

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**

**CARRERA DE NUTRICIÓN**

*Tesis para optar por el grado académico de*

*Licenciatura en Nutrición*

**RELACIÓN DE LOS HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y EL  
NIVEL SOCIOECONÓMICO CON LA EFICACIA DE LA  
LACTANCIA MATERNA SEGÚN EL FORMULARIO  
BSES-SF, EN MADRES DE SAN JOSÉ DURANTE 2025.**

**MARIANA CASTILLO RINCÓN**

Agosto, 2025

## Índice de contenido

Índice de contenido.....	2
Índice de tablas .....	5
Dedicatoria .....	5
Agradecimiento .....	7
Resumen.....	8
Abstract.....	9
Capítulo I .....	10
Problema De Investigación .....	10
<b>1.1 Planteamiento Del Problema</b> .....	11
<b>1.1.1 Antecedentes Del Problema</b> .....	11
<b>1.1.1.1 Antecedentes Internacionales.</b> .....	12
<b>1.1.1.2 Antecedentes Nacionales.</b> .....	14
<b>1.1.2 Delimitación Del Problema</b> .....	16
<b>1.1.3 Justificación</b> .....	16
<b>1.2 Redacción Del Problema Central: Pregunta De La Investigación</b> .....	18
<i>Pregunta De Investigación</i> .....	18
<i>Problema Central.</i> .....	18
<b>1.3 Objetivos De La Investigación</b> .....	18
<b>1.3.1 Objetivo General</b> .....	18
<b>1.3.2 Objetivos Específicos</b> .....	18
<b>1.4 Alcances Y Limitaciones</b> .....	19
<b>1.4.1 Alcances De La Investigación</b> .....	19
<b>1.4.2 Limitaciones De La Investigación</b> .....	20
Capítulo II .....	21
Marco Teórico.....	21
<b>2.1 Contexto Teórico-Conceptual</b> .....	22
<b>2.2.1 Variables Y Definiciones.</b> .....	22
<b>1. Hábitos De Alimentación.</b> .....	22

2. Nivel Socioeconómico. ....	25
3. Lactancia materna. ....	27
Capítulo III .....	32
Marco Metodológico .....	32
3.1 Enfoque De Investigación .....	33
3.2 Tipo De Investigación .....	33
3.3 Unidades De Análisis U Objetos De Estudio .....	34
3.3.1 Población .....	34
3.3.2 Muestra .....	35
3.3.3 Criterios De Inclusión Y Exclusión .....	36
3.4 Instrumentos Para La Recolección De La Información.....	37
3.4.1 Validez Del Cuestionario .....	37
3.5 Diseño De La Investigación .....	40
3.6 Operacionalización De Variables .....	41
3.7 Plan Piloto.....	49
3.8 Procedimientos De Recolección De Datos.....	50
3.9 Organización De Los Datos .....	51
3.10 Análisis De Datos.....	51
Capítulo IV .....	53
Presentación De Resultados .....	53
4.1 Resultados Univariados.....	54
4.1.1 Nivel Socioeconómico .....	54
4.1.2 Hábitos De Alimentación.....	58
4.1.3 Eficacia De La Lactancia Materna .....	62
4.2 Resultados Bivariados.....	68
4.2.1 Relación Entre Los Hábitos De Alimentación Y La Eficacia De La Lactancia Materna .....	68
4.2.2 Relación Entre El Nivel Socioeconómico Y La Eficacia De La Lactancia Materna .....	69
Capítulo V .....	70

<b>Análisis E Interpretación De Resultados</b> .....	70
<b>5.1 Discusión E Interpretación De Resultados Univariados</b> .....	71
<b>5.1.1 Características Sociodemográficas</b> .....	71
<b>5.1.2 Hábitos De Alimentación</b> .....	75
<b>5.1.3 Eficacia De La Lactancia Materna</b> .....	78
<b>5.2 Discusión E Interpretación De Resultados Bivariados</b> .....	80
<b>5.2.1 Relación Entre Los Hábitos De Alimentación Y La Eficacia De La Lactancia Materna</b> ..	80
<b>5.2.2 Relación Entre El Nivel Socioeconómico Y La Eficacia De La Lactancia Materna</b> .....	82
<b>Capítulo VI</b> .....	86
<b>Conclusiones Y Recomendaciones</b> .....	86
<b>6.1 Conclusiones</b> .....	87
<b>6.2 Recomendaciones</b> .....	89
<b>Referencias</b> .....	90
<b>Anexos</b> .....	101
<b>Anexo 1. Consentimiento Informado</b> .....	101
<b>Anexo 2. Instrumento</b> .....	104
<b>Anexo 3. Resultados Del Plan Piloto</b> .....	114
<b>Anexo 4. Declaración Jurada</b> .....	124
<b>Anexo 5. Análisis Turnitin</b> .....	125
<b>Anexo 6. Carta De Aprobación De Tutor</b> .....	126
<b>Anexo 7. Carta De Aprobación De Lector</b> .....	127
<b>Anexo 8. Autorización Del Cenit</b> .....	128

## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Total de nacimientos por sexo, en Costa Rica y en la provincia de San José durante 2023.....	35
<b>Tabla 2.</b> Criterios de inclusión y exclusión.....	36
<b>Tabla 3.</b> Operacionalización de variables.....	41
<b>Tabla 4.</b> Características sociodemográficas de las madres .....	54
<b>Tabla 5.</b> Cálculo de pobreza según costo de canasta básica.....	57
<b>Tabla 6.</b> Acceso a asesoría profesional de lactancia materna.....	57
<b>Tabla 7.</b> Acceso a equipos para facilitar la lactancia.....	57
<b>Tabla 8.</b> Distribución del nivel socioeconómico según puntaje .....	58
<b>Tabla 9.</b> Hábitos de alimentación de la población .....	59
<b>Tabla 10.</b> Consumo de alimentos por grupos en las últimas 24 horas .....	60
<b>Tabla 11.</b> Clasificación de la diversidad alimentaria de la población encuestada .....	61
<b>Tabla 12.</b> Duración de la lactancia materna en la población encuestada.....	63
<b>Tabla 13.</b> Niños alimentados actualmente con lactancia materna.....	63
<b>Tabla 14.</b> Frecuencia y porcentaje de los puntajes obtenidos en la escala de autoeficacia en lactancia materna según la Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF).....	64
<b>Tabla 15.</b> Clasificación del nivel de eficacia en lactancia materna según la Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF).....	65
<b>Tabla 16.</b> Resultados de las preguntas de la Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF) sobre la Confianza en la Lactancia Materna.....	66
<b>Tabla 17.</b> Relación entre los hábitos de alimentación y la eficacia de la lactancia materna .....	68
<b>Tabla 18.</b> Relación entre el nivel socioeconómico y la eficacia de la lactancia materna .....	69
<b>Tabla 19.</b> Características sociodemográficas de la población del plan piloto.....	114
<b>Tabla 20.</b> Cálculo de pobreza según costo de canasta básica del plan piloto.....	116
<b>Tabla 21.</b> Hábitos de alimentación de la población del plan piloto.....	117
<b>Tabla 22.</b> Consumo de alimentos por grupos en las últimas 24 horas del plan piloto.....	118
<b>Tabla 23.</b> Resultados individuales de la eficacia medida con la Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF) sobre la Confianza en la Lactancia Materna del plan piloto.....	120
<b>Tabla 24.</b> Resultados de las preguntas de la Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF) sobre la Confianza en la Lactancia Materna.....	121

**Dedicatoria**

A mi esposo y a mi hija, por ser mi mayor inspiración y sostén en cada etapa de este camino.

A mis amigas de universidad, por su apoyo y momentos felices a lo largo de la carrera.

Y a mi red de apoyo en la maternidad, por sostenerme en los días difíciles y celebrar conmigo los logros.

**Agradecimiento**

Agradezco a mi tutor, el doctor Olman Varela, por su guía constante y, por facilitar el espacio con el CEN-CINAI para la recolección de información.

A la doctora Ingrid Broitman de Lactanza, por abrirme las puertas de su grupo de apoyo comunal en Santa Ana, y permitirme conectar con mujeres maravillosas que compartieron generosamente su experiencia y tiempo.

A mi amiga Juliana Zapata de Amamanta, por siempre motivarme en mi camino en la lactancia y por tenderme la mano para alcanzar a más madres que hicieron posible esta tesis.

A todas las madres que participaron en esta tesis, gracias por abrirme un espacio en su historia y permitirme aprender desde su experiencia.

**Resumen**

Esta investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre los hábitos de alimentación y el nivel socioeconómico con la eficacia de la lactancia materna, medida mediante el formulario BSES-SF, en madres de la provincia de San José, Costa Rica. Se empleó un enfoque cuantitativo, descriptivo y correlacional, aplicando encuestas estructuradas a una muestra de 142 madres. Se utilizaron instrumentos validados como el MDD-W para evaluar la diversidad alimentaria, una encuesta adaptada de la ENAHO para determinar el nivel socioeconómico, y el formulario BSES-SF para medir la autoeficacia en la lactancia. Los resultados indicaron que la mayoría de las madres presentó una alta diversidad alimentaria y alta autoeficacia en la lactancia materna. Sin embargo, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre los hábitos de alimentación ni el nivel socioeconómico con la eficacia de la lactancia materna. Estos hallazgos sugieren que la autoeficacia para amamantar está influida por factores distintos a la condición nutricional o económica de las madres, como el entorno psicosocial y el apoyo recibido.

**Palabras clave:** lactancia materna, autoeficacia, hábitos alimentarios, nivel socioeconómico, MDD-W, BSES-SF.

**Abstract**

This study aimed to analyze the relationship between dietary habits and socioeconomic status with the effectiveness of breastfeeding, measured using the BSES-SF form, among mothers in San José, Costa Rica. A quantitative, descriptive, and correlational approach was used, applying structured surveys to a sample of 142 breastfeeding mothers. Validated tools were used, including the MDD-W to assess dietary diversity, an adapted version of the ENAHO survey to determine socioeconomic level, and the BSES-SF to measure breastfeeding self-efficacy. Results showed that most mothers had high dietary diversity and high breastfeeding self-efficacy. However, no statistically significant relationship was found between dietary habits or socioeconomic status and breastfeeding effectiveness. These findings suggest that breastfeeding self-efficacy is influenced by factors beyond nutritional or economic conditions, such as psychosocial environment and available support.

**Keywords:** breastfeeding, self-efficacy, dietary habits, socioeconomic status, MDD-W, BSES-SF.

## **Capítulo I**

### **Problema De Investigación**

## **1.1 Planteamiento Del Problema**

La lactancia materna exclusiva (LME) se considera la alternativa óptima de alimentación durante los primeros seis meses de vida debido a sus múltiples beneficios para la salud infantil y materna. Sin embargo, a pesar de las recomendaciones de organizaciones como la OMS y UNICEF, la prevalencia de la LME sigue siendo baja en muchos países, incluyendo Costa Rica. Diversos factores influyen en la eficacia de la lactancia materna, entre los cuales destacan los hábitos alimentarios de las madres y el nivel socioeconómico. Estos aspectos no solo determinan el estado nutricional de la madre, sino que también afectan su capacidad para mantener la lactancia de forma exclusiva. En este contexto, surge la necesidad de investigar cómo la alimentación y las condiciones socioeconómicas de las madres influyen en el éxito y la eficacia de la lactancia materna.

### **1.1.1 Antecedentes Del Problema**

Diversos factores pueden influir en la duración y eficacia de la lactancia materna. Estudios como el “Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect” de Victora et al. han identificado que el apoyo social, el nivel educativo de la madre, su confianza en su capacidad para amamantar, el nivel socioeconómico, los hábitos de alimentación y el estado nutricional son factores determinantes en la lactancia materna sostenida en el tiempo. Se ha evidenciado que madres con niveles socioeconómicos más bajos enfrentan mayores barreras para prolongar la lactancia debido a la falta de recursos, acceso a información y red de apoyo (Victora et al., 2016). El nivel socioeconómico es una variable clave en estudios de salud ya que tiene una gran influencia en el acceso a recursos, la calidad de vida y la salud en general.

La LME durante los primeros seis meses de vida es ampliamente recomendada por organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La LME brinda múltiples beneficios para el desarrollo infantil, entre ellos la reducción

del riesgo de infecciones gastrointestinales y respiratorias, así como la protección contra enfermedades crónicas a largo plazo como la obesidad y la Diabetes Mellitus tipo 2 (Organización Mundial de la Salud, 2023a).

Sin embargo, la LME sostenida representa un desafío debido a factores personales, ambientales y socioeconómicos, particularmente en países en desarrollo y en grupos poblacionales vulnerables (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2024b), que hacen inviable la posibilidad de una madre para amamantar de manera exclusiva a su hijo y por ello debe optar por la alimentación con sucedáneos de la leche materna.

#### **1.1.1.1 Antecedentes Internacionales.**

Los estudios demuestran que los hábitos de alimentación y la prevalencia de deficiencias nutricionales varía según la región geográfica, la cultura, los hábitos dietéticos y el nivel socioeconómico. En países como España, las carencias de micronutrientes son más comunes que los déficits energéticos o proteicos. El contenido de algunos nutrientes en la leche materna depende de la ingesta dietética de la madre, especialmente si su dieta es inadecuada, y en la mayoría de los casos estos déficits pueden corregirse mediante la suplementación (Segura et al., 2016).

La literatura internacional sugiere que las madres que presentan mayor nivel socioeconómico poseen mayores probabilidades de brindar LME, debido a que cuentan con mayor acceso a alimentos saludables, servicios de salud, educación y apoyo para manejar los retos de la lactancia materna (Rollins et al., 2016). En países como Reino Unido, se ha observado que las madres de mayor nivel educativo y económico tienen tasas más altas de LME, en comparación con las madres de menor nivel socioeconómico (Chambers et al., 2023).

Se ha demostrado que en países de primer mundo como Estados Unidos el nivel socioeconómico influye en la LME. Las madres de bajo nivel socioeconómico tienden a tener una duración de lactancia

significativamente menor que aquellas de nivel socioeconómico alto. Además, se observó que las madres de bajos ingresos tienen menos probabilidades de continuar con la LME más de seis meses (Foster et al., 2023).

The Lancet es un análisis sistemático de estudios y datos estadísticos de más de 150 países, que fue publicado y lanzado por la revista Médica Británica The Lancet. El artículo publicado se llama “Breastfeeding: a smart investment in people and in economies”, y es el estudio comparativo más amplio sobre lactancia materna que ha sido publicado hasta el momento. En el estudio se señala que si las tasas de prevalencia de lactancia materna en Estados Unidos, China y Brasil aumentaran un 90% y un 45% en el Reino Unido, se tendría una reducción en los gastos en tratamientos de las enfermedades prevalentes en la infancia que representaría una economía de por lo menos US\$ 245,000 millones para Estados Unidos, US\$29.5 millones en el Reino Unido, US\$233.6 millones en la zona urbana de China y de US\$6.0 millones en Brasil (Hansen, 2016).

El estudio The global cost of not breastfeeding de 2022 (Ahsan et al., 2022), demostró que el no practicar lactancia materna genera consecuencias económicas y de salud significativas. Se estima que la LME puede prevenir la diarrea y la neumonía, dos de las principales causas de muerte infantil en todo el mundo, así como la obesidad infantil. Estas enfermedades prevenibles cuestan más de US\$23 mil millones al sistema de salud por año. A nivel mundial, mejores prácticas de lactancia materna podrían salvar la vida de más de 420.000 niños y 90.000 madres y prevenir más de 4,6 millones de casos de obesidad infantil por año.

Asimismo, este estudio sugiere que lactancia materna inadecuada afecta la capacidad cognitiva y la capacidad de aprendizaje. Se estima que la lactancia materna según las recomendaciones está asociada con 2,6 puntos de coeficiente intelectual adicionales y 0,9 años adicionales de educación en comparación con niños no amamantados según las recomendaciones.

Por último, sugiere que el costo de comprar sustitutos de la leche materna (es decir, fórmula infantil) representa un bien inasequible para los hogares, y no proporciona los beneficios de la lactancia materna. Por ejemplo, los sucedáneos de la leche materna pueden costar en promedio del 5% al 23% del ingreso promedio de los hogares en regiones como América Latina y África.

Por otra parte, el Global Breastfeeding Scorecard examina las prácticas actuales de lactancia materna en todo el mundo, teniendo en cuenta el momento de inicio, la exclusividad en los primeros seis meses de vida y la continuación hasta los dos años. El último informe revela que, a nivel mundial, las tasas de LME en los primeros seis meses de vida han aumentado en 10% en la última década y están en el 48% para 2023, cerca del objetivo de la UNICEF del 50% para 2025. Además, expone que se están generando avances en diferentes regiones como África, Asia, Europa y Oceanía, donde se han documentado aumentos en LME con incrementos de más más de 10% en 22 países desde 2017 (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia & Organización Mundial de la Salud, 2023).

#### **1.1.1.2 Antecedentes Nacionales.**

En Costa Rica, aunque la lactancia materna es promovida a nivel nacional, las disparidades socioeconómicas pueden influir en la capacidad de las madres para mantener la lactancia exclusiva (Rodríguez & Solano, 2021). La falta de apoyo en entornos laborales, especialmente para madres en situaciones de vulnerabilidad económica, es un factor clave que limita esta práctica.

Con respecto a la situación actual de la lactancia materna en el país, en el Documento Técnico de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para los primeros mil días de vida en Costa Rica (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2021), se indica que en Costa Rica se presenta una tendencia al aumento de LME. Sin embargo, se presenta el siguiente panorama: 52,9% recibe lactancia materna dentro de la primera hora de vida. Asimismo, el 27,5% de los bebés reciben LME en Costa Rica en contraste con el 42,4% que se reporta recibe LME a nivel mundial. Además, 15,7 meses es la duración media de la lactancia materna en

el país, mientras que la recomendación de la OMS es de brindar lactancia durante los primeros dos años de vida.

Según la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva realizada por la CCSS, los factores económicos y educativos en Costa Rica influyen directamente en la duración de la lactancia materna. Las madres con menor nivel educativo y de menores ingresos presentan tasas significativamente más bajas de LME, lo que refleja una clara desigualdad en el acceso a recursos y apoyo para la lactancia (Caja Costarricense del Seguro Social, 2016).

Según datos de la UNICEF, en Costa Rica, solamente 3 de cada 10 niñas y niños reciben LME durante los primeros seis meses de vida y, solamente el 50% de los bebés recién nacidos en el país son amamantados en la primera hora de vida, según datos de la Encuesta Nacional de Mujeres, Niñez y Adolescencia, 2018, realizada por UNICEF y el INEC (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2024a).

De acuerdo con el Panorama Regional de la Seguridad Alimentaria y la Nutrición de América Latina y el Caribe (UNICEF, 2023), la incidencia en América Latina y el Caribe de la LME durante los primeros 6 meses de vida fue de 42,6% en el año 2021; en el mundo, este índice corresponde a 47,7%. En el caso de Costa Rica, la tasa es de 25,3%, cifra que coloca al país muy por debajo de la incidencia regional y un 22,4% por debajo de la cifra mundial (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 2023b).

En Costa Rica se aplica el programa Hospital Amigo del Niño (Caja Costarricense del Seguro Social, s. f.), el cual es una iniciativa de la OMS y UNICEF que se implementa en hospitales centrales y regionales del país, con el objetivo de promover y apoyar la lactancia materna. Este programa asegura que los hospitales implementen prácticas que favorezcan la lactancia desde el nacimiento, tales como el contacto piel con piel, el inicio de la lactancia en la primera hora de vida y la capacitación del personal hospitalario. En Costa

Rica, este programa ha sido fundamental para mejorar las tasas de lactancia materna en las primeras semanas de vida.

La escala de autoeficacia en la lactancia materna (Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form, BSES-SF) ha sido ampliamente utilizada para medir la confianza de las madres en su capacidad de amamantar. La autoeficacia en la lactancia se asocia con la duración de la LME y es un indicador del éxito y la prevalencia de la lactancia. En Costa Rica, no hay estudios que hayan utilizado esta herramienta, lo que resalta la importancia de explorar este tema en el contexto local.

### **1.1.2 Delimitación Del Problema**

La presente investigación se lleva a cabo con una muestra compuesta por 142 mujeres madres que residen en la provincia de San José, Costa Rica. Las participantes serán seleccionadas siguiendo criterios de inclusión específicos que incluyen: género femenino, en periodo de lactancia o no, de edades comprendidas entre los 14 y 49 años, y con distintos niveles de escolaridad (primaria, secundaria y universitaria). Además, se tomará en cuenta su nivel socioeconómico para analizar la relación entre este factor y la LM. La investigación abarcará el periodo de septiembre de 2024 a febrero de 2025, y se desarrollará en la provincia de San José, incluyendo tanto zonas urbanas como rurales.

### **1.1.3 Justificación**

La LME durante los primeros seis meses de vida es fundamental para el desarrollo y la salud del lactante. Diversos estudios han demostrado que la LME proporciona nutrientes esenciales y anticuerpos que protegen contra enfermedades y se asocia con una menor mortalidad infantil (Rollins et al., 2016). Sin embargo, la prevalencia de la LME puede verse afectada por múltiples factores, entre ellos los hábitos de alimentación de la madre y su nivel socioeconómico.

Estudios recientes han indicado que las mujeres de niveles socioeconómicos más altos tienen más acceso a recursos educativos y de salud, lo que puede facilitar prácticas de lactancia más eficaces (López-Sáleme & Covilla-Pedrozo, 2019). Por otro lado, las mujeres de niveles socioeconómicos más bajos podrían enfrentar barreras como la falta de apoyo social y laboral, lo que puede dificultar la LME.

El BSES-SF es una herramienta validada que mide la autoeficacia de la madre en la lactancia materna. La autoeficacia es un factor determinante del éxito en la LME, ya que las madres con alta autoeficacia tienen más probabilidades de superar obstáculos y continuar el proceso de lactancia (Otsuka et al., 2014). Evaluar la relación entre los hábitos alimentarios, el nivel socioeconómico y la autoeficacia en la lactancia materna permitirá identificar factores modificables que podrían ser abordados para mejorar las tasas de LME en el país.

La relevancia de esta investigación radica en que, a pesar de los beneficios documentados de la LME, las tasas de esta en Costa Rica aún no alcanzan los niveles óptimos recomendados por la OMS. Al entender cómo los hábitos de alimentación y el nivel socioeconómico influyen en la autoeficacia de la lactancia materna, se podrán diseñar intervenciones específicas para apoyar a las madres de manera más efectiva.

Este estudio aporta a la disciplina de la Nutrición y a las ciencias de la salud al proporcionar datos concretos acerca de las desigualdades en la lactancia materna con base en factores socioeconómicos y de alimentación, y su impacto en la capacidad de las madres para amamantar. Además, beneficia a los profesionales de salud que podrán utilizar estos hallazgos para desarrollar estrategias de intervención más focalizadas en la población de madres con mayores desafíos; las madres recibirán una atención más personalizada y adaptada a sus necesidades socioeconómicas y nutricionales; y las autoridades sanitarias podrán ajustar las políticas públicas para apoyar de manera más efectiva a las madres de bajos recursos.

El motivo para abordar este tema radica en la preocupación por la equidad en la salud materno-infantil, así como en la oportunidad de contribuir al conocimiento local sobre cómo factores externos influyen en

la lactancia materna, un área que aún carece de suficiente evidencia en Costa Rica. Asimismo, existe interés en mejorar las condiciones de apoyo y asesoramiento que reciben las madres, especialmente aquellas en situación de vulnerabilidad económica.

## **1.2 Redacción Del Problema Central: Pregunta De La Investigación**

### ***Pregunta De Investigación.***

¿Cuál es la relación de los hábitos de alimentación y el nivel socioeconómico con la eficacia de la LM según el formulario BSES-SF, en madres de San José durante el año 2025?

### ***Problema Central.***

En Costa Rica, a pesar de que existen políticas públicas que fomentan la LM, existe evidencia de que factores como los hábitos de alimentación y el nivel socioeconómico de las madres pueden afectar su capacidad para mantener esta práctica de manera eficaz. Actualmente, se desconoce en qué medida estos factores influyen en la autoconfianza de las madres de la provincia de San José, lo que limita el desarrollo de intervenciones específicas para promover la LM. Esto resulta en la necesidad de estudiar la relación entre los hábitos de alimentación, el nivel socioeconómico y la eficacia de LM.

## **1.3 Objetivos De La Investigación**

### ***1.3.1 Objetivo General***

Relacionar los hábitos de alimentación y el nivel socioeconómico con la eficacia de la lactancia materna según el formulario BSES-SF, en madres de San José durante el año 2025.

### ***1.3.2 Objetivos Específicos***

- Caracterizar sociodemográficamente a la población de estudio por medio de una encuesta.

- Describir los hábitos de alimentación de las madres del estudio a través del instrumento Diversidad Dietética Mínima para Mujeres en Edad Reproductiva de la FAO (MDD-W) y un cuestionario de elaboración propia.
- Determinar el nivel socioeconómico en las madres de San José por medio de una encuesta adaptada de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del INEC.
- Determinar la eficacia de la lactancia materna según el formulario BSES-SF en las madres del estudio.
- Relacionar los hábitos de alimentación registrados de las madres del estudio con la eficacia de lactancia materna.
- Relacionar el nivel socioeconómico de las madres del estudio con la eficacia de la lactancia materna.

## **1.4 Alcances Y Limitaciones**

### ***1.4.1 Alcances De La Investigación***

Durante el desarrollo de la investigación se identificaron hallazgos no contemplados inicialmente, que resultan de interés para futuras investigaciones. Uno de los hallazgos más relevantes fue que, independientemente del nivel socioeconómico, muchas madres demostraron una alta disposición a mantener la lactancia materna cuando contaban con redes de apoyo adecuadas, como grupos comunitarios o acompañamiento profesional. Este hecho destaca la importancia del entorno social y emocional en la autoeficacia para amamantar, más allá de las condiciones materiales. Asimismo, se evidenció que algunas madres de nivel socioeconómico medio-alto mostraron menor eficacia en lactancia, pese a tener acceso a información y recursos, lo que sugiere que el acceso económico no garantiza una práctica exitosa si no se acompaña de motivación y seguridad personal.

#### ***1.4.2 Limitaciones De La Investigación***

Entre las principales limitaciones del estudio se encuentra la dependencia de la participación voluntaria de las madres, lo que pudo haber influido en el tipo de muestra obtenida, con posible predominio de madres con mayor interés o compromiso hacia la lactancia. Asimismo, el uso de instrumentos autoadministrados como el BSES-SF puede estar sujeto a sesgos de deseabilidad social, dado que algunas participantes podrían haber respondido lo que consideran socialmente aceptable más que lo que realmente experimentan.

## **Capítulo II**

### **Marco Teórico**

## **2.1 Contexto Teórico-Conceptual**

El presente marco teórico-conceptual aborda las variables de esta tesis: los hábitos de alimentación, el nivel socioeconómico y la eficacia de la lactancia materna. Estas dimensiones se interrelacionan de manera compleja en el contexto de la salud materno-infantil. Los hábitos de alimentación de las madres no solo influyen en su bienestar, sino también en la calidad nutricional de la leche materna. Asimismo, el nivel socioeconómico afecta las condiciones de vida, el acceso a recursos y la posibilidad de recibir apoyo especializado, factores que pueden facilitar o limitar el éxito de la lactancia. Esta sección busca integrar los conceptos clave y las teorías que explican cómo estas variables impactan la práctica de la lactancia materna, proporcionando un fundamento teórico para analizar esta interacción.

### **2.2.1 Variables Y Definiciones.**

#### **1. Hábitos De Alimentación.**

Un hábito de alimentación es un conjunto de conductas por un sujeto a través de la repetición de actos, como la selección, la preparación y el consumo de alimentos. Una alimentación debe ser variada, equilibrada, con aporte calórico ajustado a las necesidades de cada persona y adecuado aporte de agua, vitaminas y minerales (Avalos, 2020).

La evaluación de los hábitos de alimentación se puede realizar por medio de datos retrospectivos, como el recordatorio de 24 horas o el cuestionario de frecuencia de consumo, o bien con datos prospectivos de la ingesta, como el registro diario de alimentos. Cada método presenta objetivos, ventajas y desventajas específicas. La selección del método de recolección de datos dependerá del objetivo y el contexto de la investigación (Manzano, 2019).

La producción y la composición de la leche materna se ven influenciadas por la alimentación, las reservas de nutrientes, la energía y los cambios hormonales que afectan la utilización de nutrientes. La lactancia aumenta las necesidades de nutrientes y energía. Por lo tanto, el estado nutricional de la madre impacta

en la calidad de la leche, en la nutrición del lactante, en su crecimiento y en su desarrollo, al mismo tiempo que impacta en su propio estado nutricional.

Se ha comprobado que los requerimientos nutricionales pueden variar a lo largo de la lactancia. La ingesta adecuada de energía y una dieta equilibrada garantiza que las mujeres no presenten deficiencias en esta etapa. Los requerimientos de algunos nutrientes, especialmente hierro, yodo, ácido fólico y vitamina A, son más difíciles de alcanzar a través de la ingesta, y por eso puede ser necesario suplementar con vitaminas prenatales durante el embarazo y el periodo de lactancia (Olagnero et al., 2017).

La lactancia materna representa una etapa exigente desde el punto de vista nutricional. La producción de leche y su composición varía en función de la dieta materna. Por ejemplo, la composición de los ácidos grasos de la leche depende de la ingesta dietética, así como las concentraciones de selenio, yodo y ciertas vitaminas B hidrosolubles.

A continuación, se presentan los requerimientos nutricionales necesarios para la mujer en periodo de lactancia materna, según las recomendaciones del Krausse (Mahan et al., 2012).

La producción de 100 ml de leche materna significa un gasto de 85 kcal. Durante los primeros 6 meses de lactancia la producción promedio de leche es de 750 ml diarios. La IDR (Ingesta Dietética de Referencia) de energía durante el periodo de lactancia es 330 kcal mayor durante los primeros 6 meses y 400 kcal superior durante los siguientes 6 meses.

Durante el periodo de lactancia, la IDR establece un aporte adicional de 25 g de proteína diarios. Este requerimiento representaría 1,1 g/kg/día del peso anterior al embarazo. Se establece que estas recomendaciones deben ser mayores para mujeres que hayan sido sometidas a una cesárea o mujeres que presenten un estado nutricional depletado.

La IDR para los carbohidratos es de 210 g/día. Este requerimiento se considera idóneo para mantener un volumen de leche adecuado y un nivel de energía apropiado. Sin embargo, se pueden realizar ajustes en función de la actividad física de la madre.

La cantidad y el tipo de grasa consumida en la dieta de la madre se refleja directamente en la leche. La leche del inicio de una toma es más baja en grasa que la del final, ya que al inicio de la toma se pretende hidratar al lactante. A pesar de que no hay IDR para el consumo de grasa total durante la lactancia sí existe una cantidad recomendada de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga para el desarrollo cerebral óptimo de lactante. La IDR de ácidos grasos poliinsaturados Omega 6 es de 13 g/día y 1,3 g/día de ácidos grasos poliinsaturados Omega 3.

El contenido de vitamina D de la leche está relacionada directamente con la ingesta dietética de la madre y de su grado de exposición al sol. Sin embargo, la Asociación Americana de Pediatría recomienda que todos los lactantes reciban 200 UI adicionales de vitamina D diarios a partir de los 2 meses de edad (Segura et al., 2016).

Con respecto al contenido de calcio en la leche materna este no se relaciona con la ingesta dietética de la madre y no se ha demostrado que la lactancia materna prolongada genera efectos negativos sobre la densidad ósea de la madre.

El concepto de hábitos de alimentación desde el enfoque de la diversidad alimentaria se refiere a la variedad de alimentos consumidos dentro de una dieta, siendo un factor clave para asegurar una adecuada ingesta de micronutrientes, especialmente en mujeres en edad reproductiva (Morales-Ruán et al., 2018).

El indicador de Diversidad Alimentaria Mínima en Mujeres (MDD-W), desarrollado por la FAO, es una herramienta utilizada para evaluar esta diversidad, midiendo si las mujeres han consumido al menos cinco de los diez grupos alimentarios esenciales en las últimas 24 horas (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 2021).

Este instrumento ha sido validado en más de 85 países y su uso por organismos internacionales, como el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y USAID, subraya su relevancia en la medición de la seguridad alimentaria y la calidad nutricional. Su alta sensibilidad y especificidad permiten identificar casos de malnutrición, lo que lo convierte en una herramienta clave para evaluar el estado nutricional de las madres en el contexto de esta investigación.

## **2. Nivel Socioeconómico.**

El nivel socioeconómico se define como la posición relativa que ocupan los individuos o grupos dentro de una estructura social. Generalmente es evaluado mediante indicadores como ingresos, educación, ocupación y acceso a bienes y servicios. Es un concepto multidimensional que tiene implicaciones tanto en las condiciones de vida como en el acceso a oportunidades (Vera-Romero, 2013).

### ***Componentes Del Nivel Socioeconómico.***

1. Ingresos: La capacidad de un hogar o individuo para generar ingresos es uno de los indicadores más directos del nivel socioeconómico. A mayor ingreso, se asume una mayor capacidad para acceder a recursos básicos como alimentos, servicios médicos y educación (Superintendencia General de Entidades Financieras, 2023).
2. Educación: El nivel educativo tiene una relación directa con las prácticas de salud y nutrición, incluyendo la lactancia materna. Mujeres con mayor nivel educativo suelen tener mayor acceso a información sobre los beneficios de la lactancia y mayor capacidad para interpretar y aplicar esa información (Romero et al., 2023).
3. Ocupación: La ocupación está relacionada con los ingresos, pero también con el acceso a beneficios como seguros de salud, licencias de maternidad, y condiciones laborales que permitan la práctica de la lactancia materna. Las mujeres que trabajan en empleos formales con licencias

de maternidad son más propensas a tener el tiempo y el entorno adecuados para amamantar de manera exclusiva (Romero et al., 2023).

4. Acceso a servicios básicos: El acceso a agua potable, electricidad y saneamiento adecuado es crucial para la salud general y para las prácticas de lactancia. Viviendas que carecen de estos servicios básicos están más expuestas a enfermedades, lo que puede afectar negativamente la salud de la madre y el bebé (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2022).

El nivel socioeconómico influye en la LM en varias dimensiones. Las madres con mayor nivel socioeconómico suelen tener acceso a información de calidad, redes de apoyo, y condiciones que facilitan la lactancia. Por el contrario, las madres de nivel socioeconómico bajo enfrentan barreras significativas, como la necesidad de volver al trabajo rápidamente, falta de apoyo en el hogar o de servicios de salud adecuados.

Se ha demostrado que la LM es más común en los extremos opuestos del espectro socioeconómico: en madres con recursos muy limitados, que tienen menos acceso a sucedáneos de la leche materna, y en madres con niveles altos de ingresos, que tienen mayor acceso a información y recursos para la lactancia (Rollins et al., 2016). Sin embargo, en contextos urbanos y en países en desarrollo, el nivel socioeconómico bajo se ha asociado con una menor duración de la LM debido a factores como la necesidad de reincorporarse al trabajo rápidamente y las condiciones deficientes de las licencias de maternidad (Romero et al., 2023).

El nivel socioeconómico de las madres es un determinante crucial en la LM. En Costa Rica, uno de los principales instrumentos para medir este factor es la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). La ENAH proporciona información sobre las características socioeconómicas de los hogares, como ingresos, educación, y acceso a servicios básicos (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2024c).

Esta encuesta representa el censo más amplio y confiable en la recolección de datos a nivel nacional, lo que la convierte en una herramienta ideal para evaluar el nivel socioeconómico. En el contexto de esta investigación, la ENAHO permitirá examinar cómo los ingresos y la educación de las madres de San José influyen en su capacidad para mantener la lactancia.

### **3. Lactancia materna.**

La lactancia materna exclusiva (LME) se refiere a la alimentación del lactante únicamente con leche materna, sin la inclusión de otros líquidos o sólidos, durante los primeros seis meses de vida, tal como lo recomiendan la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Esta práctica es fundamental para el desarrollo óptimo del niño, ya que proporciona los nutrientes necesarios para su crecimiento y fortalece su sistema inmunológico, protegiéndolo de infecciones gastrointestinales, respiratorias y de otras enfermedades (WHO, 2020).

La lactancia materna incluye leche extraída o lactancia diferida. La leche puede ser administrada por diferentes formas y no solo por succión al pecho (Caja Costarricense del Seguro Social, 2018).

La leche materna es un tejido vivo con propiedades antibacterianas y antivirales (inmunoglobulinas) que sirven como factor protector contra infecciones, enfermedades y alergias. Contiene factores de crecimiento, enzimas digestivas, proteínas (principalmente lactoalbúmina), carbohidratos (principalmente lactosa), grasas para obtener energía y ácidos grasos esenciales que ayudan al crecimiento y mantenimiento de los tejidos y son precursores de algunas hormonas, vitaminas (C, D y K) y minerales (calcio, fósforo, hierro) ( Segura et al., 2016).

Las variaciones de la dieta de la madre pueden cambiar el perfil de los ácidos grasos y algunos micronutrientes, pero no se relacionan con la cantidad de leche producida ni con su calidad. La leche de toda mujer, aún si presenta desnutrición, posee un alto valor nutricional e inmunológico. La energía y los

macro y micronutrientes de la leche provienen tanto de la dieta como de las propias reservas maternas. (Segura et al., 2016).

Los diferentes tipos de leche que se producen en la glándula mamaria son: pre-calostro, calostro, leche de transición, leche madura y de pre-término (Tembory, 2007).

a.- Pre-calostro: Acumulado en los alvéolos durante el último trimestre de embarazo. Está compuesto fundamentalmente de exudado plasmático, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, cloro, sodio y lactosa.

b.- Calostro: Es la leche que se produce en los primeros días después del parto o cesárea. Es amarillenta o de color claro y espesa. Está compuesto por inmunoglobulinas, agua, proteínas, grasas y carbohidratos. En comparación con la leche madura, el calostro tiene menos cantidad de lactosa, grasa y vitaminas, pero mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y minerales como sodio, zinc, hierro, azufre, manganeso, selenio y potasio.

Su aporte se considera hipercalórico ya que aporta 67 Kcal/100 ml. Además, el calostro contiene factores de crecimiento que contribuyen a la maduración del sistema digestivo e inmune, inmunoglobulina A secretora y lactoferrina, linfocitos, macrófagos y probióticos esenciales para el desarrollo adecuado de la flora bacteriana del recién nacido (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2020).

c.- Leche de Transición: Se produce entre 4-15 días luego del parto, aproximadamente al quinto día hay un aumento de su producción e incrementa su volumen hasta llegar a 700 ml/día aproximadamente entre los 15 a 30 días posparto. Su composición varía hasta llegar a la de la leche madura.

d.- Leche Madura: El volumen aproximado es de 700- 900 ml/día durante los 6 primeros meses posparto. Al inicio de cada toma se produce una leche baja en calorías, con proteínas, carbohidratos, vitaminas,

minerales, anticuerpos, vitamina D y agua. Después de unos minutos de toma se produce una leche más grasa, con alto contenido en calorías, rica en hierro y en vitaminas A y B.

### **Persona lactante.**

Se define la etapa del lactante aquella que se inicia a los 28 días de vida del niño y finaliza a los 2 años (primeros 1000 días de vida), cuya principal fuente de nutrición es la leche materna durante los primeros meses de vida. Es una época de grandes cambios físicos y de alcances en su desarrollo. En su primer año de vida, el lactante experimenta el mayor índice de crecimiento de toda su vida: triplica su peso el primer año y crece 25 cm y 10-12 cm el primer y segundo año respectivamente (Sánchez-Pérez et al., 2015).

La lactancia materna no solo cubre las necesidades nutricionales del bebé, sino que también le proporciona inmunidad pasiva, favoreciendo la protección contra diversas enfermedades e infecciones (Monet et al., 2022). A través de la leche materna, el lactante recibe proteínas, grasas, vitaminas, minerales y carbohidratos esenciales para su crecimiento y desarrollo. Además, la lactancia materna tiene un impacto significativo en el desarrollo cognitivo y emocional del niño, promoviendo una relación afectiva con la madre.

A lo largo de los primeros años de vida, el niño experimenta una aceleración del crecimiento, lo cual implica un aumento de sus necesidades nutricionales. Durante esta etapa, el control adecuado de la nutrición es fundamental para evitar deficiencias que puedan afectar el desarrollo físico y neurológico del lactante. La lactancia materna exclusiva se recomienda durante los primeros seis meses de vida, seguida de la introducción de alimentos complementarios junto con la continuación de la lactancia hasta los dos años o más (Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud, 2010).

Estudios recientes han demostrado que la duración de la lactancia materna está asociada con una menor prevalencia de obesidad en la infancia. Un estudio longitudinal prospectivo realizado en España encontró

que una duración de lactancia materna inferior a seis meses se relaciona con un mayor riesgo de sobrepeso y obesidad después de la etapa de lactante (Martín-Ramos et al., 2024).

A medida que el lactante crece, es necesario complementar la leche materna con otros alimentos sólidos, siempre siguiendo las pautas recomendadas de la OMS para la introducción de alimentos. En esta etapa, se debe poner especial atención a la diversificación alimentaria, garantizando que el niño reciba una variedad de nutrientes esenciales, como hierro, zinc, calcio y vitaminas A, C y D, que son necesarios para su desarrollo integral.

Se definen tres periodos en la alimentación del lactante (Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla La Mancha, 2007):

- Período de lactancia exclusiva. Comprende los 4-6 primeros meses de la vida, durante los cuales el alimento del bebé debe ser solo leche. Preferencia absoluta a la leche materna y, en su defecto, a la leche de fórmula de inicio para lactantes.
- Período transicional. Desde los 4-6 meses de vida, hasta cumplir un año. En él se inicia la diversificación alimentaria o alimentación complementaria, introduciendo alimentos distintos de la leche, materna o de fórmula.
- Período de adulto modificado. Desde los 12 hasta los 24 meses. En este periodo el niño va adoptando una alimentación progresivamente más parecida a la de los adultos

Las necesidades de los diferentes macronutrientes son aproximadamente (Jiménez et al., 2017):

-*Carbohidratos*: 30-40% de la energía total consumida (valor energético total = VET) en los primeros meses, al año de vida deben aumentar hasta valores de adulto al 55-60% del VET.

-*Lípidos*: 40-55% del VET, que debe disminuir al año de vida al 30-35%, como en el adulto. Es importante asegurar el aporte de ácidos grasos esenciales y ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga.

-*Proteínas*: 2 g/kg/día en los primeros 6 meses, que deben disminuir a 1,6 g/kg/día a partir de entonces.

La desnutrición o una nutrición inadecuada durante esta etapa puede tener consecuencias agudas y crónicas, afectando el crecimiento físico, el desarrollo cerebral y el sistema inmunológico del niño, lo que hace fundamental la importancia de una nutrición adecuada durante los primeros años de vida.

## **Capitulo III**

### **Marco Metodológico**

### **3.1 Enfoque De Investigación**

Esta investigación emplea un enfoque cuantitativo, en el cual se utilizan datos numéricos y análisis estadísticos para evaluar la relación entre los hábitos de alimentación, el nivel socioeconómico y la eficacia de la LM. Este enfoque se basa en la recolección de datos medibles, lo que permite realizar un análisis para identificar patrones, tendencias y correlaciones entre las variables. A través de este método, se buscará establecer relaciones significativas que aporten evidencia sólida sobre el fenómeno estudiado.

Además, el enfoque cuantitativo permite una mayor precisión en la interpretación de los resultados, ya que facilita la obtención de datos replicables y generalizables a poblaciones más amplias. Al utilizar estas herramientas estadísticas, se podrán identificar asociaciones entre las variables, como el impacto de los hábitos alimentarios y el nivel socioeconómico sobre la eficacia de la LM. Este enfoque garantiza que las conclusiones obtenidas estén fundamentadas en datos objetivos y medibles, lo que aporta rigor científico a la investigación y proporciona información para futuras políticas y programas de salud pública.

### **3.2 Tipo De Investigación**

Corresponde a una investigación descriptiva porque se llevará a cabo un análisis de los hábitos de alimentación de las madres y su nivel socioeconómico. Esto implica la recopilación de datos detallados sobre los tipos de alimentos que consumen las madres y su adherencia a dietas balanceadas o deficientes. Además, se describirán variables socioeconómicas como el nivel de ingresos, el acceso a servicios básicos, el nivel educativo y el tipo de empleo. Este enfoque permitirá comprender el contexto nutricional y socioeconómico en el que se encuentran las madres del estudio, proporcionando información acerca de las condiciones que pueden influir en la LM.

También corresponde a una investigación correlacional debido a que se busca determinar la relación entre los hábitos de alimentación y el nivel socioeconómico con la eficacia de la LM, medida a través del formulario BSES-SF. La correlación permitirá identificar si existe una asociación significativa entre estas

variables, lo que podría indicar que ciertos patrones alimentarios o niveles socioeconómicos favorecen o dificultan el mantenimiento de la LM. Este enfoque no solo ayudará a establecer relaciones, sino también a generar estrategias futuras sobre cómo mejorar las intervenciones y políticas públicas para apoyar a las madres en situaciones vulnerables y promover la lactancia materna.

### **3.3 Unidades De Análisis U Objetos De Estudio**

En este apartado se describen las unidades de análisis u objetos de estudio considerados para la investigación, detallando las características de la población, la zona geográfica en la que se realiza la investigación y los criterios específicos de inclusión y exclusión aplicados para la selección de las participantes. Estos elementos fueron definidos con el propósito de garantizar que la muestra fuera representativa y relevante para los objetivos planteados, permitiendo analizar de manera precisa la relación entre las variables sociodemográficas, socioeconómicas y las prácticas de lactancia materna en el contexto establecido.

#### **3.3.1 Población**

La población de estudio corresponde a madres de niños menores de tres años, independientemente de su situación de lactancia, residentes en la provincia de San José en el año 2025.

Con respecto al área geográfica donde se desarrolla la investigación, San José es la provincia más poblada de Costa Rica, cuenta con una población aproximada de 1,7 millones de personas para 2023, representando alrededor del 33% del total del país (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2023). En cuanto a nacimientos, se registran alrededor de 15,000 al año, distribuidos entre hospitales públicos como el Hospital Nacional de Niños, Hospital Calderón Guardia y Hospital San Juan de Dios, y hospitales privados como el Hospital La Católica, y Hospital Clínica Bíblica, Hospital CIMA y Hospital Metropolitano.

San José presenta un índice de pobreza de aproximadamente el 17%, una cifra menor que el promedio nacional, que según datos del INEC a través de la encuesta de 2024, muestra que el 18 % de los hogares

costarricenses se encuentra en condición de pobreza, la cifra más baja registrada en los últimos 14–16 años (Instituto Mixto de Ayuda Social, 2024). Esto debido a su mayor desarrollo económico. A pesar de ser un área urbana, aún existen sectores con altos niveles de desigualdad y pobreza, sobre todo en las periferias. Por lo que los índices de pobreza extrema son del 4,1% (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2024c).

San José alberga zonas marginales y precarias como Los Cuadros de Purral, León XIII y La Carpio, donde las condiciones de pobreza y exclusión social son elevadas. Estas áreas presentan desafíos en términos de acceso a servicios de salud y educación. En contraste, hay sectores de alto poder adquisitivo, como Escazú y Santa Ana, donde predominan familias de altos ingresos con mejor acceso a servicios de salud privados y educación de calidad. Mientras que las áreas de clase media reflejan una mezcla de acceso tanto a servicios públicos como privados de salud y educación.

### 3.3.2 Muestra

#### Tabla N°1

*Total de nacimientos por sexo, en Costa Rica y en la provincia de San José durante el año 2023.*

	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
Costa Rica	53 435	27 185	26 250
San José	14 882	7 591	7 291

**Fuente:** (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2023)

En Costa Rica sólo el 27,5% de los bebés llega a los seis meses de vida siendo alimentado de manera exclusiva con leche materna según la Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia (EMNA) realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos y el Ministerio de Salud (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2021).

El tamaño de muestra se determinó utilizando la fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{NZ^2PQ}{d^2(N-1) + Z^2PQ}$$

N = 27,5% del total de nacimientos de la provincia de San José = 4092,55

Z= Factor de confiabilidad (1,96)

P= 0,5

Q=1-P=0,5

d= Margen de error permisible (10%)

$$n = \frac{4092,55 \times (1,96^2) \times (0,5) \times (0,5)}{0,01 (4092,55-1) + (1,96^2) \times (0,5) \times (0,5)}$$

$$n = 3930,48/41.876$$

$$n = 93,8$$

El tamaño de muestra resultante fue de 94 participantes, redondeado al número entero superior. Se utilizó un valor de P = 0,5 debido a que no se contaba con datos previos específicos sobre la proporción de mujeres con las características evaluadas. Este valor maximiza la varianza poblacional y asegura un tamaño de muestra suficientemente robusto para el análisis. El margen de error se fijó en 10 %, considerando que se trata de un estudio descriptivo de carácter exploratorio, lo cual permite mantener un equilibrio entre precisión estadística y factibilidad operativa.

### 3.3.3 Criterios De Inclusión Y Exclusión

**Tabla N°2**

*Criterios de inclusión y exclusión*

<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de Exclusión</b>
Madres en edad reproductiva de bebés entre los 0 y 3 años.	Madres con condiciones médicas que impidan la LM.
Madres dispuestas a participar en la investigación y acepten el consentimiento informado.	Madres cuyos bebés tengan condiciones médicas que contraindiquen la LM. Madres con una condición cognitiva que no permita llenar el formulario.

**Fuente:** Elaboración propia, 2024.

### **3.4 Instrumentos Para La Recolección De La Información**

En esta investigación se utilizan tres instrumentos validados tanto a nivel nacional como internacional, reconocidos por organismos internacionales y el gobierno de Costa Rica. Estos instrumentos han demostrado ser eficaces y confiables para medir los aspectos específicos, y su validez ha sido confirmada a través de diversos estudios y evaluaciones.

#### **3.4.1 Validez Del Cuestionario**

##### **1. *Diversidad Alimentaria Mínima En Mujeres (MDD-W).***

El indicador de diversidad alimentaria mínima en mujeres (MDD-W), desarrollado por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), es un instrumento ampliamente utilizado para evaluar la diversidad alimentaria y proporcionar una medida indirecta de la suficiencia de micronutrientes en mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 2021).

Este instrumento tiene una validez reconocida internacionalmente debido a su simplicidad, bajo costo y fiabilidad en la recolección de datos. El MDD-W ha sido validado en más de 85 países y es utilizado por organizaciones internacionales como el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La sensibilidad del MDD-W radica en su capacidad para identificar si las mujeres han consumido al menos cinco de los diez grupos de alimentos clave, lo que indica un adecuado consumo de micronutrientes. Su especificidad permite distinguir con precisión aquellas dietas que no alcanzan la diversidad mínima requerida, asegurando que se detecten los casos de malnutrición potencial.

Debido a su enfoque en la diversidad alimentaria, el MDD-W se ha convertido en una herramienta fundamental para la evaluación de programas nutricionales y el seguimiento de la seguridad alimentaria

a nivel poblacional. En el contexto de esta investigación, el MDD-W evalúa si las madres de San José tienen una dieta suficientemente diversa para satisfacer sus necesidades nutricionales.

## **2. Encuesta Nacional De Hogares (ENAHO).**

La Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) de Costa Rica, es uno de los principales instrumentos utilizados a nivel nacional para obtener datos socioeconómicos de los hogares. Aborda las características socioeconómicas y sociodemográficas de los hogares (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2024c), y se utiliza en esta investigación para recolectar información sobre el nivel socioeconómico de las madres.

Este instrumento representa un alto grado de validez, ya que ha sido diseñado y validado por el INEC como ente gubernamental y es utilizado en encuestas nacionales para obtener información confiable sobre los ingresos, la pobreza, la educación y otras características socioeconómicas. La sensibilidad del formulario se basa en su capacidad para captar de manera detallada las características socioeconómicas de los hogares, mientras que su especificidad permite identificar correctamente a las familias que se encuentran en diferentes niveles de ingreso.

El cuestionario para determinar el nivel socioeconómico fue adaptado de la ENAHO y consta de 10 preguntas seleccionadas y adaptadas específicamente para la investigación, abarcando aspectos como ingresos, educación, ocupación, acceso a servicios y bienes, entre otros.

La escala de puntaje previamente establecida se basa en la asignación de un valor total a cada persona según ciertas condiciones del hogar. Esta escala otorga puntos a partir de variables como la tenencia de vivienda, acceso a servicios básicos (agua potable, electricidad, teléfono, internet), posesión de dispositivos electrónicos (como televisión, computadora, celular), y disponibilidad de recursos para la lactancia materna (como extractor de leche, refrigeradora, biberones, esterilizador, entre otros).

Una vez sumados los puntos correspondientes a cada variable, se clasifica el nivel socioeconómico de la siguiente manera:

- Nivel socioeconómico bajo: 0 a 8 puntos.
- Nivel socioeconómico medio: 9 a 12 puntos.
- Nivel socioeconómico alto: 13 a 14 puntos.

Este instrumento proporciona datos precisos acerca del nivel socioeconómico de las madres que participan en el estudio, lo que permite relacionar esta variable con la eficacia de la LM.

### **3. *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF).***

El BSES-SF es una escala que mide la autoeficacia de las madres en relación con la lactancia materna. Este instrumento, validado internacionalmente y adaptado para su uso en diversos países, ha demostrado ser una herramienta eficaz para predecir la duración y el éxito de la LME. El BSES-SF consta de 14 ítems, cada uno de los cuales se califica en una escala Likert de 5 puntos, con puntuaciones más altas que indican mayor confianza en la lactancia (Brandao et al., 2018).

Este cuestionario mide con precisión la confianza de las madres en su capacidad para amamantar. Su sensibilidad permite identificar con exactitud aquellas madres que tienen una alta autoeficacia y, por lo tanto, una mayor probabilidad de continuar con la LME. Por otro lado, se asegura que se excluyan falsos positivos, identificando con precisión las madres que pueden necesitar mayor apoyo para mantener la lactancia. El BSES-SF ha sido validado en varios países y fue desarrollado por la doctora Cindy-Lee Dennis, investigadora canadiense en el área de la salud materno-infantil (Brandao et al., 2018).

Para fortalecer la confiabilidad del cuestionario, se implementan modificaciones significativas en su diseño. Entre las mejoras destacan la incorporación de una escala de 25 puntos para evaluar el nivel socioeconómico de manera estructurada y objetiva, así como la inclusión de preguntas relacionadas con

la duración total de la lactancia y número de bebés alimentados, lo que permite capturar con mayor precisión la diversidad de experiencias de las participantes. Asimismo, se revisaron la redacción de las preguntas para reducir la posibilidad de interpretaciones erróneas y se incluyen definiciones o ejemplos cuando sea necesario. Estas mejoras están orientadas a garantizar que el cuestionario proporcione datos confiables y consistentes en la intervención final.

### **3.5 Diseño De La Investigación**

El presente estudio utiliza un diseño no experimental, ya que no se manipulan de forma intencionada las variables de estudio, sino que se observan y miden tal como ocurren en su contexto natural. En este tipo de diseño, las variables de interés, que corresponden a los hábitos de alimentación, el nivel socioeconómico y la eficacia de la LM, se analizan tal como se presentan en la vida cotidiana de las madres de la provincia de San José. Este enfoque es adecuado cuando se busca estudiar la realidad tal como ocurre, sin intervenir en los procesos o modificar las condiciones de los sujetos. Al no alterar las variables, se puede obtener una visión más auténtica de las relaciones existentes entre las variables investigadas.

Asimismo, corresponde a una investigación de tipo transversal, lo que significa que la recolección de los datos se realizará en un único momento del tiempo. A través de este diseño, se recoge información de las madres en un punto específico del período comprendido entre febrero y marzo de 2025, lo que permitirá evaluar simultáneamente los hábitos de alimentación, el nivel socioeconómico y la eficacia de la lactancia materna en ese momento en específico.

Este enfoque transversal es útil cuando se busca obtener una noción de la situación actual, proporcionando datos que reflejan el estado de las variables sin necesidad de realizar un seguimiento prolongado o a lo largo del tiempo. De esta forma, se puede analizar la relación existente entre las variables en un momento concreto, lo cual es fundamental para establecer correlaciones.

### 3.6 Operacionalización De Variables

Tabla N°3

*Operacionalización de variables*

Objetivo Específico	Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Describir los hábitos de alimentación de las madres de San José por medio de una frecuencia de consumo basada en el instrumento Diversidad Dietética Mínima para Mujeres en Edad Reproductiva (MDD-W).	Hábitos de alimentación	Patrones y comportamientos alimentarios diarios de las madres.	Frecuencia de consumo de diferentes grupos de alimentos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Cuántos tiempos de comida realiza al día?</li> <li>2. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos (como jugos, refrescos o infusiones) consume diariamente?</li> <li>3. ¿Ha notado un aumento en su consumo de líquidos (agua, jugos, infusiones) desde que inició la lactancia?</li> <li>4. ¿Con qué frecuencia consume alimentos de restaurantes de comida rápida (como hamburguesas, pizza, tacos)?</li> <li>5. ¿Acostumbra a agregar sal adicional a los alimentos ya preparados?</li> <li>6. ¿Consumió algún alimento del grupo de los cereales, raíces o</li> </ol>	Todas las preguntas se responden "Si o No".	Cuestionario sobre Diversidad Dietética Mínima para Mujeres en Edad Reproductiva (MDD-W) de la FAO.

Objetivo Específico	Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
				tubérculos ricos en almidón? Ejemplos: arroz, maíz, trigo, papas, camote, yuca, tortillas, pan, avena.		
				7. ¿Consumió alguna legumbre? Ejemplos: frijoles, lentejas, garbanzos, soya.		
				8. ¿Consumió nueces o semillas? Ejemplos: maní, almendras, semillas de girasol, marañón.		
				9. ¿Consumió leche o productos lácteos? Ejemplos: leche, yogurt, queso, crema.		
				10. ¿Consumió carne, pescado o aves de corral? Ejemplos: carne de res, cerdo, pollo, pescado, mariscos.		
				11. ¿Consumió huevos? Ejemplos:		

Objetivo Específico	Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento	
				<p>huevos cocidos, revueltos, fritos.</p> <p>12. ¿Consumió verduras de hojas verdes u otras verduras ricas en vitamina A? Ejemplos: espinacas, kale, brócoli, zanahorias, camote.</p> <p>13. ¿Consumió otras verduras (que no sean ricas en vitamina A)? Ejemplos: tomates, pepinos, ayote, cebollas.</p> <p>14. ¿Consumió frutas ricas en vitamina A? Ejemplos: mango, papaya, melón, albaricoques.</p> <p>15. ¿Consumió otras frutas (que no sean ricas en vitamina A)? Ejemplos: manzanas, uvas, bananos, naranjas.</p>			
Caracterizar socio demográfica mente a la población	Nivel socioeconómico	Descripción de la situación de una persona	Datos que describen a los individuos .	<p>1. ¿Cuál es su edad actual?</p> <p>2. Estado civil.</p>	<p>1. Cantidad de años.</p> <p>2. Soltera, Casada, Unión</p>	<p>Adaptación de la Encuesta Nacional</p>	

Objetivo Específico	Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
de estudio por medio de una encuesta.		según la educación, los ingresos y el tipo de trabajo que tiene.		3. Nivel educativo alcanzado.	libre, Separada/Divorciada, Viuda. 3. Sin estudios, Primaria incompleta, Primaria completa, Secundaria incompleta, Secundaria completa, Técnico, Universidad incompleta, Universidad completa. 4. Ama de casa, Empleada, Trabajadora independiente, Desempleada, Estudiante, Otra. 5. Menos de \$200,00	de Hogares del INEC
				4. Ocupación.		
				5. Ingreso mensual del		

Objetivo Específico	Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
				hogar (en colones).	0, ₡200,00 0- ₡400,00 0, ₡400,00 0- ₡600,00 0, ₡600,00 0- ₡1,000,00, más de ₡1,000,00.	
				6. Número de personas que viven en el hogar.	6. Número total.	
				7. ¿Habita en vivienda propia?	7. Sí/No.	
				8. Acceso a servicios básicos.	8. Agua potable, electricidad, Alcantarillado, Internet.	
				9. ¿Ha recibido asesoría profesional de lactancia materna?	9. Sí, en la CCSS. Si, a nivel privado. No, no he recibido asesoría.	
				10. ¿Tiene acceso a equipos para facilitar la lactancia (extractor de leche, almacenamiento	10. Sí, cuento con todos los equipos necesarios. Sí,	

Objetivo Específico	Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
				o adecuado, refrigeradora, biberones, esterilizador, etc.)?	pero no son suficientes o adecuados. No, no cuento con equipos para lactancia	
Determinar la eficacia de la LM según el formulario BSES-SF en las madres de San José.	Lactancia materna.	La lactancia materna es un tipo de alimentación que consiste en que un bebé se alimente con la leche de su madre.	Proporción de madres que afirman alimentar a sus bebés con leche materna.	1. ¿Cuánto tiempo lleva dando lactancia materna? (Por favor, indique el tiempo en meses o años). 2. ¿Cuántos niños está amamantando actualmente con lactancia materna? 3. ¿Puede manejar la lactancia materna con la misma confianza que otras tareas desafiantes? 4. ¿Puede asegurarse de que su bebé esté	1. De 0 a 3 meses, De 3 a 6 meses, De 6 a 9 meses, De 9 a 12 meses, De 12 a 18 meses, De 18 a 24 meses, Más de 24 meses. 2. Uno, Dos, Tres, Más de tres. 3. 5 Siempre, 4 Casi Siempre, 3 A veces, 2 Casi nunca, 1 Nunca. 4. 5 Siempre, 4 Casi Siempre,	Formulario BSES-SF.

Objetivo Específico	Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
					correctamente prendido al pecho durante toda la toma?	3 A veces, 2 Casi nunca, 1 Nunca.
				5.	¿Puede asegurarse de que su bebé termine de amamantar completamente de un pecho antes de cambiar al otro?	5. 5 Siempre, 4 Casi Siempre, 3 A veces, 2 Casi nunca, 1 Nunca.
				6.	¿Es capaz de determinar si su bebé está recibiendo suficiente leche durante la lactancia?	6. 5 Siempre, 4 Casi Siempre, 3 A veces, 2 Casi nunca, 1 Nunca.
				7.	¿Es capaz de reconocer cuándo su bebé ha terminado de amamantar?	7. 5 Siempre, 4 Casi Siempre, 3 A veces, 2 Casi nunca, 1 Nunca.
				8.	¿Es capaz de amamantar a su bebé incluso cuando llora?	8. 5 Siempre, 4 Casi Siempre, 3 A veces, 2 Casi nunca, 1 Nunca.
				9.	¿Puede amamantar a su bebé sin necesidad de complementar con fórmula?	9. 5 Siempre, 4 Casi Siempre, 3 A veces, 2 Casi

Objetivo Específico	Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
					nunca, 1	
				10. ¿Puede asegurarse de alimentarse adecuadamente usted misma mientras amamanta a su bebé?	10. 5 Siempre, 4 Casi	
				11. ¿Puede cumplir con las demandas de lactancia de su bebé sin sentirse agotada o adolorida?	11. 5 Siempre, 4 Casi Siempre, 3 A veces, 2 Casi	
				12. ¿Puede mantener su deseo de seguir amamantando a pesar de los desafíos?	12. 5 Siempre, 4 Casi Siempre, 3 A veces, 2 Casi	
				13. ¿Puede amamantar cómodamente con la presencia de otras personas?	13. 5 Siempre, 4 Casi Siempre, 3 A veces, 2 Casi	
				14. ¿Puede manejar el tiempo que implica la lactancia sin sentirse abrumada?	14. 5 Siempre, 4 Casi Siempre, 3 A veces, 2 Casi	
				15. ¿Puede gestionar de manera efectiva	15. 5 Siempre, 4 Casi	

Objetivo Específico	Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
				la experiencia de la lactancia materna?	Siempre, 3 A veces, 2 Casi nunca, 1 Nunca.	
			16. ¿Se siente satisfecha con su experiencia de lactancia materna?	16. 5	Siempre, 4 Casi Siempre, 3 A veces, 2 Casi nunca, 1 Nunca.	

**Fuente:** Elaboración propia, 2024.

### 3.7 Plan Piloto

El plan piloto fue aplicado a 10 mujeres de la provincia de Heredia, con el objetivo de evaluar la aplicabilidad de la investigación sobre lactancia materna. La elección de la provincia de Heredia para el plan piloto se basó en su similitud con San José en términos de características sociodemográficas y culturales. Heredia presenta una población diversa en cuanto a nivel socioeconómico y acceso a servicios, lo que la convierte en un entorno representativo para evaluar los resultados que podrían reflejarse en la población de San José. Esta similitud permite que los hallazgos del plan piloto sean relevantes y extrapolables para el estudio principal en San José.

Durante su ejecución, se detectaron problemas en la recolección de datos, especialmente que no se indagó en el periodo de duración total de la lactancia materna y la cantidad de bebés amamantados, en casos de lactancias múltiples como gemelos o trillizos o lactancia en tándem. Para abordar esto, se decidió incluir preguntas adicionales en la encuesta final que permitan obtener información más precisa sobre estos temas. Las preguntas que se incluyeron fueron las siguientes: En la sección de nivel socioeconómico: ¿Ha recibido asesoría profesional de lactancia materna?, y ¿tiene acceso a equipos para facilitar la

lactancia (extractor de leche, almacenamiento adecuado, refrigeradora, biberones, esterilizador, etc.)? Y en la sección de lactancia materna: ¿Por cuánto tiempo ha estado practicando la lactancia materna?, y ¿Cuántos niños está amamantando actualmente con lactancia materna?

Finalmente, como parte de los ajustes en el enfoque de la investigación, se solicitó al comité de investigación la autorización para cambiar el título del estudio a "Lactancia Materna" en lugar de "Lactancia Materna Exclusiva". Este cambio busca alinearse mejor con el enfoque general del estudio y reflejar con mayor precisión el objetivo principal, que es explorar la experiencia de la lactancia materna en las madres participantes.

### **3.8 Procedimientos De Recolección De Datos**

La recolección de datos para esta investigación se llevó a cabo mediante una estrategia combinada que incluyó medios virtuales y presenciales, con el fin de facilitar el acceso a la población objetivo y asegurar una mayor representatividad. En primer lugar, se utilizaron grupos de WhatsApp de maternidad previamente establecidos, donde se compartió una invitación a participar en el estudio, junto con el formulario digital que contenía el consentimiento informado, el cuestionario de hábitos alimentarios, el formulario BSES-SF y la encuesta de nivel socioeconómico. La participación fue completamente voluntaria, y se garantizó la confidencialidad de la información mediante el uso de plataformas seguras y el anonimato de las respuestas.

Además, se realizó la recolección de datos a través de grupos de apoyo en lactancia materna, tanto presenciales como virtuales, organizados por la Municipalidad de Santa Ana, donde se brindó una breve explicación del objetivo del estudio y se aplicaron los instrumentos correspondientes. Adicionalmente, se efectuaron entrevistas presenciales en el CEN CINAI de los Cuadros de Goicoechea, donde se contactó directamente a madres con hijos, cumpliendo con los criterios de inclusión previamente definidos.

### **3.9 Organización De Los Datos**

Para la organización de los datos recolectados, se utilizó el programa Microsoft Excel, en el cual se crearon bases de datos estructuradas que permitieron el registro ordenado y sistemático de las respuestas obtenidas con el instrumento aplicado. Cada variable fue codificada y dispuesta en columnas independientes, mientras que cada fila representó a una participante. Esta herramienta facilitó el orden, validación y posterior análisis de los datos, permitiendo una manipulación eficiente de la información recolectada.

### **3.10 Análisis De Datos**

Para el análisis estadístico de los datos se contó con el apoyo de un estadista, quien asesoró en la selección de las pruebas más adecuadas en función del tipo de variables y los objetivos de la investigación. Dado que el estudio busca establecer la relación entre variables continuas, los hábitos de alimentación, el nivel socioeconómico y la eficacia de la lactancia materna según el formulario BSES-SF, se utilizaron métodos de correlación que permiten identificar la existencia y la magnitud de las asociaciones entre variables.

Específicamente, se empleó el coeficiente de correlación de Pearson, el cual es una medida que cuantifica la relación lineal entre dos variables. Este coeficiente puede tomar valores entre -1 y 1, donde: Un valor de 1 indica una correlación positiva perfecta, es decir, a medida que una variable aumenta, la otra también lo hace en la misma proporción. Asimismo, un valor de -1 indica una correlación negativa perfecta, es decir, a medida que una variable aumenta, la otra disminuye en la misma proporción, y un valor de 0 indica que no existe correlación lineal entre las variables (Puth et al., 2015). Una de las ventajas de este método es que no restringe la dirección de la relación, permitiendo identificar tanto correlaciones positivas como negativas.

En caso de que la correlación de Pearson no sea significativa (es decir, si el valor es mayor que 0.05), se procederá a evaluar la posible existencia de relaciones no lineales o monótonas entre las variables utilizando métodos no paramétricos: los coeficientes de correlación de Spearman y Kendall. El primero evalúa si existe una relación monótona (no necesariamente lineal) entre dos variables. Es adecuado cuando los datos no cumplen con los supuestos de normalidad o cuando la relación no es lineal. Mientras que el segundo, mide la concordancia entre dos variables, esto es especialmente útil para datos ordinales o cuando hay muchos empates o valores repetidos (Zinda, 2021).

Por otro lado, no se utilizó la prueba de chi-cuadrado ( $\chi^2$ ), ya que este método estadístico se emplea principalmente para determinar si existe dependencia o independencia entre variables, lo cual, aunque guarda cierta similitud con el análisis de relaciones, no es equivalente en términos estadísticos (Turney, 2022). La elección del coeficiente de correlación se fundamenta en el objetivo central del estudio, que es relacionar variables continuas y no evaluar su dependencia, lo que hace que el uso del chi-cuadrado no sea el más pertinente en este contexto.

## **Capítulo IV**

### **Presentación De Resultados**

#### 4.1 Resultados Univariados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos por medio de la encuesta aplicada. Se organizan con base en las variables y los objetivos específicos planteados inicialmente en la investigación.

##### 4.1.1 Nivel Socioeconómico

En este apartado se presentan los resultados obtenidos por medio de la encuesta aplicada a las madres de la provincia de San José. Se toman en cuenta variables como rango de edad, estado civil, profesión e ingresos.

**Tabla N°4.**

*Características sociodemográficas de las madres, San José, 2025, n=142.*

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Cantidad de personas n</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Sexo</b>		
Femenino	142	100%
<b>Rango de edad</b>		
15-20 años	2	1%
21-25 años	4	3%
26-30 años	25	18%
31-35 años	64	45%
36-40 años	37	26%
41-45 años	10	7%
<b>Estado civil</b>		
Soltera	10	7%
Casada	90	63%
Unión libre	8	6%
Separada/Divorciada	34	24%
Viuda	0	0%
<b>Nivel educativo</b>		
Sin estudios	1	1%
Primaria incompleta	3	2%
Primaria completa	7	5%
Secundaria incompleta	4	3%
Secundaria completa	4	3%
Técnico	2	1%
Universidad incompleta	12	9%
Universidad completa	109	77%
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	26	18%
Empleada	82	58%

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Cantidad de personas</b> n	<b>Porcentaje (%)</b>
Trabajadora independiente	18	13%
Desempleada	5	4%
Estudiante	4	3%
Otra	7	5%
<b>Ingreso mensual aproximado del hogar (en colones)</b>		
Menos de ₡200,000	11	8%
₡200,000	2	1%
₡300,000	5	4%
₡400,000	4	3%
₡500,000	5	4%
₡600,000	5	4%
₡700,000	3	2%
₡800,000	3	2%
₡900,000	5	4%
₡1,000,000	4	3%
Más de ₡1,000,000	95	67%
<b>Dinero mensual aproximado del hogar destinado a la compra de alimentos</b>		
Menos de ₡50,000	5	4%
Entre ₡50,000 y ₡100,000	15	11%
Entre ₡100,001 y ₡200,000	29	20%
Entre ₡200,001 y ₡300,000	40	3%
Entre ₡300,001 y ₡400,000	22	16%
Entre ₡400,001 y ₡500,000	17	12%
Más de ₡500,000	14	10%
<b>Número de personas que viven en el hogar</b>		
1	0	0%
2	8	6%
3	83	59%
4	35	25%
5	7	5%
6	5	4%
7	2	1%
8	1	1%
9	1	1%
<b>Vivienda propia</b>		
Si	98	69%
No	44	31%
<b>Acceso a servicios básicos</b>		
Agua potable	142	100%
Electricidad	142	100%
Teléfono	87	61%
Internet	136	96%

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Cantidad de personas n</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Acceso a dispositivos electrónicos</b>		
Celular	142	100%
Pantallas de televisión o Smart TV	135	95%
Laptop	115	81%
Tablet	78	55%

**Fuente:** Elaboración propia, 2025.

La tabla N°4 muestra las características sociodemográficas de la población estudiada, compuesta por 142 mujeres. En cuanto al rango de edad, el grupo más representativo es el de 31 a 35 años con un 45%, seguido por el de 36 a 40 años con un 26%. Respecto al estado civil, el 63% de las participantes está casada, el 24% separada o divorciada, el 7% soltera y el 6% en unión libre.

En cuanto al nivel educativo, el 77% posee estudios universitarios completos. En relación con la ocupación, la mayoría (58%) son empleadas, el 18% amas de casa, el 13% trabajadoras independientes, el 4% desempleadas, el 3% estudiantes y el 5% tiene otra ocupación.

Sobre el ingreso mensual del hogar, el 67% reportó ganar más de \$1,000,000, mientras que el 8% indicó ingresos menores a \$200,000. En cuanto al dinero destinado a la compra de alimentos, el 20% destina entre \$100,001 y \$200,000 mensuales y el 3% entre \$200,001 y \$300,000.

Respecto a la composición del hogar, la mayoría (59%) vive con tres personas, el 25% con cuatro y el 6% con dos. En cuanto a la tenencia de vivienda, el 69% de las participantes posee casa propia.

Todos los hogares cuentan con acceso a agua potable y electricidad, mientras que el 96% tiene conexión a internet y el 61.3% acceso a teléfono fijo. En cuanto a dispositivos electrónicos, el 100% posee un celular, el 95% una pantalla de televisión o Smart TV, el 81% una laptop y el 55% tiene tablet.

**Tabla N°5.**

*Cálculo de pobreza según costo de canasta básica, San José 2025, n=142.*

Condición	Cantidad de hogares	Porcentaje (%)
Por encima de la línea de pobreza extrema	90	63%
Por debajo de la línea de pobreza extrema	52	37%

**Fuente:** Elaboración propia, 2025.

La tabla N°5 muestra que el 63% de los hogares encuestados se ubicó por encima de la línea de pobreza extrema, mientras que el 37% se clasificó por debajo de dicha línea. Esta categorización se realizó aplicando el Método de la Línea de Pobreza del INEC, el cual considera como referencia el costo mensual de la canasta básica alimentaria urbana, establecido en ₡60,697 por persona.

**Tabla N°6.**

*Acceso a asesoría profesional de lactancia materna, San José 2025, n=142.*

Tipo de acceso a asesoría	Cantidad de personas n	Porcentaje (%)
A nivel privado	93	65%
En la CCSS	27	19%
Sin acceso	22	16%

**Fuente:** Elaboración propia, 2025.

En la tabla N°6 se observa que el 65% de las participantes ha tenido acceso a asesoría en lactancia materna a nivel privado, mientras que el 19% la ha recibido a través de la CCSS. Por otro lado, el 16% de la población estudiada no ha tenido acceso a ningún tipo de asesoría profesional en lactancia materna.

**Tabla N°7.**

*Acceso a equipos para facilitar la lactancia (extractor de leche, almacenamiento adecuado, refrigeradora, biberones, esterilizador, etc.), San José, 2025, n=142.*

Condición de acceso a equipos	Cantidad de personas n	Porcentaje (%)
Equipos necesarios	121	85%
Equipos insuficientes o inadecuados	5	4%
No cuenta con equipos	16	11%

**Fuente:** Elaboración propia, 2025.

Los resultados de la tabla N°7 muestran que el 85% de las participantes cuenta con los equipos necesarios para facilitar la lactancia materna, mientras que el 4% dispone de equipos insuficientes o inadecuados. Por otro lado, el 11% de la población estudiada no tiene acceso a ningún tipo de equipo para este fin.

**Tabla N°8.**

*Distribución del nivel socioeconómico de las madres según puntaje total, San José, 2025, n=142.*

<b>Nivel socioeconómico</b>	<b>Cantidad de personas</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Alto	64	45%
Medio	59	42%
Bajo	19	13%

**Fuente:** Elaboración propia, 2025.

La distribución del nivel socioeconómico en la población evaluada muestra que la mayoría de las madres entrevistadas se encuentran en un nivel alto (45%), seguidas por el nivel medio (42%) y, en menor proporción, el nivel bajo (13%). Es decir, más del 85% de la muestra posee condiciones socioeconómicas favorables o intermedias según la escala utilizada.

Los datos sobre el nivel socioeconómico fueron obtenidos mediante una escala de elaboración propia basada en criterios específicos del hogar, tales como condiciones de vivienda, acceso a servicios, educación y ocupación. A cada participante se le asignó un puntaje total de acuerdo con estas variables, y posteriormente se clasificó en alguno de los tres niveles definidos: nivel socioeconómico bajo (0 a 8 puntos), nivel medio (9 a 12 puntos) y nivel alto (13 a 14 puntos). Esta categorización permitió establecer una distribución general del perfil socioeconómico de la muestra.

#### **4.1.2 Hábitos De Alimentación**

En esta sección se presentan los resultados obtenidos a partir de la encuesta aplicada, con el objetivo de analizar los hábitos de alimentación de la población encuestada. Se detallan aspectos clave como la frecuencia de consumo de distintos grupos de alimentos, las prácticas relacionadas con la planificación y preparación de comidas, así como la percepción sobre la calidad de la dieta.

**Tabla N°9.***Hábitos de alimentación de la población, San José, 2025, n=142.*

<b>Hábito de alimentación</b>	<b>Cantidad de personas n</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Tiempos de comida al día</b>		
1	1	1%
2	8	6%
3	42	30%
4	40	28%
5	44	31%
Más de 5	7	5%
<b>Vasos de agua consumidos al día</b>		
Menos de 4 vasos al día	19	13%
Entre 4 y 6 vasos al día	55	39%
Más de 6 vasos al día	68	48%
<b>Percepción de aumento en el consumo de líquidos desde el inicio de la lactancia</b>		
Aumento significativo	92	65%
Poco aumento	34	24%
Consumo igual que antes	14	10%
Consumo menor	2	1%
<b>Frecuencia de consumo de alimentos de restaurantes de comida rápida</b>		
Nunca	11	8%
Menos de una vez al mes	13	8%
Una vez al mes	17	12%
2-3 veces al mes	36	25%
Una vez por semana	46	32%
2-3 veces por semana	19	13%
Todos los días	0	0%
<b>Adición de sal a alimentos ya preparados</b>		
Si	17	12%
No	124	88%
<b>Percepción de aumento en el consumo de productos altos en azúcar, como panadería, golosinas, refrescos azucarados u otros productos similares</b>		
Aumento significativo	35	25%
Poco aumento	48	34%
Consumo igual que antes	49	35%
Consumo menor	9	6%

**Fuente:** Elaboración propia, 2025.

La tabla N°9 indica que el 31% de la población consume cinco tiempos de comida al día, mientras que el 30% realiza tres tiempos y solamente el 1% reportó consumir una comida al día. En cuanto a la hidratación,

el 47.9% consume más de seis vasos de agua al día, el 39% entre cuatro y seis vasos, y el 13% menos de cuatro.

El almuerzo es el tiempo de comida que con mayor frecuencia reportan las encuestadas, particularmente en el caso de la población en condición de vulnerabilidad, cuya alimentación depende en gran medida de la ración que reciben en el CEN-CINAI. Aunque esta información no fue recolectada mediante una pregunta específica del instrumento, fue mencionada espontáneamente por varias participantes durante la aplicación del cuestionario.

Respecto al consumo de líquidos desde el inicio de la lactancia, el 65% percibe un aumento significativo, el 24% un leve aumento, el 10% mantiene su consumo habitual y el 1% ha reducido su ingesta. Sobre la frecuencia de consumo de alimentos de restaurantes de comida rápida, el 32% reportó consumirlos una vez por semana, el 25% entre dos y tres veces al mes, y el 12% una vez al mes, mientras que el 8% indicó que nunca los consume.

En relación con la adición de sal a los alimentos ya preparados, el 88% de las participantes indicó que no lo hace, mientras que el 12% sí añade sal. Finalmente, respecto al consumo de productos altos en azúcar, el 35% reportó mantener su ingesta habitual y el 34% indicó un leve aumento.

**Tabla N°10.**

*Consumo de alimentos por grupos en las últimas 24 horas, San José, 2025,  
n=142.*

<b>Grupos de alimentos</b>	<b>Consumió (Si) n</b>	<b>Porcentaje de consumo (%)</b>	<b>No consumió (No) n</b>	<b>Porcentaje de consumo (%)</b>	<b>Total (%)</b>
Cereales, raíces o tubérculos ricos en almidón	141	99%	1	1%	100%
Leguminosas	107	75%	35	25%	100%
Nueces o semillas	60	42%	82	58%	100%
Leche o productos lácteos	113	80%	29	20%	100%

Carne de res, pescado o aves de corral	135	95%	7	5%	100%
Huevos	112	79%	30	21%	100%
Vegetales de hojas verdes u otros vegetales ricos en vitamina A	97	68%	45	32%	100%
Otros vegetales (que no sean ricos en vitamina A)	117	82%	25	18%	100%
Frutas ricas en vitamina A	71	50%	71	50%	100%
Otras frutas (que no sean ricas en vitamina A)	100	70%	42	30%	100%

**Fuente:** Elaboración propia, 2025.

Los datos de la tabla N°10 revelan que el 99% de la población consumió cereales, raíces o tubérculos ricos en almidón en las últimas 24 horas, mientras que el 95% ingirió carne de res, pescado o aves de corral. En cuanto al consumo de productos lácteos, el 80% reportó haberlos consumido, y el 79% incluyó huevos en su alimentación durante el último día.

Respecto al consumo de leguminosas, el 75% de las participantes indicó haberlas consumido, mientras que el 42% reportó la ingesta de nueces o semillas. En cuanto a los vegetales, el 68% consumió hojas verdes u otros vegetales ricos en vitamina A, y el 82% ingirió otros tipos de vegetales. En relación con las frutas, el 50% consumió frutas ricas en vitamina A, mientras que el 70% ingirió otras frutas.

De acuerdo con la clasificación del MDD-W de los datos presentados en la Tabla N°9, se observa una diversidad alimentaria predominantemente alta entre las madres encuestadas en San José durante 2025.

**Tabla N°11.**

*Clasificación de la diversidad alimentaria de la población encuestada, San José, 2025, n=142.*

Diversidad alimentaria	Cantidad de personas n	Porcentaje (%)
Alta	124	87%
Media	15	11%

<b>Diversidad alimentaria</b>	<b>Cantidad de personas</b> <b>n</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Baja	3	2%

**Fuente:** Elaboración propia, 2025.

En la Tabla N°11, se observa que, de las 142 madres participantes, el 87% (n=124) presentó una diversidad alimentaria alta, es decir reportó consumo en al menos 6 de los 10 grupos de alimentos evaluados, el 11% (n=15) una diversidad media y únicamente el 2% (n=3) una diversidad alimentaria baja.

Los datos anteriores se obtuvieron con base en la escala propuesta por la FAO para medir la diversidad alimentaria, la cual clasifica una dieta como de baja diversidad cuando se consumen menos de tres grupos de alimentos, media cuando se consumen entre cuatro y cinco grupos, y alta cuando se incluyen seis o más grupos (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 2013).

Los grupos con mayor frecuencia de consumo fueron los cereales, raíces o tubérculos ricos en almidón (99%), carne de res, pescado o aves (95%), y otros vegetales (82%), seguidos por leche o productos lácteos (80%) y huevos (79%). En contraste, los grupos con menor consumo fueron nueces o semillas (42%) y frutas ricas en vitamina A (50%), lo cual podría limitar el aporte de micronutrientes esenciales si no se compensan con otros alimentos.

#### **4.1.3 Eficacia De La Lactancia Materna**

En esta sección, se presentan los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF).

Se analizan los puntajes totales obtenidos, categorizando a las participantes en niveles de baja, moderada y alta eficacia. Además, se desglosan los resultados individuales por cada una de las preguntas de la escala, con sus respectivas frecuencias, porcentajes y promedios de calificación.

**Tabla N°12.***Duración de la lactancia materna en la población encuestada, San José, 2025, n=142.*

<b>Duración de la lactancia materna</b>	<b>Cantidad de personas (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
De 0 a 3 meses	19	13%
De 3 a 6 meses	25	18%
De 6 a 9 meses	21	15%
De 9 meses a 12 meses	15	11%
De 12 a 18 meses	18	13%
De 18 a 24 meses	11	8%
Más de 24 meses	30	21%
No aplica	16	11%

**Fuente:** Elaboración propia, 2025.

La información de la tabla N°12 refleja que el 21% de las participantes actualmente ha mantenido la lactancia materna por más de 24 meses, mientras que el 18% lleva entre 3 y 6 meses y el 15% entre 6 y 9 meses. Un 13% ha brindado lactancia materna por un período de 0 a 3 meses, y un 13% entre 12 y 18 meses.

Asimismo, el 11% ha continuado la lactancia entre 9 y 12 meses, mientras que el 8% lleva entre 18 y 24 meses. Finalmente, el 11% de la población indicó que esta variable no aplica en su caso ya que no brindan lactancia materna.

**Tabla N°13.***Niños alimentados actualmente con lactancia materna, San José, 2025, n=142.*

<b>Cantidad de niños alimentados</b>	<b>Cantidad de respuestas n</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
0 niños	10	7%
1 niño	126	89%
2 niños	6	4%
3 niños	0	0%
Más de 3 niños	0	0%

**Fuente:** Elaboración propia, 2025.

La tabla N°13 indica que el 89% de las participantes actualmente alimenta con lactancia materna a un niño, mientras que el 4% amamanta a dos niños. Por otro lado, el 7% de la población reportó no estar amamantando en este momento. Ninguna de las encuestadas indicó estar alimentando a tres o más niños.

**Tabla N°14.**

*Frecuencia y porcentaje de los puntajes obtenidos en la escala de autoeficacia en lactancia materna según la Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF), San José, 2025, n=142.*

<b>Puntaje Total BSES-SF</b>	<b>Frecuencia</b> <b>n</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
70	7	5%
69	3	2%
68	4	3%
67	7	5%
66	4	3%
65	5	4%
64	9	6%
63	8	6%
62	14	10%
61	8	6%
60	6	4%
59	10	7%
58	5	4%
57	4	3%
56	3	2%
55	3	2%
54	2	1%
53	1	1%
52	5	4%
51	2	1%
50	1	1%
49	4	3%
48	2	1%
47	2	1%
46	1	1%
44	1	1%
43	4	3%
42	1	1%
41	2	1%
40	2	1%
38	1	1%
36	1	1%
35	1	1%
34	1	1%
31	1	1%

Puntaje Total BSES-SF	Frecuencia n	Porcentaje (%)
29	1	1%
26	2	1%
25	1	1%
22	1	1%
21	1	1%
20	1	1%

**Fuente:** Elaboración propia, 2025.

La tabla N° 14 muestra una distribución variable en los puntajes obtenidos en la escala BSES-SF. El puntaje más frecuente fue 62, con un 10% de las respuestas, seguido por el puntaje 64 con un 6% y los puntajes 59 y 63 con un 7% y 6%, respectivamente.

Además, el 5% de las participantes obtuvo un puntaje de 70, el valor más alto registrado, mientras que el 1% reportó puntajes en el rango más bajo, con valores de 20, 21 y 22. Los puntajes se distribuyen a lo largo de toda la escala, reflejando diferentes niveles de eficacia en la lactancia materna dentro de la población estudiada.

**Tabla N°15.**

*Clasificación del nivel de eficacia en lactancia materna según la Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF), San José, 2025, n=142.*

Nivel de eficacia	Cantidad de personas n	Porcentaje (%)
Alta eficacia	97	68%
Moderada eficacia	31	22%
Baja eficacia	14	10%

**Fuente:** Elaboración propia, 2025.

La tabla N° 15 indica que el 68% de las participantes presenta un nivel de eficacia en la lactancia materna alto, mientras que el 22% muestra una eficacia moderada. Por otro lado, el 10% de la población reporta una baja eficacia en la lactancia.

**Tabla N°16.**

*Resultados de las preguntas de la Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF) sobre la Confianza en la Lactancia Materna, San José, 2024, n=142.*

<b>Pregunta</b>	<b>1 (Nunca) n</b>	<b>2 (Casi nunca) n</b>	<b>3 (A veces) n</b>	<b>4 (Casi siempre) n</b>	<b>5 (Siempre)</b>	<b>Promedio</b>
¿Puede manejar la lactancia materna con la misma confianza que otras tareas desafiantes?	6	7	21	42	66	4.09
¿Es capaz de determinar si su bebé está recibiendo suficiente leche durante la lactancia?	11	8	18	28	77	4.1
¿Puede asegurarse de que su bebé termine de amamantar completamente de un pecho antes de cambiar al otro?	7	14	27	18	76	4.0
¿Es capaz de determinar si su bebé está recibiendo suficiente leche durante la lactancia?	11	8	18	28	77	4.1
¿Es capaz de reconocer cuándo su bebé ha terminado de amamantar?	8	8	7	23	96	4.4
¿Es capaz de amamantar a su bebé incluso cuando llora?	12	2	22	23	83	4.2
¿Puede amamantar a su bebé sin necesidad	19	10	10	7	96	4.1

Pregunta	1 (Nunca) n	2 (Casi nunca) n	3 (A veces) n	4 (Casi siempre) n	5 (Siempre)	Promedio
de complementar con fórmula?						
¿Puede asegurarse de alimentarse adecuadamente mientras amamanta a su bebé?	4	10	36	26	66	3.9
¿Puede cumplir con las demandas de lactancia de su bebé sin sentirse agotada o adolorida?	15	13	44	32	38	3.5
¿Puede mantener su deseo de seguir amamantando a pesar de los desafíos?	8	6	16	25	87	4.2
¿Puede amamantar cómodamente con la presencia de otras personas?	12	9	25	26	70	3.9
¿Puede manejar el tiempo que implica la lactancia sin sentirse abrumada?	11	22	35	37	37	3.5
¿Puede gestionar de manera efectiva la experiencia de la lactancia materna?	4	6	32	37	63	4.1
¿Se siente satisfecha con su experiencia de lactancia materna?	11	4	13	2	94	4.3

**Fuente:** Elaboración propia, 2025

La tabla N°16 refleja que las participantes reportan una alta eficacia en la lactancia materna en la mayoría de los ítems evaluados. Las afirmaciones con los promedios más altos incluyen la capacidad de reconocer cuándo el bebé ha terminado de amamantar (4.4), sentirse satisfecha con la experiencia de lactancia (4.3) y mantener el deseo de seguir amamantando a pesar de los desafíos (4.2).

Por otro lado, los puntajes más bajos se observan en la capacidad de cumplir con las demandas de lactancia sin sentirse agotada o adolorida (3.5) y manejar el tiempo de lactancia sin sentirse abrumada (3.5).

## 4.2 Resultados Bivariados

En esta sección se discuten los resultados encontrados al relacionar dos variables entre sí. Se hace una relación entre el nivel socioeconómico y la eficacia de la lactancia materna y otra entre los hábitos de alimentación y la eficacia de la lactancia materna.

### 4.2.1 Relación Entre Los Hábitos De Alimentación Y La Eficacia De La Lactancia Materna

#### Tabla N°17.

*Relación entre los hábitos de alimentación de las madres y la eficacia de la lactancia materna, San José, 2025, n=142.*

Metodología	Valor p	Correlación	Significancia
Pearson	0.8349	-1.76%	No
Sperman	0.9615	-0.41%	No
Kendall	0.9799	-0.15%	No

**Fuente:** Elaboración propia, 2025.

Los resultados de la tabla N°17 indican que no existe una asociación significativa entre los hábitos de alimentación de las madres y su eficacia en la lactancia materna. Los análisis de Pearson, Spearman y Kendall mostraron correlaciones cercanas a cero, con valores de p superiores a 0.05, lo que descarta una relación estadísticamente relevante. Por lo que la alimentación materna no es un factor determinante en la percepción de autoeficacia en la lactancia dentro de la población estudiada.

#### 4.2.2 Relación Entre El Nivel Socioeconómico Y La Eficacia De La Lactancia Materna

**Tabla N°18.**

*Relación entre el nivel socioeconómico de las madres y la eficacia de la lactancia materna, San José, 2025, n=142.*

<b>Metodología</b>	<b>Valor p</b>	<b>Correlación</b>	<b>Significancia</b>
Pearson	0.212	-1.06%	No
Sperman	0.305	-8.67%	No
Kendall	0.31	-6.25%	No

**Fuente:** Elaboración propia, 2025.

Los resultados de la tabla N°18 indican que no se encontró una relación significativa entre el nivel socioeconómico de las madres y la eficacia en la lactancia materna. Los coeficientes de correlación obtenidos mediante los métodos de Pearson (-1.06%), Spearman (-8.67%) y Kendall (-6.25%) fueron bajos y no alcanzaron significancia estadística, con valores de p superiores a 0.05. Esto sugiere que, en la población estudiada, el nivel socioeconómico no influye de manera relevante en la autoeficacia de la lactancia materna.

## **Capítulo V**

### **Análisis E Interpretación De Resultados**

## **5.1 Discusión E Interpretación De Resultados Univariados**

A continuación, se presenta la discusión y la interpretación de los resultados mencionados en el capítulo anterior, considerando el análisis detallado de las variables estudiadas. Se examinan las tendencias, su posible relación con estudios previos y su implicación en el contexto de la investigación.

### **5.1.1 Características Sociodemográficas**

Las características sociodemográficas son aquellas características tanto biológicas como socioeconómicas que se encuentran presentes en una determinada población (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2001). En lo que respecta a esta investigación, se trabaja con madres residentes en la provincia de San José durante el año 2025.

Los resultados expuestos en el capítulo anterior muestran que la población se compone mayoritariamente de madres en el rango de edad de 31 a 40 años (71%). Esta concentración en el rango de edad reproductiva medio alta puede estar asociada a una mayor planificación familiar, estabilidad laboral y realización personal de la mujer. Al respecto, según Vanegas (2025) destaca que la disminución de la tasa de natalidad refleja un cambio cultural frente al deseo de ser madre, impulsado por una mayor autonomía de las mujeres para decidir sobre su maternidad, apoyada por la educación sexual integral y el acceso ampliado a métodos anticonceptivos.

Esta distribución etaria resulta significativa en el contexto de la lactancia materna, ya que diversos estudios han demostrado que la edad materna influye en la duración y efectividad de esta práctica. Por ejemplo, Li et al. (2008) encontraron que las madres de mayor edad presentan una mayor probabilidad de mantener la lactancia materna por más tiempo, lo cual atribuyen a factores como la experiencia previa, mayor seguridad en la maternidad y una mejor posición socioeconómica y laboral.

De forma similar, Kaneko et al. (2006), en un estudio realizado en Japón, observaron que las madres mayores de 35 años presentaban tasas más altas de inicio y mantenimiento de la lactancia, en comparación con madres más jóvenes. Este patrón también fue confirmado por Safdar et al. (2021) en una población de Pakistán, donde se evidenció que las mujeres de edad más avanzada eran más propensas a sostener la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses.

Es importante recalcar que mayoría de las madres participantes se encuentra casada (63%), lo cual coincide con la evidencia que señala que la presencia de una pareja estable puede representar un factor protector para la lactancia materna, al ofrecer apoyo emocional, económico y logístico durante el proceso (Murillo-Llorente et al., 2024). Por otro lado, el 24% son separadas o divorciadas, un grupo que podría enfrentar mayores desafíos para sostener la lactancia, especialmente ante la ausencia de redes de apoyo.

En cuanto al nivel educativo, se observó una marcada concentración en madres con estudios universitarios completos (77%), lo cual representa un aspecto positivo, ya que se ha demostrado que mayores niveles educativos se asocian con una mayor prevalencia y duración de la lactancia materna, debido al mejor acceso a la información, mayor conciencia sobre los beneficios y una actitud más receptiva hacia las recomendaciones de salud (Tang et al., 2019).

En relación con la ocupación, más de la mitad de las participantes trabajan (58%), lo que refleja la realidad actual en la que muchas mujeres deben equilibrar su vida laboral con la crianza. A pesar de que este aspecto puede representar una barrera para la lactancia, cuando se cuenta con trabajos formales que garanticen licencias adecuadas, esta condición no necesariamente impide su continuidad.

Tomando en consideración datos del INEC, La tasa de ocupación para las madres en Costa Rica para el año 2023 es de un 36,3%, mientras que el 41,4% cuenta con empleo informal. En este mismo informe se establece que el 78,2% de la población de madres del país son asalariadas, con jornadas de trabajo semanales de 75 horas y 15 minutos (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2024b).

Asimismo, se ha establecido que los espacios destinados para la lactancia durante la jornada laboral, como la hora de lactancia, así como un entorno laboral que brinde apoyo, incluyendo instalaciones adecuadas, permiten que las madres continúen con la lactancia materna (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2019). No obstante, el 18% de madres que se identificaron como amas de casa podrían tener condiciones más favorables en términos de disponibilidad de tiempo para mantener la lactancia.

Según datos al 2023 del INEC (2023), en Costa Rica el 17,2% de las madres cuenta con educación superior completa y el 3.4% con incompleta. La educación primaria incompleta o menos representa el 15% de las madres, mientras que la primaria completa representa el 27.4%. Y finalmente el 21,4% de las madres poseen secundaria incompleta y el 15.6% secundaria completa.

En cuanto al ingreso mensual del hogar, la mayoría de las madres participantes (67%) reportó ingresos superiores al millón de colones, lo cual refleja un perfil socioeconómico predominantemente medio-alto dentro de la muestra. Este nivel de ingresos puede estar vinculado con un mayor acceso a servicios de salud, educación y redes de apoyo, elementos que de acuerdo con estudios como Pérez-Escamilla et al., (2016) favorecen la práctica de la lactancia materna.

Sin embargo, también se identificó un porcentaje menor de participantes (8%) con ingresos inferiores a ₡200,000, lo que evidencia cierta heterogeneidad socioeconómica dentro del grupo. Este aspecto resulta relevante, ya que investigaciones previas han señalado que las condiciones económicas pueden influir tanto positiva como negativamente en la duración de la lactancia. Ya que en sectores de bajos recursos puede mantenerse por imposibilidad de acceder a fórmulas infantiles, y en contextos más favorecidos la decisión suele estar mediada por educación, estilos de vida y mayor acceso a servicios de salud (Mirkovic et al., 2016).

Respecto al monto mensual destinado a la compra de alimentos, se observó una amplia variabilidad, aunque predominó el rango entre ₡100,001 y ₡300,000, el cual fue reportado por el 43% de las madres.

La asignación de una mayor proporción del ingreso familiar a la alimentación suele asociarse con una mejor calidad de la dieta, factor que puede incidir positivamente en la producción de leche materna y en el estado nutricional de la madre (FAO, 2021).

Al aplicar el método de la Línea de Pobreza del INEC (Méndez, 2010) a los datos recolectados, se observó que el 37% de los hogares encuestados se encuentran por debajo de la línea de pobreza extrema, al destinar menos de ₡60,697 por persona al mes a la compra de alimentos. En contraste, el 63% de los hogares superan este rango, lo que significa que la mayoría cuenta con los recursos mínimos para cubrir la canasta básica alimentaria urbana (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2024a). Cabe destacar que, aunque una proporción considerable de hogares se ubica por encima de la línea de pobreza, más de un tercio permanece en situación vulnerable, lo cual puede impactar negativamente en la calidad de la alimentación materna y en la práctica sostenida de la lactancia.

Con respecto a la clasificación del nivel socioeconómico, se observó que el 45% de las madres se ubicó en el nivel alto, seguido por un 42% en el nivel medio y solo un 13% en el nivel bajo. Esta distribución indica que la mayoría de las participantes contaba con condiciones económicas y materiales favorables, lo cual está relacionado con un mejor acceso a servicios de salud, educación, información nutricional y redes de apoyo para la crianza, factores que influyen en la práctica de la lactancia materna. Tal y como lo expone Monteban (2018), diversos factores sociodemográficos están relacionados con la práctica de la lactancia materna, incluidos los bajos ingresos, el bajo nivel educativo, el empleo materno, así como la falta de apoyo social y los trastornos del estado de ánimo como la depresión y la ansiedad.

Diversos estudios han documentado que el nivel socioeconómico es un determinante clave en la salud materno infantil, incluyendo la duración y exclusividad de la lactancia, ya que madres con mayores ingresos tienden a tener más acceso a recursos y apoyo profesional, aunque también pueden enfrentar presiones laborales que interfieran con la continuidad de la lactancia (Boccolini et al., 2017). Por otro lado, las

madres en condiciones más vulnerables pueden mantener la lactancia por razones económicas, pero enfrentan mayores barreras y menor acceso a servicios de apoyo.

### **5.1.2 Hábitos De Alimentación**

Los hábitos de alimentación se definen como el conjunto de comportamientos adquiridos por un individuo en relación con la selección, preparación y consumo de alimentos. Estos hábitos están influenciados por factores sociales, económicos y culturales, y se desarrollan a través de la repetición de acciones sostenidas en el tiempo relacionadas con la alimentación (Barriguete et al., 2017).

En el contexto de la lactancia materna, los hábitos de alimentación de la madre son especialmente relevantes, ya que una nutrición adecuada puede influir positivamente en la calidad y cantidad de la leche materna, así como en el estado nutricional de la madre y el lactante.

Con respecto a los hábitos de alimentación de las madres encuestadas, por medio del instrumento aplicado, se identificó que la mayoría consume entre 4 y 5 tiempos de comida al día (59%), lo cual puede considerarse un patrón alimentario relativamente adecuado para cubrir las demandas energéticas y nutricionales del periodo de lactancia. La mayoría de las encuestadas realiza el tiempo de almuerzo, especialmente aquellas en condición de vulnerabilidad, quienes dependen de la única comida que reciben en el CEN-CINAI. Este dato no fue indagado mediante una pregunta directa del cuestionario, pero fue mencionado de forma espontánea por varias participantes al momento de su aplicación, lo que evidencia la importancia de esta comida en su rutina diaria.

Esto se acerca a las recomendaciones de la Clínica de Endocrinología y Nutrición de la Universidad de Navarra, para mujeres lactantes que incluye seis tiempos de comida: desayuno, media mañana, comida, merienda, cena y colación nocturna. Este enfoque busca mantener un aporte constante de energía y nutrientes a lo largo del día (Clínica Universidad Navarra, 2025).

En lo que se refiere a la ingesta de líquidos, el 48% indicó consumir más de 6 vasos de agua al día, y un 65% reportó un aumento significativo en la ingesta desde que inició la lactancia, lo que evidencia un cumplimiento adecuado de las demandas de hidratación acorde con las necesidades fisiológicas de la lactancia. Este dato resulta significativo, ya que del 87 al 90% de la leche es agua, por lo cual es importante mantener una ingesta hídrica correcta para preservar la calidad y cantidad de la leche. La ingesta de agua recomendada durante la lactancia para mujeres entre 19 a 50 años, sería de 3.5 L al día incluyendo la contenida en alimentos sólidos (Figuroa-Damián et al., 2013).

En cuanto al consumo de alimentos ultraprocesados, destaca que el 71% de las madres consume comida rápida entre una y tres veces al mes o una vez por semana, lo cual refleja un patrón alimentario con frecuencia de consumo de alimentos con alta densidad energética y bajo valor nutricional. Sin embargo, solo el 13% indicó consumir este tipo de alimentos 2 a 3 veces por semana, y ningún caso reportó consumo diario. Un estudio de Díaz et al. (2020), destaca cómo la alta frecuencia en el consumo de alimentos ultraprocesados, como la comida rápida, puede reflejar patrones alimentarios con alta densidad energética y bajo valor nutricional.

En relación con los hábitos relacionados a la ingesta de sodio, un 88% de las participantes manifestó no añadir sal a los alimentos ya preparados, lo cual es un indicador positivo de moderación en la ingesta de sodio, particularmente importante en la prevención de enfermedades cardiovasculares y en la formación de hábitos saludables que puedan trasladarse al entorno familiar. Durante el periodo de lactancia, es fundamental que las mujeres mantengan una ingesta adecuada de sodio para apoyar la producción de leche materna y mantener el equilibrio electrolítico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los adultos, incluidas las mujeres lactantes, consuman menos de 2.000 mg de sodio al día, lo que equivale a menos de 5 gramos de sal (Organización Mundial de la Salud, 2023b).

Por otro lado, respecto al consumo de productos con alto contenido de azúcar, el 25% reportó un aumento significativo durante la lactancia, mientras que un 35% indicó mantener su consumo igual que antes. Si bien no se puede establecer una relación causal directa, es importante destacar que una alimentación equilibrada y moderada en azúcares añadidos puede influir positivamente en la calidad nutricional de la leche materna, así como en el bienestar general de la madre.

Al respecto, la OMS recomienda que los azúcares libres no superen el 10% de la ingesta calórica diaria, y sugiere reducirlos a menos del 5% para obtener beneficios adicionales para la salud. Esto equivale a aproximadamente 25 gramos o seis cucharaditas de azúcar al día para una dieta de 2000 calorías (Organización Mundial de la Salud, 2018).

De acuerdo con la metodología de MDD-W propuesta por la FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 2013), la diversidad alimentaria es un indicador cualitativo confiable para medir el acceso a una alimentación saludable y variada. Este se basa en el número de grupos de alimentos consumidos por una mujer en las últimas 24 horas. Cuanto mayor sea el número de grupos consumidos, mayor será la diversidad de la dieta, lo cual está relacionado con un mejor estado nutricional, especialmente en grupos vulnerables como mujeres embarazadas o lactantes.

Los resultados obtenidos con la aplicación de este instrumento muestran una tendencia hacia una diversidad alimentaria alta, ya que más del 70% de las madres consumieron alimentos de al menos 6 o más grupos, que es el punto de corte utilizado en varios estudios y por la FAO para clasificar como “alta diversidad alimentaria”. Los grupos con mayor frecuencia de consumo fueron cereales, raíces o tubérculos ricos en almidón (99%), carne de res, pescado o aves (95%), otros vegetales (82%) y productos lácteos (80%), seguidos por huevos (79%) y leguminosas (75%). Sin embargo, se identificaron grupos menos consumidos como nueces o semillas (42%) y frutas ricas en vitamina A (50%), cuyo aporte en ácidos grasos esenciales y micronutrientes es fundamental durante la lactancia.

La FAO enfatiza que una dieta diversa no solo está relacionada con un mejor aporte de nutrientes esenciales, como proteínas, hierro, calcio, zinc, vitamina A y ácidos grasos esenciales, sino que también puede influir positivamente en la calidad nutricional de la leche materna, al garantizar que el lactante reciba una oferta adecuada de micronutrientes. Durante el periodo de lactancia, las demandas nutricionales de la madre aumentan, y una alimentación limitada puede afectar tanto su estado nutricional como la composición de la leche (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 2002).

Por tanto, los resultados obtenidos en esta investigación evidencian un consumo elevado de al menos seis grupos de alimentos en la mayoría de las participantes en 24 horas, y esto sugiere que las madres presentan un patrón alimentario favorable, el cual puede contribuir positivamente al sostenimiento de la lactancia materna y al estado nutricional tanto de la madre como del lactante.

### **5.1.3 Eficacia De La Lactancia Materna**

La eficacia de la lactancia materna se refiere a la confianza que tiene una madre en su capacidad para amamantar con éxito, superar dificultades y mantener la lactancia. Estudios recientes han demostrado que una mayor autoeficacia en la lactancia está asociada con tasas más altas de lactancia y prolongada. Por ejemplo, un estudio realizado en Grecia encontró que el uso de la escala BSES-SF puede predecir la continuación de la lactancia materna hasta los seis meses, por lo cual es útil para identificar a las madres vulnerables que podrían beneficiarse de un apoyo adicional (Economou et al., 2021).

En la población encuestada, se observó una distribución heterogénea en cuanto a la duración de la lactancia materna, con una tendencia hacia periodos prolongados. Un 39% de las madres reportó mantener la lactancia por más de 12 meses, un 21% lleva más de 24 meses, tal y como lo establecen las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que sugiere mantener la lactancia materna hasta

los dos años o más. Asimismo, el 32% ha brindado lactancia entre 3 y 12 meses, lo que representa un periodo por debajo de lo recomendado.

Por otro lado, el 13% de las madres interrumpió la lactancia antes de los 3 meses, y un 11% marcó la opción de “no aplica”, posiblemente indicando que no iniciaron la lactancia o que su experiencia no encajaba en las categorías propuestas.

Estos datos permiten evidenciar que, aunque existe una proporción considerable de madres que cumplen con las recomendaciones internacionales, también persiste un grupo que abandona la lactancia en etapas tempranas. Las organizaciones internacionales, como OMS y UNICEF, recomiendan que los niños sean amamantados exclusivamente durante los primeros seis meses de vida. A partir de ese momento, se deben introducir alimentos complementarios, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años de edad o más (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 2023a).

En el contexto de esta investigación, los datos recopilados muestran que un porcentaje considerable de madres continúa con la lactancia materna más allá del primer año de vida del niño. Este resultado concuerda con las recomendaciones internacionales, alineado con los estándares internacionales de salud pública.

En cuanto a la evaluación de la eficacia de la lactancia materna utilizando la escala BSES-SF. Los resultados obtenidos muestran que un 68% de las madres encuestadas presentan una alta eficacia en la lactancia, un 22% una eficacia moderada y un 10% una baja eficacia.

Estos hallazgos son consistentes con estudios previos que han demostrado la capacidad predictiva de la BSES-SF en relación con la duración y exclusividad de la lactancia materna. Por ejemplo, una revisión sistemática reciente confirmó que la BSES-SF es una herramienta válida y confiable para identificar a mujeres en riesgo de experiencias negativas en la lactancia, como la interrupción temprana o la no exclusividad (Dennis et al., 2024). Además, se ha establecido que puntuaciones más bajas en la BSES-SF

se asocian significativamente con una mayor probabilidad de abandono temprano de la lactancia (Balaguer-Martínez et al., 2022).

La alta proporción de madres con niveles elevados de autoeficacia en esta muestra sugiere que existen factores positivos en el entorno de las participantes que favorecen su capacidad para amamantar. Sin embargo, la presencia de un 10% de madres con baja eficacia indica la necesidad de intervenciones para fortalecer la práctica de la lactancia en este grupo, ya que la literatura destaca que la autoeficacia es un factor modificable clave para mejorar las tasas de lactancia materna efectiva y prolongada (Dennis et al., 2024).

Por lo que se puede afirmar que aplicación de la BSES-SF en esta población ha permitido identificar niveles de autoeficacia en la lactancia materna comparables con los reportados en estudios internacionales, lo cual respalda la validez de esta herramienta en contextos latinoamericanos. Estos resultados sugieren que la escala es efectiva para caracterizar a la población e identificar a aquellas madres vulnerables. Además, al tratarse de un instrumento de bajo costo, fácil aplicación y validado en múltiples idiomas y culturas, su uso se consolida como una estrategia clave en la evaluación y promoción de la lactancia materna.

## **5.2 Discusión E Interpretación De Resultados Bivariados**

En la siguiente sección se analiza la relación entre la eficacia de la lactancia materna, y los hábitos de alimentación y el nivel socioeconómico, explorando posibles asociaciones entre las variables. Permitiendo identificar patrones y tendencias que aporten a la comprensión de estos factores interrelacionados.

### **5.2.1 Relación Entre Los Hábitos De Alimentación Y La Eficacia De La Lactancia Materna**

La relación entre los hábitos de alimentación y la lactancia materna ha sido mencionada en diversos estudios; sin embargo, hay poca evidencia sobre cómo los hábitos de alimentación influyen en la eficacia

de la lactancia materna. Por esta razón se procede a indagar en la relación entre ambas variables mencionadas.

Con los resultados del tratamiento estadístico realizado se puede afirmar que no existe una relación lineal significativa entre el puntaje de diversidad alimentaria de MDD-W de la FAO y el puntaje total de eficacia de la lactancia materna obtenido por medio del cuestionario BSES-SF.

Los resultados obtenidos mediante los métodos de Pearson, Spearman y Kendall muestran la ausencia de una relación significativa entre el puntaje de diversidad alimentaria y la eficacia de la lactancia materna. Tanto los coeficientes de correlación, cercanos a cero, como los valores de  $p$  superiores al nivel de significancia, respaldan la falta de asociación lineal y monótona entre ambas variables, lo que respalda la conclusión de que no hay evidencia estadística para afirmar que exista una correlación.

Por lo tanto, en esta investigación la diversidad alimentaria de las madres no está relacionada de manera significativa con la eficacia de la lactancia materna, ni de forma lineal ni no lineal.

Esta observación coincide con la literatura que indica que, aunque una dieta variada es esencial para la salud materna y la calidad nutricional de la leche, no existe una asociación directa y significativa entre la diversidad alimentaria y la autoeficacia en la lactancia. Por ejemplo, un estudio realizado en México encontró que, aunque la lactancia materna exclusiva se asocia con un mejor estado nutricional en niños menores de seis meses, no se documentó una relación significativa entre la duración de la lactancia y la seguridad alimentaria del hogar (González et al., 2014). Estos hallazgos sugieren que la autoeficacia en la lactancia materna está influenciada por una variedad de factores, incluyendo el apoyo social, la educación y las experiencias previas de lactancia, más que por la diversidad alimentaria como tal.

La evidencia encontrada se alinea con los planteamientos de Petersohn et. al., (2024), en donde se afirma que, en algunas cohortes, no hubo asociaciones significativas entre la ingesta materna de energía,

proteínas, carbohidratos, grasas, minerales y vitaminas y la calidad de la leche materna (Petersohn et al., 2024).

Estos hallazgos coinciden con la perspectiva de Del Campo et. al. (2022), que analizó más de 1.3 millones de nacimientos en Ohio, y encontró que factores como el tabaquismo durante el embarazo, la atención prenatal limitada y el bajo nivel educativo materno estaban significativamente asociados con la no iniciación de la lactancia materna; y en esta investigación la dieta materna no se identificó como un factor determinante en la decisión de amamantar. (Del Campo Giménez et al., 2022)

### ***5.2.2 Relación Entre El Nivel Socioeconómico Y La Eficacia De La Lactancia Materna***

Diversos estudios han analizado la relación entre el nivel socioeconómico y la práctica de la lactancia materna, encontrando que esta variable puede influir tanto positiva como negativamente en su inicio, duración y exclusividad.

Con los resultados del tratamiento estadístico realizado se puede afirmar que no existe una relación lineal significativa entre el puntaje de nivel socioeconómico y el puntaje total de eficacia de la lactancia materna obtenido por medio del cuestionario BSES-SF. El análisis estadístico, realizado mediante los métodos de Pearson, Spearman y Kendall, evidencia la ausencia de una correlación significativa entre el nivel socioeconómico y la eficacia de la lactancia materna. A pesar de observarse una tendencia negativa débil, los valores de  $p$  superiores al umbral de significancia y los coeficientes cercanos a cero, así como la inclusión del valor 0 en el intervalo de confianza, respaldan la conclusión de independencia entre ambas variables.

Los resultados de esta investigación indican que no existe una relación significativa entre el nivel socioeconómico y la eficacia de la lactancia materna medida a través del instrumento BSES-SF. Este

resultado difiere de lo que se ha reportado comúnmente en la literatura, donde se ha planteado que un mayor nivel socioeconómico suele estar asociado con mejores prácticas y experiencias de lactancia.

No obstante, algunos estudios respaldan los resultados obtenidos en esta tesis, al señalar que la autoeficacia en la lactancia no depende exclusivamente del nivel socioeconómico, sino que está influenciada por factores como red de apoyo, experiencia previa, decisión consciente de amamantar y estado emocional de la madre. Por ejemplo, un estudio realizado en Grecia concluyó que la autoeficacia estaba más asociada con la decisión temprana de lactar, la paridad y la no incidencia de depresión posparto, y no con el nivel educativo o los ingresos familiares (Tsaras et al., 2021).

Asimismo, investigaciones desarrolladas en países en vías de desarrollo han mostrado que, en algunos contextos, las madres con mayores ingresos pueden enfrentarse a presiones laborales, separación temprana del bebé o menor acceso a redes de apoyo, lo que puede afectar negativamente su capacidad para mantener la lactancia materna. De la misma manera, un estudio en Indonesia reveló que la jornada laboral fuera del hogar, cómo la mayoría de las mujeres de la muestra, y la falta de asesoría en lactancia estaban asociados con menor eficacia, incluso entre mujeres con niveles educativos más altos (Titaley et al., 2021).

Estos hallazgos sugieren que, en lugar de considerarse un factor determinante por sí solo, el nivel socioeconómico debe analizarse en conjunto con otras variables que inciden en la experiencia de lactancia materna.

Es importante considerar que, en muchos contextos, el nivel socioeconómico también influye en el acceso a productos como las fórmulas infantiles. Las madres con mayor poder adquisitivo suelen tener mayor disponibilidad económica para adquirir fórmulas lácteas, lo que les permite optar por este tipo de alimentación en caso de que su experiencia de lactancia se vea comprometida, ya sea por dificultades

físicas, emocionales, logísticas o de intolerancias alimentarias, incluso si cuentan con el conocimiento y la información adecuada sobre los beneficios de la lactancia materna.

Por el contrario, las madres en condiciones de mayor vulnerabilidad económica pueden carecer de los recursos para adquirir fórmulas, lo que las lleva a mantener la lactancia materna como única alternativa viable para alimentar a sus hijos. Este fenómeno ha sido documentado en estudios que muestran cómo, en poblaciones de bajos ingresos, la lactancia se sostiene no solo por convicción, sino también por necesidad. Mientras que en grupos de mayores ingresos, la alimentación con fórmula puede percibirse como una opción accesible, cómoda o incluso preferible (Rollins et al., 2016).

Esta dinámica podría explicar por qué en algunos de los casos evaluados en la muestra se observa una menor eficacia en la lactancia entre madres de nivel socioeconómico más alto, quienes ante los desafíos, pueden optar por el reemplazo de la lactancia con fórmulas en lugar de buscar apoyo o persistir en el proceso. Mientras que para las madres en situación económica vulnerable la lactancia materna es la única opción disponible.

Esta tesis corrobora la hipótesis planteada por Van Neste et al. (2025), quien encontró que, si bien la educación materna se asocia consistentemente con mejores tasas de inicio de la lactancia, los efectos del ingreso y el empleo son mixtos. En países de tercer mundo como África Austral, las condiciones laborales informales y la inseguridad alimentaria dificultan la lactancia, mientras que en Europa Occidental, las condiciones laborales favorables y el apoyo social tienen un impacto positivo (Van Neste et al., 2025). Esto sugiere que la relación entre la condición socioeconómica y la lactancia no es uniforme y depende del contexto regional.

El análisis realizado encuentra fundamento en las teorías de Gibbs et al. (2014), según las cuales las mujeres inmigrantes latinas en Estados Unidos, a pesar de tener bajo nivel socioeconómico, presentaban tasas de lactancia más altas que mujeres estadounidenses con mejores condiciones (Gibbs et al., 2014).

Por ello, se puede determinar que la cultura y las tradiciones pueden ser factores más fuertes que el nivel económico en la decisión de amamantar.

Se observa una correspondencia entre estos resultados y lo expuesto por Victora et al., (2016) quienes explican que en países de bajos ingresos, las tasas de lactancia exclusiva eran más altas en mujeres pobres que en mujeres ricas, mientras que en países de ingresos altos la tendencia era la opuesta (Victora et al., 2016). Por lo que se puede determinar que el impacto del nivel socioeconómico no es universal, depende del contexto cultural y económico del país.

El comportamiento observado en esta tesis revela que la condición social y económica suele asociarse con prácticas de lactancia en algunos contextos, pero no existe una relación universal. En varios escenarios, otros factores como la cultura, el apoyo social y las políticas de salud son más determinantes que el nivel socioeconómico de la madre.

## **Capítulo VI**

### **Conclusiones Y Recomendaciones**

## 6.1 Conclusiones

La presente investigación concluye que no se obtuvieron relaciones significativas entre los hábitos de alimentación ni el nivel socioeconómico de las madres estudiadas con la eficacia de la lactancia materna, medida mediante la escala BSES-SF. Este hallazgo sugiere que la autoeficacia para amamantar depende en mayor medida de factores contextuales, culturales y personales.

Las madres participantes se caracterizan por tener un perfil predominantemente en edad reproductiva media-alta de 31 a 35 años, con alto nivel educativo de universidad completa y empleo formal, lo cual sugiere un contexto relativamente favorable para la práctica de la lactancia. Sin embargo, también se evidencian desigualdades socioeconómicas, con una proporción significativa de hogares en condición de vulnerabilidad alimentaria.

La mayoría de las madres presentó hábitos de alimentación adecuados en cuanto a frecuencia de 3 a 5 tiempos de comida diarios e ingesta de líquidos de más de 6 vasos al día, con una diversidad alimentaria considerada alta. Aunque existen áreas de mejora en la ingesta de ciertos grupos de alimentos y el consumo de productos ultraprocesados, se observó una tendencia hacia patrones saludables que cumplen con las recomendaciones internacionales.

El nivel socioeconómico de las participantes mostró una distribución mayoritaria en los estratos medio y alto, aunque se identificó un grupo importante en condiciones de pobreza extrema. Esta heterogeneidad permite observar la coexistencia de distintos niveles de acceso a recursos que podrían influir en la salud maternoinfantil, pero que no necesariamente determinan la eficacia en la lactancia.

La mayoría de las madres presentó una alta eficacia en la lactancia, lo cual refleja un contexto con factores de apoyo que favorecen la confianza materna para amamantar. No obstante, se identificaron subgrupos con eficacia baja.

No se encontró relación estadísticamente significativa entre la diversidad alimentaria y la autoeficacia para amamantar. Este resultado refuerza la evidencia de que la confianza de la madre para amamantar está más influenciada por factores psicosociales y estructurales que por la calidad de la dieta.

La ausencia de una correlación significativa entre el nivel socioeconómico y la eficacia de la lactancia materna sugiere que esta última no está determinada exclusivamente por condiciones económicas. Las decisiones y experiencias en torno a la lactancia parecen estar más vinculadas con factores como voluntad, cultura y apoyo familiar, que con los recursos económicos disponibles.

## 6.2 Recomendaciones

- Complementar la evaluación de los hábitos de alimentación mediante instrumentos de frecuencia de consumo, lo que permitiría obtener una visión más integral y representativa del patrón dietético habitual de las madres, más allá de lo captado por el MDD-W o recordatorios de 24 horas.
- Incluir en futuros instrumentos una pregunta específica sobre cuáles tiempos de comida realiza la persona encuestada, con el fin de caracterizar con mayor precisión la distribución de la ingesta a lo largo del día y entender posibles desigualdades en el acceso a alimentos según el contexto socioeconómico.
- Aplicar el cuestionario BSES-SF de forma longitudinal en distintas etapas del posparto, con el fin de observar cambios en la eficacia de la lactancia a lo largo del tiempo y su relación con factores como el apoyo social, el retorno al trabajo o la alimentación materna.
- Explorar en estudios futuros la relación entre el estado nutricional materno y la eficacia de la lactancia, considerando indicadores antropométricos, bioquímicos y dietéticos, así como su posible impacto en la producción y calidad de la leche materna.
- Diseñar estudios cualitativos que profundicen en las creencias y barreras percibidas por las madres en torno a la lactancia materna y la alimentación durante esta etapa, con el fin de enriquecer la comprensión de los resultados cuantitativos.
- Ampliar el alcance de la muestra a regiones fuera del Gran Área Metropolitana para evaluar si existen diferencias geográficas o contextuales significativas en los hábitos alimentarios, niveles socioeconómicos y eficacia para la lactancia materna.
- Relacionar la eficacia para la lactancia con variables psicológicas como ansiedad, depresión posparto o percepción de apoyo social, con el fin de identificar otros factores determinantes en la práctica de la lactancia materna.

## Referencias

Ahsan, S., Jain, S., & Walters, W. (2022). *The Global Cost of Not Breastfeeding*.

<https://www.nutritionintl.org/wp-content/uploads/2022/07/CONBF-Global-Brief-ENG-2023-10-31.pdf>

Ares Segura, S., Arena Ansótegui, J., & Díaz-Gómez, N. M. (2016). La importancia de la nutrición materna

durante la lactancia, ¿necesitan las madres lactantes suplementos nutricionales? *Anales de*

*Pediatría*, 84(6), 347.e1-347.e7. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.07.024>

Ares Segura, S., Arena Ansótegui, J., & Marta Díaz-Gómez, N. (2016). The importance of maternal

nutrition during breastfeeding: Do breastfeeding mothers need nutritional supplements? *Anales*

*de Pediatría (English Edition)*, 84(6), 347.e1-347.e7.

<https://doi.org/10.1016/j.anpede.2015.07.035>

Avalos, M. L. (2020). *Relación entre hábitos y actitudes hacia la alimentación con indicadores*

*antropométricos por sexo en adolescentes de secundaria*. Acta universitaria.

Balaguer-Martínez, J. V., García-Pérez, R., Gallego-Iborra, A., Sánchez-Almeida, E., Sánchez-Díaz, M. D., &

Ciriza-Barea, E. (2022). Predictive capacity for breastfeeding and determination of the best cut-

off point for the breastfeeding self-efficacy scale-short form. *Anales de Pediatría (English*

*Edition)*, 96(1), 51-58. <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2020.12.018>

Barriguete Meléndez, Vega y León, & Radilla. (2017). *Hábitos alimentarios, actividad física y estilos de*

*vida en adolescentes escolarizados de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán*.

[https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC\\_2017\\_1\\_06.\\_Vega\\_y\\_Leon\\_\\_S.\\_CONDUCTAS\\_ALIMENTARIAS\\_EN\\_ADOLESCENTES\\_DE\\_MICHOACAN.pdf?utm](https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC_2017_1_06._Vega_y_Leon__S._CONDUCTAS_ALIMENTARIAS_EN_ADOLESCENTES_DE_MICHOACAN.pdf?utm)

Boccolini, C. S., Boccolini, P. de M. M., Monteiro, F. R., Venâncio, S. I., & Giugliani, E. R. J. (2017).

Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. *Revista de Saúde Pública*, 51, 108-

108. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000029>

Brandao, S., Castro Díaz, C., Pinto, T. M., & Mendonça, D. (2018). *The breastfeeding self-efficacy scale-short form: Psychometric characteristics in Portuguese pregnant women.*

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.07.014>

Caja Costarricense del Seguro Social. (s. f.). *Iniciativa Hospitales Amigos del Niño, la Niña y la Madre.*

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/redes-interinstitucionales/comision-nacional-de-lactancia-materna-costarica/5733-guia-detallada-para-desarrollar-la-iniciativa-hospitales-amigos-del-nino-la-nina-y-la-madre-en-un-hospital/file>

Caja Costarricense del Seguro Social. (2016). *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva.*

<https://www.ucr.ac.cr/medios/documentos/2018/informe-2daencuesta-2015.pdf>

Caja Costarricense del Seguro Social. (2018). *Programa de Normalización de la Atención del Niño y la*

*Niña.* <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/redes-interinstitucionales/comision-nacional-de-lactancia-materna-costarica/5731-como-obtener-estadisticas-de-lactancia-materna-en-un-hospital/file>

Chambers, A., Emmott, E., Myers, S., & Page, A. (2023). Emotional and informational social support from health visitors and breastfeeding outcomes in the UK. *International Breastfeeding Journal*, 18(1),

14. <https://doi.org/10.1186/s13006-023-00551-7>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2001). *Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina.*

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/7154-caracteristicas-sociodemograficas-socioeconomicas-personas-edad-america-latina>

Del Campo Giménez, M., López-Torres Hidalgo, J., Fernández Bosch, A., Martínez de la Torre, C., Minuesa García, M., Córcoles García, S., & Párraga Martínez, I. (2022). Influence of the mother's lifestyles

- on the initiation of breastfeeding: A case-control study. *Anales de Pediatría (English Edition)*, 97(5), 342-350. <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2022.09.002>
- Dennis, C.-L., McQueen, & Dol. (2024). *Psychometrics of the breastfeeding self-efficacy scale and short form: A systematic review | BMC Public Health | Full Text*.  
<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-024-17805-6?utm>
- Díaz, M. C., Glaves, A., Díaz, M. C., & Glaves, A. (2020). Relación entre consumo de alimentos procesados, ultraprocesados y riesgo de cáncer: Una revisión sistemática. *Revista chilena de nutrición*, 47(5), 808-821. <https://doi.org/10.4067/s0717-75182020000500808>
- Economou, M., Kolokotroni, O., Paphiti-Demetriou, I., Kouta, C., Lambrinou, E., Hadjigeorgiou, E., Hadjiona, V., & Middleton, N. (2021). The association of breastfeeding self-efficacy with breastfeeding duration and exclusivity: Longitudinal assessment of the predictive validity of the Greek version of the BSES-SF tool. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 421.  
<https://doi.org/10.1186/s12884-021-03878-3>
- Figueroa-Damián, Beltrán-Montoya, & Espino y Sosa. (2013). *Consumo de agua en el embarazo y la lactancia*. Acta Pediátrica de México Volumen 34, Número 2.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2019). *Family-friendly policies are critical to increasing breastfeeding rates worldwide*. <https://www.unicef.org/press-releases/why-family-friendly-policies-are-critical-increasing-breastfeeding-rates-worldwide>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2021). *UNICEF y OPS hacen llamado conjunto a promover la lactancia materna como responsabilidad de todos y todas*.  
<https://www.unicef.org/costarica/comunicados-prensa/unicef-y-ops-hacen-llamado-conjunto-promover-la-lactancia-materna>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2022). *The State of the World's Children: Promoting Nutrition for Mothers and Babies*.

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2024a). *Costa Rica insta a redoblar esfuerzos para incrementar la lactancia materna en el país*. <https://www.unicef.org/costarica/comunicados-prensa/unicef-costa-rica-y-huggies-istan-redoblar-esfuerzos-para-incrementar-la>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2024b). *The benefits of breastfeeding*. Baby Friendly Initiative. <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/about/benefits-of-breastfeeding/>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, & Organización Mundial de la Salud. (2023). *Global Breastfeeding Scorecard 2023*. <https://www.unicef.org/media/150586/file>
- Foster, S. F., Vazquez, C., Cubbin, C., Nichols, A. R., Rickman, R. R., & Widen, E. M. (2023). Breastfeeding, socioeconomic status, and long-term postpartum weight retention. *International Breastfeeding Journal*, 18(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s13006-022-00534-0>
- Gibbs, B. G., & Forste, R. (2014). Socioeconomic status, infant feeding practices and early childhood obesity. *Pediatric Obesity*, 9(2), 135-146. <https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2013.00155.x>
- González-de Cossío, T., Escobar-Zaragoza, L., González-Castell, D., Shamah-Levy, T., & Rivera-Dommarco, J. A. (2014). La lactancia materna exclusiva en menores de seis meses se asocia con un mejor peso para la longitud en hogares con inseguridad alimentaria en México. *Salud Pública de México*, 56, s31-s38.
- Hansen, K. (2016). Breastfeeding: A smart investment in people and in economies. *The Lancet*, 387(10017), 416. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00012-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00012-X)
- Instituto Mixto de Ayuda Social. (2024). *Costa Rica logra histórica disminución de la pobreza y la desigualdad*. [https://www.imas.go.cr/es/comunicado/costa-rica-logra-historica-disminucion-de-la-pobreza-y-la-desigualdad?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.imas.go.cr/es/comunicado/costa-rica-logra-historica-disminucion-de-la-pobreza-y-la-desigualdad?utm_source=chatgpt.com)
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). *Compendio Costa Rica en cifras 2023*. INEC. <https://inec.cr/noticias/inec-presenta-el-compendio-costa-rica-cifras-2023>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2024a). *Costa Rica. Costo per cápita de la Canasta Básica Alimentaria.*

<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fadmin.inec.cr%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2F2024-02%2FrecEconomCBA012024-01.xlsx&psig=AOvVaw2CFllkxfUkJhxPU6mmLEp1&ust=1745263088421000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=0CAQQn5wMahcKEwj154zlqeeMAxUAAAAAHQAAAAQBA>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2024b). *Encuesta Continua de Empleo al primer trimestre 2024.* [https://admin.inec.cr/sites/default/files/2024-05/ECE\\_I%20T\\_2024.pdf](https://admin.inec.cr/sites/default/files/2024-05/ECE_I%20T_2024.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2024c). *Encuesta Nacional de Hogares, Julio 2024.*

<https://admin.inec.cr/sites/default/files/2024-10/reenaho2024.pdf.pdf>

Jiménez Ortega, A. I., Martínez García, R. M., Velasco Rodríguez-Belvis, M., & Ruiz Herrero, J. (2017). De lactante a niño: Alimentación en diferentes etapas. *Nutrición Hospitalaria*, 34, 3-7.

<https://doi.org/10.20960/nh.1563>

López-Sáleme, R., & Covilla-Pedrozo, M. K. (2019). *Factores culturales y sociales asociados a la lactancia materna exclusiva en San Basilio de Palenque.* <https://doi.org/10.21676/2389783X.2961>

Mahan, L., Escott-Stump, S., & L. Raymond, J. (2012). *Krause. Dietoterapia* (13.ª ed.). Elsevier.

Manzano, H. J. (2019). *Estrés laboral, hábitos alimentarios y estado nutricional antropométrico en trabajadores administrativos y operativos de una clínica privada de Lima, 2018.* Universidad Peruana Unión.

Martín-Ramos, S., Domínguez Aurrecoechea, B., Sánchez Echenique, M., Garcia Pérez, R., Bonet Garrosa, A., & Solís Sánchez, G. (2024). Duración de la lactancia materna y condición nutricional de los lactantes en España. Estudio LAYDI (PAPenRed). *Anales de Pediatría*, 101(3), 172-182.

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2024.06.003>

- Méndez, F. (2010). *Medición de la pobreza a partir de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. Método de la línea de pobreza*. INEC.  
[https://admin.inec.cr/sites/default/files/media/mepobrezalpehpm062010\\_0\\_2.pdf](https://admin.inec.cr/sites/default/files/media/mepobrezalpehpm062010_0_2.pdf)
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2021). *Documento Técnico de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para los primeros mil días de vida en Costa Rica: Análisis de Situación, Recomendaciones Técnicas y Mensajes*.
- Mirkovic, K. R., Perrine, C. G., & Scanlon, K. S. (2016). Paid Maternity Leave and Breastfeeding Outcomes. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 43(3), 233-239. <https://doi.org/10.1111/birt.12230>
- Monet Álvarez, D. E., Álvarez Cortés, J. T., Gross Ochoa, V. Y., Monet Álvarez, D. E., Álvarez Cortés, J. T., & Gross Ochoa, V. Y. (2022). Beneficios inmunológicos de la lactancia materna. *Revista Cubana de Pediatría*, 94(3). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-75312022000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75312022000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Monteban, M. F. (2018). Factores asociados con la lactancia materna en madres concurrentes a servicios de Atención Primaria en Salud en el NOA. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy*, 54, 191-212.
- Morales-Ruán, M.-C., Valenzuela-Bravo, D.-G., Jiménez-Aguilar, A., Cuevas-Nasu, L., Méndez-Gómez-Humarán, I., Shamah-Levy, T., Morales-Ruán, M.-C., Valenzuela-Bravo, D.-G., Jiménez-Aguilar, A., Cuevas-Nasu, L., Méndez-Gómez-Humarán, I., & Shamah-Levy, T. (2018). Diversidad de la dieta en mujeres que habitan en inseguridad alimentaria en México, beneficiarias de un programa de ayuda alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 35(2), 408-415. <https://doi.org/10.20960/nh.1620>
- Murillo-Llorente, M. T., Asins-Cubells, A., Pérez-Murillo, J., Palau-Ferrè, A., Legidos-García, M. E., Llorca-Colomer, F., Tomás-Aguirre, F., & Perez-Bermejo, M. (2024). Mothers' Breastfeeding Satisfaction: Key to Environmental Sustainability. *Sustainability*, 16(5), Article 5.  
<https://doi.org/10.3390/su16052041>

- Olagnero, G., Barretto, L., Terraza, R., Wiedemann, A., Poy, M., & López, L. (2017). *Alimentación de la mujer en período de lactancia: Una Revisión*. 18.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2002). *Capítulo 6: Nutrición durante períodos específicos del ciclo vital: Embarazo, lactancia, infancia, niñez y vejez*.  
<https://www.fao.org/4/w0073s/w0073s0a.htm>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2013). *Guía para medir la diversidad alimentaria a nivel individual y del hogar*. <https://www.fao.org/4/i1983s/i1983s.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2021). *Minimum Dietary Diversity for Women*. <https://openknowledge.fao.org/items/dee8f29f-cf6c-4dcb-9cb9-05c263e7219b>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2023a). *Infant and young child feeding*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2023b). *Panorama regional de la seguridad alimentaria y la nutrición 2023: Estadísticas y tendencias*.  
<https://doi.org/10.4060/cc8514es>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Alimentación sana*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- Organización Mundial de la Salud. (2023a). *Exclusive breastfeeding for optimal growth, development and health of infants*. <https://www.who.int/tools/elena/interventions/exclusive-breastfeeding>
- Organización Mundial de la Salud. (2023b). *Reducción de la ingesta de sodio*.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/salt-reduction>
- Organización Mundial de la Salud, & Organización Panamericana de la Salud. (2010). *La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de*

*medicina y otras ciencias de la salud.*

[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44310/9789275330944\\_spa.pdf?sequence=1+%5Bacceso+30+septiembre+2021%5D&utm\\_source](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44310/9789275330944_spa.pdf?sequence=1+%5Bacceso+30+septiembre+2021%5D&utm_source)

- Otsuka, K., Masataka, T., & Jimba, M. (2014). *Effectiveness of a Breastfeeding Self-efficacy Intervention: Do Hospital Practices Make a Difference? - PMC*. doi: 10.1007/s10995-013-1265-2
- Petersohn, I., Hellinga, A. H., van Lee, L., Keukens, N., Bont, L., Hettinga, K. A., Feskens, E. J. M., & Brouwer-Brolsma, E. M. (2024). Maternal diet and human milk composition: An updated systematic review. *Frontiers in Nutrition, 10*. <https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1320560>
- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., Piwoz, E. G., Richter, L. M., Victora, C. G., & Lancet Breastfeeding Series Group. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet (London, England), 387*(10017), 491-504. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)
- Romero Morales, P. P., Zúñiga Torres, M. G., Sánchez Delgado, M., Romero Morales, P. P., Zúñiga Torres, M. G., & Sánchez Delgado, M. (2023). Factores socioculturales que influyen en la práctica de la lactancia y la alimentación de la madre en una comunidad semiurbana de México. *Población y Salud en Mesoamérica, 21*(1), 131-149. <https://doi.org/10.15517/psm.v21i1.52851>
- Sánchez-Pérez, C., Rivera-González, R., Correa-Ramírez, A., Figueroa, M., Sierra-Cedillo, A., Izazola, S. C., Sánchez-Pérez, C., Rivera-González, R., Correa-Ramírez, A., Figueroa, M., Sierra-Cedillo, A., & Izazola, S. C. (2015). El desarrollo del niño hasta los 12 meses. Orientaciones al pediatra para su vigilancia con la familia. *Acta pediátrica de México, 36*(6), 480-496.
- Sociedad de Pediatría de & Madrid y Castilla La Mancha. (2007). *Manual Práctico de Nutrición en Pediatría*. [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/manual\\_nutricion.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/manual_nutricion.pdf)

Superintendencia General de Entidades Financieras. (2023). *Encuesta de Capacidades Financieras*.

<https://www.ocf.fi.cr/wp-content/uploads/2024/04/Capacidades-financieras-CAF-SUGEF-OCF.pdf>

Tang, K., Wang, H., Tan, S. H., Xin, T., Qu, X., Tang, T., Wang, Y., Liu, Y., & Gaoshan, J. (2019). Association between maternal education and breast feeding practices in China: A population-based cross-sectional study. *BMJ Open*, *9*(8), e028485. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028485>

Tembory, M. (2007). *Composición de la leche humana. Lactancia Materna. Guía para profesionales. Monografías de la Asociación Española de Pediatría*.

[https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06492009000400010](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492009000400010)

Titaley, C. R., Dibley, M. J., Ariawan, I., Mu'asyaroh, A., Alam, A., Damayanti, R., Do, T. T., Ferguson, E., Htet, K., Li, M., Sutrisna, A., & Fahmida, U. (2021). Determinants of low breastfeeding self-efficacy amongst mothers of children aged less than six months: Results from the BADUTA study in East Java, Indonesia. *International Breastfeeding Journal*, *16*(1), 12.

<https://doi.org/10.1186/s13006-021-00357-5>

Tsaras, K., Sorokina, T., Papathanasiou, I. V., Fradelos, E. C., Papagiannis, D., & Koulierakis, G. (2021). Breastfeeding Self-efficacy and Related Socio-demographic, Perinatal and Psychological Factors: A Cross-sectional Study Among Postpartum Greek Women. *Materia Socio-Medica*, *33*(3), 206-212. <https://doi.org/10.5455/msm.2021.33.206-212>

Turney, S. (2022, mayo 30). *Chi-Square Test of Independence | Formula, Guide & Examples*. Scribbr.

<https://www.scribbr.com/statistics/chi-square-test-of-independence/>

Van Neste, M., Verschoren, K., Kempnaers, R., Eerdeken, A., Kitshoff, D., Allegaert, K., & Bogaerts, A. (2025). Maternal Socioeconomic Status and the Initiation and Duration of Breastfeeding in Western Europe Versus Southern Africa: A Systematic Review—A Contribution from the ConcePTION Project. *Nutrients*, *17*(6), 946. <https://doi.org/10.3390/nu17060946>

Vera-Romero, O. E. (2013). *Evaluation of the socioeconomic status: Presentation of a scale adapted in a population from Lambayeque.*

Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., Rollins, N. C., & Lancet Breastfeeding Series Group. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet (London, England)*, 387(10017), 475-490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)

Zinda, Z. (2021, octubre 4). *Data Science Stats Review: Pearson's, Kendall's, and Spearman's Correlation for Feature Selection.* phData. <https://www.phdata.io/blog/data-science-stats-review/>

**Glosario Y Abreviaturas**

BSES-SF: Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form.

ENAH0: Encuesta Nacional de Hogares.

FAO: Food and Agriculture Organization.

g/d: Gramo por día.

g/kg/d: Gramo por kilogramo por día.

IDR: Ingesta dietética de referencia.

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Kcal: Kilocalorías.

LM: Lactancia materna.

LME: Lactancia materna exclusiva.

MDD-W: Diversidad Alimentaria Mínima en Mujeres.

ml/d: Mililitros por día.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PMA: Programa Mundial de Alimentos:

UI: Unidades internacionales.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

USAID: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

## Anexos

### Anexo 1. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE NUTRICIÓN

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Teléfono:(506) 2106 3290

Título de la Investigación: Relación de los hábitos de alimentación y el nivel socioeconómico con la eficacia de la lactancia materna según el formulario BSES-SF, en madres de San José durante 2025.

Nombre de la Investigadora principal: Mariana Castillo Rincón.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

#### A. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN:

Esta investigación está siendo realizada por Mariana Castillo Rincón, en representación de la carrera de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana. El objetivo de este estudio es conocer más sobre la relación que existe entre los hábitos de alimentación, el nivel socioeconómico y la lactancia materna en las madres de San José. La información que obtengamos nos ayudará a comprender mejor cómo apoyar a las madres para que continúen brindando lactancia materna a sus bebés.

La investigación durará desde octubre 2024 hasta febrero 2025. Nos interesa su experiencia como madre lactante y agradecemos mucho su participación, la cual es totalmente voluntaria.

#### B. ¿QUÉ SE HARÁ?

1. Su participación consiste en:

- Completar un cuestionario que incluye preguntas sobre su alimentación, su nivel socioeconómico y su experiencia con la lactancia materna.

- El cuestionario es fácil de responder y toma alrededor de 10 minutos en ser contestado.

## 2. Requisitos para participar:

- Ser madre.

- Residir en la provincia de San José.

- Si acepta participar, se compromete a responder el cuestionario de manera honesta y completa.

- También se compromete a permitir el uso de su información de manera anónima y confidencial para los fines de esta investigación.

- Su participación durará aproximadamente 10 minutos. Después de eso, su compromiso con el estudio estará completo.

## C. RIESGOS

1. La participación en este estudio puede causar alguna incomodidad leve, ya que responder preguntas personales puede hacerle sentir un poco incómoda o generar ansiedad. No obstante, no hay riesgos graves para su salud física o mental. Su privacidad será respetada en todo momento.

2. En caso de que se sienta incómoda o tenga alguna preocupación durante el proceso, la investigadora le proporcionará orientación y, si es necesario, se le referirá a un profesional que pueda brindarle el apoyo adecuado.

## D. BENEFICIOS

No recibirá un beneficio directo por su participación en este estudio. Sin embargo, su colaboración ayudará a los investigadores a aprender más sobre la lactancia materna en Costa Rica, lo cual podrá beneficiar a otras madres en el futuro, al mejorar las políticas públicas y los programas de apoyo a la lactancia.

Si quisiera más información, puede obtenerla llamando al investigador a cargo Mariana Castillo Rincón, al teléfono 8482-5621 en el horario L-V 8AM-5PM.

Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Universidad Hispanoamericana al teléfono de la Coordinación de Investigación de nutrición 2106 3290 en el horario de jueves 8 am a 4 pm o al correo electrónico [pablo.poveda@uh.ac.cr](mailto:pablo.poveda@uh.ac.cr)

Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a interrumpir su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica o de otra índole que requiera. Su participación en este estudio es confidencial por lo que en caso de publicarse los resultados de esta investigación o divulgarse en una reunión científica, se garantiza estrictamente el anonimato de todas las personas participantes en el estudio. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

#### CONSENTIMIENTO

He leído toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de estudio en esta investigación.

---

Nombre completo, número de teléfono o correo electrónico

Acepto o No acepto

**Anexo 2. Instrumento****Nivel socioeconómico**

1. ¿Cuál es su edad actual? (Máximo: 1 punto)
  - 15-20 años: 0 puntos
  - 21-25 años: 0.5 puntos
  - 26-30 años: 1 punto
  - 31-35 años: 1 punto
  - 36-40 años: 0.5 puntos
  - 41-45 años: 0 puntos
2. Estado civil. (Máximo: 2 puntos)
  - Soltera: 1 punto
  - Casada o Unión libre: 2 puntos
  - Separada/Divorciada: 1 punto
  - Viuda: 0 puntos
3. Nivel educativo alcanzado. (Máximo: 5 puntos)
  - Sin estudios: 0 puntos
  - Primaria incompleta: 1 punto
  - Primaria completa: 2 puntos
  - Secundaria incompleta: 3 puntos
  - Secundaria completa: 4 puntos
  - Técnico o Universidad incompleta: 4.5 puntos
  - Universidad completa: 5 puntos
4. Ocupación. (Máximo: 2 puntos)
  - Ama de casa (1 punto)

- Empleada (2 puntos)
  - Trabajadora independiente (2 puntos)
  - Desempleada (0 puntos)
  - Estudiante (1 punto)
  - Otra (1 punto)
5. Ingreso mensual aproximado del hogar (en colones). (Máximo: 5 puntos)
- Menos de ₡200,000 (0 puntos)
  - ₡200,000 (1 punto)
  - ₡300,000 (1 punto)
  - ₡400,000 (1 punto)
  - ₡500,000 (2 puntos)
  - ₡600,000 (2 puntos)
  - ₡700,000 (2 puntos)
  - ₡800,000 (3 puntos)
  - ₡900,000 (3 puntos)
  - ₡1,000,000 (3 puntos)
  - Más de ₡1,000,000 (5 puntos)

Para calcular el índice de pobreza.

6. Número de personas que viven en el hogar. (Máximo: 2 puntos)
- 1 (2 puntos)
  - 2 (2 puntos)
  - 3 (1.5 puntos)
  - 4 (1.5 puntos)
  - 5 (1 punto)

- 6 (1 punto)
  - 7 (0 puntos)
  - 8 (0 puntos)
  - 9 (0 puntos)
  - 10 (0 puntos)
  - Más de 10 (0 puntos)
7. ¿Habita en vivienda propia? (Máximo: 2 puntos)
- Sí (2 puntos)
  - No (0 puntos)
8. Acceso a servicios básicos. (Máximo: 3 puntos)
- Agua potable (1 punto)
  - Electricidad (1 punto)
  - Teléfono o Internet (1 punto)
9. ¿Ha recibido asesoría profesional de lactancia materna? (Máximo: 1.5 puntos)
- Sí, en la CCSS. (1 punto)
  - Sí, a nivel privado. (1.5 puntos)
  - No he recibido asesoría. (0 puntos)
10. ¿Tiene acceso a equipos para facilitar la lactancia (extractor de leche, almacenamiento adecuado, refrigeradora, biberones, esterilizador, etc.)? (Máximo: 1.5 puntos)
- Sí, cuento con todos los equipos necesarios. (1.5 puntos)
  - Sí, pero no son suficientes o adecuados. (1 punto)
  - No, no cuento con equipos para lactancia. (0 puntos)

### **Hábitos de alimentación**

1. ¿Cuántos tiempos de comida realiza al día?

- 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5
  - Más de 5
2. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos (como jugos, refrescos o infusiones) consume diariamente?
- Menos de 4 vasos al día
  - Entre 4 y 6 vasos al día
  - Más de 6 vasos al día
3. ¿Ha notado un aumento en su consumo de líquidos (agua, jugos, infusiones) desde que inició la lactancia?
- Sí, significativamente
  - Sí, un poco
  - No, consumo la misma cantidad que antes
  - No, consumo menos líquidos que antes
4. ¿Con qué frecuencia consume alimentos de restaurantes de comida rápida (como hamburguesas, pizza, tacos)?
- Nunca
  - Menos de una vez al mes
  - Una vez al mes 2-3 veces al mes
  - Una vez por semana 2-3 veces por semana
  - Todos los días
5. ¿Acostumbra a agregar sal adicional a los alimentos ya preparados?

- Si
  - No
6. ¿En las últimas 24 horas consumió algún alimento del grupo de los cereales, raíces o tubérculos ricos en almidón? Ejemplos: arroz, maíz, trigo, papas, camote, yuca, tortillas, pan, avena.
- Si
  - No
7. ¿En las últimas 24 horas consumió alguna legumbre? Ejemplos: frijoles, lentejas, garbanzos, soya.
- Si
  - No
8. ¿En las últimas 24 horas consumió nueces o semillas? Ejemplos: maní, almendras, semillas de girasol, marañón.
- Si
  - No
9. ¿En las últimas 24 horas consumió leche o productos lácteos? Ejemplos: leche, yogurt, queso.
- Si
  - No
10. ¿En las últimas 24 horas consumió carne, pescado o aves de corral? Ejemplos: carne de res, cerdo, pollo, pescado, mariscos.
- Si
  - No
11. ¿En las últimas 24 horas consumió huevos? Ejemplos: huevos cocidos, revueltos, fritos.
- Si
  - No

12. ¿En las últimas 24 horas consumió verduras de hojas verdes u otras verduras ricas en vitamina A?

Ejemplos: espinacas, kale, brócoli, zanahorias, camote.

- Si
- No

13. ¿En las últimas 24 horas consumió otras verduras (que no sean ricas en vitamina A)? Ejemplos:

tomates, pepinos, ayote, cebollas.

- Si
- No

11. ¿En las últimas 24 horas consumió frutas ricas en vitamina A? Ejemplos: mango, papaya, melón,

albaricoques.

- Si
- No

12. ¿En las últimas 24 horas consumió otras frutas (que no sean ricas en vitamina A)? Ejemplos:

manzanas, uvas, bananos, naranjas.

- Si
- No

### **Lactancia materna**

1. ¿Cuánto tiempo lleva dando lactancia materna (en meses o años)?

- De 0 a 3 meses
- De 3 a 6 meses
- De 6 a 9 meses
- De 9 meses a 12 meses
- De 12 a 18 meses
- De 18 a 24 meses

- Más de 24 meses
2. ¿Cuántos niños alimenta actualmente con lactancia materna?
- 1
  - 2
  - 3
  - Más de 3
3. ¿Puede manejar la lactancia materna con la misma confianza que otras tareas desafiantes?
- 5 Siempre
  - 4 Casi Siempre
  - 3 A veces
  - 2 Casi nunca
  - 1 Nunca
4. ¿Puede asegurarse de que su bebé esté correctamente prendido al pecho durante toda la toma?
- 5 Siempre
  - 4 Casi Siempre
  - 3 A veces
  - 2 Casi nunca
  - 1 Nunca
5. ¿Puede asegurarse de que su bebé termine de amamantar completamente de un pecho antes de cambiar al otro?
- 5 Siempre
  - 4 Casi Siempre
  - 3 A veces
  - 2 Casi nunca

- 1 Nunca
6. ¿Es capaz de determinar si su bebé está recibiendo suficiente leche durante la lactancia?
- 5 Siempre
  - 4 Casi Siempre
  - 3 A veces
  - 2 Casi nunca
  - 1 Nunca
7. ¿Es capaz de reconocer cuándo su bebé ha terminado de amamantar?
- 5 Siempre
  - 4 Casi Siempre
  - 3 A veces
  - 2 Casi nunca
  - 1 Nunca
8. ¿Es capaz de amamantar a su bebé incluso cuando llora?
- 5 Siempre
  - 4 Casi Siempre
  - 3 A veces
  - 2 Casi nunca
  - 1 Nunca
9. ¿Puede amamantar a su bebé sin necesidad de complementar con fórmula?
- 5 Siempre
  - 4 Casi Siempre
  - 3 A veces
  - 2 Casi nunca

- 1 Nunca

10. ¿Puede asegurarse de alimentarse adecuadamente mientras amamanta a su bebé?

- 5 Siempre
- 4 Casi Siempre
- 3 A veces
- 2 Casi nunca
- 1 Nunca

11. ¿Puede cumplir con las demandas de lactancia de su bebé sin sentirse agotada o adolorida?

- 5 Siempre
- 4 Casi Siempre
- 3 A veces
- 2 Casi nunca
- 1 Nunca

12. ¿Puede mantener su deseo de seguir amamantando a pesar de los desafíos?

- 5 Siempre
- 4 Casi Siempre
- 3 A veces
- 2 Casi nunca
- 1 Nunca

13. ¿Puede amamantar cómodamente con la presencia de otras personas?

- 5 Siempre
- 4 Casi Siempre
- 3 A veces
- 2 Casi nunca

- 1 Nunca

14. ¿Puede manejar el tiempo que implica la lactancia sin sentirse abrumada?

- 5 Siempre
- 4 Casi Siempre
- 3 A veces
- 2 Casi nunca
- 1 Nunca

15. ¿Puede gestionar de manera efectiva la experiencia de la lactancia materna?

- 5 Siempre
- 4 Casi Siempre
- 3 A veces
- 2 Casi nunca
- 1 Nunca

16. ¿Se siente satisfecha con su experiencia de lactancia materna?

- 5 Siempre
- 4 Casi Siempre
- 3 A veces
- 2 Casi nunca
- 1 Nunca

### Anexo 3. Resultados Del Plan Piloto

**Tabla N°19.**

*Características sociodemográficas de la población, Heredia 2024, n=10.*

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Cantidad de personas n</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Sexo</b>		
Femenino	10	100%
<b>Rango de edad</b>		
15-20 años	0	0%
21-25 años	1	10%
26-30 años	2	20%
31-35 años	5	50%
36-40 años	1	10%
41-45 años	1	10%
<b>Estado civil</b>		
Soltera	0	0%
Casada	4	40%
Unión libre	4	40%
Separada/Divorciada	2	20%
Viuda	0	0%
<b>Nivel educativo</b>		
Sin estudios	0	0%
Primaria incompleta	0	0%
Primaria completa	0	0%
Secundaria incompleta	1	1%
Secundaria completa	1	1%
Técnico	1	1%
Universidad incompleta	1	1%
Universidad completa	6	6%
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	4	40%
Empleada	2	20%
Trabajadora independiente	3	30%
Desempleada	0	0%
Estudiante	0	0%
Otra	1	10%
<b>Ingreso mensual aproximado del hogar (en colones)</b>		
Menos de ₡200,000	0	0%
Entre ₡200,000-₡300,000	0	0%
Entre ₡300,001-₡400,000	1	10%
Entre ₡400,001-₡500,000	1	10%
Entre ₡500,001-₡600,000	0	0%
Entre ₡600,001-₡700,000	0	0%
Entre ₡700,001-₡800,000	0	0%

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Cantidad de personas</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
	<b>n</b>	
Entre ¢800,001-¢900,000	0	0%
Entre ¢900,001-¢1,000,000	1	10%
Más de ¢1,000,000	7	70%
<b>Dinero mensual aproximado del hogar destinado a la compra de alimentos</b>		
Menos de ¢50,000	0	0%
Entre ¢50,000 y ¢100,000	1	10%
Entre ¢100,001 y ¢200,000	3	30%
Entre ¢200,001 y ¢300,000	3	30%
Entre ¢300,001 y ¢400,000	1	10%
Entre ¢400,001 y ¢500,000	2	20%
Más de ¢500,000	0	0%
<b>Número de personas que viven en el hogar</b>		
1	0	0%
2	0	0%
3	6	60%
4	4	40%
5	0	0%
6	0	0%
7	0	0%
8	0	0%
9	0	0%
10	0	0%
Más de 10	0	0%
<b>Vivienda propia</b>		
Si	7	70%
No	3	30%
<b>Acceso a servicios básicos</b>		
Agua potable	10	100%
Electricidad	10	100%
Teléfono	9	90%
Internet	10	100%

**Fuente:** Elaboración propia, 2024.

La tabla N°19 muestra las características sociodemográficas de una población de Heredia en 2024, compuesta exclusivamente por mujeres (100%). La mayoría de las participantes tienen entre 31 y 35 años (50%), están casadas o en unión libre (40% cada una), y poseen estudios universitarios completos (60%). En cuanto a la ocupación, predominan las amas de casa (40%), seguidas de trabajadoras independientes (30%). Los ingresos mensuales del hogar son superiores a ¢1,000,000 para el 70% de las participantes, y

el gasto mensual en alimentos se concentra entre ₡100,001 y ₡300,000 (60%). La mayoría vive en hogares de 3 personas (60%), en vivienda propia (70%), con acceso completo a servicios básicos como agua, electricidad e internet (100%).

La prueba piloto inicial no incluyó una categorización específica de la condición socioeconómica de las participantes, lo que limitó el análisis detallado de esta variable. Dado que el nivel socioeconómico puede influir significativamente en los resultados del estudio, para la intervención final se realizan ajustes al cuestionario, incorporando un sistema de puntuación de 25 puntos diseñado para evaluar de manera más precisa las condiciones socioeconómicas de las participantes. Este enfoque permitirá clasificar a las participantes en niveles socioeconómicos bajo, medio y alto, mejorando así la calidad del análisis y su relación con las variables del estudio, especialmente las vinculadas a la lactancia materna.

**Tabla N°20.**

*Cálculo de pobreza según costo de canasta básica, Heredia 2024, n=10.*

Individuo	Monto en colones destinado a la compra de alimentos (₡)	Número de personas que habitan en el hogar	Monto por persona destinado a la compra de alimentos (₡)	Condición de pobreza
1	450,000	4	112,500	No pobre
2	250,000	3	83,333	No pobre
3	250,000	3	83,333	No pobre
4	150,000	3	50,000	Pobre
5	75,000	4	18,750	Pobre
6	150,000	3	50,000	Pobre
7	150,000	3	50,000	Pobre
8	450,000	3	150,000	No pobre
9	250,000	4	62,500	No pobre
10	350,000	4	87,500	No pobre

**Fuente:** Elaboración propia, 2024.

El análisis de la tabla N°20 se hace con base en el método de la Línea de Pobreza del INEC (Méndez, 2010). Según este método, el monto por persona destinado a la compra de alimentos es el resultado de la división del monto en colones destinado a la compra de alimentos entre el número de personas que habitan en el

hogar. El análisis de estos resultados revela que la mayoría de los hogares en Heredia presentan valores por persona destinados a la compra de alimentos que superan el costo de la canasta básica urbana de ₡60,697 (según datos del INEC a abril de 2024) (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2024c).

Según los datos anteriores, los individuos 1, 2, 3, 8 y 10 destinan montos por persona de ₡112,500, ₡83,333, ₡83,333, ₡150,000 y ₡87,500, respectivamente, lo que indica que estos hogares tienen recursos suficientes para cubrir las necesidades alimentarias básicas según el costo establecido. Estos valores reflejan que estos hogares no se encuentran en condición de pobreza desde la perspectiva del monto disponible para alimentos. El valor más alto, el de ₡150,000 por persona en el caso del individuo 8, podría estar asociado a ingresos familiares más altos o una priorización del gasto en alimentos.

Por otro lado, los hogares correspondientes a los individuos 4, 5, 6, 7 y 9 presentan montos por persona destinados a alimentos inferiores al costo de la canasta básica, lo que sugiere una condición de pobreza. Los casos más críticos son los de los individuos 5, 6 y 7, quienes destinan solo ₡18,750 y ₡50,000 por persona, lo que equivale a menos del 87% del costo de la canasta básica. Estos datos evidencian desigualdades importantes en la capacidad adquisitiva de los hogares se evidencia que los hogares con mayores cantidades de miembros tienden a tener recursos más limitados por persona.

**Tabla N°21.**

*Hábitos de alimentación de la población, Heredia 2024, n=10.*

Hábito de alimentación	Cantidad de personas n	Porcentaje (%)
<b>Tiempos de comida al día</b>		
1	0	0%
2	0	0%
3	2	20%
4	6	60%
5	2	20%
Más de 5		
<b>Vasos de agua consumidos al día</b>		
Menos de 4 vasos al día	1	10%
Entre 4 y 6 vasos al día	4	40%
Más de 6 vasos al día	5	50%

**Percepción de aumento en el consumo de líquidos desde el inicio de la lactancia**

Aumento significativo	3	30%
Poco aumento	6	60%
Consumo igual que antes	1	10%
Consumo menor	0	0%

**Frecuencia de consumo de alimentos de restaurantes de comida rápida**

Nunca		
Menos de una vez al mes	0	0%
Una vez al mes	1	10%
2-3 veces al mes	4	40%
Una vez por semana	3	30%
2-3 veces por semana	2	20%
Todos los días	0	0%

**Adición de sal a alimentos ya preparados**

Si	2	20%
No	8	80%

**Fuente:** Elaboración propia, 2024.

La tabla N°21 evidencia los hábitos alimentarios de las 10 mujeres encuestadas. La mayoría consume 4 comidas al día (60%), mientras que un 20% realiza 3 o 5 tiempos de comida. En cuanto a la hidratación, el 50% consume más de 6 vasos de agua diarios y un 40% entre 4 y 6 vasos, con un 60% percibiendo un ligero aumento en la ingesta de líquidos desde el inicio de la lactancia. Respecto a alimentos de restaurantes de comida rápida, el 40% los consume 2-3 veces al mes y el 30% una vez por semana. Además, el 80% no añade sal a alimentos ya preparados, reflejando hábitos positivos en este aspecto.

**Tabla N°22.**

*Consumo de alimentos por grupos en las últimas 24 horas, Heredia 2024, n=10.*

Grupos de alimentos	Consumió (Si) n	Porcentaje de consumo (%)	No consumió (No) n	Porcentaje de consumo (%)	Total (%)
Cereales, raíces o tubérculos ricos en almidón	10	100%	0	0%	100%

Leguminosas	6	60%	4	40%	100%
Nueces o semillas	4	40%	6	60%	100%
Leche o productos lácteos	10	100%	0	0%	100%
Carne de res, pescado o aves de corral	10	100%	0	0%	100%
Huevos	9	90%	1	10%	100%
Vegetales de hojas verdes u otros vegetales ricos en vitamina A	7	70%	3	30%	100%
Otros vegetales (que no sean ricos en vitamina A)	9	90%	1	10%	100%
Frutas ricas en vitamina A	6	60%	4	40%	100%
Otras frutas (que no sean ricas en vitamina A)	8	80%	2	20%	100%

---

**Fuente:** Elaboración propia, 2024.

La tabla N°22 muestra el consumo de alimentos por grupos en las últimas 24 horas en la población de mujeres encuestadas. El MDD-W mide la diversidad alimentaria como un indicador indirecto de la calidad de la dieta en mujeres en edad reproductiva. Este indicador establece que las mujeres que consumen alimentos de al menos 5 de los 10 grupos de alimentos en un período de 24 horas probablemente tienen una dieta que satisface sus necesidades de micronutrientes.

Los resultados arrojan un consumo universal (100%) de alimentos de los grupos de cereales, raíces y tubérculos, leche y productos lácteos, y carne de res, pescado o aves. Esto asegura el aporte de energía, proteínas de alta calidad, calcio y otros nutrientes esenciales. Se reporta un alto consumo (90%) de huevos y otros vegetales. Asimismo, se arroja un consumo del 70%-80% de frutas y vegetales no ricos en vitamina A. En contraparte, se registra un consumo deficiente de leguminosas (60%), nueces y semillas también deficiente (40%), y bajo consumo de frutas ricas en vitamina A (60%).

Con base en estos datos, las mujeres de esta población tienen una dieta relativamente diversa, con la mayoría de los grupos alimenticios siendo consumidos por un alto porcentaje de participantes. Sin embargo, hay áreas donde se podría mejorar la diversidad y calidad de la dieta, particularmente aumentando el consumo de leguminosas, nueces y semillas, y frutas ricas en vitamina A. Los datos arrojan que la mayoría de las mujeres (al menos el 90%) alcanzan la diversidad alimentaria mínima (consumiendo de al menos 5 grupos alimentarios). No obstante, mejorar el acceso y la inclusión de los grupos menos consumidos podría fortalecer la calidad nutricional y garantizar una dieta más equilibrada.

**Tabla N°23.**

*Resultados individuales de la eficacia medida con la Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF) sobre la Confianza en la Lactancia Materna, Heredia 2024, n=10.*

Individuo	Calificación
1	54
2	47
3	64
4	54
5	64
6	54
7	62
8	23
9	56
10	70

**Fuente:** Elaboración propia, 2024.

Los resultados de la Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF) en esta muestra indican que la mayoría de las participantes presentan una autoeficacia moderada a alta en su lactancia. Se observa que cinco madres obtuvieron puntajes iguales o superiores a 60, lo que sugiere que tienen una alta confianza en su capacidad para amamantar. Cuatro de las participantes obtuvieron puntuaciones entre 41 y 59, lo que indica una autoeficacia moderada. Sin embargo, un caso particular presenta una puntuación de 23, lo que indica una baja autoeficacia en la lactancia materna, lo que podría estar asociado con inseguridad, falta de apoyo o experiencias negativas.

**Tabla N°24.**

*Resultados de las preguntas de la Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF) sobre la Confianza en la Lactancia Materna, Heredia 2024, n=10.*

<b>Pregunta</b>	<b>1 (Nunca) n</b>	<b>2 (Casi nunca) n</b>	<b>3 (A veces) n</b>	<b>4 (Casi siempre) n</b>	<b>5 (Siempre)</b>	<b>Promedio</b>
¿Puede manejar la lactancia materna con la misma confianza que otras tareas desafiantes?	0	1	1	3	5	4.20
¿Puede asegurarse de que su bebé esté correctamente prendido al pecho durante toda la toma?	0	1	1	3	5	4.20
¿Puede asegurarse de que su bebé termine de amamantar completamente de un pecho antes de cambiar al otro?	1	0	0	3	6	4.30
¿Es capaz de determinar si su bebé está recibiendo suficiente leche durante la lactancia?	0	2	5	2	1	3.20
¿Es capaz de reconocer cuándo su bebé ha terminado de amamantar?	3	1	0	2	4	3.30
¿Es capaz de amamantar a su bebé incluso cuando llora?	1	0	2	2	5	4.00
¿Puede amamantar a su bebé sin necesidad	2	1	2	1	4	3.40

Pregunta	1 (Nunca) n	2 (Casi nunca) n	3 (A veces) n	4 (Casi siempre) n	5 (Siempre)	Promedio
de complementar con fórmula?						
¿Puede asegurarse de alimentarse adecuadamente mientras amamanta a su bebé?	0	1	3	3	3	3.80
¿Puede cumplir con las demandas de lactancia de su bebé sin sentirse agotada o adolorida?	1	1	2	1	5	3.80
¿Puede mantener su deseo de seguir amamantando a pesar de los desafíos?	0	1	2	1	6	4.20
¿Puede amamantar cómodamente con la presencia de otras personas?	0	1	1	2	6	4.30
¿Puede manejar el tiempo que implica la lactancia sin sentirse abrumada?	1	0	0	2	7	4.40
¿Puede gestionar de manera efectiva la experiencia de la lactancia materna?	1	3	1	2	3	3.30
¿Se siente satisfecha con su experiencia de lactancia materna?	1	0	0	2	7	4.40

**Fuente:** Elaboración propia, 2024

Para identificar las áreas en las que las madres presentan mayor y menor autoeficacia para amamantar, es necesario analizar los resultados promedios obtenidos en cada pregunta del BSES-SF. En preguntas como "Puede manejar la lactancia materna con la misma confianza que otras tareas desafiantes" y "Puede asegurarse de que su bebé esté correctamente prendido al pecho durante toda la toma", ambas con un promedio de 4.20. Además, aspectos relacionados con la comodidad, como "Puede amamantar cómodamente con la presencia de otras personas" (promedio 4.30) y "Puede manejar el tiempo que implica la lactancia sin sentirse abrumada" (promedio 4.40), reflejan una percepción positiva de autoeficacia. Estos hallazgos sugieren que las madres son eficaces para afrontar las demandas de la lactancia, especialmente en términos de manejo práctico y emocional.

Sin embargo, hay áreas en las que las puntuaciones reflejan desafíos específicos, como la habilidad para determinar si el bebé está recibiendo suficiente leche durante la lactancia (promedio 3.20) y reconocer cuándo el bebé ha terminado de amamantar (promedio 3.30). Estas puntuaciones más bajas podrían indicar ineficacias relacionadas con la falta de información, educación y asesoría en lactancia.

Asimismo, la capacidad para evitar la complementación con fórmula presenta un promedio moderado (3.40), lo que sugiere posibles dificultades en la producción de leche percibida o presiones externas para complementar la lactancia.

**Anexo 4. Declaración Jurada****DECLARACIÓN JURADA**

Yo Mariana Castillo Rincón, cédula de identidad número 1-1388-0599, en condición de egresada de la carrera de Nutrición, de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de Licenciatura, titulado “RELACIÓN DE LOS HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y EL NIVEL SOCIOECONÓMICO CON LA EFICACIA DE LA LACTANCIA MATERNA SEGÚN EL FORMULARIO BSES-SF, EN MADRES DE SAN JOSÉ DURANTE 2025” es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece: “Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original”. Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público.

Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de San José, el 08 de mayo de 2025.






Mariana Castillo Rincón

Céd. 113880599

## Anexo 5. Análisis Turnitin

### Mariana Castillo

#### Tesis Final

-  Quick Submit
-  Quick Submit
-  Facultad Nutrición

#### Detalles del documento

Identificador de la entrega  
trn:oid::1:3244293933

Fecha de entrega  
8 may 2025, 8:15 p.m. GMT-6

Fecha de descarga  
8 may 2025, 8:21 p.m. GMT-6

Nombre de archivo  
Mariana\_Castillo\_-\_Tesis\_final.docx

Tamaño de archivo  
235.5 KB

125 Páginas

26.106 Palabras

142.200 Caracteres

 turnitin Página 1 of 135 - Portada

Identificador de la entrega trn:oid::1:3244293933

 turnitin Página 2 of 135 - Integrity Overview

Identificador de la entrega trn:oid::1:3244293933

## 16% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.




### Filtered from the Report

- Bibliography
- Quoted Text
- Cited Text
- Small Matches (less than 10 words)

### Exclusions

- 1 Excluded Source

### Top Sources

- 13%  Internet sources
- 2%  Publications
- 11%  Submitted works (Student Papers)

### Integrity Flags

#### 0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.

## Anexo 6. Carta De Aprobación De Tutor

### CARTA DEL TUTOR

San José, 8 de mayo de 2025.

**Carrera Nutrición**  
**Universidad Hispanoamericana**

Estimado señor(a):

La estudiante Mariana Castillo Rincón, cédula de identidad número 1-1388-0599, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **"RELACIÓN DE LOS HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y EL NIVEL SOCIOECONÓMICO CON LA EFICACIA DE LA LACTANCIA MATERNA SEGÚN EL FORMULARIO BSES-SF, EN MADRES DE SAN JOSÉ DURANTE 2025**. El cual ha elaborado para optar por el grado académico de licenciatura

En mi calidad de tutor, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	30%	30%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL		100%

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,

OLMAN JOSE Firmado digitalmente  
por OLMAN JOSE  
VARELA LEON VARELA LEON (FIRMA)  
(FIRMA) Fecha: 2025.05.08  
20:14:01 -06'00'

**Olman José Varela León**  
**CPN: 3143-22**

**Anexo 7. Carta De Aprobación De Lector****CARTA DE LECTOR**

**San José,  
Universidad Hispanoamericana  
Sede Llorente  
Carrera**

**Estimado señor**

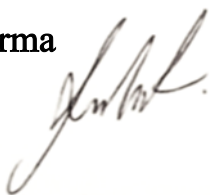
La estudiante Mariana Castillo Rincón, cédula de identidad 1-1388-0599, me ha presentado para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado “Relación de los hábitos de alimentación y el nivel socioeconómico con la eficacia de la lactancia materna según el formulario BSES-SF, en madres de San José durante 2025”, el cual ha elaborado para obtener su grado de Licenciatura en Nutrición.

He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente lo relativo a la redacción, cohesión de las ideas y estructura general del documento, la coherencia entre los datos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las modificaciones correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo cuenta con mi aval para ser presentado en la defensa pública.

Atte.

**Firma**



**Nombre:** Adriana Acuña Córdoba

**Cédula:** 110420608

**Código:** 1015-12

**Anexo 8. Autorización Del Cenit**

Señores:

Universidad Hispanoamericana

Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) Mariana Castillo Rincón con número de identificación 113880599, autor (a) del trabajo de graduación titulado " RELACIÓN DE LOS HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y EL NIVEL SOCIOECONÓMICO CON LA EFICACIA DE LA LACTANCIA MATERNA SEGÚN EL FORMULARIO BSES-SF, EN MADRES DE SAN JOSÉ DURANTE 2025" presentado y aprobado en el año 2025 como requisito para optar por el título de Licenciatura; si autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Saludos cordiales,



113880599

---

Firma y documento de identidad.

\*T\*