SAGA
Revista Científica Multidisciplinar
https://revistasaga.org/

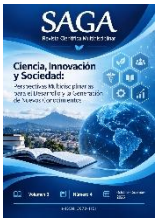
e-ISSN **3073-1151**
Octubre-Diciembre, 2026
Vol. **3**, Núm. **4**, **359-379**
https://doi.org/10.63415/saga.v3i4.511

Artículo de investigación

Determinantes asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva y triangulación de barreras asistenciales en Tarija, Bolivia

Determinants associated with the discontinuation of exclusive breastfeeding and triangulation of healthcare barriers in Tarija, Bolivia

Determinantes associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo e triangulação das barreiras assistenciais em Tarija, Bolívia



Verónica Aguilar Aguanta[1], Vicente Ernesto González-Aramayo Gutiérrez[2]

[1] Candidata a Doctora en Salud Pública, Dirección de Postgrado, Universidad Técnica de Oruro (UTO), Oruro, Bolivia.
[2] Dirección Centro Coordinador de Salud para el Bienestar, Servicio Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud Federal, Tamaulipas, México.

Recibido: 2026-10-10 / **Aceptado**: 2026-11-15 / **Publicado**: 2026-11-25

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia puntual y los factores sociodemográficos, maternos, socioculturales e institucionales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva (LME) en lactantes menores de seis meses, e integrar mediante triangulación metodológica las barreras asistenciales y laborales en el primer nivel de atención de la seguridad social en Tarija, Bolivia. **Materiales y métodos**: Estudio observacional, transversal y analítico con diseño de métodos mixtos de triangulación convergente, desarrollado en el Centro Integral de Medicina Familiar (CIMF) 15 de Abril de la Caja Nacional de Salud (CNS), Regional Tarija, durante la gestión 2025. El componente cuantitativo incluyó una muestra consecutiva de 250 madres de lactantes menores de seis meses (sobre un padrón finito de N = 687; tamaño muestral referencial calculado con error de 4,95%), aplicando un cuestionario estructurado validado por juicio de expertos. Se estimaron prevalencias puntuales con intervalos de confianza del 95% (IC 95%, método de Wilson) y se evaluaron asociaciones bivariadas mediante prueba de ji cuadrado (χ^2) con corrección de Yates, prueba exacta de Fisher, V de Cramér, razones de prevalencia (RP) y odds ratios (OR) brutos. El componente cualitativo comprendió un grupo focal con seis madres lactantes y nueve entrevistas semiestructuradas a informantes clave del personal de salud y gerencia. **Resultados**: La prevalencia puntual de LME en menores de seis meses fue de 24,4% (IC 95%: 19,5–30,1), registrándose un abandono global de 75,6% (IC 95%: 69,9–80,5; 52,4% lactancia mixta y 23,2% artificial), cifra significativamente inferior a la meta mundial del 50% ($p < 0,001$). Los factores asociados significativamente con mayores odds de abandono fueron la ausencia de lactario en el entorno laboral en la submuestra que respondió el módulo ocupacional (OR = 26,25; IC 95%: 4,37–157,70; $p < 0,001$), la percepción materna de poca producción de leche (OR = 12,06; IC 95%: 4,63–31,45; $p < 0,001$), el reporte de algún problema físico mamario (OR = 7,74; IC 95%: 4,07–14,69; $p < 0,001$), la representación desfavorable del pecho como alimento único (OR = 7,73; IC 95%: 2,32–25,74; $p < 0,001$), la prohibición de llevar al lactante al trabajo (OR = 3,85; IC 95%: 1,16–12,78; $p = 0,040$), el trabajo en instituciones formales (OR = 3,51; IC 95%: 1,68–7,33; $p < 0,001$), la orientación sobre el uso de sucedáneos o biberón impartida por el personal de salud (OR = 2,69; IC 95%: 1,49–4,86; $p = 0,001$) y la percepción de que las políticas no favorecen la LME (OR = 2,05; IC 95%: 1,11–3,79; $p = 0,029$). De manera contraintuitiva, la edad materna ($p = 0,148$), el estado civil ($p = 0,410$), la instrucción universitaria ($p = 0,640$), el malestar emocional ($p = 0,121$) y la elevada proporción de cesáreas (77,2%; $p = 0,576$) no se asociaron significativamente con el abandono. La triangulación cualitativa evidenció una profunda brecha entre una actitud materna favorable (77,2% reconoce que el pecho es el mejor alimento) y la carencia de soporte técnico-empático posparto, junto con la circulación de fórmulas infantiles desde el propio establecimiento sanitario (31,2% recibió donaciones del personal). **Conclusiones**: El abandono de la LME en esta población asegurada no se asocia con determinantes sociodemográficos fijos ni con falta de disposición materna, sino con barreras estructurales del entorno laboral y fallas modificables en la consejería clínica y el cumplimiento normativo dentro de los servicios de salud.

Palabras clave: lactancia materna exclusiva; destete precoz; factores de riesgo; sucedáneos de la leche materna; investigación con métodos mixtos; salud laboral; Bolivia.

ABSTRACT

Objective: To determine the point prevalence and sociodemographic, maternal, sociocultural, and institutional factors associated with the discontinuation of exclusive breastfeeding (EBF) among infants under six months of age, and to integrate healthcare and workplace barriers through methodological triangulation at the primary care level of the social security system in Tarija, Bolivia. **Materials and methods**: An observational, cross-sectional, analytical study with a convergent triangulation mixed-methods design was conducted at the 15 de Abril Comprehensive Family Medicine Center (CIMF) of the National Health Insurance Fund (CNS), Tarija Regional Office, during 2025. The quantitative component included a consecutive sample of 250 mothers of infants under six months of age (from a finite registered population of N = 687; reference sample size calculated with a margin of error of 4.95%), using a structured questionnaire validated through expert judgment. Point prevalence estimates were calculated with 95% confidence intervals (95% CI, Wilson method), and bivariate associations were assessed using the chi-square (χ^2) test with Yates' correction, Fisher's exact test, Cramér's V, prevalence ratios (PRs), and crude odds ratios (ORs). The qualitative component comprised a focus group with six breastfeeding mothers and nine semi-structured interviews with key informants from healthcare and management staff. **Results**: The point prevalence of EBF among infants under six months of age was 24.4% (95% CI: 19.5–30.1), with an overall discontinuation rate of 75.6% (95% CI: 69.9–80.5; 52.4% mixed feeding and 23.2% formula feeding). The prevalence of EBF was significantly below the global target of 50% ($p < 0.001$). Factors significantly associated with higher odds of EBF discontinuation were the absence of a workplace lactation room among respondents who completed the occupational module (OR = 26.25; 95% CI: 4.37–157.70; $p < 0.001$), perceived insufficient breast milk production (OR = 12.06; 95% CI: 4.63–31.45; $p < 0.001$), self-reported physical breast problems (OR = 7.74; 95% CI: 4.07–14.69; $p < 0.001$), unfavorable perceptions of breast milk as the sole source of nutrition (OR = 7.73; 95% CI: 2.32–25.74; $p < 0.001$), prohibition against bringing infants to the workplace (OR = 3.85; 95% CI: 1.16–12.78; $p = 0.040$), employment in formal institutions (OR = 3.51; 95% CI: 1.68–7.33; $p < 0.001$), guidance from healthcare personnel on the use of breast milk substitutes or feeding bottles (OR = 2.69; 95% CI: 1.49–4.86; $p = 0.001$), and the perception that policies do not support EBF (OR = 2.05; 95% CI: 1.11–3.79; $p = 0.029$). Contrary to expectations, maternal age ($p = 0.148$), marital status ($p = 0.410$), university education ($p = 0.640$), emotional distress ($p = 0.121$), and the high proportion of cesarean deliveries (77.2%; $p = 0.576$) were not significantly associated with EBF discontinuation. Qualitative triangulation revealed a substantial gap between favorable maternal attitudes (77.2% acknowledged breast milk as the best source of nutrition) and the lack of technical and empathetic postpartum support, along with the distribution of infant formula within the healthcare facility itself (31.2% received donations from healthcare personnel). **Conclusions**: EBF discontinuation in this insured population was not associated with fixed sociodemographic determinants or a lack of maternal willingness, but rather with structural workplace barriers and modifiable shortcomings in clinical counseling and regulatory compliance within healthcare services.

Keywords: exclusive breastfeeding; early weaning; risk factors; breast milk substitutes; mixed-methods research; occupational health; Bolivia.

RESUMO

Objetivo: Determinar a prevalência pontual e os fatores sociodemográficos, maternos, socioculturais e institucionais associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo (AME) em lactentes menores de seis meses e integrar, por meio da triangulação metodológica, as barreiras assistenciais e laborais no nível primário de atenção à saúde do sistema de seguridade social em Tarija, Bolívia. **Materiais e métodos**: Estudo observacional, transversal e analítico, com delineamento de métodos mistos de triangulação convergente, realizado no Centro Integral de Medicina Familiar (CIMF) 15 de Abril da Caixa Nacional de Saúde (CNS), Regional Tarija, durante o ano de 2025. O componente quantitativo compreendeu uma amostra consecutiva de 250 mães de lactentes menores de seis meses (proveniente de uma população finita cadastrada de N = 687; tamanho amostral de referência calculado com margem de erro de 4,95%), mediante a aplicação de um questionário estruturado, validado por avaliação de especialistas. Foram estimadas prevalências pontuais com intervalos de confiança de 95% (IC 95%, método de Wilson), e as associações bivariadas foram avaliadas por meio do teste do qui-quadrado (χ^2) com correção de Yates, teste exato de Fisher, V de Cramér, razões de prevalência (RP) e odds ratios (OR) brutos. O componente qualitativo compreendeu um grupo focal com seis mães lactantes e nove entrevistas semiestruturadas com informantes-chave das equipes de saúde e gestão. **Resultados**: A prevalência pontual de AME em lactentes menores de seis meses foi de 24,4% (IC 95%: 19,5–30,1), com uma taxa global de interrupção de 75,6% (IC 95%: 69,9–80,5; 52,4% de aleitamento misto e 23,2% de alimentação artificial). A prevalência de AME foi significativamente inferior à meta mundial de 50% ($p < 0,001$). Os fatores significativamente associados a maiores chances de interrupção do AME foram a ausência de sala de apoio à amamentação no ambiente de trabalho, na subamostra que respondeu ao módulo ocupacional (OR = 26,25; IC 95%: 4,37–157,70; $p < 0,001$), a percepção materna de produção insuficiente de leite (OR = 12,06; IC 95%: 4,63–31,45; $p < 0,001$), o relato de algum problema físico mamário (OR = 7,74; IC 95%: 4,07–14,69; $p < 0,001$), a percepção desfavorável do leite materno como alimento único (OR = 7,73; IC

95%: 2,32–25,74; p < 0,001), a proibição de levar o lactente ao local de trabalho (OR = 3,85; IC 95%: 1,16–12,78; p = 0,040), o trabalho em instituições formais (OR = 3,51; IC 95%: 1,68–7,33; p < 0,001), a orientação sobre o uso de substitutos do leite materno ou mamadeiras fornecida pelos profissionais de saúde (OR = 2,69; IC 95%: 1,49–4,86; p = 0,001) e a percepção de que as políticas não favorecem o AME (OR = 2,05; IC 95%: 1,11–3,79; p = 0,029). Contrariamente ao esperado, a idade materna (p = 0,148), o estado civil (p = 0,410), a escolaridade de nível superior (p = 0,640), o sofrimento emocional (p = 0,121) e a elevada proporção de partos cesáreos (77,2%; p = 0,576) não apresentaram associação significativa com a interrupção do AME. A triangulação qualitativa evidenciou uma acentuada lacuna entre a atitude materna favorável (77,2% reconhecem o leite materno como o melhor alimento) e a falta de apoio técnico e empático no período pós-parto, juntamente com a distribuição de fórmulas infantis pelo próprio serviço de saúde (31,2% receberam doações dos profissionais de saúde). **Conclusões**: A interrupção do AME na população segurada não apresentou associação com determinantes sociodemográficos fixos ou com a falta de disposição materna, mas com barreiras estruturais do ambiente de trabalho e falhas modificáveis no aconselhamento clínico e no cumprimento das normas nos serviços de saúde.

Palavras-chave: aleitamento materno exclusivo; desmame precoce; fatores de risco; substitutos do leite materno; pesquisa de métodos mistos; saúde do trabalhador; Bolívia.

Forma sugerida de citar (APA):

Aguilar Aguanta, V., & González-Aramayo Gutiérrez, V. E. (2026). Determinantes asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva y triangulación de barreras asistenciales en Tarija, Bolivia. *SAGA: Revista Científica Multidisciplinar*, 3(4), 359-379. https://doi.org/10.63415/saga.v3i4.511

Esta obra está bajo una licencia internacional
Creative Commons de Atribución No Comercial 4.0

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses de vida constituye la intervención preventiva de mayor impacto sobre la supervivencia, el neurodesarrollo y la programación metabólica e inmunológica en la infancia temprana (Victora et al., 2016; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). El suministro exclusivo de leche humana provee macronutrientes específicos de especie, inmunoglobulina A secretora, lactoferrina, oligosacáridos, linfocitos y factores bioactivos que modulan la colonización del microbioma intestinal y reducen sustancialmente la morbimortalidad neonatal e infantil (Brahm y Valdés, 2017). La evidencia epidemiológica demuestra que cualquier volumen de amamantamiento disminuye en un 64% la incidencia de infecciones gastrointestinales inespecíficas, y que la LME mantenida por al menos cuatro a seis meses reduce en un 72% el riesgo de hospitalización por infecciones respiratorias bajas y hasta en un 63% los episodios de otitis media aguda (Brahm y Valdés, 2017; Organización Mundial de la Salud [OMS] y Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020). En contrapartida, los lactantes alimentados exclusivamente con fórmulas artificiales enfrentan un incremento del 80% en el riesgo de enfermedad diarreica aguda y una mortalidad por neumonía hasta quince veces superior en comparación con aquellos amamantados de forma exclusiva (OPS, 2020). Adicionalmente, para la salud materna, la práctica sostenida de la lactancia disminuye el riesgo de carcinoma mamario en un 4% y de cáncer de ovario en un 27%, además de atenuar el riesgo cardiometabólico a largo plazo (OPS, 2020).

Pese a la contundencia de estos beneficios biológicos y económicos, la interrupción prematura de la LME persiste como un desafío crítico de salud pública global. De acuerdo con los reportes conjuntos de las agencias internacionales de nutrición, aproximadamente 77 millones de recién nacidos no reciben leche materna dentro de la primera hora de vida (UNICEF, 2016) y menos de la mitad de los lactantes menores de seis meses a escala mundial se alimenta exclusivamente al pecho, manteniéndose una brecha considerable frente a las metas globales de nutrición establecidas por la Asamblea Mundial de la Salud, que comprometían a los Estados miembros a alcanzar al menos un 50% de cobertura de

LME en menores de seis meses para el año 2025 (OMS, 2014; FAO et al., 2023). En América Latina, revisiones sistemáticas recientes sitúan la prevalencia regional promedio de LME en torno al 38%, identificando una compleja interacción de factores clínicos, perceptuales y estructurales que precipitan el destete precoz (Oblitas et al., 2022; Valarezo et al., 2024).

La literatura epidemiológica en la región andina y latinoamericana ha mostrado hallazgos heterogéneos respecto al peso relativo de los determinantes del abandono. Diversos estudios observacionales han enfatizado el papel de las variables sociodemográficas y obstétricas tradicionales, tales como la maternidad adolescente, la baja escolaridad, la ausencia de pareja estable, la primiparidad y el parto por cesárea (Ortiz Beltrán, 2022; Esteriz et al., 2022; Quirita, 2023). Sin embargo, otras investigaciones advierten que la escolaridad y el nivel socioeconómico no operan de forma lineal: en poblaciones urbanas o con mayor instrucción formal, la inserción en el mercado laboral o académico bajo regímenes inflexibles y la capacidad adquisitiva para adquirir fórmulas lácteas pueden invertir el gradiente esperado, incrementando la sustitución temprana del pecho (Cárdenas et al., 2020; Tandalla y Zurita, 2024; Herbay Román, 2022). Paralelamente, emerge de manera consistente en múltiples contextos el peso de los factores clínico-perceptuales —fundamentalmente la percepción subjetiva de producción insuficiente de leche (hipogalactia percibida) y el dolor o fisuras en el pezón por defectos en la técnica de acoplamiento—, así como el impacto psicosocial del estrés materno y la debilidad de las redes de apoyo familiar (Becerra-Bulla et al., 2015; Flórez-Salazar et al., 2018; Moreno et al., 2020; Luna-Torres et al., 2024; Tatamues, 2023).

En el Estado Plurinacional de Bolivia, aunque las evaluaciones nacionales reflejaban tasas agregadas de lactancia superiores al promedio regional —con marcadas asimetrías entre el área rural (77,4%) y el área urbana (57,5%)—, el seguimiento de las metas nutricionales ha evidenciado retrocesos y estancamientos preocupantes en entornos urbanos (Arias et al., 2017; UNICEF Bolivia, 2019). El país cuenta con un marco jurídico robusto encabezado por la Ley N.º 3460 de Fomento a la Lactancia Materna y Comercialización de sus Sucedáneos (Estado Plurinacional de Bolivia, 2006) y su Decreto Supremo Reglamentario N.º 0115 (Estado Plurinacional de Bolivia, 2009), los cuales declaran de orden público la protección de la LME hasta los seis meses, prohíben la promoción, publicidad y entrega gratuita de sucedáneos en establecimientos sanitarios, sancionan a los profesionales de salud que actúen como mediadores en la distribución de fórmulas y obligan a las instituciones públicas y privadas a adecuar salas de lactancia y otorgar permisos laborales remunerados. No obstante, diagnósticos institucionales revelan que apenas el 43% de las empresas en Bolivia respeta la reducción horaria por lactancia y únicamente el 8% dispone de salas de lactancia habilitadas (UNICEF Bolivia, 2020, 2022).

En el departamento de Tarija, reportes sanitarios difundidos en medios locales han alertado que apenas alrededor del 23% de las madres mantiene la lactancia materna hasta el sexto mes (Radio Luis de Fuentes, 2023). En el ámbito específico de la seguridad social a corto plazo —cuya población asegurada se caracteriza por una mayor inserción laboral formal y un perfil educativo elevado—, se desconocía la magnitud exacta del abandono de la LME y el papel real que desempeñan las prácticas asistenciales del personal sanitario frente a las condiciones laborales y las representaciones maternas. Por consiguiente, el presente estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia puntual del abandono de la LME en lactantes menores de seis meses y cuantificar sus factores sociodemográficos, maternos, socioculturales e institucionales asociados en usuarias del Centro Integral de Medicina Familiar (CIMF) 15 de Abril de la Caja Nacional de Salud (CNS), Regional Tarija (CNS, 2021), integrando mediante un diseño de métodos mixtos la triangulación entre la evidencia epidemiológica, la vivencia de las madres y la perspectiva del personal de salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y ámbito del estudio

Se ejecutó una investigación observacional, descriptiva-analítica de corte transversal, estructurada bajo un diseño de métodos mixtos de triangulación convergente (CUAN + cual) (Denzin, 1970; Creswell y Plano Clark, 2018). El trabajo de campo se llevó a cabo durante la gestión 2025 en el Centro Integral de Medicina Familiar (CIMF) 15 de Abril, establecimiento de primer nivel de atención dependiente de la Administración Regional Tarija de la Caja Nacional de Salud (CNS), entidad pública descentralizada que gestiona el régimen de seguridad social a corto plazo en Bolivia bajo el modelo de medicina familiar y comunitaria (CNS, 2021). El diseño convergente permitió recolectar y analizar de manera independiente pero simultánea datos cuantitativos de prevalencia puntual y asociación epidemiológica junto con datos cualitativos sobre percepciones, trayectorias de atención y barreras institucionales, integrándolos ulteriormente en una matriz de triangulación para identificar convergencias, divergencias y complementariedades.

Población, muestra y criterios de selección

Para el componente cuantitativo, la población de referencia estuvo constituida por el padrón finito de N = 687 madres en etapa de lactancia con hijos menores de seis meses adscritas y registradas en los controles regulares de crecimiento y desarrollo del CIMF 15 de Abril durante la gestión 2025. Como parámetro referencial para asegurar precisión estadística en la estimación de proporciones, se calculó el tamaño muestral mínimo mediante la fórmula para poblaciones finitas:

$$n = [\, N \cdot Z^2_{(\alpha/2)} \cdot p \cdot q \,] \,/\, [\, e^2 \cdot (N - 1) + Z^2_{(\alpha/2)} \cdot p \cdot q \,] \qquad (1)$$

Asumiendo un nivel de confianza del 95% ($Z_{(\alpha/2)} = 1{,}96$), una varianza máxima conservadora ($p = q = 0{,}50$) y un margen de error máximo admisible del 5% ($e = 0{,}05$), se obtuvo un requerimiento referencial mínimo de n = 247 participantes (246,61). Se reclutó e incluyó efectivamente a una muestra final de n = 250 madres mediante muestreo consecutivo no probabilístico entre las usuarias que acudieron a consulta durante el periodo de estudio, lo que corresponde a un error muestral referencial de 4,95% bajo el supuesto de aleatoriedad.

Se incluyeron madres biológicas de lactantes menores de seis meses que acudieron a control regular de niño sano en el establecimiento y otorgaron su consentimiento informado. Se excluyeron madres cuyos recién nacidos fueron derivados e internados en el Servicio de Neonatología por patologías perinatales complejas y aquellas que declinaron participar.

Para el componente cualitativo se aplicó un muestreo intencional por conveniencia regido por el criterio de saturación teórica y representatividad de roles. Se conformaron dos submuestras: (a) un grupo focal integrado por seis madres lactantes usuarias del centro (heterogéneas en paridad, ocupación y modalidad de lactancia), cuya sesión presencial tuvo una duración de 28 minutos y fue grabada en audio y transcrita literalmente con codificación minutada (MF); y (b) nueve entrevistas semiestructuradas individuales aplicadas a tomadores de decisión e informantes clave del equipo de salud (médicos, enfermeras, obstetrices, nutricionistas y personal directivo del establecimiento, codificados de E1 a E9).

Variables e instrumentos de recolección

En el componente cuantitativo se empleó el cuestionario estructurado Encuesta sobre Lactancia Materna, compuesto por 41 ítems validados previamente mediante juicio de expertos en cuanto a pertinencia, claridad y coherencia teórica. La variable dependiente fue el abandono de la lactancia materna exclusiva (LME), operacionalizada de forma dicotómica y transversal (alimentación en las 24 horas previas y práctica actual al momento de la encuesta en lactantes menores de seis meses) conforme a los criterios de la OMS (2023): se clasificó como mantenimiento de LME (código 0) cuando el lactante menor de seis meses recibía únicamente leche materna sin adición de otro líquido o sólido, y como

abandono de la LME (código 1) cuando la madre reportó práctica de lactancia mixta (leche materna más fórmula u otros líquidos/alimentos) o lactancia artificial exclusiva (fórmula láctea).

Las variables independientes se agruparon en cuatro bloques analíticos:

- ***Factores sociodemográficos***: edad materna (≤ 20 años vs. > 20 años, y desglose etario), estado civil (sin pareja estable [soltera/viuda] vs. casada o unión estable), grado de instrucción (universitaria vs. primaria/secundaria), situación ocupacional (trabajadora en institución formal vs. ama de casa, trabajadora independiente o estudiante), zona de residencia (urbana vs. periurbana/rural), acceso a servicios básicos y lugar de atención del parto.
- ***Factores maternos, obstétricos y clínicos***: paridad (primípara vs. multípara), vía de finalización del parto (cesárea vs. parto vaginal) y motivo del procedimiento quirúrgico (a solicitud materna, urgencia, complicación fetal o patología materna), complicaciones médicas gravídicas o intraparto, reporte de problemas físicos que impidieron amamantar (presencia general y desglose en percepción de poca producción de leche [hipogalactia percibida], grietas en el pezón y absceso mamario), estimulación prenatal del pezón, malestar emocional posparto en los últimos seis meses (estrés, ansiedad o depresión vs. ninguno), antecedentes de dificultad con la LME en hijos previos y preocupaciones estéticas.
- ***Factores socioculturales y de conocimientos***: representación materna sobre el mejor alimento para el bebé (no creer que el pecho exclusivo es lo mejor [ambos, biberón o no sabe] vs. creer que el pecho es lo mejor), conocimiento exacto de la duración normativa de seis meses de LME, actitud hacia la introducción de fórmula ante llanto/aparente insatisfacción o bajo peso, creencias sobre introducción de papillas o sopas a los cuatro meses, asistencia previa a talleres, percepción sobre el respaldo de las políticas de salud y redes de apoyo familiar.
- ***Factores del sistema de salud y del entorno laboral***: recepción de información sobre LME en controles prenatales, agente informante, recepción de capacitación práctica en técnicas de lactancia, orientación recibida por parte del personal de salud sobre el uso de fórmula o biberón, recepción de donaciones gratuitas de fórmula infantil por parte de profesionales sanitarios, e indicación médica documentada para suspender la LME. En la submuestra de encuestadas que completaron el módulo ocupacional específico (n = 99: 86 trabajadoras en instituciones formales, 7 trabajadoras independientes y 6 amas de casa con actividad laboral previa durante la gestación o el puerperio), se evaluó la disponibilidad de lactario institucional, el permiso para ingresar con el lactante al centro de trabajo y el agente que influyó en la sustitución láctea.

Durante la auditoría y control de calidad de la base de datos individual (N = 250), se verificó la ausencia de registros duplicados y una completitud del 100% en la variable dependiente. Se identificaron y trataron con rigor metodológico tres particularidades de registro: (a) los ítems sobre ofrecer fórmula ante aparente insatisfacción del bebé y ante bajo peso registraron vectores idénticos en los 250 casos, por lo que se consolidaron analíticamente como un único indicador; (b) en la pregunta sobre suspensión de LME por indicación médica, la opción residual «otra razón» fue consignada por defecto en los casos sin contraindicación (93,2%), por lo que únicamente las categorías clínicas explícitas (intolerancia del lactante [5,6%] y patología materno-infantil [1,2%]) se contabilizaron como suspensión médicamente indicada (6,8%); y (c) dos indicadores operativos (uso de fórmula como complemento y lactancia regida por horario fijo) se analizaron como descriptores de la práctica alimentaria, pero se excluyeron de las pruebas de asociación para evitar tautología definicional con el desenlace.

Análisis estadístico y procesamiento cualitativo

En el análisis descriptivo se calcularon frecuencias absolutas (n) y relativas (%), acompañadas de intervalos de confianza del 95% (IC 95%) estimados mediante el método score de Wilson (Wilson, 1927), idóneo para proporciones binomiales cercanas a los extremos. Para contrastar la prevalencia puntual observada de LME frente al referente internacional del 50% (OMS, 2014), se aplicó la prueba binomial exacta de dos colas.

En el análisis bivariado de asociación, cada factor dicotomizado se cruzó en tablas de contingencia 2 × 2 frente al abandono de la LME. Se aplicó la prueba de ji cuadrado (χ^2) de Pearson con corrección de continuidad de Yates (Yates, 1934) cuando todas las celdas presentaron frecuencias esperadas ≥ 5, y la prueba exacta de Fisher (Fisher, 1922) cuando alguna frecuencia esperada fue < 5. La fuerza epidemiológica de asociación se cuantificó mediante razones de prevalencia (RP) y odds ratios (OR) brutos con sus respectivos IC 95% calculados por el método delta (aplicando corrección de Haldane-Anscombe de 0,5 en presencia de celdas extremas). Dado que el estudio es transversal y la prevalencia del evento es elevada (75,6%), se enfatiza que los OR cuantifican la razón de posibilidades (odds) de abandono entre grupos y no deben interpretarse como equivalentes directos del riesgo relativo ni como demostración de causalidad temporal. El tamaño del efecto se evaluó con el coeficiente V de Cramér (interpretado como débil ≈ 0,10, moderado ≈ 0,30 y fuerte ≈ 0,50). Adicionalmente, para las variables politómicas clave se ejecutó la prueba χ^2 global en tablas R × C. Se fijó un nivel de significancia estadística de $\alpha = 0,05$; considerando la multiplicidad de contrastes, los valores en el rango $0,01 < p < 0,05$ se interpretaron como evidencia tentativa sujeta a confirmación por consistencia en la triangulación.

En el componente cualitativo se efectuó un análisis de contenido temático en cinco fases: transcripción literal, lectura flotante, codificación abierta y axial según los seis bloques de cada guía, cuantificación de frecuencia de consenso entre actores clave y extracción de citas textuales ilustrativas. Finalmente, se construyó una matriz de triangulación convergente de dimensiones clave que confrontó los hallazgos de las tres fuentes.

Consideraciones éticas

El protocolo se ejecutó en estricto apego a los principios éticos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (2013) y a la normativa boliviana vigente. Se contó con la autorización formal de las direcciones del Hospital Obrero N.º 7 y del CIMF 15 de Abril de la CNS Regional Tarija. Todas las participantes e informantes clave brindaron su consentimiento libre e informado previo a la recolección, garantizándose la confidencialidad y el anonimato mediante el uso de códigos alfanuméricos desidentificados.

RESULTADOS

Caracterización sociodemográfica, obstétrica y clínica de la población

El perfil sociodemográfico de las 250 madres encuestadas reveló una población altamente homogénea y con condiciones estructurales de vida teóricamente favorables para el cuidado infantil (Tabla 1). El 93,2% (IC 95%: 89,4–95,7) de las participantes tenía entre 21 y 40 años de edad, mientras que la maternidad adolescente o juvenil (≤ 20 años) representó apenas el 1,2% (n = 3). El 88,0% (IC 95%: 83,4–91,5) convivía en matrimonio o unión libre estable, dos terceras partes habían alcanzado educación superior universitaria (67,2%; IC 95%: 61,2–72,7) y el 86,8% residía en áreas urbanas consolidadas, contando con cobertura prácticamente universal de agua potable intradomiciliaria (97,6%) y energía eléctrica (100,0%). La principal fuente de diferenciación social radicó en la inserción laboral: mientras el 51,6% se desempeñaba como ama de casa, el 46,4% (IC 95%: 40,3–52,6) trabajaba activamente fuera del hogar, destacando un 34,8% (n = 87) de empleadas dependientes en instituciones públicas o

privadas y un 11,6% (n = 29) de trabajadoras independientes.

En el ámbito obstétrico (Tabla 1), el 88,8% de los nacimientos fue atendido en instalaciones de la propia CNS y el 62,8% de las usuarias eran multíparas. Destacó una intensa medicalización e intervencionismo quirúrgico del nacimiento: el 77,2% (n = 193; IC 95%: 71,6–82,0) de los partos culminó mediante operación cesárea. Al desglosar la indicación quirúrgica reportada entre las 193 mujeres sometidas a cesárea, casi la mitad (47,2%, equivalente al 36,4% de la muestra total) correspondió a cesáreas programadas por solicitud materna sin indicación patológica absoluta, seguidas por cesáreas de urgencia (43,0%, o 33,2% del total), sufrimiento o complicación fetal (7,8%) y patología materna (2,1%).

Tabla 1

Características sociodemográficas, antecedentes obstétricos y prácticas de lactancia en madres de lactantes menores de seis meses usuarias del CIMF 15 de Abril, Tarija (N = 250).

Dimensión / Variable	Categoría	n	%	IC 95% (Wilson)
Edad materna	16 a 20 años	3	1,2	0,4 – 3,5
	21 a 30 años	116	46,4	40,3 – 52,6
	31 a 40 años	117	46,8	40,7 – 53,0
	Mayor de 40 años	14	5,6	3,4 – 9,2
Estado civil	Casada o pareja estable	220	88,0	83,4 – 91,5
	Soltera	29	11,6	8,2 – 16,2
	Viuda	1	0,4	0,1 – 2,2
Grado de instrucción	Universitaria	168	67,2	61,2 – 72,7
	Secundaria	74	29,6	24,3 – 35,5
	Primaria	8	3,2	1,6 – 6,2
Ocupación materna	Ama de casa	129	51,6	45,4 – 57,7
	Trabajadora en institución formal	87	34,8	29,2 – 40,9
	Trabajadora independiente	29	11,6	8,2 – 16,2
	Estudiante	5	2,0	0,9 – 4,6
Zona de residencia	Urbana	217	86,8	82,0 – 90,4
	Rural	17	6,8	4,3 – 10,6
	Periurbana	16	6,4	4,0 – 10,1
Paridad y atención	Multípara (> 1 hijo)	157	62,8	56,7 – 68,6
	Primípara (1 hijo)	93	37,2	31,4 – 43,3
	Parto atendido en la CNS	222	88,8	84,3 – 92,1
Vía de parto y motivos	Cesárea (sobre N = 250)	193	77,2	71,6 – 82,0
	Parto vaginal (sobre N = 250)	57	22,8	18,0 – 28,4
	Cesárea programada a solicitud materna (base n = 193)	91	47,2	40,2 – 54,2
	Cesárea de urgencia (base n = 193)	83	43,0	36,2 – 50,1

Dimensión / Variable	Categoría	n	%	IC 95% (Wilson)
	Complicación fetal o materna (base n = 193)	19	9,8	6,4 – 14,9
Morbilidad física y emocional posparto	Experimentó problema físico para amamantar	166	66,4	60,3 – 72,0
	Poca producción de leche percibida (sobre N = 250)	103	41,2	35,3 – 47,4
	Grietas en el pezón (sobre N = 250)	50	20,0	15,5 – 25,4
	Absceso mamario u otros (sobre N = 250)	13	5,2	3,1 – 8,7
	Malestar emocional últimos 6 meses (estrés/ansiedad/depresión)	162	64,8	58,7 – 70,5
Práctica alimentaria actual (< 6 meses)	Lactancia materna exclusiva (LME)	61	24,4	19,5 – 30,1
	Abandono global de la LME (mixta o artificial)	189	75,6	69,9 – 80,5
	Lactancia mixta	131	52,4	46,2 – 58,5
	Lactancia artificial exclusiva (fórmula)	58	23,2	18,4 – 28,8

Fuente: Encuesta sobre Lactancia Materna, CIMF 15 de Abril (CNS Regional Tarija), gestión 2025. Los porcentajes están calculados sobre N = 250, salvo donde se indica explícitamente base n = 193.

En cuanto a las condiciones clínicas y psicosociales del puerperio, dos de cada tres madres (66,4%; IC 95%: 60,3–72,0) refirieron haber padecido algún problema físico que obstaculizó el amamantamiento. Dentro de este subgrupo (n = 166), el trastorno predominante fue la percepción de poca producción de leche o hipogalactia subjetiva (62,0% de quienes reportaron problema físico y 41,2% de la muestra total; n = 103), seguida por la presencia de grietas o fisuras en el pezón (30,1% de las afectadas y 20,0% del total; n = 50) y abscesos mamarios u otras afecciones locales (7,8% de las afectadas y 5,2% del total; n = 13, de los cuales n = 7 correspondieron específicamente a absceso mamario). Asimismo, el 54,4% no realizó estimulación prenatal del pezón y el 42,8% arrastraba experiencias negativas o dificultades de lactancia con hijos anteriores. En la esfera afectiva, el 64,8% (IC 95%: 58,7–70,5) reportó sintomatología emocional adversa durante el semestre posparto, desglosada en estrés (47,2%), ansiedad (10,0%) y depresión posparto (7,6%). Ninguna encuestada (0,0%) atribuyó la suspensión del pecho a motivos estéticos.

Magnitud del fenómeno y brecha entre actitud, conocimiento e intervención sanitaria

Al evaluar de forma transversal la conducta alimentaria del binomio madre-hijo en lactantes menores de seis meses, únicamente 61 de las 250 madres mantenían la lactancia materna exclusiva al momento de la encuesta, lo que arroja una prevalencia puntual de LME de apenas 24,4% (IC 95%: 19,5–30,1). Consecuentemente, la magnitud del abandono precoz de la LME alcanzó el 75,6% (n = 189; IC 95%: 69,9–80,5), distribuido en un 52,4% (n = 131; IC 95%: 46,2–58,5) de lactantes bajo régimen de lactancia mixta y un 23,2% (n = 58; IC 95%: 18,4–28,8) sometidos a destete completo con lactancia artificial exclusiva. De forma concordante, el 76,0% (n = 190) había introducido fórmula infantil o leche en polvo como complemento y el 56,0% (n = 140) restringía las tomas a horarios preestablecidos en lugar de practicar la libre demanda (41,6%). La prueba binomial exacta confirmó que la prevalencia puntual observada de LME en menores de seis meses (24,4%) es significativamente inferior a la meta mundial del 50% establecida por la Asamblea Mundial de la Salud ($p < 0,001$), situándose menos de la mitad por debajo del estándar internacional.

El análisis descriptivo de los conocimientos maternos y de las prácticas institucionales del sistema de salud puso al descubierto una marcada paradoja cognitivo-asistencial:

- ***Disociación entre valoración general y conocimiento operativo***: Si bien el 77,2% (n = 193; IC 95%: 71,6–82,0) de las madres manifestó que el pecho materno es el mejor tipo de lactancia (frente a 19,6% que eligió ambos, pecho y biberón, 2,8% biberón y 0,4% «no sabe») y el 89,2% reconoció en abstracto el principio de amamantar cuando el niño lo desee, más de la mitad de la población (52,8%; n = 132) desconocía hasta qué edad exacta debe mantenerse el pecho exclusivo (solo el 47,2% [n = 118] identificó correctamente los seis meses). Más aún, ante señales fisiológicas habituales de succión frecuente o percepción de bajo peso, el 74,0% (n = 185; IC 95%: 68,2–79,0) declaró que ofrece suplementos o fórmula láctea.
- ***Omisión promocional y promoción activa de sucedáneos en el servicio de salud***: El 64,8% (n = 162) de las usuarias no recibió información sobre LME durante sus controles prenatales, el 62,0% (n = 155) careció de capacitación práctica en técnicas de agarre y posición, y el 91,2% (n = 228) jamás asistió a un taller prenatal o posnatal de lactancia. Al indagar quién les brindó información sobre LME, el 57,2% (n = 143) respondió «nadie» (frente a 15,2% obstetriz, 14,4% médico y 11,2% enfermería). En abierto contraste, el 60,8% (n = 152; IC 95%: 54,6–66,6) fue orientada directamente por profesionales del establecimiento sobre el uso de fórmulas lácteas o biberón —encabezados por el personal médico (38,0%) y de enfermería (18,8%)— y casi una tercera parte de todas las madres (31,2%; n = 78; IC 95%: 25,8–37,2) recibió donaciones directas de latas o muestras de fórmula infantil de manos del personal de salud (17,2% por enfermería y 8,8% por médicos). Todo ello ocurrió a pesar de que la suspensión de la LME por una indicación médica específica y documentada (intolerancia del lactante [5,6%] o patología grave materno-infantil [1,2%]) explicó únicamente el 6,8% (n = 17; IC 95%: 4,3–10,6) de los casos.

Determinantes asociados al abandono de la LME: análisis bivariado y politómico

En la Tabla 2 se exponen los resultados completos del análisis epidemiológico bivariado para las 24 variables independientes contrastadas frente al abandono de la LME.

Tabla 2

Análisis bivariado de factores sociodemográficos, maternos, socioculturales, asistenciales y laborales asociados al abandono de la LME en menores de seis meses en Tarija, Bolivia (N = 250).

Factor de exposición	n exp.	% Aband. Exp.	% Aband. No exp.	χ^2 / Fisher	p	V	RP (IC 95%)	OR bruto (IC 95%)
Dimensión 1: Factores sociodemográficos (N = 250)								
Edad materna ≤ 20 años	3	33,3	76,1	Fisher	0,148	—	0,44 (0,09–2,17)	0,16 (0,01–1,76)
Sin pareja estable (soltera/viuda)	30	83,3	74,5	0,68	0,410	0,05	1,12 (0,94–1,34)	1,71 (0,62–4,67)
Educación universitaria	168	76,8	73,2	0,22	0,640	0,03	1,05 (0,90–1,23)	1,21 (0,66–2,22)
Residencia en zona urbana	217	74,2	84,8	1,23	0,267	0,07	0,87 (0,74–1,03)	0,51 (0,19–1,39)
Trabaja en institución formal*	87	88,5	68,7	11,00	< 0,001	0,21	1,29 (1,13–1,46)	3,51 (1,68–7,33)
Dimensión 2: Factores maternos, obstétricos y clínicos (N = 250)								

Factor de exposición	n exp.	% Aband. Exp.	% Aband. No exp.	χ^2 / Fisher	p	V	RP (IC 95%)	OR bruto (IC 95%)
Parto por cesárea	193	76,7	71,9	0,31	0,576	0,04	1,07 (0,89–1,28)	1,28 (0,66–2,50)
Complicaciones embarazo/parto	111	77,5	74,1	0,22	0,639	0,03	1,05 (0,91–1,20)	1,20 (0,67–2,16)
Problema físico para amamantar*	166	88,6	50,0	42,88	< 0,001	0,41	1,77 (1,42–2,21)	7,74 (4,07–14,69)
Poca producción de leche percibida*	103	95,1	61,9	34,50	< 0,001	0,37	1,54 (1,34–1,76)	12,06 (4,63–31,45)
Grietas en el pezón	50	74,0	76,0	0,01	0,912	0,01	0,97 (0,81–1,17)	0,90 (0,44–1,83)
Estrés, depresión o ansiedad posparto	162	79,0	69,3	2,40	0,121	0,10	1,14 (0,97–1,34)	1,67 (0,92–3,01)
Dificultad previa con LME	107	80,4	72,0	1,88	0,170	0,09	1,12 (0,97–1,28)	1,59 (0,87–2,90)
Dimensión 3: Factores socioculturales y de conocimiento (N = 250)								
No cree que el pecho es lo mejor*	57	94,7	69,9	13,35	< 0,001	0,23	1,35 (1,21–1,51)	7,73 (2,32–25,74)
Desconoce duración LME (6 meses)	132	78,0	72,9	0,64	0,424	0,05	1,07 (0,93–1,23)	1,32 (0,74–2,36)
No asistió a taller de lactancia	228	77,2	59,1	2,65	0,104	0,10	1,31 (0,92–1,86)	2,34 (0,95–5,79)
Cree dar papillas desde los 4 meses	21	76,2	75,5	0,00	1,000	0,00	1,01 (0,79–1,30)	1,04 (0,36–2,96)
Cree que políticas no favorecen LME*	110	82,7	70,0	4,74	0,029	0,14	1,18 (1,03–1,36)	2,05 (1,11–3,79)
Dimensión 4: Factores del sistema de salud (N = 250) y módulo ocupacional (n = 99)								
Sin información prenatal sobre LME	162	77,2	72,7	0,39	0,532	0,04	1,06 (0,91–1,24)	1,27 (0,70–2,30)
Nadie le informó sobre LME	143	77,6	72,9	0,51	0,477	0,05	1,06 (0,92–1,23)	1,29 (0,72–2,30)
Orientada sobre fórmula/biberón*	152	82,9	64,3	10,20	0,001	0,20	1,29 (1,09–1,52)	2,69 (1,49–4,86)
Sin capacitación en técnicas de LM	155	78,1	71,6	1,01	0,314	0,06	1,09 (0,94–1,27)	1,41 (0,79–2,54)
Recibió donación de fórmula (personal)	78	69,2	78,5	2,02	0,156	0,09	0,88 (0,75–1,04)	0,62 (0,34–1,13)
Sin lactario en el trabajo (n = 99)*	92	91,3	28,6	Fisher	< 0,001	—	3,20 (0,99–10,33)	26,25 (4,37–157,70)
No permiten llevar bebé al trabajo (n = 99)*	72	91,7	74,1	Fisher	0,040	—	1,24 (0,98–1,56)	3,85 (1,16–12,78)

Nota: n exp. = número de madres expuestas; % Aband. Exp. = porcentaje de abandono en expuestas; % Aband. No exp. = porcentaje de abandono en no expuestas; RP = razón de prevalencia; OR = odds ratio bruto; IC 95% calculados por el método delta. Se aplicó χ^2 con corrección de Yates o prueba exacta de Fisher cuando hubo frecuencias esperadas < 5. El módulo ocupacional (n = 99) corresponde a la submuestra que respondió las preguntas laborales (86 trabajadoras institucionales, 7 independientes y 6 amas de casa con actividad laboral previa). *Factores con asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Factores asociados con significancia estadística

El análisis bivariado demostró que el abandono precoz de la LME se asocia fuertemente con cuatro ejes de determinantes modificables:

- ***Percepción de poca producción de leche y morbilidad mamaria***: La percepción materna de hipogalactia constituyó el correlato individual de mayor magnitud en la muestra global: el 95,1% de las madres que percibieron baja producción abandonó la LME frente al 61,9% de quienes no la refirieron ($\chi^2 = 34,50$; $p < 0,001$; $V = 0,37$), presentando odds de abandono doce veces superiores (OR = 12,06; IC 95%: 4,63–31,45; RP = 1,54; IC 95%: 1,34–1,76). De igual modo, presentar cualquier problema físico mamario se asoció con un incremento del abandono del 50,0% al 88,6% ($\chi^2 = 42,88$; $p < 0,001$; $V = 0,41$; OR = 7,74; IC 95%: 4,07–14,69; RP = 1,77).
- ***Representación desfavorable del pecho como alimento único***: Las madres que no concebían la leche materna exclusiva como la única opción óptima (inclinándose por la combinación de pecho y biberón o el biberón exclusivo) registraron un abandono del 94,7% frente al 69,9% de aquellas que sí consideraban el pecho como lo mejor ($\chi^2 = 13,35$; $p < 0,001$; $V = 0,23$; OR = 7,73; IC 95%: 2,32–25,74; RP = 1,35). Asimismo, percibir que las políticas sanitarias del entorno no favorecen la LME se asoció significativamente con una mayor frecuencia de abandono (82,7% vs. 70,0%; $\chi^2 = 4,74$; $p = 0,029$; OR = 2,05; IC 95%: 1,11–3,79).
- ***Inserción laboral formal y desprotección en el lugar de trabajo***: El trabajo dependiente en una institución formal fue la única variable del bloque sociodemográfico asociada significativamente con el abandono (88,5% en trabajadoras institucionales frente a 68,7% en el resto de las madres; $\chi^2 = 11,00$; $p < 0,001$; $V = 0,21$; OR = 3,51; IC 95%: 1,68–7,33; RP = 1,29). Dentro de la submuestra del módulo ocupacional (n = 99), la carencia de un lactario institucional exhibió la asociación de mayor magnitud de todo el estudio: el 91,3% (84/92) de las encuestadas sin lactario abandonó la LME frente a solo el 28,6% (2/7) de aquellas que sí contaban con un espacio habilitado (prueba exacta de Fisher $p < 0,001$; OR = 26,25; IC 95%: 4,37–157,70; RP = 3,20). Adicionalmente, la prohibición de llevar al lactante al centro laboral se asoció significativamente con mayor abandono (91,7% [66/72] vs. 74,1% [20/27]; Fisher $p = 0,040$; OR = 3,85; IC 95%: 1,16–12,78).
- ***Orientación sobre sucedáneos por el personal de salud***: Las usuarias que recibieron orientación sobre el uso de fórmula láctea o biberón por parte de profesionales sanitarios presentaron una tasa de abandono significativamente mayor que aquellas que no recibieron dicha indicación (82,9% vs. 64,3%; $\chi^2 = 10,20$; $p = 0,001$; $V = 0,20$; OR = 2,69; IC 95%: 1,49–4,86; RP = 1,29).

El análisis de las variables politómicas (Tabla 3) corroboró la consistencia de los gradientes de abandono de la lactancia materna exclusiva (LME) según la ocupación materna, con una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 14,68$; $p = 0,002$; $V = 0,24$). La mayor proporción de abandono correspondió a las trabajadoras de instituciones formales (88,5%), superando en dieciocho puntos porcentuales a las amas de casa (70,5%) y en veintitrés puntos a las trabajadoras independientes (65,5%). Las estudiantes registraron la menor proporción (40,0%).

La percepción materna sobre la alimentación infantil también presentó una asociación significativa con el abandono ($p = 0,002$), alcanzando el 93,9% entre quienes consideraban igualmente adecuados el pecho y el biberón, frente al 69,9% entre quienes reconocían la superioridad del pecho exclusivo. Respecto a la orientación sobre sucedáneos, el abandono fue mayor entre las madres orientadas por médicos (89,5%) que entre aquellas orientadas por enfermería (72,3%) o sin orientación (64,3%). La asociación global fue significativa ($p < 0,001$; $V = 0,28$).

Tabla 3

Gradientes de abandono de la LME según categorías de variables politómicas seleccionadas en el CIMF 15 de Abril, Tarija (N = 250).

Variable politómica	Categoría de análisis	Total (n)	Abandono (n)	% Abandono	χ^2 global (gl)	Valor p (V)
Ocupación materna	Trabajadora en institución formal	87	77	88,5	14,68 (3)	0,002 (V = 0,24)
	Ama de casa	129	91	70,5		
	Trabajadora independiente	29	19	65,5		
	Estudiante	5	2	40,0		
Alimento que la madre cree mejor	Biberón exclusivo	7	7	100,0	14,80 (3)	0,002 (V = 0,24)
	No sabe	1	1	100,0		
	Ambos (pecho y biberón)	49	46	93,9		
	Pecho exclusivo	193	135	69,9		
Profesional que orientó sobre fórmula o biberón	Otros agentes	3	3	100,0	19,25 (4)	< 0,001 (V = 0,28)
	Médico(a)	95	85	89,5		
	Enfermera(o)	47	34	72,3		
	Nadie orientó sobre fórmula	98	63	64,3		
	Obstetriz	7	4	57,1		

Nota: Prueba χ^2 de Pearson global en tablas de contingencia R × C; gl = grados de libertad; V = coeficiente V de Cramér.

Hallazgos contraintuitivos: factores sin asociación estadísticamente significativa

En contraposición a los paradigmas clásicos de riesgo sociodemográfico y obstétrico, en esta muestra de la seguridad social no se observó asociación estadísticamente significativa entre el abandono de la LME y la edad materna ≤ 20 años (Fisher p = 0,148; OR = 0,16), la ausencia de pareja estable (χ^2 = 0,68; p = 0,410; OR = 1,71), el nivel de instrucción universitaria (76,8% de abandono en universitarias vs. 73,2% en no universitarias; χ^2 = 0,22; p = 0,640; OR = 1,21) ni la zona de residencia urbana (χ^2 = 1,23; p = 0,267; OR = 0,51).

Asimismo, pese a que la proporción de cesáreas alcanzó el 77,2%, la vía de parto quirúrgica no se asoció de forma estadísticamente significativa con el abandono (76,7% de abandono en nacimientos por cesárea frente a 71,9% en partos vaginales; χ^2 = 0,31; p = 0,576; OR = 1,28; IC 95%: 0,66–2,50). Tampoco alcanzaron significancia estadística las complicaciones médicas del embarazo o parto (p = 0,639), la presencia aislada de grietas en el pezón (p = 0,912; OR = 0,90), el malestar emocional posparto (p = 0,121; OR = 1,67) ni el déficit aislado de información prenatal (p = 0,532).

Triangulación cualitativa: barreras asistenciales y brecha actitud-soporte

El análisis cualitativo de las entrevistas a actores clave del servicio (n = 9) y del grupo focal con madres lactantes (n = 6), integrado con la encuesta en la matriz de triangulación convergente (Tabla 4), permitió comprender los procesos subyacentes detrás de los hallazgos epidemiológicos.

Tabla 4

Matriz de triangulación metodológica convergente sobre los determinantes del abandono de la LME en el CIMF 15 de Abril, Tarija.

Dimensión	Evidencia Cuantitativa (N = 250)	Grupo Focal Madres (n = 6)	Entrevistas Personal (n = 9)	Relación
Magnitud del abandono	Abandono de 75,6% (IC 95%: 69,9–80,5); LME puntual de 24,4% (p < 0,001 vs. meta 50%).	Relatos de introducción de fórmula desde el primer mes por falta percibida de leche.	El 78% (7/9) percibe el abandono como frecuente o muy frecuente; 100% reconoce impacto en morbilidad.	Convergencia total
Entorno laboral formal	Trabajo institucional: OR = 3,51 (p < 0,001). En módulo laboral (n = 99): 92,9% sin lactario (abandono 91,3%; OR = 26,25); 72,7% sin permiso de ingreso (abandono 91,7%; OR = 3,85).	4 de 5 madres trabajadoras denuncian inflexibilidad horaria, ausencia de lactarios y miradas hostiles de compañeros que fuerzan el destete.	El 89% (8/9) identifica el trabajo y los horarios sin apoyo como el factor causal número uno.	Convergencia fuerte
Hipogalactia percibida vs. estética	Poca leche percibida: 41,2% del total, OR = 12,06 (p < 0,001). Motivos estéticos: 0,0%.	5 de 6 madres señalan la falta de leche como su causa primordial («tenía que sacarme con jeringuitas»).	Solo 1 de 9 menciona producción de leche; 2 de 9 (22%) atribuyen el abandono al deseo materno de cuidar su estética.	Divergencia crítica
Soporte posparto y circuito de fórmula	64,8% sin información prenatal; 60,8% orientada sobre fórmula (OR = 2,69; médicos 89,5% abandono); 31,2% recibió donación de fórmula del personal.	Reclamo unánime (6/6) de sala exclusiva y talleres para primerizas; denuncia de trato frío y maniobras bruscas («me han aplastado el pecho»).	67% reduce la promoción a charlas de sala de espera; 56% no monitorea tasas; 78% admite capacitación insuficiente y pide cursos de empatía (56%).	Convergencia estructural
Presión familiar y cultural	Solo 6,8% declara influencia de creencias familiares en pregunta cerrada; 74,0% da fórmula si el bebé «no se harta».	5 de 6 madres relatan presión directa de suegras, madres y tías para dar tés, anís o sopas desde los 3 meses («para hacer duro el estómago»).	El 89% (8/9) otorga un peso regular o alto a los mitos y tradiciones culturales sobre la decisión materna.	Divergencia metodológica
Cesárea y salud mental	Cesárea: 77,2% (47,2% a solicitud materna), p = 0,576. Malestar emocional: 64,8%, p = 0,121.	Mención tangencial al estrés como inhibidor lácteo («tiene que estar tranquilita para producir»).	Omitidos completamente en el discurso espontáneo de los profesionales entrevistados.	Complementariedad (punto ciego)

Fuente: Elaboración propia a partir de la integración de la Encuesta sobre Lactancia Materna (N = 250), Grupo Focal (n = 6) y Entrevistas a Actores Clave (n = 9).

La triangulación puso en evidencia tres fenómenos fundamentales para la salud pública:

1. ***Brecha entre la actitud materna favorable y el vacío de soporte técnico-empático posparto***: Aunque el 77,2% de las madres encuestadas valoraba el pecho como el alimento óptimo, los relatos del grupo focal revelaron que durante el puerperio inmediato las madres —especialmente las primerizas— se enfrentan al amamantamiento en condiciones de desorientación técnica y vulnerabilidad emocional: «cuando nació mi bebé no nos han explicado cómo... estaba en las nubes, no sabía ni qué hacer» (MF, 14:11–15:00), demandando «que el personal nos oriente cómo agarrar el pecho, cómo agarrar al bebé» (MF, 14:53–15:00). Lejos de encontrar una consejería clínica cálida que evalúe la transferencia láctea y corrija el acople, las usuarias denunciaron interacciones despersonalizadas y maniobras físicas bruscas: «no encontraba empatía cuando iba al centro de salud... no encontraba ese apoyo emocional» (MF, 18:03–18:10); «han venido y me han aplastado el pecho así para darle» (MF, 20:12). Este déficit fue autocríticamente confirmado por los propios informantes de salud: el 78% (7/9) reconoció que el

personal se encuentra solo parcialmente o nada capacitado en lactancia, señalando la urgencia de implementar talleres prácticos (78%) y cursos de empatía y comunicación humana (56%).

2. ***Divergencia perceptual entre el personal sanitario y las madres respecto a la hipogalactia y la entrega de sucedáneos***: Mientras en la encuesta y en el grupo focal la percepción de poca producción de leche fue el desencadenante central de la angustia materna y del inicio de la suplementación («mi bebé ha tomado fórmula el primer mes porque yo no tenía leche... nada de leche, y eso que me alimentaba bien», MF, 6:28–6:36), apenas uno de los nueve profesionales entrevistados identificó los problemas de producción láctea como causa relevante (E8). En cambio, el 22% del personal atribuyó el abandono a motivos estéticos («decisiones maternas propias y laborales, y deseo de cuidar su estética», E1), variable que tuvo 0,0% de respaldo en la encuesta y en el grupo focal. Ante la consulta materna por llanto del lactante o duda sobre su saciedad, la respuesta institucional predominante no fue la evaluación clínica del agarre, sino la indicación médica de sucedáneos (60,8% orientada sobre fórmula; OR = 2,69) y la entrega gratuita de muestras de fórmula dentro del establecimiento (31,2%), institucionalizando la lactancia mixta y favoreciendo el círculo fisiológico de menor succión, inhibición de prolactina e hipogalactia secundaria real.
3. ***Convergencia en la coerción estructural del entorno laboral y la presión de la familia ampliada***: Tanto el personal sanitario (89%; «horarios de trabajo, condiciones laborales sin apoyo», E8) como las madres del grupo focal coincidieron con los datos cuantitativos (OR = 3,51 para trabajo institucional y OR = 26,25 por ausencia de lactario) en que el retorno al trabajo formal sin salas de extracción ni permisos efectivos se asocia fuertemente con el abandono: «en muchas instituciones no permiten que vayan con el niño... son estrictos en el trabajo y los compañeros te miran cuando estás dando de lactar... eso orilla a que le demos fórmula» (MF, 25:17–25:39). A ello se suma el estigma en el espacio público («no hay un lugar donde una pueda sentarse y destaparse el pecho tranquilamente... ya le están mirando, que se están exhibiendo», MF, 24:17–24:40) y la intensa presión de las mujeres de la familia ampliada (suegras, madres y tías) para introducir infusiones de anís, manzanilla o sopas desde el tercer mes bajo mitos de fortalecimiento gástrico o debilidad nutricional («mi suegra me decía que le dé comida para que deje de tomar pecho, para que se quede con ellos... dale comida ya, si no va a ser débil», MF, 10:54–11:07; «mi tía me decía darle ya comida desde los tres meses, así su estómago se hace duro», MF, 9:24). Notablemente, mientras la pregunta cerrada de la encuesta captó apenas un 6,8% de influencia familiar autorreportada, la indagación cualitativa demostró que el 83,3% (5/6) de las madres enfrentó presiones familiares directas, las cuales solo pudieron ser resistidas cuando existió una prescripción explícita y firme del pediatra.

DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación documentan que, en una población asegurada urbana con elevado nivel de instrucción (67,2% universitaria) y estabilidad conyugal (88,0%), la prevalencia puntual de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses alcanza apenas el 24,4%, configurando una proporción de abandono precoz del 75,6%. Esta cifra no solo se encuentra muy por debajo del 50% establecido como meta global por la Asamblea Mundial de la Salud (OMS, 2014) y del promedio regional latinoamericano del 38% reportado en revisiones sistemáticas (Oblitas et al., 2022), sino que contrasta drásticamente con el 70,75% de continuidad reportado previamente en Sucre, Bolivia (Ortiz Beltrán, 2022) y el 62,2% documentado en unidades de atención primaria de México (Luna-Torres et al., 2024), aproximándose en cambio al 23% alertado previamente para el

departamento de Tarija (Radio Luis de Fuentes, 2023).

El aporte epidemiológico más relevante de este estudio radica en demostrar que, en contextos urbanos de seguridad social, los determinantes sociodemográficos clásicos y el tipo de parto pierden capacidad discriminatoria frente a las barreras estructurales del trabajo formal y las prácticas asistenciales del propio sistema de salud. A diferencia de investigaciones en poblaciones abiertas de Perú, Cuba, Ecuador y Bolivia donde la adolescencia, el bajo grado de instrucción o la soltería se asociaron significativamente con el destete (Ortiz Beltrán, 2022; Esteriz et al., 2022; Pomaquisa et al., 2025), en el CIMF 15 de Abril ninguna de estas variables mostró asociación estadística ($p > 0,14$). Este fenómeno concuerda con lo observado por Moreno et al. (2020) en hospitales peruanos y por Cárdenas et al. (2020) en trabajadoras del sector público, donde contar con educación superior (96,6%) y óptimo conocimiento teórico no impidió el abandono temprano cuando el entorno institucional fue adverso.

Resulta particularmente revelador el hallazgo contraintuitivo referente a la vía de parto: a pesar de registrarse una proporción de cesáreas del 77,2% —cifra que supera ampliamente el rango del 10% al 15% por encima del cual la OMS (2015) advierte que no se observan reducciones adicionales en la mortalidad materna y neonatal, y donde el 47,2% ocurrió por solicitud materna—, el parto quirúrgico no se asoció de forma estadísticamente significativa con el abandono de la LME (76,7% vs. 71,9% en parto vaginal; $p = 0,576$). Si bien la evidencia obstétrica establece que la cesárea puede retardar la lactogénesis II y dificultar el contacto piel con piel inmediato, nuestros datos sugieren un «efecto techo» de desprotección asistencial: cuando la falta de consejería posnatal, la ausencia de capacitación en técnicas de acople (62,0%) y la orientación hacia sucedáneos (60,8%) afectan transversalmente a toda la muestra, las madres con parto vaginal presentan una frecuencia de abandono casi tan elevada como las sometidas a cesárea, diluyendo el diferencial atribuible a la vía de nacimiento. De manera similar, la no asociación estadística de las grietas en el pezón de forma aislada ($p = 0,912$), frente a la potente asociación del reporte global de problemas físicos (OR = 7,74) y de la percepción de poca producción de leche (OR = 12,06), indica que las madres que logran superar el dolor inicial continúan amamantando, mientras que aquellas en quienes el mal agarre no corregido deriva en transferencia ineficiente y sensación de hipogalactia terminan recurriendo al biberón.

La identificación de la hipogalactia percibida como el correlato clínico-perceptual de mayor magnitud en la muestra total (OR = 12,06; IC 95%: 4,63–31,45) guarda plena correspondencia con la evidencia internacional (Flórez-Salazar et al., 2018; Martínez Galiano, 2010; Valarezo et al., 2024). Desde la fisiología de la lactancia, la hipogalactia primaria verdadera afecta a menos del 5% de las mujeres (García et al., 2010); sin embargo, el 41,2% de las madres de nuestro estudio la reportó como impedimento físico y el 74,0% declaró introducir fórmula cuando percibe que el lactante «no queda satisfecho». La triangulación cualitativa demuestra que esta falsa hipogalactia puede transformarse en hipogalactia secundaria real debido a un vacío crítico en la atención primaria: el personal sanitario subestima esta vivencia materna (solo 1 de 9 entrevistados la reconoció) y, en lugar de verificar parámetros objetivos de suficiencia láctea y corregir la succión, valida la inseguridad materna orientando hacia el uso de fórmula (OR = 2,69; alcanzando un 89,5% de abandono cuando la indicación proviene del médico).

Más grave aún desde la perspectiva de las políticas públicas es la constatación empírica de que el 31,2% de las usuarias recibió donaciones de fórmula infantil directamente de manos del personal de salud dentro del establecimiento. Esta práctica constituye una transgresión directa a los artículos 18, 19, 22 y 27 de la Ley N.º 3460 (Estado Plurinacional de Bolivia, 2006) y al Decreto Supremo N.º 0115 (Estado Plurinacional de Bolivia, 2009), así como al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche

Materna (OMS, 1981; Ansotegui, 2002), normativas que prohíben terminantemente al personal sanitario actuar como intermediario en la distribución o promoción de sucedáneos salvo indicación médica excepcional documentada (la cual solo se justificó en el 6,8% de nuestra muestra).

De igual trascendencia resulta la confirmación convergente del determinante laboral. Trabajar en una institución formal se asoció con odds más de tres veces superiores de abandono (OR = 3,51), y carecer de un lactario en el centro de trabajo dentro de la submuestra del módulo ocupacional (n = 99) exhibió una asociación de extrema magnitud (OR = 26,25; abandono del 91,3% frente a 28,6%). Tan solo el 7,1% (7/99) de las encuestadas en dicho módulo disponía de un espacio específico para lactar o extraer leche, cifra casi idéntica al 8% reportado a nivel nacional por UNICEF Bolivia (2020, 2022). Cuando el 69,7% (69/99) declara en la encuesta que sustituyó la leche materna por «decisión propia», la triangulación con el grupo focal revela que no se trata de una elección libre, sino de una respuesta adaptativa condicionada por entornos laborales inflexibles, carentes de infraestructura de extracción y permeados por el estigma hacia el cuerpo lactante (Salazar, 2023; Carrillo et al., 2020).

Fortalezas, limitaciones e implicaciones prácticas

La principal fortaleza de este estudio reside en su diseño mixto convergente sobre una muestra clínica de la seguridad social con control de calidad exhaustivo de los datos, lo que permitió descubrir puntos ciegos que un diseño monométodo habría pasado por alto —tales como el sesgo de los profesionales al culpar a la «estética materna» o la subestimación cuantitativa de la presión ejercida por suegras y tías en el hogar—. Entre las limitaciones metodológicas deben considerarse: (1) la naturaleza transversal del diseño, que mide prevalencia puntual en lactantes menores de seis meses y establece asociaciones concomitantes, pero impide confirmar temporalidad causal estricta o supervivencia acumulada al sexto mes; (2) el muestreo consecutivo no probabilístico, que circunscribe la inferencia estadística directa a las usuarias atendidas en el centro y exige cautela al interpretar el error muestral referencial; (3) la ausencia de un modelo de regresión logística multivariada para controlar posibles factores de confusión, por lo que los OR reportados corresponden a estimaciones brutas cuyos intervalos de confianza en submuestras pequeñas (como la disponibilidad de lactario, n = 7) son amplios; y (4) los artefactos de digitación detectados y transparentados en dos variables secundarias del cuestionario.

Para revertir la tasa de abandono del 75,6%, los hallazgos sustentan la implementación inmediata en el CIMF 15 de Abril de un programa institucional de siete ejes («Lactancia Segura CNS»): (1) sistematización de una ruta obligatoria de consejería prenatal y posnatal precoz; (2) creación de una Clínica de Lactancia con sala exclusiva para el manejo clínico de la hipogalactia percibida y del acople; (3) formación práctica y en habilidades de comunicación empática para el personal sanitario; (4) auditoría y prohibición estricta de la entrega y orientación injustificada de fórmulas lácteas en cumplimiento de la Ley N.º 3460; (5) humanización del parto y apego precoz poscesárea; (6) abogacía intersectorial con empleadores para la instalación de lactarios institucionales e inclusión de abuelas, suegras y parejas en talleres interculturales; y (7) instauración de un comité de gobernanza con monitoreo trimestral de indicadores.

CONCLUSIONES

La prevalencia puntual de lactancia materna exclusiva en lactantes menores de seis meses atendidos en el CIMF 15 de Abril de la CNS Regional Tarija es críticamente baja (24,4%; IC 95%: 19,5–30,1), registrándose un abandono global del 75,6% (IC 95%: 69,9–80,5) que incumple significativamente la meta mundial del 50% ($p < 0,001$), pese a que el 93,2% de las suspensiones carece de contraindicación médica documentada.

Los determinantes con asociación estadísticamente significativa y mayor magnitud de efecto sobre los odds de abandono son la ausencia de lactarios laborales en la submuestra ocupacional (OR = 26,25), la percepción materna de poca producción de leche (OR = 12,06), los problemas físicos en las mamas (OR = 7,74), la representación desfavorable del pecho como alimento único (OR = 7,73), la prohibición de ingresar con el bebé al trabajo (OR = 3,85), el empleo en instituciones formales (OR = 3,51) y la orientación hacia el uso de fórmula o biberón impartida por el propio personal de salud (OR = 2,69).

Los factores sociodemográficos tradicionales (edad materna, estado civil, educación universitaria, zona de residencia) y la elevada proporción de partos por cesárea (77,2%) no muestran asociación significativa con el abandono en esta población asegurada, demostrando que las barreras operan de forma transversal sobre las madres con independencia de su capital educativo o vía de parto.

La triangulación cualitativa confirma que el abandono emerge de la divergencia entre una alta disposición materna hacia el amamantamiento (77,2%) y un sistema asistencial y laboral que desprotege la práctica mediante falta de soporte técnico-empático en el posparto, circulación intrahospitalaria de sucedáneos (31,2% de donaciones) y presión cultural de la familia ampliada, factores todos ellos altamente modificables mediante intervención institucional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ansotegui, J. A. (2002). La lactancia materna en la «Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño». *Anales de Pediatría*, *57*(4), 287–290. https://www.analesdepediatria.org/es-la-lactancia-materna-estrategia-mundial-articulo-S1695403303780382

Arias, R. E., García, C. P., y Pradel, J. M. (2017). *Iniciativa mundial sobre tendencias de la lactancia materna (WBTi – Bolivia)*. World Breastfeeding Trends Initiative. https://www.worldbreastfeedingtrends.org/uploads/country-data/country-report/WBTi-Bolivia-2017.pdf

Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos* (64.ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil). https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/

Becerra-Bulla, F., Rocha-Calderón, L., Fonseca-Silva, D. M., y Bermúdez-Gordillo, L. A. (2015). El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. *Revista de la Facultad de Medicina*, *63*(2), 217–227. https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.44051

Brahm, P., y Valdés, V. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista Chilena de Pediatría*, *88*(1), 7–14. https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000100001

Caja Nacional de Salud [CNS]. (2021). *Portal institucional del régimen de seguridad social a corto plazo*. Estado Plurinacional de Bolivia. https://www.cns.gob.bo/

Cárdenas, P. E., Valle, R. M., y Fernández, P. R. (2020). Factores relacionados al abandono de lactancia materna exclusiva en mujeres trabajadoras dependientes de una institución pública, febrero–abril 2019. *Revista Tzhoecoen*, *12*(1), 45–56. https://revistas.uss.edu.pe/index.php/tzh/article/view/1248

Carrillo, A., Gallegos, R., y Barragán, L. (2020). Factores maternos que influyen en el abandono de la lactancia. *Salud en Tabasco*, *26*(1–2), 18–25. https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/44_1.pdf

Creswell, J. W., y Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3.ª ed.). SAGE Publications.

Denzin, N. K. (1970). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. Aldine Publishing Company.

Estado Plurinacional de Bolivia. (2006). *Ley N.º 3460, de 15 de agosto de 2006, de fomento a la lactancia materna y comercialización de sus sucedáneos*. Gaceta Oficial de Bolivia. https://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/

Estado Plurinacional de Bolivia. (2009). *Decreto Supremo N.º 0115, de 6 de mayo de 2009, Reglamento a la Ley N.º 3460 de fomento a la lactancia materna y comercialización de sus sucedáneos*. Gaceta Oficial de Bolivia. https://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/

Esteriz, P. F., Rojas, G. H., y Blanch, M. (2022). Factores de riesgo relacionados con el abandono de la lactancia materna exclusiva. *Revista Multimed*, *26*(5), e2318. https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/2318/2534

FAO, FIDA, OPS, PMA y UNICEF. (2023). *América Latina y el Caribe: Panorama regional de la seguridad alimentaria y la nutrición 2023*. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. https://openknowledge.fao.org/items/8316173a-d391-4f2b-9350-d3156d97c685

Fisher, R. A. (1922). On the interpretation of χ^2 from contingency tables, and the calculation of P. *Journal of the Royal Statistical Society*, *85*(1), 87–94. https://doi.org/10.2307/2340521

Flórez-Salazar, M., Orrego-Celestino, L. M., Revelo-Moreno, S., Sánchez-Ortiz, G., Duque-Palacio, L., Montoya-Martínez, J. J., y Agudelo-Ramírez, A. (2018). Factores asociados a la lactancia materna en mujeres de un municipio colombiano. *Revista Médica de Risaralda*, *24*(1), 29–33. https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-902090

García, G. J., Moya, R. N., Weason, R. O., Nannig, P. M., Rigollette, S. S., y Opazo, M. G. (2010). *La lactancia materna: Contenidos técnicos para profesionales de la salud*. Ministerio de Salud de Chile. https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf

Herbay Román, R. M. (2022). *Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva durante el tiempo de pandemia del SARS-CoV-2 del Centro de Salud El Progreso, Lima–Perú, 2022* [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/145817

Luna-Torres, J. A., Camarillo-Nava, V. M., y Vega-Mendoza, S. (2024). Factores de riesgo asociados al abandono de la lactancia materna en atención primaria. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, *31*(4), 143–150. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2696-12962023000400143

Martínez Galiano, J. M. (2010). Factores asociados al abandono de la lactancia materna. *Metas de Enfermería*, *13*(6), 61–67. https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-85720

Moreno, M. D., Saavedra, E. F., y Alfaro, C. E. (2020). Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una ciudad de Perú. *Revista Cubana de Enfermería*, *36*(2), e3211. https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3211

Oblitas, A., Herrera, J., y Flores, Y. (2022). Lactancia materna exclusiva en Latinoamérica: Una revisión sistemática. *Horizonte de la Ciencia*, *12*(23), 874–888. https://doi.org/10.26490/uncp.horizonteciencia.2022.23.1474

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1981). *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/publications/i/item/9241541601

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo sobre lactancia materna* (WHO/NMH/NHD/14.7). Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.7

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Declaración de la OMS sobre las tasas de cesárea* (WHO/RHR/15.02). Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023, 20 de diciembre). *Alimentación del lactante y del niño pequeño* [Nota descriptiva]. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding

Organización Mundial de la Salud [OMS] y Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020). *Lactancia materna y alimentación complementaria*. Organización Panamericana de la Salud. https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020, 4 de agosto). *Conoce aquí por qué la lactancia materna es buena para el bebé, para la mamá y para la comunidad*. Organización Panamericana de la Salud. https://www.paho.org/es/noticias/4-8-2020-conoce-aqui-por-que-lactancia-materna-es-buena-para-bebe-para-mama-para-comunidad

Ortiz Beltrán, J. (2022). *Factores de riesgo asociados al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, en el Centro de Salud CASEGURAL, distrito III del municipio de Sucre, gestión 2018* [Tesis de maestría, Universidad Andina Simón Bolívar]. Repositorio UASB. https://repositorio.uasb.edu.bo/items/cd1f7a86-18c4-4d0f-b71c-eb97139e589e

Pomaquisa, J. A., Cabadiana, D. F., Heredia, M. I., Lapo, G. D., Balseca, P. M., y Vega, J. E. (2025). Impacto de los factores sociodemográficos en la lactancia materna exclusiva en el Ecuador. *Magazine ASCE*, *4*(1), 1–15. https://magazineasce.com/index.php/1/article/view/363

Quirita, R. S. (2023). *Factores relacionados al abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes y adultos jóvenes de los hospitales de la ciudad del Cusco, 2023* [Tesis de licenciatura, Universidad Andina del Cusco]. Repositorio UAC. https://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/6206

Radio Luis de Fuentes. (2023, 22 de marzo). Tarija presenta cifras bajas de lactancia materna: Solo el 23% de madres dan de lactar a sus niños hasta los 6 meses. *Radio Luis de Fuentes*. https://radioluisdefuentes.com/uncategorized/tarija-presenta-cifras-bajas-de-lactancia-materna-solo-el-23-de-madres-dan-de-lactar-a-sus-ninos-hasta-los-6-meses/

Salazar, S. N. (2023). Factores de riesgo para el abandono de la lactancia materna exclusiva y su promoción: Revisión de literatura. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, *7*(2), 4512–4530. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.5699

Tandalla, D. S., y Zurita, M. I. (2024). El abandono de la lactancia materna exclusiva y el uso de fórmulas lácteas. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, *8*(1), 3210–3225. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.9822

Tatamues, D. M. (2023). *Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en las madres que acuden al Centro de Salud Tulcán Sur* [Tesis de licenciatura, Universidad Estatal Península de Santa Elena]. Repositorio UPSE. https://repositorio.upec.edu.ec/items/767918f5-3f4e-40bb-a1f2-7b40f521f624

UNICEF. (2016, 29 de julio). *En todo el mundo, 77 millones de recién nacidos no reciben leche materna en su primera hora de vida* [Comunicado de prensa]. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/en-todo-el-mundo-77-millones-de-reci%C3%A9n-nacidos-no-reciben-leche-materna-en-su

UNICEF Bolivia. (2019, 19 de diciembre). *Bolivia con dificultades para cumplir metas en nutrición de niños y mujeres* [Comunicado de prensa]. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. https://www.unicef.org/bolivia/comunicados-prensa/bolivia-con-dificultades-para-cumplir-metas-en-nutrici%C3%B3n-de-ni%C3%B1os-y-mujeres

UNICEF Bolivia. (2020). *Guía sobre espacios seguros y acuerdos flexibles para la continuidad de la lactancia en el lugar de trabajo*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. https://www.unicef.org/bolivia/media/3886/file/

UNICEF Bolivia. (2022, 25 de mayo). *UNICEF promueve la implementación de la lactancia materna en empresas públicas y privadas e instituciones* [Comunicado de prensa]. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. https://www.unicef.org/bolivia/comunicados-prensa/unicef-promueve-la-implementaci%C3%B3n-de-la-lactancia-materna-en-empresas-p%C3%BAblicas-y

Valarezo, V. L., Piedra, L. G., y Torres, B. M. (2024). Factores asociados al abandono de la lactancia materna: Una revisión sistemática de alcance. *Revista de Investigación ENFI*, *4*(1), 15–28. https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/2520

Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., y Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century:

Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, *387*(10017), 475–490. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7

Wilson, E. B. (1927). Probable inference, the law of succession, and statistical inference. *Journal of the American Statistical Association*, *22*(158), 209–212. https://doi.org/10.1080/01621459.1927.10502953

Yates, F. (1934). Contingency tables involving small numbers and the χ^2 test. *Supplement to the Journal of the Royal Statistical Society*, *1*(2), 217–235. https://doi.org/10.2307/2983604

DECLARACIONES ÉTICAS Y DE CONFLICTO DE INTERESES

Financiamiento: Autofinanciado por los autores en el marco del programa de Doctorado en Salud Pública de la Universidad Técnica de Oruro.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses comercial, financiero ni institucional, ni vínculo alguno con fabricantes o distribuidores de sucedáneos de la leche materna.

Agradecimientos: A las madres participantes y al personal de salud del Centro Integral de Medicina Familiar 15 de Abril de la Caja Nacional de Salud, Regional Tarija, así como a la Dirección de Postgrado de la Universidad Técnica de Oruro.

DERECHOS DE AUTOR

Aguilar Aguanta, V., & González-Aramayo Gutiérrez, V. E. (2026)

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo la licencia Creative Commons de Atribución No Comercial 4.0, que permite su uso sin restricciones, su distribución y reproducción por cualquier medio, siempre que no se haga con fines comerciales y el trabajo original sea fielmente citado.

El texto final, datos, expresiones, opiniones y apreciaciones contenidas en esta publicación es de exclusiva responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan el pensamiento de la revista.