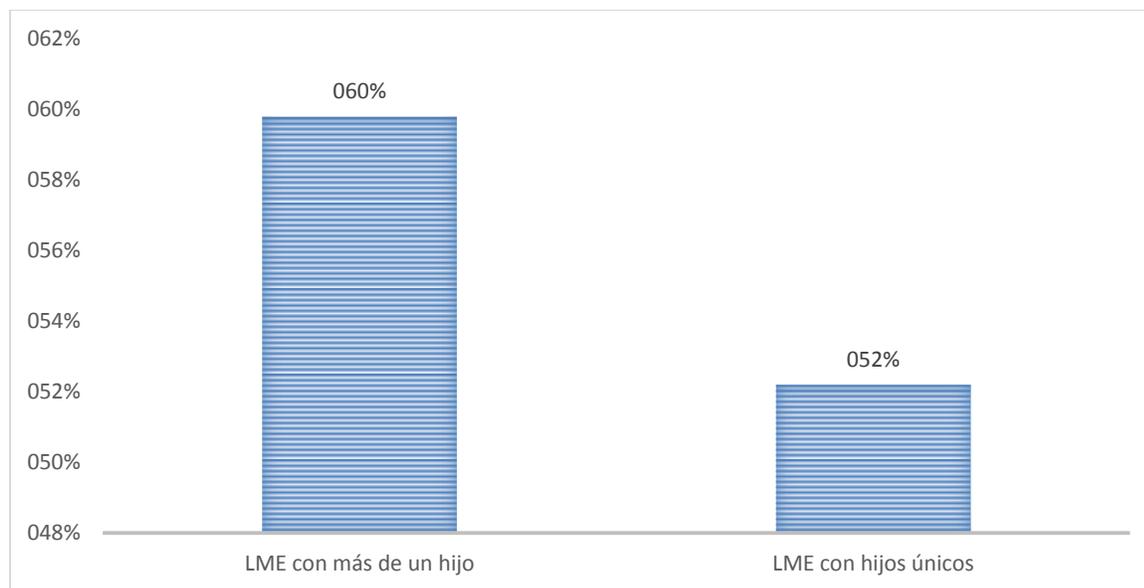
**Gráfico N°8: Prevalencia de LME a los 6 o más meses según relación de pareja de la madre 2013**



Fuente: Minsal. Sexta Encuesta Nacional de Lactancia Materna. 2014.

El gráfico N°8, muestra que en relación al entorno familiar, se observa que las madres con pareja tienen una prevalencia de LME a los 6 o más meses de 57,1%, en comparación a las que no tienen pareja, (52,1%). En ese sentido, se evidencia una asociación positiva entre pareja de la madre y lactancia materna (54).

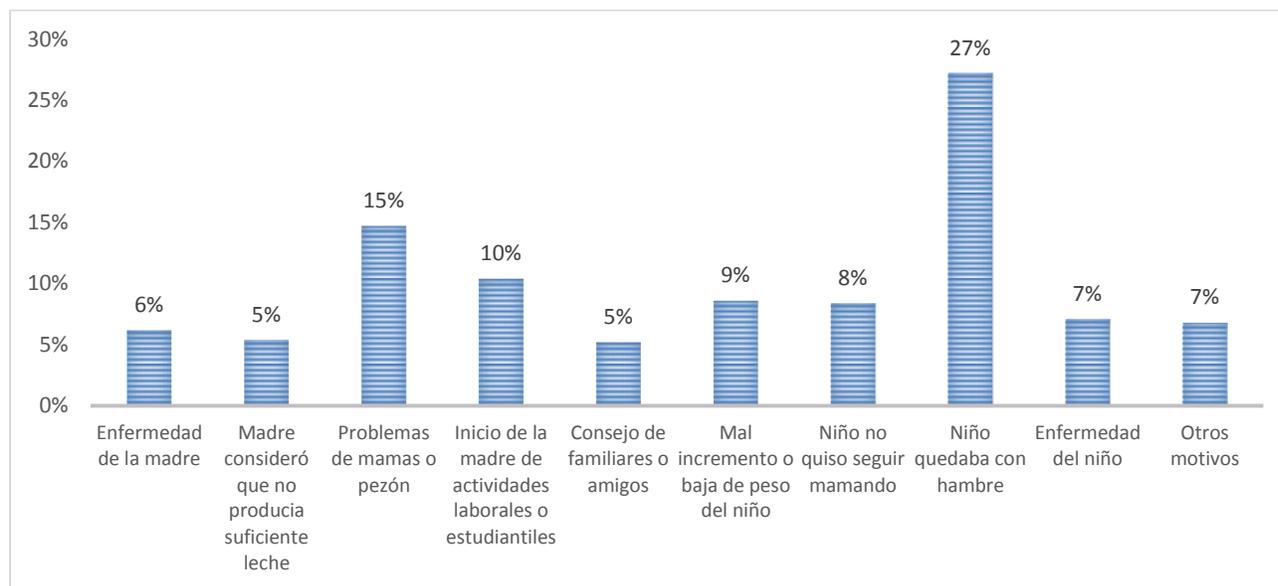
**Gráfico N°9: Prevalencia de LME a los 6 meses según paridad de la madre, 2013**



Fuente: Minsal. Sexta Encuesta Nacional de Lactancia Materna.2014

El gráfico N°9, muestra que respecto a la paridad, las madres múltiparas alcanzan una prevalencia de LME a los 6 o más meses de 59,8%, versus las primíparas (52,2%) (54).

**Gráfico N°10: Prevalencia de LME antes de los 6 meses, según motivo de cese, 2013**



Fuente: Minsal. Sexta Encuesta Nacional de Lactancia Materna. 2014.

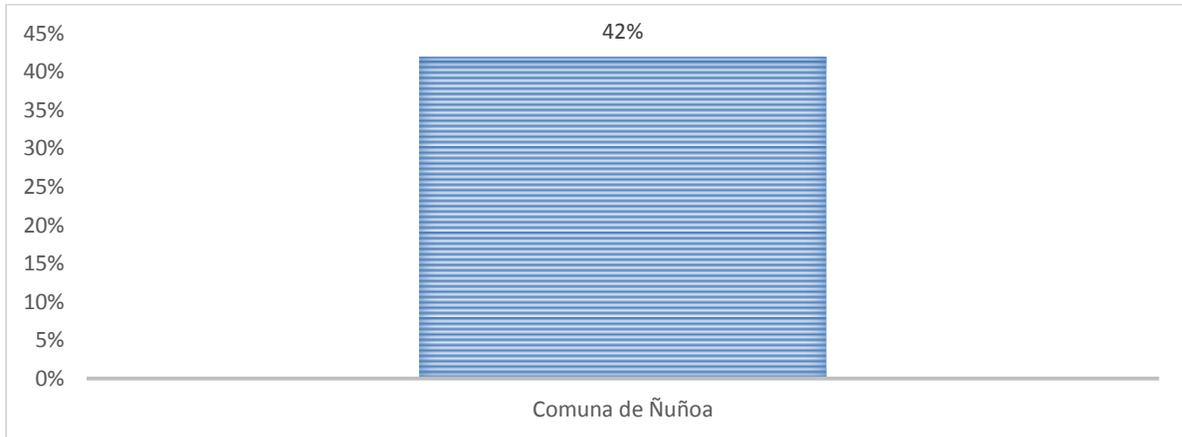
El gráfico N°10, muestra que las principales razones de las madres para abandonar la LME antes de los 6 meses fueron que el “niño quedaba con hambre”, (27,6%) y “problemas en el pezón”, (14,7%), ambas respuestas podrían considerar que la técnica de amamantamiento fue inadecuada, junto con la respuesta de “madre consideró que no producía suficiente leche”, (5,4%) (54).

#### b. Prevalencia de LME según zona geográfica

A continuación se presentan datos acerca de la LME por zona geográfica, considerando las áreas relevantes para este estudio. En este sentido, se tomaron en cuenta las estadísticas de salud de la Corporación Municipal de Desarrollo Social de la comuna de Ñuñoa; del grupo de Ñuñoa de La Liga de la Leche, y por último, de la Sexta Encuesta Nacional de Lactancia Materna, realizada por el Ministerio de Salud el año 2013.

#### 2.4.2.1. Prevalencia de LME en la comuna de Ñuñoa

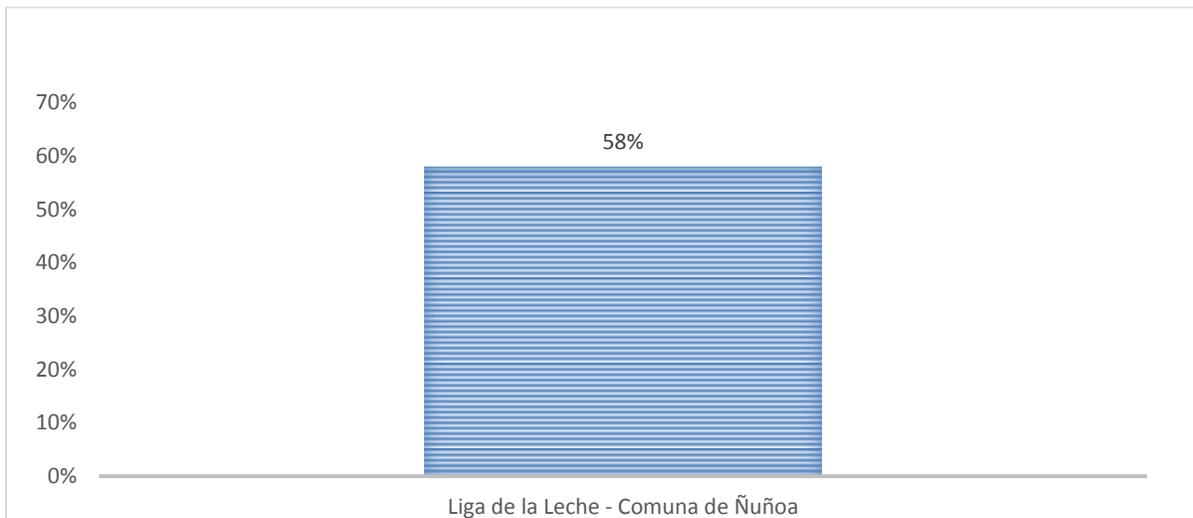
**Gráfico N°11: Prevalencia de lactancia materna exclusiva en niños/as de 6 o más meses, Comuna de Ñuñoa, 2013**



Fuente: Corporación Municipal de Desarrollo Social. 2014

El gráfico N°11, muestra que en la comuna de Ñuñoa la prevalencia de LME a los 6 o más meses es de 42%, cifra compuesta por las atenciones registradas en los CESFAM Rosita Renard Renard y Salvador Bustos, que es bastante baja en relación a la prevalencia promedio nacional de 56,3% (56).

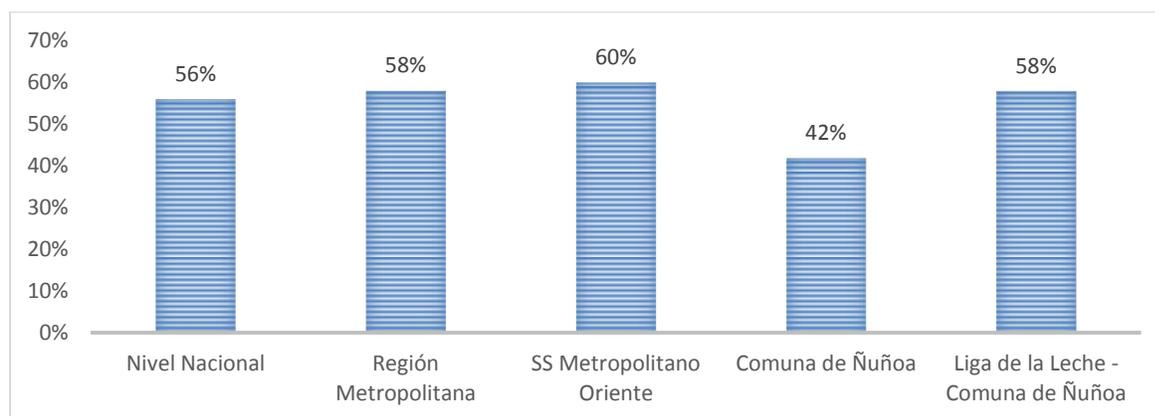
**Gráfico N°12: Prevalencia de lactancia materna exclusiva en niños/as de 6 o más meses del Grupo de Ñuñoa de La Liga de la Leche, 2013.**



Fuente: Grupo de Ñuñoa de La Liga de la Leche Chile. 2013.

El gráfico N°12, muestra que en el grupo de Ñuñoa de La Liga de la Leche, la prevalencia de LME a los 6 o más meses llegó al 58% y se consideró a las madres que asistieron a las reuniones durante enero a diciembre (57). Cabe señalar que la mayoría de las madres que asisten tienen niños/as menores de 6 meses o son madres gestantes.

**Gráfico N°13: Prevalencia de LME en niños/as de 6 o más meses según estadísticas geográficas locales, 2013**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la Sexta Encuesta Nacional de Lactancia Materna, estadísticas de la Corporación de Desarrollo Social de la comuna de Ñuñoa, y estadísticas del Grupo de Ñuñoa de La Liga de la Leche, 2013.

En el gráfico N°13, al comparar los distintos datos, se observa que la prevalencia de LME a los 6 o más meses del grupo de Ñuñoa de La Liga de la Leche es igual al de la Región Metropolitana, 2 puntos porcentuales sobre la prevalencia promedio nacional y 2 puntos porcentuales bajo la del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (54,56,57). Sin embargo, es bastante más alta que la de la Comuna de Ñuñoa (42%) y se acerca bastante a la meta de 60% establecida por el Minsal.

Se buscaron datos de clínicas privadas que es donde se atienden las madres pertenecientes a la muestra del grupo de Ñuñoa de La Liga de la Leche, pero no se encontraron, debido a que no se mide la prevalencia LME a los 6 meses en este tipo de recintos. Los establecimientos consultados directamente por la investigadora fueron las Clínicas: Indisa, Santa María, Alemana, Las Condes, Las Lilas y Red Salud UC Christus.

### 3. Teoría de la Motivación

La Psicología ha dado a la motivación la tarea de explicar las causas del comportamiento. Los seguidores de Freud y de Darwin han intentado describir la motivación en términos de causas y efectos, *“ya que era imposible definirla de otra forma, centrándose directamente en el término mismo, dada su intangibilidad, inmaterialidad, o su incapacidad de ser medida”* (58). La asociación causal (motivación) y efecto resultante (conducta) ha generado en el tiempo variadas definiciones psicológicas en que el concepto de motivación se desprende a partir de las conductas que lo explican (58).

#### 3.1 . Antecedentes históricos y evolución del concepto

Durante el siglo XX, la Psicología ha desarrollado múltiples teorías sobre la motivación humana y su estudio es el intento de revelar a qué obedecen todas las necesidades, deseos y actividades que experimentan las personas. Algunos psicólogos *“tratan de explicar la motivación desde los mecanismos fisiológicos, los cuales han derivado en importantes descubrimientos relacionados con el control de la acción del cerebro, en áreas como el hipotálamo, el sistema activador reticular y el sistema límbico”*. En cambio, otros buscan las determinantes de la acción en el comportamiento y la conducta (58). La evolución del concepto de motivación tiene sus hitos más relevantes marcados en diferentes periodos del siglo XX (58).

Entre los años 1920 y 1960, el tema de la motivación estuvo asociado a la investigación experimental en ámbitos, como la conducta motora, el instinto y el impulso. Por ello, la búsqueda estaba orientada a determinar qué es lo que conduce a un organismo a restaurar su estado de equilibrio basada en factores externos determinantes de la motivación, como los refuerzos (59).

Después de 1960, aparecieron las teorías cognitivas de la motivación, que estaban enfocadas en la experiencia consciente, el interés por la motivación del rendimiento y su importancia, junto con los logros personales en la vida (59).

Desde 1970 hasta hoy, ha habido una marcada tendencia por teorías cognitivas, en las que se enfatiza la importancia de algunos de sus elementos constitutivos, como el autoconcepto, entendido, como el *“conjunto de conceptos que se tienen acerca de uno mismo en términos de inteligencia, creatividad, intereses, aptitudes, rasgos conductuales, y apariencia personal”* (60), elemento central de las teorías motivacionales (59).

Enmarcándose en esta última etapa, Herrera, Ramírez, Roa y Herrera indican que *“la motivación es una de las claves explicativas más importantes de la conducta humana sobre el porqué del comportamiento”*. Es decir, *“la motivación representa lo que originariamente determina que la persona inicie una acción (activación), se dirija hacia un objetivo (dirección) y persista en alcanzarlo (mantenimiento)”*. Tras recopilar las opiniones de otros teóricos, estos autores formulan esta definición: *“Motivación es el proceso que explica el inicio, dirección, intensidad y perseverancia de la conducta encaminada hacia el logro de una meta, modulado por las percepciones que los sujetos tienen de sí mismos y por las tareas que tienen que enfrentar”* (59).

Siguiendo la misma lógica de estos autores, se infiere que debido a su compleja naturaleza, la motivación tiene una amplia relación con otros conceptos vinculados con la dirección y la intensidad de la conducta, como son el interés, la necesidad, el valor, la actitud y la aspiración, los cuales se explican a continuación:

- Interés se refiere a una atención selectiva.
- Necesidad implica carencia de algo que puede ser obtenido mediante una actividad.
- Valor implica una orientación hacia la meta o metas principales en la vida de la persona.
- Actitud: Posee tres componentes: el cognitivo, ideas o creencias acerca de algo o alguien; el emocional, sentimientos de agrado o desagrado y el conductual, que es una conducta relacionada con el objeto de la actitud.
- Aspiración se refiere a la expectativa de alcanzar un determinado nivel de logro.

El interés, la necesidad, el valor, la actitud y la aspiración dirigen la conducta y controlan la intensidad de ésta en la dirección señalada (59).

### 3.2. Perspectivas teóricas de la motivación

Respecto de la motivación existen tres perspectivas fundamentales: la conductista, la cognitiva y la humanista. La conductista enfatiza el papel de las recompensas en la motivación; la cognitiva se enfoca en el poder del pensamiento, y la humanista en las capacidades del ser humano para desarrollarse (61).

Cada perspectiva entrega importantes aportes que permiten comprender de forma más integral cómo opera el fenómeno de la motivación en el ser humano. Estas posturas teóricas se complementan, pues toman diferentes dimensiones del funcionamiento humano, considerando que las personas son seres con conductas, emociones, necesidades, pensamientos que se interrelacionan. A su vez, las teorías también se pueden clasificar en modelos explicativos que distinguen tres grandes categorías: modelo basado en los incentivos (Skinner) y modelos cognitivos (Vroom y Adams), modelos basados en la satisfacción de las necesidades (Maslow, Alderfer y McClelland) (62).

#### 3.2.1 Perspectiva conductista

Esta perspectiva alude a la motivación como causa principal de la conducta, indicando que *“las recompensas externas y los castigos son los elementos centrales y constitutivos de la motivación de las personas”*. *“Las recompensas son eventos positivos o negativos que pueden motivar el comportamiento”*. Así los que están de acuerdo con el uso de incentivos resaltan que agregan interés y motivación a la conducta, dirigen la atención hacia comportamientos adecuados y las distancian de aquellos considerados inapropiados (61).

Desde el punto de vista conductual, la motivación extrínseca y la intrínseca juegan un rol fundamental para explicar la conducta de las personas.

### 3.2.1.1. Motivación extrínseca

La motivación extrínseca se refiere a situaciones donde la persona se implica, en actividades con fines instrumentales o ambientales externos a la actividad misma, como podría ser obtener una recompensa (63). Las causas primordiales de la conducta se encuentran fuera de la persona (64).

La perspectiva conductual resalta la importancia de la motivación extrínseca. Esta motivación incluye incentivos externos, como las recompensas y los castigos. *“Una recompensa es un objeto ambiental atractivo que se da después de una secuencia de conducta y aumenta las probabilidades de que esa conducta se vuelva a dar”*. Por otra parte, *“un castigo es un objeto ambiental no atractivo que se da después de una secuencia de comportamiento y que reduce las probabilidades de que esa conducta se vuelva a dar”* (64).

### 3.2.1.2. Motivación intrínseca

La motivación intrínseca se refiere a aquellas situaciones donde la persona realiza actividades por el gusto de hacerlas, independientemente de si obtiene o no reconocimiento. (63). A este tipo de motivación, Bandura llama interés intrínseco, ya que emerge espontáneamente por tendencias internas y necesidades psicológicas que motivan la conducta (64). Así cuando las personas realizan actividades para satisfacer necesidades de causa personal (autodeterminación), efectividad o curiosidad actúan por motivación intrínseca (64). *“Las necesidades psicológicas adquieren un papel principal cuando se comprende al ser humano como un individuo que busca dominar su entorno y actuar en consecuencia con competencia y autodeterminación, sintiendo emociones positivas, como el interés y el placer”*(64).

De forma diferente, la perspectiva humanista y cognitiva centran la importancia de la motivación intrínseca al logro. La motivación intrínseca se fundamenta en factores internos como la autodeterminación, la curiosidad, el desafío y el esfuerzo (61).

### 3.2.2 Perspectiva cognitiva

Las teorías cognitivas se enfocan en los pensamientos o procesos mentales como causales internas que desencadenan la acción (64). El sistema cognitivo es el que recibe y envía la información a los sistemas: afectivo, comportamental y fisiológico, regulando el comportamiento de éstos y poniendo en marcha o inhibiendo ciertas respuestas en función del significado que le da a la información disponible. Así, *“las ideas, creencias y opiniones que tenga la persona sobre sí y sobre sus habilidades determinan el tipo y la duración del esfuerzo que realiza y, por tanto, el resultado de acciones, es decir, los pensamientos son los que guían la motivación”* (63).

Entre estas teorías se destacan: Teoría de las expectativas de Vroom, Teoría de la equidad de Stacey Adams y el Modelo de fijación de metas de Edwin Locke.

### 3.2.3 Perspectiva humanista

Esta perspectiva enfatiza la capacidad de la persona para lograr su crecimiento, sus características positivas y la libertad para elegir su destino. Se destacan la teoría de las necesidades de Maslow, la Teoría de Existencia, Relación y Crecimiento de Alderfer y la Teoría de las Necesidades de McClelland.

En el desarrollo de esta investigación se tomará en cuenta principalmente la teoría de Alderfer, basada en la Teoría de las Necesidades de Maslow, las cuales se explican a continuación.

#### 3.2.3.1. Teoría de las Necesidades de Maslow

Dentro de esta perspectiva se ubica la teoría de las necesidades, siendo una de las más conocidas, la de las jerarquías de las necesidades de Abraham H. Maslow (1943), quien ordenó las necesidades humanas según prioridad. Esto supone que sólo cuando las primarias estén cubiertas se puede ascender a las superiores, como también que una vez satisfechas las necesidades dejan de fungir como motivadores (61). A continuación se presentan en orden:

Necesidades fisiológicas: como seres biológicos, las personas experimentan necesidades básicas para la sobrevivencia, como son el hambre, la sed, el abrigo y el descanso, entre otras (65).

Necesidades de seguridad: son aquellas que conducen a la persona a evitar riesgos físicos, lograr estabilidad, organizar y estructurar el entorno, asegurando así la sobrevivencia (65).

Necesidades de amor y pertenencia (sociales): las personas como seres sociales, experimentan la necesidad de relacionarse con los demás, de ser aceptados y de pertenecer a un grupo. Aluden a lo afectivo, la pertenencia y la participación social (65).

Necesidades de estima: tiene relación con el hecho de sentirse bien con sí mismo, de sentirse un ser digno, con prestigio. Todas las personas tienen necesidad de una buena valoración de sí mismas, de respeto y de una autoestima positiva, que también implica la estima de los demás. (65).

Necesidades de autorrealización: son conocidas como necesidades de crecimiento, de realización del potencial propio, de poder lograr lo que la persona quiere. Se relacionan con la autoestima y destacan la autonomía, la independencia y el autocontrol (65).

### 3.2.3.2. Teoría de Existencia, Relación y Crecimiento de Alderfer

Esta teoría fue creada por Clayton Alderfer y se basa en la de Maslow, donde clasifica las necesidades en tres categorías:

Existencia: son aquellas necesidades materiales y básicas que se satisfacen mediante factores externos y corresponden a las necesidades fisiológicas y de seguridad de Maslow (66).

Relación: son aquellas necesidades que para su satisfacción requieren de las relaciones interpersonales o vínculos de importancia y de la pertenencia de un grupo. Corresponden a las necesidades sociales y de estima de Maslow (66).

Crecimiento: son las necesidades de desarrollo personal que se satisfacen cuando la persona logra objetivos importantes para su proyecto de vida e incluyen el reconocimiento, la estima y la autorrealización de Maslow (66).

Pese a que Alderfer basó su teoría en la de Maslow, critica algunos aspectos, pues considera que es posible que estén activas dos o más necesidades simultáneamente. Además indica que hay un movimiento ascendente en el modelo piramidal que llama satisfacción progresiva, y otro descendente que denomina frustración regresiva. Es decir, si alguien se frustra por no satisfacer ciertas necesidades, retrocederá para satisfacer las inferiores (66).

### 3.3. Motivaciones en Lactancia Materna

Dentro del encuadre teórico del presente estudio, es necesario considerar investigaciones actuales que tengan un objetivo similar a la temática tratada. En este sentido y según la Teoría de la Motivación de Alderfer, se entiende que la principal motivación del ser humano es satisfacer sus necesidades, las que se jerarquizan, pudiendo existir en el mismo orden de importancia necesidades de existencia, relación y crecimiento, que dan forma al accionar de cada individuo. Por lo mismo, al referirse a la motivación, como forma de satisfacer necesidades, se desprende que las madres de lactantes que desean concretar una Lactancia Materna Exclusiva, pese a las dificultades que tengan para poder hacerlo, es porque sienten la responsabilidad de satisfacer las necesidades fisiológicas, tanto del lactante, como las propias (67). Asimismo, brindar seguridad y apego. También se pueden reconocer las otras dos categorías de necesidades de Alderfer en las posibles motivaciones de las madres, y el movimiento ascendente y descendente en relación a la satisfacción de necesidades, donde podrá existir satisfacción progresiva y frustración regresiva, dependiendo de las circunstancias de cada madre.

Tomando en cuenta un estudio llamado: Motivaciones de la madre para amamantar: una experiencia a partir de la capacidad de escuchar, *“el éxito de la lactancia materna depende, en gran parte, de la motivación que tenga la madre para llevarla a cabo, otro tanto de su autoconfianza para efectuar el proceso, y en gran medida del asesoramiento e información que reciba durante el embarazo y sobre todo en el puerperio inmediato”* (67). Considerando que este periodo comprende alrededor de 6 a 8 semanas para que el cuerpo de la madre vuelva al período pregestacional, donde confluyen muchos factores de cambio, a nivel emocional y físico en la madre. En este sentido, *“el período de puerperio inmediato es particularmente crítico y requiere gran apoyo y acompañamiento del personal de salud.”* (67). Principalmente, esto se justifica en que, por ejemplo, las madres primerizas, en su mayoría, no se encuentran confiadas ni cuentan con los conocimientos necesarios para empoderarse de su rol. Según el estudio aludido, *“varios son los eventos que provocan en la madre la decisión, plenamente volitiva, de amamantar al hijo: el contacto piel a piel al momento del nacimiento, el tiempo de espera hasta el arrastre al pecho, el alojamiento conjunto, la*

*primera lactación con asesoría en buena posición y signos de buen agarre, pero sobre todo, la decisión la logra el neonato con las sensaciones placenteras que despierta en su madre” (67).*

Por otro lado, la lactancia materna también ejerce un papel preponderante en este período desde la perspectiva psicológica de la madre, ya que aumenta su autoestima al verse imprescindible en la vida de otro ser humano. Esto lo constata un estudio realizado por la UNICEF, donde señala que la lactancia materna “se asocia a sentimientos de logro y satisfacción personal, aumento de la autoestima y aprobación social por el desempeño de la madre. (...) Como lo expresaron mujeres entrevistadas durante un programa de fomento de la lactancia: “Yo creía que no valía nada, que no sabía nada. Al aprender que era tan importante para el niño, empecé a valorarme yo también”, “Ahora sé algo que no sabía, que puedo aprender y hacer algo bien” (68).

Asimismo, tomando en cuenta los estudios sobre el tema, como se ha constatado, la motivación de la madre puede traer grandes beneficios tanto para su salud integral como la del lactante, también se puede ver mermada por inconvenientes de distinta índole, “como el gran tiempo y dedicación que esta actividad le demanda, el cansancio muscular de la espalda, la falta de un sueño nocturno continuo, la entrega absoluta y la negación de sus propias necesidades” (69). Estas dificultades pueden soslayarse a través de distintas medidas, pero donde el factor común para considerarlas es la motivación. En este sentido, la madre “inicia entonces un proceso, consciente e inconsciente, de empoderamiento hacia el acto de lactar y valiéndose de las repercusiones visibles de la lactancia en el hijo, llega a “producir” una decisión que desemboca efectivamente en la lactancia materna” (69).

Finalmente, a partir de la literatura revisada, podemos concluir que las madres tienen motivaciones instintivas al momento amamantar a sus hijos/as, pero las que al llegar a un estado consciente pueden generar reacciones diversas, que pueden ser reivindicadas o potenciadas a través de la importancia que le concedan, teniendo en cuenta los inconvenientes físicos y psicológicos que pueda conllevar la práctica, la conexión que posea con el lactante, como también con el conocimiento teórico acerca de los beneficios que se obtienen con Lactancia Materna Exclusiva.

## 4. Definiciones Conceptuales

### **Motivación:**

Para fines de esta investigación, se entenderá motivación como un *“proceso que explica el inicio, dirección, intensidad y perseverancia de la conducta encaminada hacia el logro de una meta, modulado por las percepciones que los sujetos tienen de sí mismos, y por las tareas que tienen que enfrentar”* (59).

### **Lactante:**

Bebé que se alimenta de leche materna o que está en edad de amamantar. Niño/a mayor de 28 días de vida hasta los 2 años de edad. Este periodo a su vez puede dividirse en dos subperiodos. Lactante Menor: desde los 29 días de nacido hasta los 12 meses de edad. Lactante Mayor: desde los 12 meses de edad hasta los 24 meses de edad (70).

### **Lactancia Materna Exclusiva:**

Alimentación definida por la OMS como lactancia materna a partir del nacimiento y durante los seis primeros meses de vida; no considera ningún otro líquido o sólido, salvo vitaminas, minerales (gotas o jarabes) o medicamentos (2,11,47).

### **Lactancia Materna Ineficaz:**

La Lactancia materna ineficaz tiene como características definitorias los siguientes signos: Insatisfacción en el proceso de amamantamiento, inadecuación real o subjetiva de la secreción láctea, vaciado insuficiente de las mamas en cada toma, el lactante se muestra incapaz de coger correctamente el pecho materno, falta de signos de liberación de la oxitocina, falta de continuidad en la succión, insuficiente oportunidad de succionar los pechos, arqueamiento y llanto del lactante al ponerlo a mamar, agitación y llanto del bebé dentro de la primera hora y signos de aporte inadecuado para el lactante (71). Se entenderá como lactancia materna eficaz a aquella que carece de todas o la mayoría de las características antes mencionadas.

### III. Objetivos de la Investigación

#### 1. Objetivo General:

Comprender<sup>1</sup> las motivaciones de las madres de lactantes menores de 6 meses que asisten a La Liga de la Leche de Ñuñoa para ejercer una lactancia materna exclusiva eficaz.

#### 2. Objetivos Específicos:

- Caracterizar según factores sociodemográficos a las madres de lactantes menores de 6 meses que asisten a La Liga de la Leche de Ñuñoa.
- Identificar y describir las motivaciones que tienen las madres de lactantes menores de 6 meses para asistir a La Liga de la Leche de Ñuñoa.

#### 3. Pregunta de investigación:

¿Qué motiva a las madres de lactantes menores de 6 meses a asistir a La Liga de Leche de Ñuñoa para ejercer una lactancia materna exclusiva eficaz?

---

<sup>1</sup> Para efectos de la investigación se recogerá la noción de comprender como un proceso de construcción de significados a partir de la sistematización de una información (72).

#### 4. Justificación

La presente investigación sistematizó las motivaciones de estas madres para acudir a esta organización. Se considera lo anterior como algo importante, puesto que podría ser un aporte al comprender, de manera más específica, esta temática poco investigada, que relaciona factores sociodemográficos, fisiológicos, psicológicos y del entorno, por lo que puede considerarse como un elemento decisivo para la práctica eficaz de la LME. A su vez, se pretende generar nuevos conocimientos, que permitan complementar las investigaciones ya realizadas, como también proponer parámetros para investigaciones futuras que se relacionen con la temática tratada.

## IV. Metodología

### 1. Tipo de Estudio:

La investigación se llevó a cabo bajo un enfoque cualitativo porque permite tener una *“visión holística del fenómeno a estudiar, penetrando profundamente en la complejidad del hecho social a investigar”*, (73) y trabaja con pocos casos para profundizar el significado del objeto de estudio (74).

El estudio fue de tipo descriptivo, fenomenológico porque documentó el fenómeno de las motivaciones para ejercer una lactancia materna exclusiva eficaz en las madres que asisten a las reuniones del grupo de Ñuñoa de La Liga de la Leche.

### 2. Población de estudio

#### 2.1. Universo:

El Universo fue de 78 madres que asistieron a las reuniones del grupo de Ñuñoa de La Liga de la Leche durante el periodo de Enero a Diciembre del año 2014. El grupo lo componen madres previamente inscritas que asisten mensualmente y madres que asisten por primera vez a las reuniones del grupo de Ñuñoa de La Liga de la Leche.

#### 2.2. Muestra y criterios de inclusión

En esta investigación, se usó una muestra de 16 madres de lactantes menores de 6 meses que acudieron mensualmente a las reuniones que realiza La Liga de la Leche en la comuna de Ñuñoa, las cuales además, fueron escogidas en función de perfiles previamente definidos, que se mencionarán más adelante.

El presente estudio se realizó a través de un muestro teórico, pues, se escogió a las entrevistadas bajo el criterio de que éstas son quienes mejor responderían a la pregunta de investigación. Se consideró pertinente el uso del muestreo teórico porque permite encontrar aquellas categorías de personas o sucesos que el investigador desea estudiar más en profundidad, qué grupos analizar, dónde y cuándo encontrarlos y qué datos solicitar de ellos (73). Este muestreo terminará cuando deje de aparecer nueva información, y se alcance el nivel de saturación (73).

### 2.3. Perfiles

Para delimitar la población de estudio se consideró como criterio de inclusión el que se tratasen de madres de lactantes menores de 6 meses<sup>2</sup> que asisten mensualmente a reuniones que realiza La Liga de la Leche en Ñuñoa. A lo anterior, se agregó como criterios de distribución de la muestra lo siguiente:

- a. Distribución equitativa entre madres primíparas y madres multíparas.
- b. Distribución equitativa entre madres que trabajan remuneradamente fuera del hogar y madres que trabajan dentro del hogar.
- c. Distribución equitativa entre madres con pareja y madres sin pareja.

---

<sup>2</sup>.Se escogió este corte a los 6 meses, debido a que la OMS recomienda que todos los niños reciban Lactancia Materna Exclusiva (LME) a partir del nacimiento y durante los primeros 6 meses de vida.

Quedando la distribución de la muestra graficada en la siguiente tabla:

**Tabla N°1: Distribución de la muestra según perfiles**

<b>Criterio Distribución "a"</b>	<b>Criterio Distribución "b"</b>	<b>Criterio Distribución "c"</b>	<b>Muestra</b>
Primípara (PP)	Trabaja fuera (TF)	Con pareja (CP)	Madre 1
			Madre 2
	Trabaja dentro (TD)	Con pareja (CP)	Madre 3
			Madre 4
	Trabaja fuera (TF)	Sin pareja (SP)	Madre 5
			Madre 6
	Trabaja dentro (TD)	Sin Pareja (SP)	Madre 7
			Madre 8
Multípara (MP)	Trabaja fuera (TF)	Con Pareja (CP)	Madre 9
			Madre 10
	Trabaja dentro (TD)	Con Pareja (CP)	Madre 11
			Madre 12
	Trabaja fuera (TF)	Sin Pareja (SP)	Madre 13
			Madre 14
	Trabaja dentro (TD)	Sin Pareja (SP)	Madre 15
			Madre 16

Se eligieron estas características del perfil porque, según reporta la literatura, la paridad, la actividad laboral y el entorno familiar, principalmente el tener o no pareja influyen en la práctica de LME. Además cada una de las entrevistas se identificó con un número y también con dos letras, a modo de sigla, se asignó a cada una las características de cada perfil para resguardar la privacidad de la entrevistada.

La entrevista se realizó a un total de 16 madres, estableciéndose además, el criterio de dejar de realizar la entrevista al llegar al punto de saturación para evitar que los datos se repitan y dejen de aportar información nueva (73).

## 2.4. Recolección de datos

La recolección de datos se realizó a través de:

**Entrevistas Semiestructuradas:** entrevistas realizadas de forma individual y de tipo semiestructuradas en base a un diseño realizado a priori en función de los objetivos de la presente investigación (Ver Anexo 2). Esta técnica permite que un individuo transmita oralmente al entrevistador su definición personal de la situación (73). Y permite acotar en una guía los temas que se quieren consultar y así hacer más precisa la recolección de información. En las entrevistas semiestructuradas se explora un tema mediante preguntas, las que son formuladas a partir de una guía temática que recoge los aspectos que quieren ser explorados (74).

**Revisión Documental:** revisión de documentos e información en relación al tema, con el propósito de propiciar la consideración del panorama general y particular donde se emplaza el problema de investigación.

## 3. Plan de Análisis de Datos:

### 3.1. Categorías y Subcategorías:

Tomando en cuenta los objetivos y la metodología propuesta, se analizaron los resultados de cada categoría y subcategoría, lo que permitió operacionalizar y clasificar los datos, como también demostrar la homogeneidad o heterogeneidad de las respuestas que se enmarcan dentro de una misma categoría o subcategoría. Luego, se depuraron, resumieron y analizaron estos resultados, considerando temas generales, permitiendo la conexión entre más de una categoría o subcategoría, además de incluir características del perfil de cada madre que pueden influir en las distintas situaciones que se describen en la entrevista. La tabla con las categorías y subcategorías de análisis de presenta a continuación:

Tabla N°2: Categorías y subcategorías de análisis

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
1. Beneficios de la Lactancia Materna	
2. Influencia del entorno familiar y social en el ejercicio de la Lactancia	2.1. El ejercicio de la Lactancia Materna
	2.2. Apoyo Familiar
3. Fuentes de información habituales en relación a la Lactancia	
4. Necesidad de apoyo y pertenencia a un grupo	4.1. Asistencia a La Liga de la Leche
	4.2. El rol de la Líder en La Liga de la Leche
5. Trabajo y Lactancia	
6. Atención, información y apoyo en los Centros de Salud	6.1. Falta de orientación en Centros de Salud
	6.2. Contradicción entre el discurso y la práctica en relación a la Lactancia Materna

### 3.2. Tipo de análisis:

Se utilizó el Análisis de Contenido porque permite reducir, categorizar, clarificar, sintetizar y comparar la información con el fin de obtener una visión lo más completa posible del objeto de estudio (74). Considerando esta modalidad, se tomaron todas las respuestas a los temas señalados en forma individual, luego se desglosaron y describieron para clasificarlas. Se utilizó la forma manual, debido a que la muestra y el volumen de los datos fue más bien pequeño. Las grabaciones de las entrevistas se transcribieron en forma completa.

El tratamiento de la información recopilada en entrevistas se analizó según el procedimiento de codificación, donde se conceptualiza y clasifica la información obtenida en las entrevistas a través de categorías. Éstas se presentan con extractos representativos de citas de cada entrevistada, más las subcategorías que aparecen como propiedades de las categorías y que también se expresan con extractos de las entrevistas.

### 3.3. Criterios de Calidad

Existen 4 criterios de calidad, de rigor o de excelencia en la investigación cualitativa. Estos son: credibilidad, transferibilidad, dependencia, confirmabilidad.

**Credibilidad.** En lugar de la validez interna, mira al valor de la verdad de la investigación (73). Este criterio expresa el grado en que los resultados reflejan la situación o fenómeno social estudiado (74).

En este estudio se utilizó la técnica de triangulación de otro investigador (profesor guía) en la fase final de análisis de los resultados, contrastado con los objetivos del estudio a fin de verificar su consistencia.

**Transferibilidad:** en lugar de la validez externa mira a la aplicabilidad de los resultados (73). Es el grado de aplicación de los resultados obtenidos en una investigación dada, a otros contextos o escenarios (74).

En este estudio se utilizó la técnica de muestreo teórico, ya que busca maximizar en el objeto y la amplitud de la información recogida y con ello comparar distintos contextos (73). El muestreo teórico con su selección de perfiles previamente definidos permitió llegar a mejores resultados. De esta forma se logrará aplicar este tipo de muestra en otros contextos para obtener resultados similares.

**Dependencia:** en lugar de la fiabilidad mira a la consistencia de los datos (73). Se refiere a la estabilidad de los datos. Es decir, si al repetir la investigación se obtienen resultados semejantes (74). En este estudio se utilizó la técnica de auditoría de dependencia (73): el proceso fue seguido y examinado por un investigador externo (profesor guía) para determinar si los procesos de investigación seguidos corresponden a los de una práctica profesional aceptable.

**Confirmabilidad:** en lugar de la objetividad, se refiere al problema de la neutralidad (73). Se trata de tener en cuenta cómo el proceso y el investigador han influido sobre los resultados (74). En este sentido, la motivación principal de la investigadora radicó en sistematizar y explicitar nuevos conocimientos en torno a esta temática, puesto que revistió un interés especial en ella, dada su reciente maternidad.

#### 3.4. Aspectos éticos:

**Consentimiento informado:** se solicitó un consentimiento informado a cada madre entrevistada para asegurar que la investigación fuera compatible con sus valores, intereses y preferencias para así poder incluirlas en la muestra. De esta forma, pudieron decidir libre y voluntariamente participar en la investigación, una vez explicado el propósito y los objetivos del estudio. Este consentimiento fue entregado previo a cada entrevista (Ver Anexo 1).

**Confidencialidad:** para respetar la confidencialidad de las entrevistadas se resguardó su identidad (sólo conocida por la investigadora), con un código previamente definido y que estuvo acorde a los perfiles seleccionados en la muestra.

Esta investigación no implicó ningún riesgo para las entrevistadas, muy por el contrario se consideró beneficiosa porque los conocimientos obtenidos de los resultados serán de gran utilidad, en primer lugar para las madres que acuden al grupo de Ñuñoa de La Liga de la Leche, y en segundo lugar, para La Liga de la Leche Chile, ya que podrán aportar información que permita mejorar la educación sobre LME.

### 3.5. Limitaciones del estudio:

La principal limitación del estudio fue que las 16 madres entrevistadas de la muestra pertenecen al sector privado de salud. Por lo tanto, reflejaron una realidad distinta en torno a la práctica de lactancia que las mujeres del sector público de salud, que fue de donde se obtuvieron los datos estadísticos. No se encontraron datos de clínicas privadas que son los establecimientos donde se atienden las madres pertenecientes a la muestra del grupo de Ñuñoa de La Liga de la Leche, debido a que no se mide la prevalencia LME a los 6 meses en este tipo de recintos. Los establecimientos consultados directamente por la investigadora fueron las Clínicas: Indisa, Santa María, Alemana, Las Condes, Las Lilas y Red Salud UC Christus.

## V. Resultados

El presente capítulo expone y analiza los datos recogidos de las entrevistas realizadas, en el marco de la presente investigación, a una muestra de 16 madres que asistieron mensualmente a las reuniones de La Liga de la Leche de Ñuñoa durante el periodo Enero a Diciembre de 2014.

### a. Caracterización de las madres

La caracterización sociodemográfica de las madres que asisten a La Liga de la Leche de Ñuñoa, y que se encontraban ejerciendo la Lactancia Materna Exclusiva (LME), busca entregar una mirada general que permita contextualizar los resultados y su análisis en esta investigación. Esta caracterización se realizó con información de diversas fuentes (ficha de entrevista semiestructurada, anexo 2; observación general de la investigadora durante la entrevista y resultados del análisis) donde se tomó en cuenta la Paridad, el Rango Etario, el Nivel Educativo, Empleo, Sistema de Salud, Pertenencia a un grupo socioeconómico, Entorno familiar y social y Compromiso con la lactancia. En este sentido, las madres que asisten a las reuniones del grupo de Ñuñoa, y que fueron parte de la muestra poseen las siguientes características:

**-Paridad:** Las madres que asisten a La Liga de la Leche de Ñuñoa son primíparas y multíparas. En el caso de la muestra, las multíparas, a diferencia de las primíparas, están más empoderadas y tienen más confianza en la práctica de LME, ya que poseen más experiencia y conocimiento en el tema.

**-Rango Etario:** Las madres que asisten a la Liga de la Leche de Ñuñoa tienen entre 25 y 35 años. En el caso de la muestra, la mayoría tiene entre 29 y 35 años, (a excepción de un caso, de 25 años).

**-Nivel Educativo:** La mayoría de las madres asistentes a La Liga de la Leche de Ñuñoa son profesionales, con educación universitaria completa. En el caso de la muestra se exceptúa a una, que tiene Educación Media Completa.).

**-Empleo:** Las madres que asisten a La Liga de la Leche de Ñuñoa, en su mayoría tienen educación universitaria completa. Hay un grupo que trabaja fuera del hogar a jornada completa y se encontraba ejerciendo el postnatal al momento de la entrevista. Hay otro grupo que trabaja dentro del hogar, cuidando a los niños/as y realizando labores domésticas.

**-Pertenencia al Sistema de Salud:** Las madres que asisten a las reuniones del grupo de Ñuñoa de La Liga de la Leche son usuarias del sistema privado de salud, y afiliadas a isapres. En su mayoría, se atienden en centros médicos y clínicas privadas y tuvieron sus partos en clínicas del sector oriente de la capital, principalmente de las comunas de Providencia y las Condes. Las aludidas por las entrevistadas fueron las Clínicas: Indisa, Santa María, Alemana, Las Condes, Las Lilas y Red Salud UC Christus.

**-Pertenencia a un grupo socioeconómico:** Las madres que asisten a La Liga de la Leche de Ñuñoa tienen un nivel socioeconómico medio alto o pertenecen a la clase media alta. Esto se deduce por el lugar donde viven, la comuna de Ñuñoa, donde a partir de la aplicación de las entrevistas, se apreció que su hogar eran fundamentalmente departamentos, de dos o tres dormitorios con uno o dos baños, con estacionamiento, por lo que se deduce que poseen al menos un auto. Los departamentos lucen limpios y ordenados, a pesar de que hay niños/as mayores en el caso de las múltiparas.

Otros factores relevantes de esta caracterización y que se deducen del análisis de las entrevistas, son los siguientes:

**-Entorno Familiar y social:** La mayoría de las madres posee Educación Universitaria Completa, y se desprende de sus relatos, que su familia en general pertenece a su mismo nivel socioeconómico. Sin embargo, llama la atención, en muchos casos, que su entorno más próximo (pareja, abuelas, amistades, etc.) no tenía conocimiento acerca de los beneficios de la Lactancia Materna, ni de la recomendación de su ejercicio exclusivo los primeros seis meses de vida del niño/a.

**-Compromiso con la Lactancia:** Se desprende de los relatos de las madres, que además de trabajar para poder ejercer una Lactancia Materna Exclusiva, han tratado de generar cambios en su entorno, a partir de lo aprendido.

A Cada entrevista se le asignó un código para guardar la privacidad de las entrevistadas. Primero se colocó la letra M y un número, que indica de qué madre se trata, por ejemplo, se partió con la Madre 1 (M1) hasta llegar a la Madre 16 (M16). Luego se colocan 2 letras, a modo de sigla, para identificar las características de cada perfil de la madre, quedando de la siguiente forma: Primípara (PP), Multípara (MP); Trabaja Dentro del hogar (TD), Trabaja Fuera del hogar (TF); Con Pareja (CP), Sin Pareja (SP); Educación Universitaria (EU), Educación Media (EM). Así este código se observa en el análisis después de cada enunciado dicho por las madres entrevistadas. Quedando, por ejemplo, de la siguiente manera: (M2\_PP\_TD\_CP\_EU).

Las categorías y subcategorías creadas en base a los contenidos extraídos de las entrevistas, se presentan a continuación:

## 1. Beneficios de la Lactancia Materna

Se puede apreciar que en la totalidad de las madres entrevistadas existe la convicción de que la Lactancia Materna Exclusiva (LME) proporciona múltiples beneficios, principalmente para el lactante. Por lo tanto, esta convicción se instala como la principal motivación de las madres para ejercer la LME, y por ende, buscar apoyo e información para llevarla a cabo de manera eficaz.

Las entrevistadas clasifican, principalmente, en tres ámbitos los beneficios para el lactante, los que comprenden:

- a) Nutrición, se destaca a la leche materna como el alimento óptimo;
- b) Inmunidad, la leche materna brinda protección al sistema inmune, lo que se traduce en prevención de enfermedades y mejores defensas para el organismo;
- c) Vínculo de apego, se describe como un momento único de conexión con el lactante. Existe cierto grado de uniformidad en relación al significado positivo, en términos emocionales, que brinda el ejercer la Lactancia para las madres.

Asimismo, en el ejercicio de la lactancia materna exclusiva, al ser un eje transversal en las motivaciones de las madres entrevistadas, no se observa mayor diferencia entre los distintos perfiles de la muestra, es decir, para multíparas y primíparas; madres que trabajan dentro o fuera del hogar; con o sin pareja, la convicción de que la leche materna es el mejor alimento que se le puede dar al hijo/a es una premisa común para todas. También corresponde al instinto materno presente, que se entiende por el impulso natural, físico y emocional, por parte de la madre y el lactante al momento de amamantar, el cual se transforma en una motivación para perseverar en la LME. Asimismo, las entrevistadas ven la LME como una instancia práctica: el hecho que la leche materna sea el único alimento que le proporcionan a su hijo/a, y que no requieren de ningún elemento accesorio para poder realizarla.

De esta manera, el respeto a este proceso, que es el principio de una crianza natural, se produce porque los beneficios de la lactancia materna que describen las madres entrevistadas tienen un vínculo entre lo físico (nutrición, inmunidad y seguridad) y lo emocional (integridad, calma y afecto).

*“Creo que le entrego beneficios biológicos, nutricionales, que lo protejo de muchas enfermedades y yo lo he comprobado, que tiene muy buena salud, que a su edad nunca ha tenido ni un día fiebre y eso yo lo atribuyo a la lactancia materna.”*

(M11\_MP\_TD\_CP\_EU)

*“Antes de conocer La Liga de la Leche para mí era sólo alimento, pero ahora que sé más cosas y que lo vivenció, es alimento, es afecto, es estímulo, es protección, darle seguridad, es amor, eso es. Y también es salud, es súper importante el tema de la entrega de anticuerpos y cómo el bebé se va beneficiando en su sistema inmunológico.”*

(M9\_MP\_TF\_CP\_EU)

*“Darle lejos lo mejor que existe en el mundo, sé que es mi leche, eso, darle lo mejor que existe. Beneficios inmunológicos, beneficios de apego, de seguridad, sé que la leche no es sólo alimento, sé que es como la varita mágica, cuando tiene pena, cuando tiene sed, cuando tiene hambre, cuando tiene sueño, la lactancia sirve para todo.”*

(M2\_PP\_TD\_CP\_EU)

*“Primero, entregarle la mejor salud posible porque considero que al amamantar le estás entregando todas las herramientas físicas para que él tenga inmunidad, buena nutrición, etc. Y lo otro, el vínculo. Para mí amamantar a mi hijo es generar un vínculo súper fuerte y súper estrecho con él. También, en términos prácticos, encuentro que es muchísimo más cómodo, no andar con la mamadera y con la cuestión. Yo lo veo positivo por todos lados.”*

(M7\_PP\_TD\_SP\_EU)

## 2. La influencia del entorno familiar y social en el ejercicio de la Lactancia

Se puede apreciar que el entorno familiar y social es decisivo en la entrega de conocimientos acerca de la lactancia materna, como también toma un papel relevante en la forma de enfrentar este proceso.

En este sentido, existen casos de madres multíparas que se ven enfrentadas a la concepción de un nuevo hijo/a, y buscan apoyo en La Liga de la Leche para afrontar esta situación de mejor manera, como también otros casos en que las madres buscan suplir carencia de apoyo familiar y social con La Liga de la Leche, porque reciben muchos comentarios desfavorables hacia la lactancia materna de familiares y amigos.

### 2.1. El ejercicio de la Lactancia Materna

Se observa que dentro de los beneficios que describen las madres, el relacionado con el apego, y el momento del amamantamiento es uno de los más importantes y al cual más entrevistadas hacen alusión. En este sentido, existe una clara distinción entre las madres primíparas y las multíparas acerca del acto de amamantar.

En primer lugar, las primíparas al no tener experiencia previa y al no tener otros hijos/as, pueden amamantar de manera más tranquila. Sin embargo, en un comienzo estas madres experimentan angustia e incertidumbre porque no saben si podrán establecer la lactancia, debido a las dificultades iniciales que se les presentan:

*“No ha sido fácil, pero he sido perseverante. Lo que más sufrí, fueron los primeros 15 días, fueron terribles, nunca tuve grietas, pero estaba muy sensible y era un dolor que yo lloraba y cuando me tocaba dar leche empezaba a dar vueltas por la casa.”*

(M2\_PP\_TF\_CP\_EU)

*“Mi motivación primaria era que quería resolver algunas dudas respecto a la lactancia, que fueron apareciendo en el camino, que yo desconocía, cosas como los dolores, heridas y dificultades que uno tiene a veces. Uno piensa que va a ser súper fácil, pero en realidad van saliendo dudas en el camino, así que eso fue como primario.”*  
(M8\_PP\_TD\_SP\_EU)

Por otro lado, se desprende de algunos relatos, la frustración que significa para las madres no poder ejercer la lactancia materna en una etapa inicial, tanto para las primíparas que desconocen el proceso en sí mismo porque no lo han experimentado antes, como para las múltiparas que conocen lo que es amamantar y los beneficios que esto conlleva porque lo han experimentado antes. También las madres múltiparas han encontrado mayores dificultades para poder ejercer la LME, ya que tienen que preocuparse de sus otros hijos/as y de labores domésticas.

También existen casos de lactancia prolongada en madres múltiparas, situación que retrata el convencimiento de que la lactancia materna es un beneficio que no sólo se genera en los primeros 6 meses de su ejercicio exclusivo, sino que también, de forma complementaria, puede extenderse en el tiempo y mantenerse con la llegada de un nuevo hijo/a.

*“Como significado, yo creo que para mí ha sido importante, con los dos, poder sentir que fue exitoso haberlos alimentado con pecho, porque con la Lauri me pasó que cuando no le podía dar pecho, tuve que estar con un periodo de lactancia mixta, me sentía súper frustrada de no poder hacer que me cundiera la leche.”*  
(M15\_MP\_TD\_SP\_EU)

*“Pero ahora con mi otra guagüita, que tiene cinco meses, se me ha hecho un poquito más difícil porque tengo a la otra niña y como no comprenden los niños, muchas veces, que este momento debe ser especial y distinto entre la mamá y el bebé, pero ha sido un proceso bueno dentro de todo.”* (M16\_MP\_TD\_SP\_EU)

*“Mi hija tiene 2 años 9 meses y está con lactancia también, es una lactancia prolongada, pero creo que el problema es más lo que dice la gente, pero problemas físicos no he tenido nada.”* (M10\_MP\_TF\_CP\_EU)

## 2.2. Apoyo Familiar

Se observa que existen distintos escenarios en relación al entorno familiar en las madres entrevistadas. En primer lugar, se encuentran algunas que han recibido un apoyo importante por parte de su familia, ya que no han existido mayores cuestionamientos en relación al ejercicio de la LME.

*“Harto apoyo desde mi familia. En general todo el mundo espera que uno amamante, que dé pecho, entonces uno siempre recibe todo tipo de comentarios, yo diría que he recibido apoyo”.* (M14\_MP\_TF\_SP\_EU)

En segundo lugar, existen casos en donde se ha encontrado resistencia por parte del entorno, principalmente en el familiar, por la defensa de creencias y costumbres en relación a la lactancia que se han mantenido en el tiempo. En este sentido, se deduce que existe bastante desconocimiento acerca de los beneficios de la lactancia materna y de su ejercicio exclusivo en los primeros seis meses de vida en las generaciones anteriores a las entrevistadas.

*“Pero en el ámbito familiar ha sido un poco más difícil porque, en general, todos han dado poco tiempo, dos meses, tres meses, entonces encuentran que ya estoy dando demasiado, como que me pasé del tiempo establecido.”* (M8\_PP\_TD\_SP\_EU)

*“El tema del entorno familiar es bien especial porque es una familia que es más de guagua de tarro, entonces es como una sorpresa el hecho de tener leche, pero no una sorpresa desagradable, es como: ¡sorpresa, oh tienes leche!, ¡qué bueno!”* (M1\_PP\_TF\_CP\_EU)

Y por último, se aprecia otra forma de enfrentar y propiciar el apoyo familiar, donde algunas madres relatan que se han preocupado de compartir su postura y conocimientos en relación a la lactancia materna, y así generaron por sí mismas el apoyo necesario.

*“Con mi familia bastante bien, porque los capacité a todos antes para que nadie me anduviera como embarrando la lactancia. Entonces, a todos les conversé de los beneficios y cuánto tiempo era más o menos lo recomendado para que nadie me viniera con cosas raras, pero en general mi mamá también me dio leche más del año, como que en mi entorno familiar se ha dado leche harto tiempo.” (M2\_PP\_TF\_CP\_EU)*

Por otro lado, no se observan mayores diferencias entre las madres sin pareja y con pareja en relación al entorno familiar.

*“Yo no soy de Santiago, entonces, tengo súper pocas redes familiares o de amistades entonces me sentía un poco sola, respecto a enfrentarme a la crianza de una guagua sola y fui (a La Liga de la Leche) y después que tuve los problemas para amamantar y fui a la asesora y solucionamos el tema, y seguí yendo (a La Liga de la Leche) porque uno nunca deja de aprender.”(M6\_PP\_TF\_SP\_EU)*

*“Felizmente, puedo decir que he vivido una lactancia muy protegida, con mucho alentamiento a hacerlo, con mucho intercambio de experiencia de las otras mamás que gestan, que crían dentro de mi familia, que también dan lactancia, con intercambio de opiniones, con mucho respeto también. (...)Y por lo general, yo también debo decir, que ha sido fundamental el apoyo de mi pareja, él ha sido uno de los pilares dentro de esta lactancia exitosa que hemos tenido con mi hijo porque él está siempre ahí po.” (M3\_PP\_TD\_CP\_EU)*

*“Con la gente más antigua de la familia súper bien, mi marido también, como que todos me apoyan harto y entienden un poco como es el tema de la lactancia, lo desgastante que es cuando tienes que dar en la noche y que andas cansada y todo eso, y como que te apoyan y te dicen: vamos tú puedes.” (M9\_MP\_TD\_CP\_EU)*

Otro punto importante a señalar es la normalización del relleno por parte del entorno más cercano a las madres. Las entrevistadas aluden a que en muchas ocasiones las aconsejaron para que les dieran lactancia artificial a sus hijos/as, argumentando que es una alimentación más completa, o porque les brinda mayor independencia y comodidad a las madres, sobre todo en las noches.

Sin embargo, en estos casos, las entrevistadas tratan de dar su punto de vista en relación a la lactancia materna para ir generando menores reticencias o para que no fuera visto como algo extraño el ejercer una LME.

*“Ha habido como opiniones un poco más agresivas porque venimos de la generación del relleno, a nosotras nos dieron relleno, a nuestra generación, mi mamá y seguramente todas las madres de mujeres de nuestra edad volvieron al trabajo a los dos meses y medio. A mí me empezaron a dar jugo muy chiquitita, a los dos meses y medio, cuestión que yo jamás haría con mi guagua, entonces hay extrañeza cuando es exclusivo.” (M11\_MP\_TD\_CP\_EU)*

*“Con mis pares, que son, en general, compañeros de trabajo, como que igual he recibido muchas críticas, como que: por qué no le doy un relleno en la noche para que yo duerma o que son demasiados meses los que estoy amamantando o por qué no adelantar la comida, cosas de ese estilo. Eso es lo que me ha pasado un poco.” (M9\_MP\_TF\_CP\_EU)*

*“Lo primero, para que me guiaran con la lactancia porque, como te decía, mi familia es más de guaguas de tarro, entonces no tenía quien me guiara, no sé si se me estaba acabando la leche propiamente tal, pero había un riesgo claro de que se podía terminar la lactancia.” (M1\_PP\_TF\_CP\_EU)*

En relación al apoyo familiar no se observan mayores diferencias entre las madres que trabajan fuera como dentro del hogar, ya que no hacen alusión a algún proceso significativo para ellas.

### 3. Fuentes de información habituales en relación a la lactancia

En general, se observa que las madres se informan de manera autodidacta, a través de las distintas fuentes que tienen para hacerlo (internet, libros, revistas, entorno familiar, amistades, médicos, etc.). Al obtener distintas concepciones o informaciones ambiguas acuden a La Liga de la Leche para obtener información fidedigna y práctica. Sumado a esto, existe también una necesidad de consultar otras fuentes de información, además de la médica porque, según las entrevistadas, los médicos muchas veces indican leche de fórmula o promueven la lactancia artificial frente a cualquier dificultad o problema, lo que se puede apreciar en los distintos casos que exponen las entrevistadas donde ellas o los lactantes han sufrido diversos problemas de salud.

En este sentido, las madres primíparas son las que experimentan mayores dudas y temores, y también sienten más inseguridad respecto a la lactancia, ya que es su primera experiencia y para muchas, el embarazo es la primera etapa en que comienza la búsqueda de información sobre lactancia.

Se puede observar que la primera fuente de búsqueda de información es internet, especialmente las redes sociales, como Facebook donde consultan grupos relacionados con lactancia, maternidad y crianza. Es a través de estas vías donde buscan dar respuesta a sus inquietudes, sin embargo, muchas veces, se confunden más o tienen versiones encontradas de un mismo tema. Por eso llegan a La Liga de la Leche, porque es un espacio donde existe una guía experimentada y además se conversa con otras madres sobre temas relacionados con lactancia, maternidad y crianza.

Asimismo, la mayoría de las entrevistadas tiene una concepción anterior positiva acerca de la lactancia materna, por lo mismo son más propensas a dirigir su búsqueda hacia el ejercicio permanente de ésta.

*“Llegué, lo que pasa es que cuando nació Ariela, inmediatamente se me agrietaron los pezones y empecé a buscar por internet información y gracias a esa información que encontré por internet, en algún lugar leí La Liga de la Lactancia en Chile, la busqué, la busqué por facebook, la busqué por todas partes, empecé a investigar de qué se trataba y gracias a eso llegué a La Liga de la Lactancia con Ariela.”* (M4\_PP\_TD\_CP\_EM)

*“Yo uso mucho las redes sociales, el facebook principalmente y empecé a seguir páginas, de hecho antes de estar embarazada y llegué a páginas de La Liga en Chile y fuera de Chile y me interesó acercarme porque vi que eran hartos los mitos y más que nada quería tener redes de apoyo donde acudir, si es que tenía problemas, yo tenía hartos susto los primeros meses.”* (M2\_PP\_TF\_CP\_EU)

Por otro lado, las madres múltiparas, en general, han asistido previamente a alguna reunión de La Liga de la Leche y han reiterado su asistencia porque, según lo que ellas describen, cada proceso de lactancia es distinto y reviste una dedicación especial porque experimentan sucesos que anteriormente no les había tocado vivir.

Indistintamente, igual que las madres primíparas, hacen alusión a que la información encontrada en internet o la que sus cercanos les han proporcionado no es completamente fiable por lo que tener un espacio en donde poder compartir y tener una guía experimentada es algo que valoran mucho.

*“Con la Lauri porque tenía un problema serio de lactancia, o sea no sabía si en realidad podía dar pecho, tenía miedo de dar, buscaba apoyo y buscaba aclarar dudas. Claro, y ahora fui porque tenía una molestia que no me había pasado con la Lauri, entonces quería conversar con Graziana para ver si ella me podía orientar un poco, en qué era lo que me pasaba.”* (M15\_MP\_TD\_SP\_EU)

*“Lo primero es que uno se siente sola, siempre surgen problemas aunque uno tenga niños. Yo tengo ya el segundo, siempre los niños son distintos, entonces uno tiene dudas y en internet y la gente común y corriente tiene información que no maneja o los mismos pediatras.”* (M9\_MP\_TF\_CP\_EU)

#### 4. Necesidad de apoyo y pertenencia a un grupo

Las madres se sienten solas o poco comprendidas frente a su reciente proceso de maternidad y de querer ejercer la lactancia. Es por esto, que existe la necesidad o motivación de obtener apoyo y pertenecer a un grupo de madres similares a ellas, que tengan los mismos intereses y por ende, las mismas motivaciones.

En general se observa que, tanto las madres primíparas como las multíparas, sienten la necesidad de recibir información proveniente de la práctica de la lactancia, como también consejos acerca de la crianza y el cuidado de sus hijos/as. La Liga de la Leche surge como un canal de información fidedigna y práctica que ayuda a resolver dudas, y además es un espacio para compartir, entregar apoyo y contención.

##### 4.1. Asistencia a la Liga de la Leche

Se puede observar que las madres primíparas sienten que tienen menos conocimientos, y por lo mismo son más susceptibles de creer las informaciones que les entregan sus cercanos, los médicos u otros profesionales de la salud. A su vez, también son más proclives a creer en las respuestas que ellas mismas buscan a través de su autogestión. Además al ser una experiencia no vivida con anterioridad, tienen temores y dudas que aparecen en un período anterior al ejercicio de la lactancia, o bien se instalan luego de ésta, como por ejemplo, al enfrentar las dificultades que subyacen a partir de este proceso. Su participación en La Liga de la Leche les sirve para resolver dudas y conocer experiencias parecidas, que pueden ir más allá del propio ejercicio de lactancia.

*“El primer mes fue súper duro y en realidad la información que uno tiene es poca y te sentís súper sola, entonces yo busqué un poco de apoyo, de escuchar que lo estaba haciendo bien porque en el fondo, en el fondo yo sentía que lo estaba haciendo bien, mi hijo estaba subiendo de peso, lo veía bien, sano, pero claro uno siempre tiene dudas y no sé, dolor de repente y cosas por el estilo, entonces es apoyo y solucionar, despejar dudas, digamos.” (M7\_PP\_TD\_SP\_EU)*

*“La maternidad es más sola de lo que uno puede pensar, entonces el hecho de ver a otras mamás, de contar, tú te das cuenta si estás viviendo eso, o a veces me pasaba que el Ale tenía cuatro meses y había una mamá que tenía cinco o seis meses y me contaban experiencias de cosas que me iban a pasar y me servían después.”*  
(M1\_PP\_TF\_CP\_EU)

*“La lactancia es un tema complejo, yo pienso que más allá de dar pechuga, de alimentar a tu hijo, también pasan cosas, le pasan cosas a una como mujer y pienso que son instancias donde una puede compartir, no solamente los problemas que puedan surgir sobre la lactancia, sino también problemas que le surgen a una, problemas que tienen que ver con la sexualidad, con los trabajos, con todo lo que pueda constituir la vida de una mujer hoy día.”* (M3\_PP\_TD\_CP\_EU)

Por otro lado, las madres multíparas, coinciden en lo sustancial acerca de la necesidad de apoyo y contención con las madres primíparas y agregan a este punto una visión más integral de todo lo que conlleva la maternidad. Es decir, ven, además de una instancia para compartir las experiencias derivadas de la lactancia y crianza, lo que significa en su propia realidad el poder tener esta experiencia con una perspectiva más distanciada del proceso en sí mismo, independiente de que lo estén viviendo nuevamente, lo que les permite también poder comprender y compartir en La Liga desde otra perspectiva.

*“Aprender de otras experiencias, de otras situaciones, ver que hay muchas mamás que también se planifican como yo porque la maternidad es una etapa súper sola, a pesar de haberla vivido antes, es como que uno vive en el planeta guagua. Estamos como en una realidad paralela, todos están en sus trabajos, en sus quehaceres”.*  
(M11\_MP\_TD\_CP\_EU)

*“Igual es como hostil el mundo, se nos exige, se nos critica, se nos cuestiona. Entonces a veces sólo decir: no, estás bien, aquí estoy, estamos aquí, ya eso alienta y apoya a otras mamás, porque hasta el minuto mi experiencia con la Cata ha sido buena, tranquila y exitosa, podríamos decir, pero entiendo que hay otras mamás que la cosa es más difícil, la lactancia les ha costado o tienen hijitos enfermos o trabajan, eso”.*  
(M14\_MP\_TF\_SP\_EU)

*Entonces, con la Lauri, a mí me sirvió un montón porque yo estaba frustrada de no poder darle pecho y como era una experiencia súper nueva, no sabía bien cómo tenía que actuar y me encontré con un grupo súper bueno en ese entonces, en donde estábamos todas en las mismas y todas muy dispuestas a ayudar, entonces fue súper positivo y ahora estoy buscando un poco lo mismo, la experiencia de las otras mamás y para escuchar qué otras cosas están pasando”.* (M15\_MP\_TD\_SP\_EU)

En relación a la asistencia a La Liga de la Leche no se observan mayores diferencias entre las madres que tienen o no tienen pareja y las que trabajan dentro del hogar como fuera de éste. Se presume que las madres que trabajan fuera del hogar no podrán asistir a las reuniones cuando se les termine su periodo de postnatal, ya que en su mayoría trabajan a jornada completa.

#### 4.2. El rol de la Líder en La Liga de la Leche

Otro punto importante a destacar es el rol de la líder en La Liga de la Leche. A partir de las entrevistas, se observa que la líder tiene un papel preponderante en las reuniones, es decir, en la instancia social donde se juntan las madres, como también en el ámbito personal, donde a muchas les ha brindado ayuda de manera individual en reiteradas ocasiones, ya sea vía telefónica, correo electrónico o durante las mismas reuniones.

Esta asistencia es muy valorada, porque además de existir un compromiso notable por parte de ella, se le reconoce su experiencia, como líder y como madre. Además se destaca su capacidad para convocar y guiar las reuniones en pos de los temas que las mismas madres plantean.

Tanto para las madres primíparas como para las multíparas, la imagen de la líder comprende una valorización positiva, donde además de tener conocimientos y experiencias en temáticas directamente relacionadas con la lactancia, los relaciona y complementa con la crianza, como también con otras instancias que revisten preocupación en las madres que se encuentran en ese período, como lo es la reinserción laboral una vez terminado el periodo de postnatal. Asimismo, es una importante motivación para madres multíparas conocer a la líder, quien ya ha trabajado con ellas, reconociendo que ella ha sido un real aporte para el ejercicio de la LME, como también para otros temas relacionados con la maternidad y la crianza.

Otro punto importante a destacar y que es mencionado por las entrevistadas es la multiplicidad de dudas e incertidumbres que la líder ha podido resolver, otorgando claridad y también convicción y empoderamiento en las madres para poder ejercer la LME.

*“Con la Lauri porque tenía un problema serio de lactancia, o sea, no sabía si en realidad podía dar pecho, tenía miedo de dar, buscaba apoyo y buscaba aclarar dudas. Claro y ahora fui porque tenía una molestia, que no me había pasado con la Lauri, entonces quería conversar con Graziana, para ver si ella me podía orientar un poco, en qué era lo que me pasaba. (...) Ahora tengo un problema que se forman gotas de leche, no sé si has escuchado hablar de eso. Entonces, no sé bien por qué vienen, si van a venir siempre, cómo lo puedo evitar. Entonces, he ido buscando esa guía con Graziana, porque buscando en la red, en internet encontré harta información, pero bien dispersa, o sea como que apuntaban para cualquier lado y como Graziana tiene harta experiencia pensé que me podía ayudar”. (M15\_MP\_TD\_SP\_EU).*

*“Yo estaba en cama sin poder moverme, excepto para ir al baño, desde los seis meses y ahí fue cuando yo empecé a investigar porque en mi familia no había mucho tema de lactancia y ahí llegué a La Liga, mandé un mail, mandé un correo al mail general de la página y me contestaron como a la semana, creo. (...) Entonces Graziana fue la que me prestó ayuda y mi familia era la que iba a retirar esa información y me la llevaba a mi casa, así que en ese sentido fue bien bueno po’, fue un compromiso.” (M13\_MP\_TF\_SP\_EU).*

*“Yo tuve los pezones agrietados la primera semana de lactancia, cuando nació la Ariela, pero gracias a la pronta respuesta de La Liga de la Lactancia, yo pude solucionarlo porque me contestaron por correo busca esta información, revisa estos videos, tienes que ver si la técnica está bien hecha o no. Gracias a esa pronta respuesta, yo pude solucionar el problema de los pezones agrietados y después más adelante hice un cuadro de mastitis y también tuve pronta respuesta de la líder de La Liga de las reuniones que hacemos acá en Ñuñoa y bueno gracias a ella también, a ese apoyo pude solucionar eso, con la Graziana.” (M4\_PP\_TD\_CP\_EM).*

*“Yo había tenido una pérdida y fui a una sicóloga y no solamente para tratar el duelo anterior, sino también por la experiencia con Agu, para prepararme para el nuevo embarazo y no tener los mismos temores y ella me recomendó como grupo de apoyo emocional, aparte de la lactancia, ir a La Liga de la Leche, y empecé a ir cuando ya estaba embarazada en el tercer mes y ahí fui a varias reuniones, fui a Ñuñoa, fui a Providencia, siempre con la misma líder y ahí la conocí, la recomendaba mucha gente y yo también la he recomendado.” (M11\_MP\_TD\_CP\_EU).*

## 5. Trabajo y Lactancia

En el caso de las madres que trabajan fuera de la casa existe un temor respecto a la compatibilización del trabajo y la lactancia. La necesidad de esta compatibilización, el apoyo emocional y recomendaciones prácticas para poder realizarlo, es otra necesidad o motivación que buscan satisfacer las madres en las reuniones de La Liga de la Leche.

También buscan medidas prácticas para estar mejor preparadas para enfrentar esta nueva etapa sin abandonar la lactancia. Todas estas situaciones se generan en las madres, tanto primíparas como multíparas que trabajan fuera del hogar. Las madres entrevistadas que trabajan dentro del hogar no hicieron mayor alusión a este tema, ya que, hasta ahora, no reviste mayor interés o complicación en el desenvolvimiento de su lactancia materna exclusiva.

En este sentido, las madres multíparas que trabajan fuera y que ya han vivido el proceso de separación que supone la vuelta al trabajo se preocupan por la posible reacción al desapego, principalmente por parte del niño/a, pero también reviste una angustia para ellas como madres, sin embargo saben que es algo que podrán soslayar con el tiempo. Asimismo, teniendo la experiencia anterior con sus otros hijos/as pueden organizarse de mejor manera para poder seguir dando lactancia complementaria al momento de reincorporarse al trabajo. Esta organización puede ser planificando la extracción de leche en la oficina, o cuando estén fuera de la casa, para que después otra persona pueda darle esa leche en los momentos necesarios, o también hacer otra rutina que coincida con los horarios en que estén dentro del hogar. En general las madres que se organizan de esa manera, amamantan a sus hijos/as en la mañana antes de salir al trabajo y en la tarde al regresar de éste.

Otra preocupación que se ve plasmada en este tema es el relacionado con el cuidado del niño/a que se da por un externo a la familia y donde existen dos posibilidades que son las más comunes: contratar a alguien para su cuidado en la casa o llevarlo a una sala cuna. Acerca de esto, en el caso de las multíparas, hay madres que ven al jardín infantil como una buena opción porque tienen claridad de sus rutinas, ya que por experiencias anteriores con sus otros hijos/as saben que el proceso de adaptación no será largo y tendrá buenos resultados. Por otro lado, existen casos en los que no tuvieron buena experiencia en el jardín infantil y, por lo mismo, apuestan ahora por tener a una persona a cargo del cuidado del niño/a.

*“Es que es un tema porque va a significar, primero, un desapego porque yo sé que a los cinco meses los bebés no están preparados para ese desapego, tienen que aceptarlo, pero no es que se dispongan para ello. Yo sé que va a sufrir y también supone un gasto económico para mí porque no lo voy a meter a jardín infantil porque no he tenido buena experiencia.” (M13\_MP\_TF\_SP\_EU)*

*“Cuando regrese a trabajar, con mi hija no me resultó difícil y con mi hijo en su rutina de sala cuna, ya va a empezar a comer, así que yo llegaría a buscarlo a las seis y ahí tomaría pecho y en la oficina, al mediodía voy llevarme un sacaleche para sacarme, pero esa leche no la conservaría porque no hay un lugar en la oficina para dejar la leche, la botaría.” (M10\_MP\_TF\_CP\_EU)*

*“Yo sé que va a ser una crisis para las dos, un cambio y no sólo por el pecho, sino que por la separación, separarse, pero me tranquiliza saber que voy a poder amamantarla antes de irme al trabajo, que después ella tiene la comida y que yo volvería a la siguiente leche, entonces en ese sentido no hay ninguna leche en que yo no esté. Ahora también es cierto que a veces necesitan el pecho no porque quieran leche, sino porque quieren vincularse, porque quieren dormir o porque están asustados”.*  
(M14\_MP\_TF\_SP\_EU)

Por otro lado, en las madres primíparas que trabajan fuera se observa mayor grado de incertidumbre y se complican más al afrontar este tema. Como es algo que en el momento de la entrevista se avecinaba, la mayoría de ellas estaba angustiada pensando en cómo enfrentar el tema, principalmente en dos aristas: su relación con el niño/a y la lactancia y cómo, en términos logísticos, poder sortear este tema en el trabajo. De hecho, algunas estaban viendo cómo poder desistir de volver al trabajo, algunas definitivamente ya no iban a volver, y otras pensaban en tomarse vacaciones o días para poder entrar más adelante y así quedarse más tiempo con sus hijos/as. Al contrario de las madres múltiparas que trabajan fuera, se observa que no hay claridad en la manera de proceder en esta instancia y se observa que las madres están más enfocadas en qué hacer para postergar la entrada al trabajo, que en cómo enfrentar el proceso en sí mismo.

Otro factor interesante de mencionar es que en algunos casos los lugares de trabajo no poseen las condiciones necesarias como espacios que den mayor privacidad, en este caso a las madres que necesiten extraerse leche para seguir con la lactancia materna complementaria.

*“Pretendo no hacerlo, o sea se ve cada vez más difícil la situación de quedarme en la casa con Ariela o encontrar un trabajo con ella porque es súper complicado encontrar un trabajo con guagua, o sea en el trabajo en el que estaba donde tengo el posnatal, no voy a volver, eso ya está conversado, ya está solucionado, pero no sé qué va a pasar más adelante, porque después puede que después termine sucumbiendo a lo que se pide socialmente y no me quede otra que volver, pero hasta el momento no, ojalá pueda seguir con ella.” (M4\_PP\_TD\_CP\_EM)*

*“Ahí es complicado porque me planifico, por ejemplo dónde voy a sacarme la leche, donde trabajo no hay elementos, ni un lugar para sacar la leche, yo me comuniqué con la secretaria para preguntarle: si hay alguna oficina y me dijo: ay, Ale perdona, pero todas las oficinas son con vidrio. (...) es complicado ese paso de estar en la casa con pecho en cualquier momento al trabajo, es una crisis, lo veo difícil.” (M1\_PP\_TF\_CP\_EU)*

*“Yo espero no volver ahora cuando termine el posnatal, alargar un poco, he pensado pedir permiso en el trabajo, todavía no he encontrado la receta, pero espero alargarlo un poco más porque encuentro que es muy violento el cambio, que justo en el periodo que uno entra a trabajar, en el cual uno ya le empieza a dar la alimentación complementaria, muy corto el período de tiempo y sumado a que ellos amamantan a libre demanda, lo encuentro súper complejo con el entrar a trabajar con jornada completa. Entonces por eso lo quiero alargar un poco para tenerle ya un poco más establecida la alimentación complementaria, al menos al volver.” (M6\_PP\_TF\_SP\_EU)*

Por lo tanto, y tomando en cuenta los enunciados, tanto de las madres multíparas como primíparas que trabajan fuera del hogar, se puede sostener que en su totalidad quieren ejercer la lactancia de forma complementaria hasta, por lo menos, los dos años de edad del niño/a. El poder cumplir con estas expectativas es la mayor complicación que se les presenta al volver al trabajo, ya que no existen las condiciones necesarias para la extracción de leche, como también para la conservación de ésta en el lugar de trabajo.

También se observa que las madres multíparas están más preparadas para vivir este proceso, ya que, cuentan con al menos una experiencia previa y pueden organizarse de mejor manera para poder seguir una lactancia complementaria.

A su vez, llama la atención que ninguna de las madres entrevistadas hizo alusión a su pareja o a la falta de ésta al referirse a su reincorporación laboral una vez finalizado su periodo de postnatal. Se desprende de esto que sólo ven como una preocupación el poder seguir ejerciendo la lactancia al volver al trabajo, mediante la búsqueda de soluciones prácticas que se enmarquen dentro de sus posibilidades, sin incluir a su pareja dentro de este raciocinio.

## 6. Atención, información y apoyo en los Centros de Salud

Un factor determinante para acudir a las reuniones de La Liga de la Leche es que la mayoría de las madres no se sienten comprendidas o apoyadas en su decisión de dar lactancia materna a sus hijos/as por los agentes de salud (médicos pediatras, ginecólogos, matronas, nutricionistas, enfermeras, etc.) de los Centros de Salud donde se atienden.

Dada la convicción de base que tienen las madres sobre los beneficios de la LME, y al ser los agentes de salud muy influyentes en el proceso de la LME, es que necesitan buscar apoyo en La Liga de la Leche a fin de aclarar dudas, recibir información confiable y herramientas prácticas que permitan dar mayor seguridad y confianza para continuar con el proceso de la lactancia materna.

## 6.1. Falta de orientación en Centros de Salud

Se observa que la mayoría de las entrevistadas no tuvieron una buena experiencia en relación a la lactancia materna en las clínicas donde nacieron sus hijos/as. Las entrevistadas arguyen que hubo una falta de asesoría en temas trascendentales para poder ejercer la lactancia materna exclusiva de manera eficaz, como por ejemplo, indicar las posiciones correctas para amamantar, o recibir ayuda al sentir dolor en las mamas.

En síntesis, según las madres entrevistadas en las clínicas donde se atendieron sólo se limitaron a preguntar si habían amamantado a sus hijos/as, pero no brindaron mayor información, orientación y asesoría al respecto. En este sentido, algunas de las entrevistadas hacen alusión a la importancia del apego temprano y de amamantar a su hijo/a de forma casi inmediata luego del parto, y sólo una de ellas pudo hacerlo, tras solicitarlo.

*“A mí en la clínica no me pescaron para nada con la lactancia, como que solamente las matronas, las enfermeras tocaban la puerta y preguntaban: ¿ha tomado papa? Sí, ah ya, cerraban la puerta y se iban” (M5\_PP\_TF\_SP\_EU).*

*“En la clínica donde yo me atendí, la lactancia me parece que no era un punto, un eje central de las políticas de ellos. De partida, no se fomentó el apego inmediato, ni los primeros minutos de lactancia y qué sé yo, se lo llevaron, después lo trajeron y llegó una matrona, me acuerdo, a dar unas indicaciones medias extrañas de lactancia, a normalizar la lactancia a través del tiempo, que tenía que darle 20 minutos por cada pechuga, cada cuatro horas, o sea su información era rara” (M3\_PP\_TD\_CP\_EU)*

*“Y así, tampoco me pusieron al niño en el pecho directo cuando nació, la primera hora es fundamental, no sólo para el apego sino también para la lactancia, para que él aprenda a succionar y nada, cero, me lo quitaron al tiro y me lo pasaron después envuelto como un lulo con su ropa y la ginecóloga igual me lo puso en la pechuga, pero qué, nada, cinco minutos, toda apurada para que el pediatra no nos pillara y no pude po’ y le di pechuga como a las cuatro horas después y encuentro que es mucho, yo me arriesgue a que a lo mejor no me hubiese resultado, siento yo ahora eso.”*  
(M11\_MP\_TD\_CP\_EU)

Por otro lado, también se relatan situaciones donde los agentes médicos no facilitan, o más bien obstruyen el ejercicio de la lactancia, provocando problemas posteriores en algunos casos, lo que si bien fue una experiencia aislada denota lo sensible que es el tema para las madres por todo el contexto en el cual se envuelve.

*“Desde el principio, ya en la clínica la enfermera que me tocó era muy pesada, muy dictatorial y me acuerdo que pescaba al Ale, lo pescaba de la boquita muy duro para meterle el pezón y claro, yo, mamá primeriza, encontraba que todo era tan duro, entonces ella me preguntaba: si estaba lista con la lactancia y yo le decía: sí, sí, pero no sabía nada, que el Ale no se pescaba bien del pecho y yo no le daba bien, pero yo le decía: que bien porque quería deshacerme de ella, entonces se alimentó súper mal la primera semana y se puso amarillito.”* (M1\_PP\_TF\_CP\_EU)

También se observa que si bien hay instancias donde se trata de socializar el tema de lactancia materna, por parte de los Centros de Salud, como charlas o folletos informativos, esto sólo se hace de manera superficial, ya que en la práctica mayormente no se lleva a cabo.

Asimismo, las entrevistadas aluden a que hubo contradicción en la información que se les proporcionó en los Centros de Salud, donde obtuvieron distintas respuestas frente a una misma situación, creando confusión en ellas y un sentimiento de incompreensión por parte de la institución y por ende, de sus agentes médicos.

*“La información es un folleto en la maternidad cuando nace y para de contar y nada más. Incluso, encuentro que en la clínica la información que entregan a las mamás está muy a criterio de cada persona, siento que no hay como un patrón, como un criterio unificado como institución de salud.” (M11\_MP\_TD\_CP\_EU)*

Por lo tanto, se puede concluir en este punto que las madres, en su mayoría, se encuentran disconformes con el servicio entregado por las clínicas, en relación a algo que es primordial para poder ejercer una Lactancia Materna Exclusiva eficaz, como lo es la asesoría, especialmente durante los primeros días de vida del lactante.

## 6.2. Contradicción entre el discurso y la práctica en relación a la Lactancia Materna

Existe un consenso al respecto de la contradicción que existe entre el discurso pro lactancia que fomentan las instituciones de salud, cuyo ejemplo más recurrente es el programa “Chile Crece Contigo” y las prácticas que se instalan en los Centros de Salud. Si bien, las entrevistadas acuden a centros de salud privados, de igual forma existen lineamientos en la teoría que apoyan la práctica de la lactancia y por ende, supone una acción coordinada por parte de sus funcionarios para promover y facilitar esta práctica, situación que, en la mayoría de los casos, no ocurre con frecuencia.

*“A las madres cuando están amamantando, al año les dicen que ya tienen que cortar la leche, que van a mal acostumbrar al niño, no sé, un montón de cuestiones y el mismo “Chile Crece”, bueno basándose en la OMS y todo dice que: ojalá hasta los dos años de forma complementaria. Entonces a mí me llama la atención que haya desconexión entre el “Chile Crece” que es súper avanzando en todo este tema y lo que pasa en los servicios públicos se manifiesta, porque tú vas a los servicios públicos y pasa eso”.*  
(M6\_PP\_TF\_SP\_EU)

*“Bueno, en el consultorio hacen un taller de lactancia materna que, teóricamente, es bueno, pero sería más entretenido que lo hicieran mamás que han amamantado, no que lo hicieran internas de obstetricia que, por lo general, no han tenido experiencias de amamantamiento. O sea teóricamente te dicen qué es bueno, qué es malo, las posiciones, los beneficios, pero hay muchas cosas que escapan a eso, en la práctica y después las matronas que atendieron el parto no me dieron mucha información sobre la lactancia, lo único que la teníamos que amamantar no más, de tres o cuatro horas y eso”. (M14\_MP\_TF\_SP\_EU)*

*“Sí, en la práctica esa fue la mayor información, en la teoría era muy: no, que la lactancia es maravillosa, que debería ser así, pero solo teoría, en el momento de llegar a la práctica de decir: sabes que tengo problemas con el agarre de mi hija en el pecho, ayúdeme: qué te vai a complicar, mejor dale un poco de NAN y solucionado el problema. Espérate unos días hasta que se te sanen los pezones mientras dale relleno y no era esa la solución”. (M4\_PP\_TD\_CP\_EU)*

En este sentido, varias de las entrevistadas nombran específicamente a la Clínica Indisa, la cual se promociona como una clínica enfocada en la familia, pero que en la práctica no asegura la promoción de la lactancia, lo que llama bastante la atención, ya que desde la teoría se señala que el período de posparto inmediato es fundamental para iniciar el proceso de lactancia.

*“Nada, absolutamente nada. Toda la información de lactancia la obtuve de La Liga y mis hijas nacieron en clínica, nacieron en la Clínica Indisa, que tiene la bajada así: Clínica de familia, en verdad no, o sea nunca he tenido problemas, nunca he tenido problema en temas clínicos estando allá, pero sí yo tuve que negociar con el ginecólogo mi semana 32, ponte tú, yo me senté y le dije que nuestra concepción de crianza era pro lactancia”. (M13\_MP\_TF\_SP\_EU)*

Asimismo, y yendo más allá de este primer período, se observa que por parte del entorno médico existen ciertas suspicacias al momento de ejercer una lactancia más prolongada que lo habitual y de hecho no se promueve su ejercicio hasta los dos años, como recomienda la OMS y el programa Chile Crece Contigo. En este sentido, existen variados puntos de vista por partes de los distintos agentes médicos a los que acudieron las entrevistadas, encontrándose, en resumen, los siguientes perfiles:

- Agentes promotores de la Lactancia Materna: En algunos casos específicos, las madres entrevistadas encontraron asidero en sus médicos, matronas en su mayoría, en relación a la promoción de la lactancia.

*“En general, en la clínica el doctor al que llegué, después de buscar porque andaba buscando un doctor que fuese, que me respetara el tipo de parto que yo quería tener. Yo quería tener parto natural sin ningún tipo de intervención ojalá, gracias a dios lo logré, en una clínica, que fue súper difícil encontrar a un doctor que me aguantara y ese doctor sigue esa línea, por lo tanto, es pro lactancia 100%.” (M7\_PP\_TD\_SP\_EU)*

- Agentes que normalizan la leche de fórmula: En muchos casos, las madres acudieron a agentes que las alarmaron en relación a la práctica de la LME, diciendo por ejemplo, que su hijo/a estaba obeso o que no debían proporcionar leche materna a libre demanda.

*“Sí, los doctores también me juzgaron en algún momento. Una pediatra a los siete meses de mi hija grande, me dijo: sácale el pecho hoy día, ahora y yo no fui más a esa pediatra porque creo que la lactancia es mi decisión, no la decisión del pediatra.” (M10\_MP\_TF\_CP\_EU)*

- Agentes neutros, que no hacen mayor promoción de la Lactancia Materna, pero la respetan.

*“Después con mi médico, con el pediatra que voy con el Eloy, que fue el mismo que lo atendió cuando nació, que es un tipo pro lactancia, la verdad, súper amoroso, no se mete mucho en el tema de lactancia, sí él recomienda la lactancia hasta lo que más se pueda, si tú quieres darle hasta los dos años, lo recomienda completamente y si tú no quieres darle hasta los dos años, ya es cosa tuya, no se mete mucho.”*

(M3\_PP\_TD\_CP\_EU)

Por otro lado, en algunos casos, se observa que las madres multíparas se diferencian de las primíparas en relación a esto, ya que defienden con más pertinencia el tema, debido a su experiencia anterior. Por lo mismo, son más determinadas en defender su postura respecto a la lactancia y a la crianza de sus hijos/as en los distintos Centros de Atención Médica o con agentes médicos específicos.

*“Cuando tú eres una mamá primeriza y no estás muy informada, uno dice: el doctor tiene razón, pero cuando tú ya tienes experiencia, sabes un poco más, sabes que cada bebé tiene su ritmo y se alimenta cuando quiere”.* (M15\_MP\_TD\_SP\_EU)

*“En la clínica uno sale del parto y hay como una nube y las orientaciones son bien generales, entonces uno como que, yo salí con mucho miedo, a lo mejor porque era primeriza, pero con mi segundo embarazo, en mi segundo parto sentí que hubo más dedicación”.* (M16\_MP\_TD\_SP\_EU)

## VI. Discusión

Las motivaciones que tienen las madres para asistir a La Liga de la Leche de Ñuñoa para ejercer la LME de manera eficaz son diversas, y en la mayoría de los casos, dependen de la situación individual de la madre, relación con el hijo/a, entorno familiar y social.

En ese sentido, destacan la concepción que tienen sobre la Lactancia Materna, la falta de información fidedigna y la relación con su entorno más cercano, donde las reuniones de La Liga de Leche han ocupado un lugar fundamental al influir en la decisión de las madres de perseverar en la LME y prolongar la lactancia materna, de forma complementaria, hasta por lo menos los 2 años de vida del niño/a, sin considerar la lactancia artificial como una opción para alimentar a sus hijos/as.

A continuación, y usando una lógica secuencial, se expone en primer lugar lo referente a las medidas de promoción de la Lactancia Materna y su relación con la realidad que retrata los hallazgos encontrados en esta investigación. A partir de ésta, se analizan los factores que influyen en la Lactancia Materna Exclusiva y su relación con los elementos internos y externos que confluyen en su práctica, para comprender las motivaciones que tienen las madres para asistir a La Liga de la Leche.

La normativa vigente sobre promoción de la Lactancia Materna, en sus múltiples formas (políticas, leyes, convenios, estrategias, sistemas de protección social, etc.), establecen ciertas medidas que debiesen abordarse por parte del personal de salud en todos los centros asistenciales y se pueden resumir en:

1. Promover la lactancia materna exclusiva como única forma de alimentación para los niños/as, por lo menos en sus primeros 6 meses de vida (2,5,6,11,35,36,47).
2. Proveer de información sobre los beneficios de la LME a las embarazadas (35).
3. Fomentar el apego inmediato y la lactancia materna durante la media hora postparto (2,5,6,11,35,36)

Estos parámetros se sustentan en variados estudios que ponen en evidencia los múltiples beneficios de la LME, tanto para el lactante como para la madre (1,2,3,8,12).

El Estado de Chile ha realizado múltiples iniciativas que hacen promoción de la Lactancia Materna y que hoy la establecen como eje prioritario para combatir el sobrepeso y obesidad del niño/a y del adulto (24). También crea el sistema de protección social en la infancia “Chile Crece Contigo”, el cual ha sido un importante apoyo a la Lactancia Materna, sobre todo en el área de promoción, dando énfasis, tanto a los temas teóricos como prácticos, relacionados con su ejercicio (técnicas de amamantamiento, conservación de la leche, etc.) además de otros temas de interés para las madres (reinserción al campo laboral, leyes, etc.) (24).

En esta investigación se pone en evidencia que ninguna de las medidas, promovidas internacional y nacionalmente se lleva a cabo en un 100%. Las experiencias analizadas dan cuenta de que, si bien se les informó que la LME es la forma de alimentación óptima para sus hijos/as, no se promueve en la práctica, existiendo una normalización de la leche de fórmula, en su reemplazo. Esta situación puede ocurrir por desinformación, falta de asistencia y asesoría en temas prácticos relacionados con el amamantamiento (posturas de lactancia).

Además las madres entrevistadas señalan que en las maternidades no se realiza el apego y la lactancia inmediata después del parto, situación que verificaron en las clínicas donde se atendieron, a excepción de un caso. En este punto, la OMS recomienda el inicio de la lactancia materna durante la media hora de vida después del parto (2,5,6,11) ya que el calostro, primera leche materna, proporciona anticuerpos y nutrientes esenciales que actúan como primera inmunización, fortalece el sistema inmune y reduce la muerte neonatal (8), de ahí la relevancia de realizarlo tempranamente. También el periodo de puerperio inmediato es particularmente crítico y requiere gran apoyo y acompañamiento del personal de salud (67), por la gran vulnerabilidad y sensibilidad que presentan tanto el niño/a como la madre.

En relación a la atención, información y apoyo en los Centros de Salud, se establece que existe una falta de orientación en términos teóricos (proporcionar información) y prácticos (posiciones que facilitan el amamantamiento, posibilidades de disminuir las molestias mamarias, entre otros) y también se hace alusión que, muchas veces, hay una contradicción en la información que se proporciona, donde se dieron distintas respuestas ante una misma situación, creando confusión en las madres.

Cabe destacar que las madres se encontraban bastante informadas de los beneficios y estrategias de promoción de la lactancia materna, por lo que su visión fue bastante crítica sobre la forma en que los distintos agentes de salud enfrentan el tema, notándose abiertamente una falta de coordinación entre las políticas, estrategias públicas, sus propósitos, y la realidad que se vive en los Centros de Salud, todos privados.

En este sentido, el discurso de las entrevistadas refirió que en el entorno médico existe cierta tendencia a sugerir una lactancia con leche de fórmula posterior a los 6 meses, no promoviendo lo recomendado, tanto por la OMS (2,5,6,11,35,36) como por “Chile Crece Contigo” (24). Esto, incluso cuando las madres han decidido continuar con lactancia complementaria hasta los 2 años de vida de su hijo/a.

A pesar de esta desinformación sobre lactancia materna y sus beneficios, tanto para el lactante como para la madre, en los canales formales se observa que en general, éstos se conocen en términos nutricionales, inmunológicos y emocionales. En muchos casos, este conocimiento provenía de antes y es la principal motivación que desencadena la asistencia a La Liga de la Leche. Sin embargo, este conocimiento se enriqueció aún más en las reuniones. En este sentido, se evidencia que el paso 10 de IHAN (Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño y de la Madre) que fomenta los grupos de apoyo a la lactancia natural a la salida de la maternidad (38,39,40) se llevó a cabo, ya que la consejería en lactancia fue una herramienta útil que promueve su frecuencia y duración (42,43), lo que se evidencia en los casos estudiados, que efectivamente la asistencia a La Liga de la Leche influyó positivamente en estos factores.

Por su parte, en relación a los beneficios de ejercer la lactancia materna para la madre, las entrevistadas destacan los lazos afectivos que pueden generar con sus hijos/as, enfatizando el vínculo de apego (8), el instinto materno y el estilo de crianza natural, señalando en este punto que no requieren de otros elementos accesorios como el agua y las mamaderas, como es el caso de las madres que dan leche de fórmula. Sin embargo, no consideran los beneficios para su salud, como son: la rápida contracción del útero, el retardo de la fertilidad, el rápido retorno al peso preconcepcional, la disminución del riesgo de cáncer de mama y ovarios, entre otros (2,3,8,12), donde se desconoce si son temas que se tratan en La Liga de la Leche, debido a su ausencia en los discursos analizados.

Los factores que influyen en la práctica de la lactancia materna, según variados estudios, son de carácter sociodemográfico (18, 19, 20,21, 22), fisiológico (23, 24, 25,26), psicológico (30) y del entorno (32, 34).

Los factores sociodemográficos que dicen relación con: la edad de la madre, el estudio de Cárdenas (18) concluye que las madres más jóvenes tienen más probabilidad de abandonar la lactancia materna; el nivel educacional, el estudio de Cárdenas (18) y Kronborg (20) sostiene que a mayor escolaridad hay mayor capacidad para entender los beneficios de la lactancia materna; la paridad, se evidencia que el tener hijos/as con anterioridad es un factor positivo en el ejercicio de la Lactancia, ya que las madres tienen experiencia, obteniendo más confianza en el proceso (20) y la actividad laboral, según Atalah (21) y Cerda (22), se concluye que es determinante en la duración de la LME, ya que las madres que trabajan fuera del hogar amamantan a sus hijos/as menos tiempo que las que trabajan en su casa.

Por otro lado, los factores fisiológicos que influyen en la práctica de la lactancia son diversos, donde la baja producción de leche (24,25) y las grietas o fisuras del pezón (26,27) son los que más desencadenan el abandono de la misma. Estos estudios concluyen que uno de los perjuicios más declarados por las madres fueron las molestias o dolor durante la lactancia, lo cual indica la necesidad de fomentar una mayor información sobre técnicas adecuadas de amamantamiento la que debiera abordarse, por parte del personal de salud, en la sala de maternidad o en los controles prenatales y postparto (27), los que deberían incluirse en estrategias y políticas de fomento a la lactancia (27).

Asimismo, el estudio de O'Brien (30) concluyó que hay distintos factores psicológicos condicionantes en la práctica de la lactancia, tales como la autoestima, la depresión, la planificación de la duración del amamantamiento, su autoeficacia en la lactancia y maternidad, entre otras (30).

Por último, a los factores del entorno, relacionados principalmente con el apoyo familiar, se les atribuye bastante influencia en la duración de la LME (31), sobre todo influye el estado conyugal o la relación de pareja, como también la información en Lactancia Materna provista por su entorno más cercano, tanto por agentes de la salud como por el entorno familiar. Tal como lo señala un estudio acerca de los factores relacionados con la duración de la lactancia materna, la escasa información constituye un factor de riesgo en la prevalencia de LME (33), de ahí la importancia de estas madres por instruirse en el tema.

En esta investigación se evidenció que la mayoría de los factores antes descritos, tienen una directa influencia en la práctica de la lactancia materna exclusiva. En este sentido, los más preponderantes fueron los siguientes:

- Edad: en el análisis, no se encontraron mayores diferencias en relación a que este factor era similar en todas las madres entrevistadas porque pertenecían a un mismo grupo etario, a excepción de una madre.

-

- Educación: no se encontraron mayores diferencias en relación al nivel educacional y la capacidad de entender a cabalidad los beneficios de la lactancia, ya que este factor era similar en todas las madres entrevistadas, a excepción de una madre.
- Paridad: las madres multíparas efectivamente presentaban un mayor grado de confianza en la práctica de la LME y en la relación con sus hijos/as, además se encontraban más empoderadas por lo que ejercerla se les torna más natural. Así, este factor evidenció en el análisis marcadas diferencias entre el perfil de primíparas y multíparas, a diferencia de otros factores que revistieron menor importancia.
- Factores Fisiológicos: debido a que una de las principales razones de un posible abandono de la práctica de la LME fue presentar problemas de este tipo, como fueron los casos aludidos de dolor, grietas y heridas en el pezón. También ésta fue una motivación para buscar ayuda en La Liga de la Leche con personas que estaban en situaciones similares y con la líder que las podía orientar para solucionar este tema.
- Factores Sicológicos: la frustración en relación a la lactancia y a la maternidad lo sitúa como un factor de riesgo de abandono de la LME. Así, este factor tuvo bastante importancia en el análisis, evidenciándose que las madres primíparas presentaban mayor dificultad para establecer la lactancia, dada la angustia e incertidumbre que presentaron al comienzo.
- Reinserción laboral: es un factor que revistió bastante preocupación en las madres porque no sabían cómo enfrentar este escenario y compatibilizarlo adecuadamente con la Lactancia Materna. Las madres que aún se encontraban con postnatal refirieron que en sus trabajos no se encontraban las condiciones óptimas para la extracción de leche o refrigeración de la misma. Así, este factor tuvo en el análisis algunas diferencias entre las madres, evidenciándose que algunas decidieron retrasar la vuelta al trabajo, otras optaron por renunciar para

quedarse en casa cuidando a sus hijos, y otras aún no sabían qué hacer. Para las madres que trabajan en el hogar este tema no tuvo mayor relevancia.

- Entorno familiar: es un factor que tuvo bastante importancia en la práctica de lactancia materna debido principalmente a que el entorno más cercano de las madres no conocía los beneficios de la lactancia materna exclusiva o en generaciones anteriores había sido practicado por muy poco tiempo. Así, en el análisis, este factor tuvo algunas diferencias entre las madres, evidenciándose que algunas tuvieron mucho apoyo familiar, otras tuvieron muy poco y otras decidieron capacitar a su familia y generar el apoyo necesario. Sin embargo, no hubo mayores diferencias entre las madres con pareja y las sin pareja.
- Información en Lactancia Materna: este es, sin duda, uno de los factores más influyentes, según lo evidenciado en esta investigación, en que las madres flaquean en la práctica de la LME, ya que la información a la cual tuvieron acceso era contradictoria o no respondía a sus necesidades. En este sentido, se hace una crítica general a los Centros y Agentes Médicos, quienes son las figuras que revisten mayor autoridad por su nivel de conocimientos en relación a la Lactancia, los cuales no dieron respuesta efectiva a los requerimientos de las madres, generando situaciones de confusión e incompreensión en ellas.

De esta forma, las motivaciones de las madres para asistir a La Liga de la Leche se relacionan directamente con estos factores que inciden en la práctica de Lactancia Materna Exclusiva.

La principal motivación de las madres de lactantes menores de 6 meses para asistir a La Liga de la Leche de Ñuñoa es ejercer una Lactancia Materna Exclusiva y eficaz, y de ella se generan otras motivaciones como adquirir conocimientos teóricos y prácticos, aprender de las experiencias de otras madres afines, pertenecer a un grupo y relacionarse socialmente.

Con respecto a esto, la teoría de Existencia, Relación y Crecimiento de Alderfer (66) es un buen marco para explicar su atingencia a las necesidades que las madres buscan suplir al asistir a La Liga de la Leche, ya que en sus tres dimensiones se puede explicar, de mejor manera, cómo se desencadena su asistencia y permanencia en las reuniones. En cuanto a esto, las categorías determinadas por Alderfer (66), que se basan en la teoría de Maslow (65), corresponden a las necesidades de existencia, referentes a las necesidades materiales y básicas que se satisfacen mediante factores externos, las necesidades de relación que se satisfacen a partir de las relaciones interpersonales o vínculos de importancia y de pertenencia a un grupo, y por último, las necesidades de crecimiento, que se relacionan con el desarrollo personal y se satisfacen cuando la persona logra objetivos importantes para su proyecto de vida (66).

Esta investigación dio cuenta que las necesidades de existencia se relacionan con el satisfacer, por parte de las madres, los requerimientos fisiológicos de alimentación, abrigo y seguridad para su hijo/a, destacándose la importancia de brindarles todos los beneficios que posee la leche materna, y la práctica eficaz de la LME, en términos de nutrición, inmunidad y vínculo de apego (67).

Por otro lado, las necesidades de relación se vieron satisfechas por las madres al asistir a las reuniones de La Liga de la Leche, donde pudieron encontrar a personas que viven situaciones similares para compartir sus experiencias, sintiéndose comprendidas y útiles, ya que sus vivencias pueden trascender y ayudar a otras madres. En este sentido, es interesante destacar las diferencias en este tipo de necesidad entre las madres primíparas y múltiparas, donde las primeras sienten que tienen menos conocimientos acerca de la Lactancia Materna, por lo que el asistir a este tipo de instancias es importante para su desenvolvimiento en la práctica y duración de la misma, y las segundas tienen una visión y conocimientos más acabados en relación al tema, por lo que ven a La Liga de la Leche, como una instancia social donde pueden potenciar sus capacidades, desarrollar más su potencial propio, al compartir sus experiencias o al generar relaciones de amistad y compañerismo con otras madres.

Por último, las necesidades de crecimiento dicen relación con la necesidad de las madres de perseverar en su práctica de Lactancia Materna, más allá del tiempo medicamente recomendado, 6 meses, y el hecho de lograrlo es un factor de orgullo y realización según su visión de maternidad y crianza. Este tema, reviste un mayor desafío, sobre todo para las madres que trabajan fuera del hogar, donde la reinserción al trabajo es un factor de angustia para ellas, ya que inminentemente deberán disminuir el ejercicio de la lactancia, y esto puede a su vez, influir en su producción, como también en su autoestima, su percepción de realización en relación a la maternidad, entre otros.

En resumen, las madres poseen una motivación intrínseca al momento de ejercer la Lactancia Materna, relacionada principalmente con cubrir las necesidades fisiológicas, tanto de sus hijos/as como de ellas. Esta motivación se puede ver dificultada o potenciada por distintos factores, tanto individuales como de su entorno, siendo el conocimiento teórico y práctico de los beneficios de su ejercicio el que marca profundamente su deseo y motivación de seguir ejerciendo la Lactancia Materna, sumándole de esta forma, motivaciones de carácter emocional, de autoestima y autorrealización.

## VII. Conclusiones

La motivación principal que tienen las madres para acudir a La Liga de la Leche de Ñuñoa, es el poder ejercer una Lactancia Materna Exclusiva (LME) durante los 6 meses recomendados, y lactancia complementaria en un tiempo de por lo menos dos años, según lo que establece como parámetro idóneo la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esto se fundamenta en los conocimientos adquiridos acerca de los múltiples beneficios que se obtienen, en términos fisiológicos, nutricionales, inmunitarios y emocionales, tanto para los lactantes como para las madres.

A partir de esta motivación, se desprenden las demás motivaciones que favorecen su asistencia, y que guardan relación, en primer lugar, con la búsqueda de apoyo familiar y social y la suplencia de la carencia de éste. Si bien, su presencia se observó en algunos casos y fue brindado principalmente por figuras maternas del entorno más cercano de la madre, como la abuela del niño/a; el apoyo o el rol de la pareja en el proceso de lactancia materna fue mencionado en muy pocas instancias en la recolección de datos. Asimismo, las madres que tenían pareja no presentaron mayores diferencias con las que no tenían en los puntos analizados, deduciéndose que las madres ven como una responsabilidad unilateral el poder ejercer la LME. También se observó que la Lactancia Materna, en los entornos sociales de las madres asistentes, no es vista comúnmente como una consecución natural de la etapa postparto. Una de sus causas se debe a la normalización del uso de la leche de fórmula como medio válido de alimentación. Es por esto, que la instancia social que constituye las reuniones de La Liga de la Leche, es un espacio que genera pertenencia a grupo, es además un momento de contención y compañía, que se da entre las madres como también con la líder, cuyo apoyo y sabiduría es fundamental para la permanencia de su asistencia.

En segundo lugar, se concluye que la falta de información fidedigna es una de las principales razones por las cuales las madres acuden a La Liga de la Leche. Esta información, obtenida a través de distintas fuentes, como la búsqueda en internet y redes sociales, especialmente Facebook, el entorno más cercano y agentes de salud, muchas veces es contradictoria y no constituye una ayuda certera para la duración de la práctica de la LME. En La Liga de la Leche encuentran respuestas a sus dudas, a partir de información que se basa en el ejercicio práctico de la lactancia materna, como también consejos sobre maternidad y crianza, entre otros temas relacionados.

Por otro lado, los centros médicos aludidos en este estudio, todos privados, no se establecen como un prestador adecuado de servicios para la asistencia en Lactancia Materna. Esto se fundamenta a partir de las experiencias de las madres, sobre todo primíparas, que no encontraron el soporte apropiado para poder practicar la lactancia materna exclusiva de manera efectiva, teniendo como respuesta a sus dudas, en muchas ocasiones, el uso de lactancia artificial, sobre todo en los casos en que se presentaban dificultades de carácter físico para poder ejercerla. De esta forma, La Liga de la Leche se transforma en un medio que canaliza los requerimientos, tanto teóricos como prácticos, que tienen las madres para poder ejercer la LME de una manera eficaz.

Asimismo, la reincorporación al trabajo es un tema que se instala como una dificultad para poder ejercer la lactancia materna, sobre todo en madres primíparas, quienes sentían mucha angustia al no saber si podrían suministrar la cantidad que necesita su hijo/a y también si podrían extraerse y conservar leche en el trabajo. Por otro lado, las multíparas tratan de demostrar más seguridad, sobre todo en el caso de las que dieron LME a su primer hijo/a. Sin embargo, este factor las motiva a saber acerca de cómo enfrentar esta situación, y por ende, a asistir a La Liga de la Leche.

A modo de reflexión, se manifiesta que a nivel gubernamental o de políticas públicas, debieran promoverse más los grupos de apoyo, como La Liga de la Leche donde se entrega una información adecuada y práctica sobre LME, sus dificultades, problemas y sus formas de solucionarlas. Asimismo, se observa falta coordinación entre los programas y políticas que promueven la Lactancia Materna y la realidad que se vive en los Centros Médicos, donde muchas de las estrategias promovidas desde la teoría, no se implementan en la práctica como políticas institucionales dentro de estas organizaciones.

Por último, cabe destacar que las principales diferencias, encontradas a partir de la caracterización de las madres en los relatos, fueron de las madres multíparas y primíparas, donde otras características, como el nivel educacional, el estado conyugal, y si trabaja fuera o dentro del hogar, no revistieron mayor importancia en los resultados de este estudio.

Por lo tanto, a partir de esta investigación se evidenció que las motivaciones de las madres de lactantes menores de 6 meses que asisten a La Liga de la Leche de Ñuñoa para poder ejercer una Lactancia Materna Exclusiva eficaz, es en primera instancia resolver dudas de carácter práctico acerca de cómo realizarla idóneamente, ya que ni su entorno social más próximo ni los Centros de Salud a los que acuden pueden hacerlo. En segundo lugar, al encontrar en las reuniones contención emocional, y la posibilidad de compartir sus problemáticas con personas afines, generando pertenencia a grupo, se transforma en una motivación de segundo orden, pero no por eso menos importante, para asistir a La Liga de la Leche. De igual forma, existe una crítica generalizada hacia la coordinación de las políticas, programas y actividades por parte de entidades estatales que fomenten la Lactancia Materna, y por ende, esta instancia sustituye este déficit, como también es un nicho para potenciar la visualización y promoción de este tema.

## VIII. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Ginebra: OMS; 2002.
2. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. Quebec: Cochrane Database of Systematic Reviews; 2002: Issue 1. Art. No.: CD003517. DOI: 10.1002/14651858.CD003517.
3. Ávila ML. Lactancia Materna y uso de Leche Humana. Acta pediátr Costarric 2005; 19(1): 35-38.
4. Agencia EFE. Amamantar recién nacidos salvaría medio millón de vidas al año. [diario digital] La Tercera 2014 agosto 03; Tendencias. [fecha de acceso: 03 de agosto de 2014]. URL disponible en: <http://www.latercera.com/noticia/tendencias/2014/08/659-589627-9-amamantar-recien-nacidos-salvaria-medio-millon-de-vidas-al-ano.shtml>
5. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. El Estado Mundial de la Infancia de 2014 en cifras. Todos los niños y niñas cuentan. Informe de UNICEF. Nueva York: UNICEF; 2013.
6. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2009. Las niñas, la educación y el desarrollo. Informe UNICEF. Nueva York: UNICEF; 2008.
7. Macías S, Rodríguez S, Ronayne P. Leche materna: composición y factores condicionantes de la lactancia. Archivos Argentinos de Pediatría. 2006; 104: 423-430.
8. Pinto L. F. Apego y lactancia natural. Rev Chil Pediatr 2007; 78 (Supl 1): 96-102.
9. Blázquez MJ. Ventajas de la Lactancia Materna. Rev. Med. Naturista. 2000; 1: 44-49.
10. Shams A, Negro R, Gretchen A, Baqui A, Caulfield L, Becker S. Exclusive Breastfeeding Reduces Acute Respiratory Infection and Diarrhea Deaths Among Infants in Dhaka Slums. Pediatrics 2001; 108: 67.

11. Organización Mundial de la Salud. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington, DC. EEUU: OMS; 2009.
12. Aguilar M. Lactancia Materna. Madrid: Elsevier; 2005.
13. Stuebe AM, Rich-Edwards JW, Willet WC, Manson JE, Michels KB. Duration of Lactation and Incidence of Type 2 Diabetes. JAMA. 2005; 294: 2601-2610.
14. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Seguimiento de los progresos en la nutrición de los niños y las madres. Una prioridad en materia de supervivencia y desarrollo. Informe de UNICEF. Nueva York: UNICEF; 2009.
15. Fondo Nacional de Salud. Licencias Médicas 2004-2008. Santiago: Fonasa; 2008.
16. Miranda M, Sandoval G. Días de licencia por enfermedad del hijo caen a menor nivel desde 2010. [diario digital] La Tercera 2014 agosto 08; Tendencias. [fecha de acceso: 08 de agosto de 2014]. URL disponible en: <http://www.latercera.com/noticia/nacional/2014/08/680-589711-9-dias-de-licencia-por-enfermedad-de-hijo-caen-a-menor-nivel-desde-2010.shtml>
17. Wesley R. Teorías de Enfermería. 2ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1997.
18. Cárdenas M.H, Montes E, Varon M, Arenas N, Reina R. Perfil biopsicosocial de la madre y su relación con el abandono de lactancia materna exclusiva. Enferm. glob. [en línea] 2010. [fecha de acceso 20 de febrero 2014]; (20). URL disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412010000300004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300004&lng=es).
19. Cerda L. Lactancia materna y gestión del cuidado. Rev Cubana Enfermer 2011; 27(4):327-336.
20. Kronborg H, Vaeth M. The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. Scandinavian Journal of public Health. 2004; 32: 210-216.
21. Atalah E. Situación actual de la lactancia en Chile. Medwave [en línea] 2006 [fecha de acceso: 17 de febrero de 2014]; 6(5):e3528. URL disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Cursos/3528?ver=sindisen>

22. Cerda L. La madre que amamanta y el entorno laboral. *Matronas Prof* 2008; 9(1): 21-26.
23. Hernández MT, Muñoz A, Lasarte JJ, García C, Díaz C, Martín J. La lactancia materna en la Comunidad Valenciana. *Rev. Pediatr Aten Primaria* 2004; 6:19-37.
24. Ministerio de Salud. Lactancia Materna. Contenido Técnico para profesionales de la salud. 3ª ed. Santiago, Chile: Minsal; 2010.
25. Delgado-Becerra A, Arroyo-Cabrales L, Díaz-García M, Quezada-Salazar C. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2006; 63 (1):31-39.
26. Ceriani JM, Noceda G, Barrera L, Martínez AM, Garsd A. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *J Hum Lact* 2003; 19: 136-144.
27. Rodríguez-García J, Acosta-Ramírez N. Factores Asociados a la Lactancia Materna Exclusiva en Población Pobre de Áreas Urbanas de Colombia. *Rev salud pública*. 2008; 10(1): 71-84.
28. Alikasifoglu M, Erginoz E, Tasdelen E, Baltas Z, Beker B, Arvas A. Factors influencing the duration of exclusive breastfeeding in a group of turkish women. *J Hum Lact* 2001; 17: 220-226.
29. Ekström A, Widström AM, Nissen E. Duration of breastfeeding in swedish primiparous and multiparous women. *J Hum Lact* 2003; 19: 172-178.
30. O'Brien M, Buikstra E, Hegney D. The influence of psychological factors on breastfeeding duration. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 63: 397-408.
31. Jordan PL, Wall VR. Supporting the father when an infant is breastfed. *J Hum Lact* 1993; 9: 31-34.
32. Durán R, Villegas D, Sobrado Z, Almanza M. Factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna. *Rev Cubana Pediatr* 1999; 71(2): 72-79.
33. Flores-Díaz AL, Bustos-Valdés MV, González-Solís R, Mendoza-Sánchez HF. Factores relacionados con la duración de la lactancia materna en un grupo de niños mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar* 2006; Vol.8 (1) 33-39.

34. Díaz-Sáez J, Catalán-Matamoros D, Fernández-Martínez M, Granados-Gámez G. La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. *Gac Sanit*; 25(6): 483-489.
35. Organización Mundial de la Salud. Código Internacional de Sucesos de la Lactancia Materna. Ginebra: OMS; 1981.
36. World Health Organization. Protecting, promoting and supporting breastfeeding. The special role of maternity services. Geneva: WHO; 1989.
37. Organización Mundial de la salud/ Fondo Naciones Unidas para la Infancia. Declaración de Innocenti. Sobre la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. Florencia: OMS/UNICEF; 1990.
38. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra: OMS; 2003.
39. Naylor AJ. Baby-Friendly Hospital Initiative. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in the twenty-first century. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48 (2): 475-483.
40. Dodgson JE, Allard-Hale CJ, Bramscher A, Brown F, Duckett L. Adherence to the ten steps of the Baby-Friendly Hospital Initiative in Minnesota hospitals. *Birth* 1999; 26 (4): 239-247.
41. Organización Mundial de la salud/ Fondo Naciones Unidas para la Infancia. Declaración de Innocenti. Sobre la alimentación del lactante y niño pequeño. Florencia: OMS/UNICEF; 2005.
42. Grummer-Strawn LM, Rice SP, Dugas K, Clark LD, Benton-Davis S. An evaluation of breastfeeding promotion through peer counseling in Mississippi WIC clinics. *Matern Child Health J* 1997; 1 (1): 35-42.
43. Kistin N, Abramson R, Dublin P. Effect of peer counselors on breastfeeding initiation, exclusivity, and duration among low-income urban women. *J Hum Lact* 1994; 10 (1): 11-15.
44. Ilabaca J, Atalah E. Tendencia de la lactancia materna en el Servicio de Salud Metropolitano Sur. *Rev Chil Pediatr* 2002; 73: 127-134.

45. Gotsch G. Amamantar. Sencillo y Puro. Illinois, EE.UU: La Leche League International; 1994.
46. Secretaría Ejecutiva del Comité Interministerial Económico-Social. Metas y líneas de acción en favor de la infancia. Compromisos con los niños de Chile para la década.[en línea] 1992 [fecha de acceso: 17 de febrero de 2014] URL disponible en: <http://biblioteca.uahurtado.cl/ujah/reduc/pdf/pdf/7054.pdf>
47. Atalah E, Castillo C, Reyes C. Efectividad de un programa nacional de fomento de la lactancia materna en Chile 1993-2002. Arch Latin Nutr; 2004; 54: 374-379.
48. Chile Crece Contigo. Evaluación de las Condiciones Priorizadas en el Programa de Apoyo al Recién Nacido. Informe Final de Resultados. [en línea] 2009 [fecha de acceso: 17 de febrero de 2014] URL disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2014/11/Condiciones-priorizadas-PARN-MDS-2013.pdf>
49. Superintendencia de Seguridad Social. Permiso Postnatal Parental. Preguntas y Respuestas de la Ley N°20.545. [en línea] 2011 [fecha de acceso: 04 de noviembre de 2014] URL disponible en: <http://www.suseso.cl/preguntas-y-respuestas-generales-sobre-la-ley-n-20-545/>
50. Llorens B, Ferrer E, Morales V, Alenda A. Creímos en la lactancia materna: Una aproximación de la experiencia en tres generaciones. Index Enferm 2007; 16(58): 34-38.
51. Chile Crece Contigo. Liga Chilena de Lactancia Materna. Una visión de nuestra labor voluntaria realizada en la promoción y apoyo y difusión de la lactancia materna. [en línea] 2012 [fecha de acceso: 30 de mayo de 2014] URL disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2012/08/Presentaci%C3%B3n-Liga-Chilena-Lactancia.pdf>
52. Porras W. En busca del oro líquido. Cómo amamantar a su bebé. Costa Rica: La Liga Internacional de la Leche; 2007.
53. Wiggins P. ¿Por qué debería amamantar a mi bebé? Los Ángeles: IBCLC.1992.
54. Ministerio de Salud. Sexta Encuesta Nacional de Lactancia Materna. Santiago: Minsal; 2014.

55. Ministerio de Salud, Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). Registros Estadísticas Mensuales 2005-2012. Santiago: Minsal; 2014.
56. Corporación Municipal de Desarrollo Social. Plan de Salud Comunal Ñuñoa 2011-2014. Santiago: Corporación Municipal de Desarrollo Social; 2014.
57. Grupo de Ñuñoa de la Liga de la Leche. Prevalencia de LME en niños de 6 ó más meses. Santiago: Grupo de Ñuñoa de la Liga de la Leche; año 2013.
58. Barbera E. Modelos Explicativos en Psicología de la Motivación. REME [en línea] 2002. [fecha de acceso: 04 de noviembre de 2014; 5(10). URL disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/abarbe7630705102/texto.html>
59. Herrera F, Ramírez M.I, Roa J.M, Herrera I. Tratamiento de las creencias motivacionales en contextos educativos pluriculturales. Revista Iberoamericana de Educación Universidad de Granada 2004; 37(2):1-20.
60. González Cinta C. I. Autoconcepto en adolescentes videntes e invidentes y diferencia entre género. [Tesis Licenciatura Psicología]. Puebla: Departamento de Psicología, Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades, Universidad de las Américas Puebla; 2006.
61. Santrock J. Psicología de la Educación. México: Mc Graw-Hill; 2002.
62. Trechera J. L. Saber motivar: ¿El palo a la zanahoria? [en línea] 2005. [fecha de acceso: 04 de noviembre de 2014] URL disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos28/saber-motivar/saber-motivar.shtml>
63. Ajello A.M. La motivación para aprender. Manual de Psicología de la Educación. Madrid: Popular; 2003.
64. Reeve J. Motivación y Emoción. Madrid: Mc Graw Hill; 2004.
65. Valdés C. Conceptos principales de motivación. [en línea] 2005. [fecha de acceso: 04 de Noviembre de 2014] URL disponible en: <http://www.gestiopolis.com/conceptos-principales-de-motivacion/>
66. Robbins S. Comportamiento Organizacional. 10ª ed. México: Pearson; 2004.

67. Fernández M. Impacto de los programas de educación maternal. Análisis del uso de servicios hospitalario de urgencias obstétricas. Reduca Enfermería, Fisioterapia y Podología. Serie Trabajos Fin de Master. 2009; 1 (2): 383-399.
68. Díaz S. El Periodo Postparto. [en línea] Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. UNICEF.[fecha de acceso 02 de noviembre de 2014] URL disponible en: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod04/POST-PARTO.pdf>
69. Vásquez M, Romero A, Rivas, A. Motivaciones de la madre para amamantar. Una experiencia a partir de la capacidad de escuchar. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Magdalena. Duazary. 2012; 9 (2):116-122.
70. Montero L. Diccionario Médico Pedia. [en línea] Portales Médicos.com lactante [fecha de acceso: 16 de julio de 2014. URL disponible en: [http://www.portalesmedicos.com/diccionario\\_medico/index.php/Lactante](http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Lactante)
71. Pinilla E, Orozco LC, Camargo F, Alfonso E, Peña E, Villabona L, Acevedo Y. Lactancia materna ineficaz: prevalencia y factores asociados. Rev Univ Ind Santander Salud 2011; 43(3): 271-279.
72. Anderson L.W, Krathwohl (Eds.). A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing: A Revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives. Taxonomy of Educational Objectives. Longman: New York; 2000.
73. Ruiz Olabuénaga JI. Metodología de la investigación cualitativa. 5ª ed. Bilbao: Universidad de Deusto; 1999.
74. Vásquez M, Ferreira M, A Mogollón, M Fernández, M Delgado, I Vargas. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2005.

## IX. Anexos

### 1. Consentimiento Informado

#### **Motivaciones de madres de lactantes menores de 6 meses que asisten a La Liga de la Leche de Ñuñoa para ejercer una lactancia materna exclusiva eficaz**

**Nombre de la Investigadora principal:** Carolina Verónica Ruiz Pizzi.

**R.U.T.:**13.828.472-7.

**Teléfonos:** 56792269.

Le invitamos a participar en el proyecto de investigación “Motivaciones de madres de lactantes menores de 6 meses que asisten a La Liga de la Leche de Ñuñoa para ejercer una lactancia materna exclusiva eficaz”, donde se estudiarán las motivaciones de las madres que asisten a las reuniones del grupo de Ñuñoa de La Liga de la Leche. La investigación busca sistematizar sus motivaciones para acudir a esta organización. Se considera lo anterior como algo importante, puesto que podría ser un aporte al comprender, de manera más específica, esta temática poco investigada, que relaciona factores sociodemográficos, fisiológicos, psicológicos, y del entorno, por lo que puede considerarse como un elemento decisivo para la práctica eficaz de la Lactancia Materna Exclusiva. A su vez, reconociendo falta de información en el tema, se pretende generar nuevos conocimientos, que permitan complementar las investigaciones ya realizadas, como también proponer modelos para investigaciones futuras que se relacionen con la temática tratada.

Esta investigación tiene por objetivos:

- Caracterizar según factores sociodemográficos a las madres de lactantes menores de 6 meses que asisten a La Liga de la Leche de Ñuñoa.
- Identificar y describir las motivaciones que tienen las madres de lactantes menores de 6 meses para asistir a La Liga de la Leche de Ñuñoa.

El estudio incluirá a un número total de 16 madres de lactantes menores de 6 meses que asisten al grupo de Ñuñoa de La Liga de la Leche.

Si Usted acepta participar será sometido, por un período de 1 hora, a una entrevista semiestructurada.

La aplicación de la entrevista semiestructurada no implica ningún riesgo para usted.

La entrevista semiestructurada será aplicada por el investigador sin costo alguno para usted durante el desarrollo de este proyecto.

Este estudio tiene como único beneficio el progreso del conocimiento.

Si usted decide no participar en esta investigación, no afectará de ninguna forma su asistencia y participación a las reuniones del grupo de Ñuñoa de La Liga de la Leche, ya que esta es una investigación individual.

Su participación es totalmente voluntaria y no tendrá ninguna retribución económica ni costo alguno para usted. Puede elegir participar o no, o retirarse en cualquier momento del estudio y esto no afectará de ninguna forma su asistencia a las reuniones del grupo de Ñuñoa de La Liga de la Leche, ya que esta es una investigación individual.

Usted no recibirá ninguna compensación económica por su participación en el estudio.

Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, lo que incluye el acceso de los investigadores o agencias supervisoras de la investigación, mediante un código. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima.

Usted será informado si durante el desarrollo de este estudio surgen nuevos conocimientos que puedan afectar su voluntad de continuar participando en la investigación.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento comunicándolo a la investigadora, sin que ello signifique

modificaciones en el estudio. De igual manera la investigadora podrá determinar su retiro del estudio si considera que esa decisión va en su beneficio.

Usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con:

Investigadora: Carolina Verónica Ruiz Pizzi al 09-56792269.

En caso de duda sobre sus derechos debe comunicarse con el Presidente del “Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos”, Dr. Manuel Oyarzún G., Teléfono: 2-978.9536, Email: comiteceish@med.uchile.cl, cuya oficina se encuentra ubicada a un costado de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile en Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto “Motivaciones de madres de lactantes menores de 6 meses que asisten a La Liga de la Leche de Ñuñoa para ejercer una lactancia materna exclusiva eficaz”.

_____	_____	_____
Nombre del sujeto	Firma	Fecha
Rut.		
_____	_____	_____
Nombre de informante	Firma	Fecha
Rut.		
_____	_____	_____
Nombre del investigador	Firma	Fecha

## 2. Guía de Entrevista Semiestructurada

<b>Fecha de Entrevista:</b>	<b>Hora Inicio:</b>
<b>Nombre:</b>	<b>Hora Término:</b>
<b>Edad:</b>	<b>Duración:</b>
<b>Nivel Educativo:</b>	<b>Edad del lactante:</b>
<b>Primípara:</b>	<b>Múltipara:</b>
<b>Trabaja fuera del hogar:</b>	<b>Trabaja en el hogar:</b>
<b>Con Pareja</b>	<b>Sin Pareja</b>
<b>Código de identificación en la investigación:</b>	

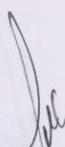
- Beneficios  
¿Qué significa para ti amamantar a tu hijo/a?
- Entorno Social/Familiar  
¿Cómo has vivido la lactancia al interior de tu familia y con tus amistades?
- Acceso:  
¿Cómo llegaste a La Liga de la Leche?
- Motivaciones:  
¿Por qué acudes a reuniones en La liga de la leche?
- Problemas de lactancia:  
¿Qué problema de lactancia has tenido?
- Trabajo:  
\*¿Cómo crees que te sentirás con la alimentación de tu hijo/a cuando regreses al trabajo?
- Atención de salud :  
¿Qué información de lactancia te entregan durante la atención de salud?

\*Esta pregunta es sólo para las mujeres que trabajan fuera del hogar.

### 3. Acta de Aprobación Proyecto

1/2

 **UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA**  
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS


**ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO**

FECHA: 14 de Abril del 2015. 14 ABR. 2015

**PROYECTO: "MOTIVACIONES DE MADRES DE LACTANTES MENORES DE 6 MESES DEL GRUPO DE ÑUÑO A DE LA LIGA DE LA LECHE QUE BUSCAN AYUDA PARA EJERCER UNA LACTANCIA EXCLUSIVA EFICAZ".**

**INVESTIGADOR RESPONSABLE: SRTA. CAROLINA RUIZ PIZZI.**

**INSTITUCIÓN: PROYECTO DE TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA. PROF. TUTOR MARÍA TERESA VALENZUELA S., PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SALUD COMUNITARIA, ESCUELA DE SALUD PÚBLICA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CHILE.**

Con fecha 14 de Abril de 2014, el proyecto ha sido analizado a la luz de los postulados de la Declaración de Helsinki, de la Guía Internacional de Ética para la Investigación Biomédica que involucra sujetos humanos CIOMS 1992, y de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996.

Sobre la base de la información proporcionada en el texto del proyecto el Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, estima que el estudio propuesto está bien justificado y que no significa para los sujetos involucrados riesgos físicos, psíquicos o sociales mayores que mínimos.

Este comité también analizó y aprobó el correspondiente documento de Consentimiento Informado en su versión original con fecha 06 de Marzo de 2015.

En virtud de las consideraciones anteriores el Comité otorga la aprobación ética para la realización del estudio propuesto, dentro de las especificaciones del protocolo.

**Teléfono: 9789536 - Email: comiteceish@med.uchile.cl**