



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

PRÁCTICAS HOSPITALARIAS Y CARACTERÍSTICAS BIOSOCIALES PARA
EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. HOSPITAL
LEOPOLDO BARTHON THOMPSON – ESSALUD. LIMA, 2017.

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN
ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

AUTORA:

PEÑA MIRANDA, Jessica

ASESOR:

Dr. CANDELA AYLLÓN, Víctor Eduardo

JURADOS:

Dr. FIGUEROA QIUNTANILLA, Dante Anibal

Dr. ALVITEZ NIRAKES, Juan Daniel

Dr. MIRAVAL ROJAS, Edgar Jesùs

Lima – Perú

2019

INDICE

RESUMEN.....	iii
ABSTRACT.....	iv
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Planteamiento del problema	2
1.2. Descripción del problema	2
1.3. Formulación del problema.....	4
Problema general.....	4
Problemas específicos.....	4
1.4. Antecedentes	4
1.5. Justificación de la investigación	18
1.6. Limitaciones de la investigación	19
1.7. Objetivos	19
Objetivo general	19
Objetivos específicos.....	20
1.8. Hipótesis	20
II. Marco Teórico	22
2.1. Marco conceptual	45
III. Método.....	46
3.1. Tipo de Investigación	46
3.2. Población y muestra	46
3.3. Operacionalización de variables.....	48
3.4. Instrumentos.....	50
3.5. Procedimientos	50
3.6. Análisis de datos	51
3.7. Consideraciones éticas.....	52
IV. Resultados.....	53
V. Discusión de resultados	58
VI. Conclusiones.....	65
VII. Recomendaciones	66
VIII. Referencias	67
IX. Anexos.....	73
Anexo 1. Matriz de consistencia	74
Anexo 2. Instrumento.....	75

RESUMEN

Este estudio se realizó con el objetivo de identificar los principales predictores de las prácticas hospitalarias y las características biosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva. Se trató de un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, causal explicativo; de diseño no experimental de 36 casos y 71 controles, con corte transversal. El estudio se realizó en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Leopoldo Barthon Thompson – EsSalud, durante los meses de octubre a diciembre del 2015. Los principales resultados señalan que, respecto a las practicas hospitalarias, el abandono de la lactancia materna exclusiva está ligada a la ausencia del contacto precoz; es así que madres que tuvieron más de 48 horas de tiempo de estancia hospitalaria tienden a abandonar más la lactancia materna, comparadas con aquellas cuyo tiempo de estancia hospitalaria no pasa de las 48 horas.

Palabras clave: prácticas hospitalarias, características biosociales, abandono a la lactancia materna.

ABSTRACT

This study was conducted with the objective of identifying the main factors of hospital practices and the biosocial characteristics that influence the abandonment of exclusive breastfeeding. It was a quantitative approach, descriptive, causal explanatory, non-experimental design of cases and control, with cross-section. The study was conducted in 36 cases and 71 controls, of women attended at the obstetrics service of the Hospital Leopoldo Barthon Thompson - EsSalud, during the months of October to December of 2015. The main results indicate that, regarding the hospital practices, the Abandonment of exclusive breastfeeding is linked to the absence of early contact; It is thus that mothers who had more than 48 hours of hospital stay tend to abandon breastfeeding more, compared to those whose hospital stay does not exceed 48 hours.

Key words: Hospital practices, biosocial characteristics, abandonment of breastfeeding.

I. INTRODUCCIÓN

El abandono de la lactancia materna es un problema que afecta en el desarrollo del recién nacido que tiene consecuencias a lo largo de la vida del ser humano; si bien es cierto existen multivariados factores que influyen en la decisión de la madre para suspender esta práctica alimenticia, en esta investigación se parte que dicha decisión puede ser influida por las practicas hospitalarias que recibe la mujer desde que acude a sus controles hasta el momento de la alta del parto; asimismo se pretendió evaluar las características biológicas y sociales teniendo en cuenta aspectos personales así como los mitos y creencias que se tiene respecto a la leche materna y a la lactancia materna exclusiva.

La finalidad de esta investigación es determinar las prácticas hospitalarias y las características biosociales asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva (LME).

El siguiente estudio está dividido en cinco capítulos. En el primer capítulo se formula y explica la problemática, se mencionan los antecedentes relacionados con la investigación, se plantean los objetivos, la justificación, los alcances, limitaciones y las definiciones de las variables. En el segundo capítulo, se plantea la descripción del marco teórico, enfatizando tanto las teorías generales como las bases teóricas y, finalmente las hipótesis. En el tercer capítulo, se expone el tipo y diseño de la investigación, se describe la estrategia de prueba de hipótesis, el esquema operacional de las variables, la población, la determinación de la muestra y finalmente se mencionan las técnicas de investigación que se utilizó. En el cuarto capítulo, se presentan los principales resultados de acuerdo a los objetivos planteados. Por último, en el quinto capítulo, se discute y contrasta cada resultado con las de otros investigadores y teorías; luego, se presentan las conclusiones de las cuales se desprenderá las recomendaciones y finalmente se expone cada una de las referencias bibliográficas.

1.1. Planteamiento del problema

Cada día, nueva evidencia científica y epidemiológica, ofrece información acerca del papel de la lactancia materna en la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de los niños, así como en el bienestar y salud de las propias madres. Desde la década del noventa, en términos generales se ha observado que los índices de la lactancia materna exclusiva han ido en aumento, no obstante, en lugares en vías de desarrollo se observa una desfavorable continuación de esta práctica alimenticia y por lo tanto los índices no son alentadores. (OMS, 2015)

Son muchos los factores observados para que se dé el abandono de la lactancia materna, estos factores difieren de acuerdo con el sitio de residencia, las características socioeconómicas y culturales (Galiano, 2015). En la actualidad, en toda América Latina, es notorio que un mejor nivel socioeconómico, un nivel de estudio superior y el trabajo fuera del hogar se asocian con porcentajes mayores de abandono temprano de la lactancia materna (OMS, 2013).

Nuestro país, en los últimos 30 años ha sufrido un deterioro importante, caracterizado por una disminución progresiva de la lactancia materna exclusiva, la reducción a menos de 40% de la lactancia parcial a los tres meses de edad, y una introducción cada día más temprana de los sucedáneos de la leche materna (Ferro & Flores, 2013).

1.2. Descripción del problema

Los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), indican que en la actualidad, alrededor de un tercio (36%) de los niños de enfermería exclusivamente durante los primeros seis meses de vida; Los modelos de lactancia materna todavía están

lejos del nivel recomendado y existen variaciones significativas entre las regiones. Según los datos de 37 países con datos de tendencia disponibles (que cubren el 60% de la población mundial de los países en desarrollo), la tasa de lactancia materna durante los primeros seis meses de vida aumentó de 34% a 41% desarrollo mundial entre 1990 y 2004. Se ha registrado un progreso significativo en el África subsahariana, donde las tasas han aumentado más del doble, del 15% al 32% en el mismo período. Las tasas exclusivas de lactancia materna en el sur de Asia y el Medio Oriente / África del Norte aumentaron del 43% al 47% y del 30% al 38% entre 1990 y 2004, respectivamente. África Occidental y Central, en particular, experimentó un progreso significativo con tasas que aumentaron del 4% al 22% y África Oriental y Sudáfrica mostraron progreso con tasas exclusivas de lactancia materna que aumentaron del 34% al 48%. Los índices se mantuvieron prácticamente constantes en Asia oriental y el Pacífico durante este período. (OMS, 2015)

En nuestro país, los datos que ofrecen la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) en el año 2013 indica que la lactancia materna durante la primera hora de nacido del niño(a) ha ido fluctuando entre 44% y 56% en más de una década, entre 1996-2013; siendo preocupante esta relación estática, porque si se relaciona con el aumento progresivo de las cesáreas (actualmente a 26.5%), se podría inferir su impacto en el desarrollo de la lactancia materna durante la primera hora. (MINSA, 2014)

Actualmente, el 55% de niños nacidos en el Perú toma leche en la primera hora de vida, no obstante, el 45% restante no lo hace debido a que desconocen los beneficios de hacerlo en dicho momento, así como también como la influencia en el consumo de la leche en polvo. Diversas observaciones afirman que los lactantes no alimentados de pecho en la primera hora de nacido tienen diez veces más la probabilidad de morir que aquellos que sí lo hicieron. En los años noventa hubo un aumento considerable en las cifras de la lactancia materna exclusiva, esto ha cambiado de manera significativa al caer de 70,6%

en el 2011 a 67% al 2012, con una tendencia a estancarse y a la baja. (Loyola & Sarmiento, 2014)

1.3. Formulación del problema

Problema general

¿Cuáles serán los principales factores de prácticas hospitalarias y las características biosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva. Hospital Leopoldo Barthon Thompson – EsSalud. Lima, 2017?

Problemas específicos

- 1) ¿Cuáles son las prácticas hospitalarias de influencia significativa para el abandono de la lactancia materna exclusiva?
- 2) ¿Cuáles son los predictores biológicos que influyen de manera significativa para el abandono de la lactancia materna exclusiva?
- 3) ¿Cuáles son los predictores sociales que influyen de manera significativa para el abandono de la lactancia materna exclusiva?

1.4. Antecedentes

Internacionales

Pinilla, Domínguez & García (2014). Investigadores colombianos, desarrollaron un estudio denominado “Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva” con la finalidad de determinar los factores que influyen en el acto alimenticio de lactancia materna exclusiva en madres adolescentes. Se llevó a cabo en 158 madres adolescentes en etapa de lactancia, a quienes se le aplicaron dos instrumentos, uno para caracterizar a las madres

adolescentes y otro para evaluar la funcionalidad familiar (APGAR familiar). Entre los principales resultados se encuentran que el 39,4% amamantó el tiempo estipulado por la exclusividad de la lactancia materna y el 9,8% amamantó durante un semestre y el 89,2% ya tenían hijos. Durante la etapa de lactancia sólo son: el 9,5% produce poca cantidad de leche, el 12% observa que el niño se queda de hambre, y el 20,7% se debe a causas diferentes. En la lactancia materna, el 82,3% brinda afecto a su bebé a modo de caricias. Las personas que prescriben la lactancia materna son, los médicos y las enfermeras (84,3%), y los parientes (63,3%). Los creadores de la investigación, señalan que es necesario el apoyo por parte de la familia y los establecimientos de bienestar se espera que la lactancia materna una prueba a favor de la buena alimentación por parte de la madre adolescente hacia el niño.

Pino, López, Medel & Ortega (2013). Hicieron un estudio al que titularon “Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile” con la finalidad de identificar los factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva. La población de estudio estuvo constituida 273 niños entre 6 y 11 meses de edad, se determinó una muestra de estudio de 81 niños/as. Diseñaron una encuesta denominada “Encuesta de Lactancia Materna Exclusiva (LME)”, validada por el método de criterio de jueces y la fiabilidad a través del método de consistencia interna con el alfa de Cronbach. Entre los principales resultados se tiene que el 90,1% indicó recibir información acerca de lactancia materna; 56,8% refirió no haber proporcionado lactancia materna exclusiva (LME) durante el periodo recomendado, de las cuales 45,7% justificó su decisión por presentar hipogalactia y 30,4% por enfermedad del niño o la madre. Respecto al inicio de LME, 46,9% indicó haberlo ofrecido una hora después del alumbramiento. El 56,8% de las madres no proporcionó LME a su hija/o hasta los 6 meses de vida. Con

respecto a la explicación detrás del destete temprano, el 45,7% de las madres anunció la hipogalactia como una razón para la suspensión de la LME, siguiendo la enfermedad de la madre y signo terapéutico con un 15,2% por separado, dio diferentes propósitos detrás del trabajo con 13% y sólo 5 madres dio diferentes razones, entre ellos, deficiente preparación para la disposición de los pechos y enfermedad del niño o niña. El estado conyugal de las madres no afectó fundamentalmente la duración de la lactancia, $p = 0,265$. El 58.1% tuvo más de un hijo, y esta experiencia no impactó la calidad de la LME ($p = 0.275$). El nivel de estudio no tuvo impacto en la lactancia ($p = 0.112$), sino que se debe notar que, en la muestra considerada, las madres con educación superior no daban LME a sus niños. La ocupación de la madre no afectó la duración de la LME ($p = 0,697$). Por otro lado, el 61.7% de las madres tenían a sus hijos por vía vaginal, sin embargo, sólo el 48% dio LME. En cuanto a los concebidos por cesárea, el 35% obtuvo LME ($p = 0,269$).

Mora (2013), realizó una tesis con fines de titulación de licenciatura, desarrolla una investigación a la que denominó “Factores biológicos sociales y culturales de la madre que influyen en el abandono de lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses en la consulta externa del Centro de Salud Atacames del Cantón Atacames”, el objetivo de determinar los factores biológicos sociales y culturales de las madres que influyen en el abandono de la lactancia materna antes de los 6 meses. Los resultados más relevantes en la investigación fue la edad de las madres de 21 – 45 años con 63%; secundaria 53% y las madres amas de casa con un 80%, además las causas más frecuentes en las madres con relación al abandono de la lactancia materna son: los embarazos en un 33%; responsabilidad del trabajo 34%; unión libre 60%; seguido por la utilización de otro tipo de alimento teniendo un 40%, equivalentes porque el niño pedía comida. Los autores concluyeron señalando que los factores biológicos sociales

y culturales que intervinieron en el abandono de la lactancia materna fueron: las enfermedades crónicas, situación laboral, embarazos no planificados. Por otra parte, los impactos de diferentes individuos de la familia y del contexto social, sostuvieron en los mitos y las convicciones negativas que debilitó la lactancia materna en la madre.

Martínez & Delgado, (2013). Desarrolló un estudio en España, titulado “El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal”, con la motivación detrás de determinar el impacto de la instrucción materna sobre el comienzo temprano de la lactancia materna y su mantenimiento hasta dos meses de vida del niño. Estudio multicéntrico observacional llevado a cabo en cuatro hospitales de Andalucía en 2011 sobre mujeres primíparas. Los datos se recogieron a través de una entrevista y la historia clínica. En el análisis se estimaron odds ratios crudas y ajustadas. Los principales resultados mencionan que La realización de EM por parte de la madre se asoció con el inicio precoz de la LM (OR=1.78, IC 95% = 1.14-2.78) y el mantenimiento de esta (OR=1.73, IC 95%=1.15-2.61). No hubo diferencias en los motivos que las mujeres argumentaron para abandonar la LM.

Espinoza, Zamorano, Graham & Orosco (2013). Desarrollaron en España una investigación denominada “Factores que determinan la duración de la lactancia materna durante los tres primeros meses de vida” con la finalidad de distinguir los elementos que afectan la inmutabilidad de la lactancia materna en medio de los tres meses iniciales y comparar en el nivel de ganancia ponderal de peso de los recién nacidos. Participaron 140 madres de 551 nacimientos con una reacción general del 25,4%. Los puntos medios de la edad materna fueron 32,5 años, y la edad gestacional fue de 38 semanas. El 44,3% eran primigrávidas y el 97,9% tenían títulos universitarios. 78,6% (110) de las madres y cerca de la mitad obtuvo entrenamiento de la lactancia materna en medio de los controles prenatales y la estancia intrahospitalaria.

Cuando salieron del hospital, 51 (36,4%) binomios tenían seno materno selectivo, 77 con alimentos combinados (55%) y sólo 12 fórmula (8,6%); después de tres meses, sólo 14 (10%) fueron amamantados exclusivamente. El conductor principal de la suspensión fue la observación disminuida en la producción de leche en 29 (20,7%) casos, situación laboral y grietas de areola en 19 (13,6%) de las madres. El principal factor que apoyó el mantenimiento del seno materno fue el inicio desde el nacimiento, demostrando un OR 22 (3.05-168.4). La investigación concluye que, el desarrollo de los recién nacidos en los tres meses iniciales, esto fue notablemente similar entre las que han brindado seno materno exclusivo, alimentación mixta y fórmula exclusiva; y el factor que apoya el mantenimiento de la LME a lo largo de los tres meses iniciales es el inicio de este entrenamiento desde el nacimiento.

Caballero, Caballero, Gonzales, Caballero & Muchuli (2013). Investigadores cubanos desarrollaron un estudio titulado "Factores contribuyentes al abandono de la lactancia materna exclusiva en un área de salud". Se realizó una investigación longitudinal, de proximidad, de observación y descriptivo de 40 señoras, en el consultorio No. 26 del Policlínico Universitario "Josué País García" de Santiago de Cuba, desde enero de 2011 a enero del 2012, teniendo en cuenta el objetivo final es distinguir los componentes que se suman al abandono de la lactancia materna exclusiva. Las variables analizadas fueron: edad materna, enfermedades crónicas, igualdad, situación financiera, escolaridad e inconvenientes en el parto. En el ejemplo, las madres que inicialmente renunciaron a la lactancia materna fueron las de 15-19 años (42.5%), nulíparas (32.5%), con nivel financiero bajo (50.0%) y escolaridad primaria. Se demostró que las dificultades durante el parto influyeron en el abandono de este tipo de lactancia.

Niño, Silva & Atalah (2012). Hicieron un trabajo de investigación en Chile, al que titularon “Factores asociados a la lactancia materna exclusiva”; con la finalidad de identificar dichos factores, el examen se llevó a cabo en 256 madres pertenecientes al sector público y 158 de la zona privada. Se observó mayor escolaridad, la primiparidad, cesáreas y el trabajo fuera de la casa en un marco privado ($p < 0,02$). El 45,8% de las madres mantenían la lactancia materna exclusiva hasta medio año, sin contrastes entre grupos. Principales causas del destete: elección materna (27,2%), percepción de hambre (24,1%), estética (17,3%) y enfermedad en el niño (13,0%). La lactancia materna exclusiva hasta el medio año se relacionó con una lactancia anterior exitosa (OR 5,4, IC 95% 2,2-13,2) sexo femenino del infante (OR 5,5, IC 2,5-12,3), menor escolarizada materna (OR 5,4, IC 2,4-11,7) y sistema público de salud (OR 2,1, IC 1,0-4,5). Conclusión: El destete se identifica regularmente con las percepciones maternas en lugar que con la información objetiva. Los factores sociodemográficos influyen para una lactancia materna exitosa. Ayudar a la capacitación en controles de salud e implementar clínicas de lactancia materna para la mejora de esta situación.

Pinilla et al (2011). Desarrolló un trabajo de investigación en Colombia, denominado “Lactancia materna ineficaz: prevalencia y factores asociados”, la finalidad de la investigación estuvo orientada a la determinación de dichos factores. Se llevó a cabo en 108 binomios (madre e hijo) hospitalizados en una institución de tercer nivel de atención en el año 2009, se aplicó un formato validado para identificar el diagnóstico. Entre los principales resultados, se tiene que la prevalencia del diagnóstico fue de 93,5 %, la característica definitoria más notable fue la incapacidad del lactante para agarrarse al pecho materno y con mayor complejidad de identificación fue agitación y llanto del lactante dentro de la primera hora después de la lactancia materna. La regresión lineal mostró factores asociados como: género femenino, peso

del lactante y necesidad de la madre de ir a orinar. El estudio concluye señalando que existe una tendencia desfavorable tanto en la prevalencia como en la duración de la lactancia materna para los lactantes hospitalizados.

Palomares, Fabregat, Folch, Escriv, Escoin & Gil (2011). Desarrollaron un estudio en la provincia española de Castellón, denominado “Apoyo a la lactancia materna en una zona básica de salud; prevalencia y factores sociosanitarios relacionados”; la investigación tuvo por finalidad la determinación de la prevalencia y la identificación de los factores asociados al abandono de la lactancia materna. Los resultados se obtuvieron en base a la participación de 335 madres; los principales resultados muestran que la prevalencia de la lactancia materna completa se da a los 6 meses en un 40%, y la lactancia materna continuada hasta los 15 meses el 16%. Los componentes con importancia estadística, problemáticos para la lactancia materna desfavorables en el primer mes de vida y que se mantienen al sexto mes, son el hijo de una madre fumadora, madre no amamantada, peso al nacer inferior a 2.500 g, cuatro horas de vida y ofrecer glucosa en la maternidad. Las madres extranjeras comienzan a amamantar con más frecuencia, pero al sexto mes no hay distinción con las madres españolas.

Felix, Martinez & Sotelo (2011). Desarrollaron un estudio en México al que titularon “Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva”; se realizó en la Unidad de Medicina Familiar del IMSS No 55, Fresnillo, Zacatecas, con binomios madre-niño, por determinación probabilística. Se aplicó un instrumento organizado y auto-regulado de 51 preguntas. Participaron 322 madres de 16-45 años. Término del embarazo 58.1% eutócicos y cesárea 41.9%. La prevalencia de abandono fue de 61%: siendo el 53,4% de elección propia y el 8,1% por enfermedades maternas, 2,8% de mastopatía, 2,8% de propuesta médica. El 44%

con la percepción de dejar con hambre a su bebé, 42.3% de madres trabajadoras dejaron lactancia. Factores de riesgo: Percepción de que se queda con hambre OR 33, no existe ayuda de cónyuge OR 3, enfermedad materna OR de 16.41 p £ 0.002. Los científicos concluyeron que la frecuencia de abandono de la lactancia materna fue mayor (61%) que en la Encuesta Nacional 2003 (30,5%). Las razones principales se debieron a las razones en donde se involucra al recién nacido (requerimientos insatisfechos del bebé) y materna (termino de licencia por maternidad).

Camargo, Latorre & Porras (2011). En Colombia, investigaron los factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en madres residentes de Bucaramanga. La finalidad del estudio fue especificar la tasa de abandono de la lactancia materna exclusiva y sus factores asociados. Se realizo en 280 participantes. Entre los resultados primarios es que la tasa de ocurrencia de abandono de la lactancia materna exclusiva (LME) de 362,6 (IC 95% 315,5 - 416,8) por 1000 meses-persona a lo largo del desarrollo. Se relacionaron con el abandono de LME: pobre conocimiento de LM, uso de biberones, situación financiera baja, datos obtenidos en medio de la estancia hospitalaria. Los especialistas dedujeron que había una alta incidencia de abandono de la LME, reconociendo algunos elementos relacionados con el abandono que permiten distinguir a la población para probables intervenciones

Broche, Sánchez, Rodríguez & Pérez (2011). Desarrollaron un estudio en el municipio Diego Ibarra, en el estado de Carabobo, Cuba; la investigación lleva por título “Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la lactancia materna exclusiva”; la finalidad del estudio fue determinar el comportamiento de los principales factores socioculturales y psicológicos vinculados a las prácticas y abandono de la lactancia materna exclusiva y su repercusión en el estado de salud de los lactantes. Se produjo en 96 niños recién nacidos en los que se observó una

prevalencia de madres adolescentes en relación con el abandono de la lactancia materna antes de los 4 meses, siendo la secundaria el nivel más frecuente; sin embargo, la categoría obrera se relacionó con una lactancia menor de 4 meses. Por último, la investigación concluye mostrando que la lactancia materna combinada ganó durante el parto, con una propensión dinámica hacia la utilización de la lactancia materna falsa a partir del cuarto mes. Encontramos una mayor recurrencia de las madres con poca información sobre la lactancia, y éstas fueron las que amamantaron a sus hijos por un tiempo más corto. Más de setenta y cinco por ciento de las damas aludieron a la razón de renunciar a la lactancia materna selectiva debido a que el niño no saciaba su apetito o por la baja producción de leche en los pechos.

Nacionales

Lama (2015). Realizaron un estudio en Tingo María, titulado “Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia materna exclusiva, en madres aseguradas del Hospital Tingo María – Essalud” con la finalidad de determinar los factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia materna exclusiva; el trabajo de exploración se completó con todas las mamás aseguradas (96 casos), que abandonaron tempranamente la lactancia materna de exclusiva y cuyos partos fueron entre los años 2001 a 2003 en el Hospital I Tingo Maria ESSALUD. Se aplicó una encuesta semiestructurada como instrumento de recolección de datos. Las variables como la edad materna, parto a término, tipo de parto (eutócico / distócico), el peso del recién nacido (<2.500 g) no guardan relación con el abandono de la lactancia selectiva; el estado de las mujeres primíparas 46% (44/96) es el factor intrínseco que guarda relación con la práctica de ALME. Factores externos: Ocupación de la madre, relación con su pareja (cálido / insensible), viviendo con las abuelas (maternas / paternas) no

tiene conexión con el acto de abandonar la lactancia materna exclusiva; mientras que la educación superior por parte de la madre 76% (73/96), vivir en territorios urbanos 77% (74/96), haber recibido información sobre el control pre-natal 99% (95/96), instrucción sobre la lactancia materna 71 % (68/96) y reconocer que la baja generación leche permite el abandono de la lactancia materna exclusiva. Finalmente, el autor concluye señalando que el factor innato de ser una mujer primipara y las variables ajenas como la educación avanzada por parte de la madre, vivir en zonas urbanas, haber recibido control prenatal, haber recibido formación sobre la lactancia materna y tener la impresión de poca generación de leche, impactan en el abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres aseguradas de la ciudad de Tingo María.

Rojas (2014). Desarrollo una tesis con fines de titulación para licenciatura en obstetricia, llevado a cabo en la ciudad de lima, titulado “Prácticas hospitalarias y características biosociales para el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres que asisten al Centro de Salud Juan Pérez Carranza Diciembre 2013 - Febrero 2014” con la finalidad de determinar cómo las prácticas hospitalarias y características biosociales influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en las madres que asisten a los servicios del Centro de Salud Juan Pérez Carranza. Entre los principales resultados del estudio se tiene que la prueba no paramétrica Chi cuadrado indican que hay diferencia significativas de proporciones entre los factores, y que los principales motivos para el abandono recae principalmente en razones de carácter biológico (69%), - leche materna limitada y grietas-, el segundo factor recae en razones de carácter social (27 %) -trabajo- y el factor influencia de las malas prácticas hospitalarias (4%) fue el que menos influencia ejerce para el abandono de la lactancia materna exclusiva. Además resultó significativa la influencia de la ausencia de apoyo de la pareja ($p=0,001$), Ausencia del apoyo de la familia ($p=0,001$), bajo nivel de

estudio ($p=0,001$), primíparas ($p=0,001$), adolescentes ($p=0,001$), las que han tenido educación maternal ($p=0,001$), las que su lactancia anterior fue exclusiva ($p=0,001$). Concluyeron señalando que las Razones de carácter biológico como leche materna limitada y presencia de grietas en el seno, son los que más influyen para el abandono de la lactancia materna exclusiva, le siguen los motivos de carácter social como es “el trabajo”; asimismo se encontró que un gran número de “prácticas hospitalarias” son causales para el abandono de la lactancia materna exclusiva, como la estancia hospitalaria a largo plazo, la desinformación acerca de los beneficios de la lactancia. Además, también lo hacen las madres que no reciben apoyo por parte de su pareja ni familia, las de estudios básicos, las primíparas, las adolescentes y jóvenes, las que no han tenido educación maternal y las que en su anterior parto, la alimentación del bebe fue mixta y artificial.

Del Carpio (2015). Desarrollo una investigación con fines de tesis de titulación, “Factores socioculturales que prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes en el centro de salud nueva esperanza 2014”. Se realizo en 32 madres adolescentes escogidas aleatoriamente por muestreo probabilístico de proporción simple. Se empleó la entrevista y un cuestionario de 31 ítems que fue aplicado previo consentimiento informado. Se obtiene que la relación de los factores socioculturales que prevalecen en el abandono de lactancia materna exclusiva en adolescentes es 100% (32) de las madres de estudio, el 56% (18) pertenecen al factor cultural y 44% (14) pertenecen al factor social. Con respecto a los factores sociales; el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva se presenta 84% (27) en convivientes, 84% (27) en madres con estudios secundarios, 56% (18) en mujeres procedentes de Lima metropolitana y 84% (27) en amas de casa. En relación con los factores culturales; el indicador conocimientos, nos muestra que 63% (20) no

se informaron sobre la lactancia materna exclusiva, 72% (23) no tienen carnet de CRED y 53% (17) empezaron a suministrar alimentos líquidos (jugos, agüitas y otras leches) a sus hijos menores de seis meses. Con respecto al indicador creencias, el 84% (27) de madres tienen “creencias” relacionadas con la lactancia y cuando están dando de lactar y lavan ropa “el frío pasa por la leche, por ese motivo el niño tiene cólicos”; el 22% (7) de madres adolescentes refieren desconocer el aumento de la producción de leche “cuando la madre come alimentos hervidos y toman mucho líquido”; el 56% (18) de madres adolescentes refieren que existe la posibilidad de transmisión de alguna enfermedad al bebé por medio de la leche materna; 75% (24) de madres refieren que “las medicinas son transmitidas de la madre al bebé por medio de la leche”; el 6% (2) refieren desconocer que “la primera leche materna (transparente) puede perjudicar a los bebés”; el 63% (20) refieren que “es necesario dar biberón antes de los 6 meses cuando la madre no tiene mucha leche”; el 47% (15) refieren que “el anís, la manzanilla, entre otras, previenen el cólico y los gases al bebé”; el 19% (6) refieren que desconocen “si el bebé toma otros líquidos aumenta el riesgo de tener infecciones a su estómago”; el 78% (25) refieren que “el enojo de la madre altera la leche de pecho” y el 41% (13) de madres adolescentes refieren que “el suplemento de la leche es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian”.

Villaverde (2013). Hizo un estudio con fines de tesis doctoral titulado “Factores socioculturales de las madres adolescentes asociados a la lactancia materna exclusiva en el Centro de Salud Pérez Carranza” con la finalidad de determinar los factores socioculturales de las madres adolescentes asociados al cumplimiento de la LME. El estudio se llevó a cabo en 60 madres con niños menores de 6 meses. La técnica utilizada para el presente estudio fue mediante un cuestionario en el que se recopilan datos generales de la madre, datos del lactante y datos específicos. De las encuestadas

el 40% tiene 19 años, el 93% tiene un solo hijo, el 835 de los padres de las madres proceden de la costa y el 67% son solteras. Los factores sociales en las madres adolescentes encuestadas son desfavorables en un 67% y respecto al factor cultural el 80% son desfavorables. También se encontró que las prácticas de lactancia materna son inadecuadas en un 67% y adecuadas 33%. Los autores concluyeron señalando que mediante el estudio se puede afirmar que los factores socioculturales de las madres adolescentes tienen relación significativa con las prácticas de lactancia materna.

Cabrejos y Medina (2013). Desarrolló un estudio titulado “Factores que interfieren en el cumplimiento de la lactancia materna en madres de niños de 0 a 6 meses: consultorio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Max Arias Schreiber, 2013”. La razón de la investigación fue decidir los componentes que interfieren con el cumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres con hijos cuyo rango de edad se encuentra entre los 0 a 6 meses. La investigación se realizó en 94 madres de niños de 0 a 6 meses que van a la Oficina de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Max Arias Schreiber. Entre los resultados fundamentales se encuentra que 59,57% (56) no presentan factores que interfieran con la consistencia de la lactancia materna en sus hijos de 0 a 6 meses, aunque en 40,43% (38) los factores están presentes. El examen concluye demostrando que el factor social es el factor más esencial que se interpone con la satisfacción de la lactancia materna en niños de 0 a 6 meses. Los factores orgánicos, instructivos y de trabajo no son perspectivas esenciales en el cumplimiento de la lactancia materna.

Quispecondori (2012). En la ciudad de Lima, desarrolló un estudio al que tituló “Factores que se asocian con el inicio de la lactancia materna precoz en puérperas primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal: noviembre 2011 - enero 2012” con la finalidad de determinar los elementos relacionados con el inicio de la lactancia

materna temprana. La investigación se desarrolló en 151 damas primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal. Entre los resultados principales tenemos que hubo un menor grado de inicio de la lactancia temprana en mujeres mayores de treinta y cinco años, sólo 7,7% han dado la lactancia temprana ($p = 0,022$), madres que proceden de la región Selva, presentan un menor índice (7,7%) ($p = 0,022$). En cuanto a la preparación para el parto esta se encuentra esencialmente relacionado con el inicio de la lactancia temprana ($p = 0,004$). El 69,2% de las madres púberes que iniciaron la lactancia materna precoz refirieron haber recibido información sobre la Lactancia Materna ($p=0,001$). La estadía en el centro obstétrico está significativamente asociada con la primera infancia ($p = 0.007$). El 53,1% de las mujeres postparto que comenzaron a amamantar informaron haber tenido parto con una pareja ($p = 0,037$) y las madres que dieron a los recién nacidos la exclusividad de la lactancia materna (94,5 %) ($p = 0,000$). Como conclusión del estudio, se concluye que los factores relacionados con el parto y el posparto: programas de preparación para el parto, información previa sobre lactancia, pararse con el bebé inmediatamente después del parto, entregar con un compañero y tomar una decisión antes de dar Los senos exclusivos para lactancia materna, están asociados significativamente con el inicio de la primera infancia.

Ferro & Flores (2006). Desarrolló un estudio denominado “Nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socio-culturales en púerperas del IEMP de octubre a diciembre del 2005” con la finalidad de determinar el Nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con Factores Socio-culturales. El estudio se realizó con 372 puerperas. Entre los resultados más importantes es que el 30.1% mostró un buen nivel de conocimiento; en comparación con la lactancia materna, lo que significa que la abrumadora mayoría del 69.9% mostró un conocimiento inadecuado (entre regular y malo). El grupo de adolescentes es el que

tiene el mayor porcentaje de mal conocimiento (39.4%) en comparación con las mujeres en edad fértil. El grado de educación es un factor bastante importante para comprender y comprender cualquier información. El grupo postparto con solo educación primaria tuvo el mayor porcentaje de conocimiento pobre (32.8%) sobre lactancia materna. El grupo de mujeres solteras está asociado con el nivel de mal conocimiento (38.4%), en comparación con el grupo casado y convivido. Los empleados representaron un mayor porcentaje de lactancia materna (25.8%) que las puerperas dedicadas a su hogar. Del mismo modo, los estudiantes tienen el porcentaje más bajo de buenos conocimientos (16%). Las mujeres que son madres por primera vez tienen el porcentaje más alto de conocimiento escaso (23.5%) en comparación con las mujeres multíparas y mujeres mayores. Mujeres posparto que han recibido información sobre la lactancia materna de cualquier fuente que no sea el personal de atención médica; está asociado con escasos niveles de conocimiento (63.1%). El estudio concluyó señalando que el grupo de adolescentes es el que corre el mayor riesgo de tener un conocimiento inadecuado de la lactancia materna; igual que las mujeres solteras con educación primaria, las mujeres empleadas, las mujeres muy tempranas. La ocupación materna no estuvo relacionada con el nivel de conocimiento del presente estudio.

1.5. Justificación de la investigación

Con los resultados del presente estudio, se tendrá información útil a tener en cuenta con finalidades de prevención para que se cumpla los 6 meses de lactancia exclusiva y se aleje de las probabilidades de abandono de esta práctica que certifica científicamente múltiples beneficios en la salud infantil como el desarrollo intelectual y motor; la protección frente a enfermedades gastrointestinales, respiratorias, etc.,

dichos beneficios también se hacen extensivos a la salud materna como la eliminación de la oxitocina, que es una hormona a través de la succión del pezón la cual promueve las contracciones uterinas y la expulsión rápida de la placenta, y evita la hemorragia post parto, acelerando la involución uterina, entre otros beneficios notablemente importantes, sin mencionar los beneficios familiares y sociales.

1.6. Limitaciones de la investigación

Entre las limitaciones más resaltantes se tiene el acceso a las historias clínicas completas de las madres y los recién nacidos para obtener mayor información acerca del embarazo. Así mismo, se encuentra la disponibilidad y la asistencia de las gestantes al centro hospitalario para poder llevar a cabo las entrevistas. Por otro lado, se tiene en cuenta las respuestas que se puede recibir por parte las gestantes, teniendo una posible manipulación con la finalidad de generar una tendencia determinada a voluntad, sesgando la realidad.

1.7. Objetivos

Objetivo general

Identificar los principales factores de las prácticas hospitalarias y las características biosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva.

Objetivos específicos

- 1) Determinar las prácticas hospitalarias de influencia significativa para el abandono de la lactancia materna exclusiva.
- 2) Determinar los predictores del factor Biológico de influencia significativa para el abandono de la lactancia materna exclusiva.
- 3) Determinar los predictores del factor Social que influye de manera significativa para el abandono de la lactancia materna exclusiva.

1.8. Hipótesis

General

Tanto las prácticas hospitalarias como las características biosociales son factores de influencia significativa para el abandono de la lactancia materna.

Específicos

- 1) Los predictores procedentes de las prácticas hospitalarias que influyen de manera significativa en el abandono de la lactancia materna es la presencia información sobre los beneficios además de la demostración de las técnicas, y el contacto precoz.
- 2) Todos los predictores de las características biológicas fueron de influencia significativa para el abandono de la lactancia materna
- 3) Dentro de los factores sociales personales, los principales predictores para el abandono de la lactancia materna son si la madre trabaja, ser primípara y tener estudios superiores; dentro de las características vinculadas con las creencias,

el abandono de la lactancia materna exclusiva se relaciona con aquellas que creen que dicha práctica afectará su estética, la creencia de que la leche de fórmula es mejor que la materna, la creencia de que la leche materna no contribuye con la nutrición del niño y la creencia de que la leche materna no protege de enfermedades.

II. Marco Teórico

La lactancia materna

La lactancia materna es un tipo de alimentación que consiste en que un bebé se alimente con la leche de su madre. La leche, justamente, es un alimento de características únicas que permite que la madre transmita sus mecanismos de defensa al recién nacido, mientras que el acto de amamantar logra fortalecer la relación madre-hijo (Campos, Chaoul, Carmona, Higa & Vale, 2015). La lactancia materna exclusiva que es aquella en la que el lactante sólo se alimenta de la leche extraída de su madre, exceptuando jarabes o gotas que tenga que tomar por cuestiones médicas (Rojas, 2014). La Organización Mundial de la Salud (OMS) cree que la lactancia materna debe ser la nutrición exclusiva de un niño en los primeros 6 meses de vida porque, debido a sus propiedades, es esencial para un desarrollo saludable. Una vez que esta fase haya finalizado, se debe mantener la lactancia materna, junto con la introducción progresiva de la alimentación complementaria. La OMS agrega que la lactancia materna debe desarrollarse por al menos 2 años. Incluso si la madre y el bebé deciden, pueden continuar sin límite de tiempo. Ha habido casos en los que la lactancia materna se ha mantenido hasta la edad de nueve años. (Leon, 2013)

Beneficios de la leche materna

Para el bebé

La leche materna es la mejor forma de alimentar al recién nacido. No sólo considerando su composición, sino también en el aspecto emocional, ya que el vínculo afectivo que se establece entre una madre y su bebé constituye una experiencia especial, singular e intensa. En este contexto, se ha descubierto el papel de la beta-caseína en la leche materna, que se transforma en beta-casomorfina (de la familia de endorfinas) en el

intestino del bebé, ayudando a crear dependencia de él / ella en la madre, por lo que las caricias o contacto de piel a piel son un mecanismo que libera endorfinas, una secreción que en la madre produce dependencia de estos opiáceos y es un poderoso estímulo para su prolongación. (Jimenez, Osorio, Palomares & Martínez, 2012)

La leche materna ha contribuido a la supervivencia de los seres humanos, en este contexto, numerosos estudios sostienen que no solo contiene los nutrientes necesarios para asegurar el crecimiento y desarrollo de los niños / tan temprano en la vida, sino que también es un alimento estéril con diversos compuestos inmunoquímicos proporciona protección ya que contiene células que eliminan los agentes antimicrobianos sin recurrir al uso de antibióticos, incluidos los factores antiinflamatorios y factores específicos, antibacterianos, antivirales y antiprotozoarios y que conjuntamente posee inmunoglobulina secretora de IgA por su naturaleza interactiva. capaz de inhibir la adhesión de bacterias. Este es un beneficio clave para / de los niños, ya que su sistema inmune durante los primeros meses de vida no está completamente desarrollado y en la leche materna mejora su inmunidad generando efectos positivos para la salud, que se extienden incluso años después destete (Valdez, Díaz, Alonso, Pieiga & Batista, 2015)

Algunos estudios han concluido que los niños y las niñas alimentados al pecho tienen menor riesgo de padecer el síndrome de muerte súbita del lactante e incluso favorece el desarrollo intelectual mientras que otros estudios han demostrado que los niños alimentados con LME tienen una menor incidencia de infecciones agudas del oído, infecciones respiratorias y gastrointestinales en comparación con los niños alimentados de otro modo. (Gonzalez, Escobar, Gonzalez & Rivera, 2013)

En lo que se refiere a las infecciones respiratorias, se ha descubierto que los lactantes previamente alimentados con fórmulas favorecen la colonización de *H. influenzae* y *Moraxella catarrhalis* en la faringe, en la dirección opuesta, las madres

alimentadas con leche materna tienen menos de episodios de infecciones respiratorias, debido a la presencia de sustancias como el factor lipídico antiviral que protege contra el virus de la influenza, la globulina alfa-2 que actúa contra la influenza y los virus parainfluenza que causan infecciones respiratorias agudas; con el mismo propósito, proporciona anticuerpos contra el virus respiratorio sincitial, un agente infeccioso que merece hospitalizaciones infantiles. (Stuebe, 2014)

La lactancia materna, además de proteger a los agentes que causan diarrea y, en caso de producirse, reduce la duración y reduce las complicaciones, como la deshidratación, entre otras. Esto se explica por los componentes contenidos en la leche materna, tanto inmunológica como de otro tipo; como el factor bífido, que impide el crecimiento de las plantas y el desarrollo de agentes productores de diarrea (*E. coli*, *Shigella* y protozoos); y globotriasilceramida, que se une a *S. shiga* u otras toxinas similares, protegiendo a los niños de los agentes bacterianos que producen estas toxinas. (Martin, Patel & Kramer, 2013)

La fácil digestibilidad de la leche materna es otro de sus beneficios, gracias a la concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa, la leche materna es muy fácil de digerir, utiliza completamente todos sus nutrientes y no produce estreñimiento ni sobrecarga de riñón, Reducir el riesgo de enterocolitis necrotizante (NEC) en niños. (Alzate, et al. 2011)

Otro beneficio de la lactancia materna es que los bebés que reciben leche materna muestran una mayor precocidad en el desarrollo psicomotor, deambulando y desarrollando un coeficiente intelectual más alto. (Botello, Marin, Vera & Parrilla, 2014)

La leche humana contiene aminoácidos esenciales, cuya deficiencia puede conducir a la secuela sensorial, como se ve en experimentos con animales. Se aumenta su concentración más agudamente ácido Arasidonik y ácido Dkosaheksainaik (DHA) son

ácidos grasos esenciales, tanto el cerebro y contribuir al desarrollo de la retina, suponiendo que anterior cerebro humano durante el último trimestre del embarazo, La importancia de la LME es aún mayor en los bebés prematuros. (Pino). (Serrano, Monzón, Cantó, Serrano & Martinez, 2015)

Otra ventaja importante de la lactancia materna es la estimulación del desarrollo adecuado de las mandíbulas como este y la maduración de las futuras funciones orales: el enmascaramiento, la expresión mimética y la fonoculación del lenguaje son altamente dependientes en los primeros meses de vida, una conexión funcional que existe en la succión, tragar y respirar Por lo tanto, los niños amamantados tienen un mejor desarrollo de los arcos dentales, el paladar y otras estructuras faciales que los niños que reciben una mamadera. (Stuebe, 2014).

Para la madre

Los beneficios de la lactancia materna temprana son también para las madres, que incluyen: disminución del sangrado después del parto y una invasión uterina más rápida: secundaria al aumento de la concentración de oxitocina en las mujeres estimuladas al succionar al recién nacido; más tarde, la madre tiene menos sangrado menstrual y mayor intergeneración de sus hijos (que puede deberse a amenorrea de la lactancia) y un aumento de peso más rápido antes del embarazo. (Valdez, et al. 2015)

El sangrado postparto es controlado por acción de la hormona oxitocina, la cual además de estar destinada a la eyección de la leche, contrae la fibra miométrial ocluyendo los vasos sangrantes del lecho placentario. El estímulo de succión ejercido por el/la recién nacido/a inmediatamente después del parto aumenta la producción y la consecuente liberación de esta hormona, contribuyendo a un menor tiempo de sangrado además de favorecer la involución del útero a su tamaño original. (Oliver, et al.2010)

A largo plazo, las mujeres lactantes muestran un menor riesgo de cáncer de mama y de ovario, y parece haber una reducción en el riesgo de osteoporosis postmenopáusica y cabeza femoral, inclusive menos riesgo de tener depresión posparto y anemia, además aumenta su autoestima y confianza.

Para la sociedad

Además de los beneficios para la salud de los niños y las madres, existen beneficios para la economía, la familia y el medio ambiente que afectan a la sociedad. De esta manera, los beneficios han reducido la incidencia de absentismo entre los padres, mientras que el ingreso familiar se ve favorecido por la reducción de la incidencia de enfermedades en sus hijos. Se espera que todo esto contribuya a reducir la contaminación ambiental mediante la eliminación de latas, botellas y recipientes desechables, y también ha contribuido a reducir la demanda energética mediante la fabricación y el transporte de productos relacionados con los alimentos artificiales. (León, 2013)

Composición de la leche: adaptación continúa a las necesidades del bebe

Debe distinguirse entre precalostro, calostro, leche de transición, leche madura y la leche de pretérmino. Cada una tiene las características bioquímicas adecuadas para un período de la vida del lactante. La composición de la leche varía en las distintas etapas de la lactancia, a diferentes horas del día y del comienzo al final de una misma mamada (Rojas, Narvaez & Ruiz, 2012)

- **Precalostro:** durante el embarazo, hay secreción de la glándula mamaria llamada "precalostro" en la luz alveolar, compuesta de plasma, sodio, cloro, células, inmunoglobulina, lactoferrina, albúmina de suero y una pequeña cantidad de exudados de lactosa.

- Calostro: en los primeros 4 días después del nacimiento, se produce el "calostro", un líquido amarillento y denso compuesto por demasiada mezcla de leche que comienza a suceder. Su volumen alcanza de 2 a 20 ml de lactancia durante los primeros 3 días después del nacimiento, suficiente para satisfacer las necesidades de R.N. Produce aproximadamente 54 kcal / 100 ml, contiene 2.9 g / 100 ml de grasa, 5.7 g / 100 ml de lactosa y 2.3 g / 100 ml de proteína (3 veces más proteína que la leche madura). Su alta concentración en IgA y lactoferrina junto con el contenido de linfocitos y macrófagos (100,000 / mm³) está subrayada, lo que le otorga un efecto protector contra R.N. en frente de las células ya que las células no se destruyen en el sistema digestivo del bebé. Entre las vitaminas liposolubles con alta concentración en calostro, se destaca el b-caroteno (responsable del color amarillo).
- Leche de transición: ocurre entre 4 y 15 días después del nacimiento. Entre el 4 y el 6 día hubo un fuerte aumento en la producción de leche, que continuó aumentando gradualmente hasta estabilizarse entre 600 y 700 ml / día entre los días 15 y 30 después del nacimiento con variaciones individuales significativas. Su composición varía a lo largo de los días entre el calostro y la leche madura.
- Leche madura: ocurre después de la transición. Contiene 70 kcal / 100 ml. Su volumen promedio es de 700 ml / día durante los primeros 6 meses después del nacimiento, disminuyendo a aproximadamente 500 ml / día en la segunda mitad. Sus principales componentes son: proteínas, minerales, carbohidratos, grasas, agua y vitaminas. La leche contiene 88% de agua con osmolaridad plasmática (286 mosm). La lactosa es el carbohidrato principal (7.3 mg%) y la fuente de energía primaria del bebé (disacárido compuesto de glucosa y galactosa). La galactosa se usa en la síntesis de "galactoolípidos" importantes para el desarrollo del SNC del

niño. El alto contenido de lactosa determina las heces blandas de los bebés que permiten la absorción de Ca en el colon. Otros carbohidratos complejos están libres o unidos a proteínas como N-acetilglucosamina y oligosacáridos. Los hidratos de carbono y las glicoproteínas estimulan el desarrollo de "Bactoid Lactobacillus", la bacteria prevalente en el intestino del bebé, que lo protege de microbios patógenos. Algunos oligosacáridos, estructuralmente similares a los receptores bacterianos, bloquean la adhesión de bacterias a la membrana celular.

- Las proteínas (0,9 g / 100 ml) consisten en caseína (30%) y proteínas de suero (70%); lactoferrina, lactoalbúmina, lisozima, IgA, IgG, IgM y albúmina; proteínas de baja concentración tales como enzimas, moduladores de crecimiento y hormonas. La lactobalamina tiene un alto valor biológico. La lactoferrina favorece la absorción de Fe en el intestino, además de la acción bacteriostática. La lisozima tiene actividad antiinflamatoria. La IgA es la inmunoglobulina más importante en la leche humana.

Tiene un alto contenido de nitrógeno (NNP), del 20 al 30% del total de N es la urea del componente primario utilizada por el niño como fuente N; Los aminoácidos libres como la taurina (los bebés no se sintetizan) son necesarios para la conjugación de ácidos biliares y como posible neurotransmisor.

Las grasas contribuyen al 50% de calorías de la leche, siendo un componente más variable. Su concentración es menor al principio que al final de la alimentación. La calidad de los ácidos grasos puede afectar la dieta de la madre.

Algunas enzimas permanecen activas en el tracto gastrointestinal del bebé. Hay una gran cantidad de leucocitos vivos en la leche, 90% de macrófagos (2000 a 3000 / mm³) y 10% de linfocitos (200 a 300 / mm³). Los macrófagos mantienen la capacidad fagocítica en el tracto gastrointestinal del lactante, y su capacidad de

producir complemento, lisozima y lactoferrina, así como linfocitos, mantienen su capacidad para producir anticuerpos.

- Leche de pretérmino: cuando ocurre un parto de pretérmino la leche con mayor contenido proteico y menos lactosa se produce durante más tiempo que la leche madura, que es más apropiada para los bebés en sus requerimientos de proteína. También contiene mayor contenido de lactoferrina e IgA. No es suficiente para cubrir los requisitos de Ca y P R.N. De bajo peso, por lo tanto, es necesario complementarlos.

Técnicas de lactancia materna

Rojas, Narváez & Ruiz (2012) señala las siguientes posiciones:

- Posición del niño con la madre acostada (*Muy útil por la noche o en las cesáreas*): La madre y el hijo yacen en decúbito lateral cara a cara y cara del niño sobre el pecho y el vientre del niño unido al cuerpo de su madre. La cabeza de la madre yace sobre la almohada doblada. La cabeza del niño en el antebrazo de la madre.
- La parte posterior de la madre debe ser recta y los hombros deben estar relajados. El niño yace en antebrazo del lado materno de la lactancia. La cabeza del niño se encuentra sobre el ángulo del codo y está orientada en la misma dirección que el eje del cuerpo. El abdomen del niño toca el abdomen de la madre y su brazo inferior cubre su costado del pecho: la cabeza del niño en el antebrazo de la madre.
- Posición cruzada (útil para dar ambos senos sin cambiar la posición del bebé cuando el bebé prefiere uno de los dos senos): Una variante del anterior donde la madre con una mano del mismo grupo de enfermería la coloca en posición "U" sostiene el pecho y el otro es sostener al bebé en la espalda y el cuello.

- Es importante contar con una almohada para el cuerpo del bebé con el fin de que quede a la altura del pecho.
- Posición de canasto, o de rugby (Útil en caso de cesáreas, grietas y amamantamiento simultáneo de dos bebés): Posicione al *niño* bajo el brazo del lado del seno que amamantara, de manera que el cuerpo del bebe esté rodeando la cintura de la madre. La *madre* orienta la cabeza del bebé con la mano del lado que amamanta, sujetándolo por la nuca.
- ***Posición sentada:** La madre se coloca nuevamente en los brazos rectos y relajados y en el taburete o reposapiés para evitar la orientación del muslo. El niño mira la madre y el vientre del estómago, colocando una almohada o almohada debajo de ella para acercarla al pecho de la madre, si es necesario (no el pecho del bebé).

Recomendaciones

- Sea cual sea la posición de la cabeza del niño, debe estar alineada con el pecho de la madre, su boca se vuelve hacia el pecho sin tener que girar, doblar o expandir su cuello.
- Si los labios y la lengua están bien, el bebé succionará correctamente en cada posición. La boca del bebé debe estar bien abierta, con los labios cambiaron, pecho profundo en la boca y el pezón se encuentra cerca del labio superior, lo que permite la inserción de la lengua entre la areola y el labio inferior, agarrando su lengua arriba y a él
- Por lo general, se observa que el bebé "trabaja" con la mandíbula cuyo movimiento rítmico se extiende hasta las orejas y templos, y las mejillas se hundien hacia el interior y se han redondeado. Cuando un bebé aspira así, la madre no siente dolor, incluso cuando hay grietas.

- Relación postural madre hijo durante el amamantamiento:
- Liberar el pezón mediante la colocación del dedo índice en la boca del niño.
- Evitar el vacío que ayuda a lastimar y sensibilizar los pezones.

Promoción de la lactancia materna en el mundo

La OMS y la OPS realizan un trabajo extenso con el propósito de salvar a LM en varios países del mundo y publican una serie de 33 folletos y revistas que permiten a los profesionales de la salud educarse para educar a las madres sobre el LM20-22. En resumen, se propone que LM sea: pre-término, exclusivo y bajo demanda. En poco tiempo después del lanzamiento del Programa de Hospitales para Niños y Niños en México, quedó claro en todas las instituciones de atención de la salud que existe una gran demanda de capacitación especializada. El comienzo y el desarrollo se remontan a los primeros meses de 1992, cuando se hace una compilación y selección de materiales y cursos relacionados del mismo tipo. Es necesario traer a la madre un conocimiento bien fundado de que amamantar a su hijo es ofrecer su amor, afecto y salud; porque la leche materna tiene la capacidad de adaptarse con el tiempo a las necesidades cambiantes del niño, ninguna fórmula duplica la de la madre. (OMS, 2015)

La estrategia de la OPS en esta área de promoción de LM incluye tres puntos.

- Funciona con comodidad, utilizando medios de comunicación y materiales diseñados específicamente para las madres.
- Trabajar con recursos humanos.
- Incentivar seminarios de maternidad donde las madres son contratadas directamente.

La difusión de mensajes coherentes y el idioma correcto es esencial; ya que las mujeres en edad fértil son beneficiarias de programas de planificación familiar y supervivencia

para niños, excelentes promotores de LM para garantizar la supervivencia de su recién nacido y una salud óptima para que las madres estén exclusivamente lactando, a petición, evite el uso de botellas y Continúe amamantando si su madre o niño se enferma.

Promoción de la lactancia materna en el mundo:

Código Internacional de los Sucedáneos de la Leche Materna:

Definición: Sucedáneo de la leche materna es todo alimento comercializado o de otro modo presentado como sustituto parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para este fin.

En 1989 la OMS y la UNICEF presentan en la 67ª Reunión del Consejo Consultivo de la OMS, una propuesta de código y la 34ª Asamblea Mundial de la Salud lo adopta el 21 de mayo. (OMS, 2015)

El objetivo del código es: “contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y eficiente, protegiendo y promoviendo la LM y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución.

El código no permite ninguna publicidad de los sucedáneos de la leche materna, otros alimentos de origen lácteo, bebidas, incluidos alimentos complementarios, biberones y chupones. También prohíbe la promoción de los productos en los servicios de salud y la oferta de muestras al personal de salud.

Declaración Conjunta OMS/UNICEF:

Con esta declaración se inicia en 1989 un apoyo de la LM. En esta se persiguen entre sus principales puntos:

- Describir lo que se puede hacer para dar información y apoyo a las madres.
- Estimular a todo el personal de salud para que revisen las políticas y prácticas que puedan interferir con la lactancia natural.

Convención sobre los derechos del niño:

En 1989 se llevó a efecto esta Convención. El artículo 25 señala el compromiso de “asegurar que todos los sectores de la población, en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la LM, la higiene...”

Cumbre Mundial a Favor de la Infancia:

Los días 29 y 30 de septiembre de ese mismo año, se reunió en las Naciones Unidas el grupo más grande de dirigentes mundiales en la historia a fin de adoptar una Declaración sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño y un Plan de Acción para aplicar la declaración en el decenio 1990. En las metas que se especifican para el decenio de los 90, en el apartado de nutrición se anota: “lograr que todas las mujeres amamanten a sus hijos durante cuatro a seis meses y continúen la lactancia con la adición de alimentos hasta bien entrado el segundo año”.

La Declaración de Innocenti

Que fue elaborada y aprobada por los participantes en la reunión conjunta OMS/UNICEF de planificadores de políticas sobre: “La lactancia materna en el decenio

de 1990: una iniciativa a escala mundial”, copatrocinada por la agencia de los Estados Unidos para el desarrollo internacional (A.I.D) y el organismo sueco de desarrollo internacional (O.S.D.I) que tuvo lugar en Spedalegli Innocenti en Florencia, Italia, del 30 de julio al 1° de agosto de 1990, en cuyo texto final aparece: Como meta mundial para la salud y la nutrición de la madre y el niño, todas las mujeres deberán poder amamantar exclusivamente a sus hijos y todos los lactantes deberían ser alimentados a pecho desde su nacimiento hasta los 4-6 meses de edad.

La declaración refleja el contenido del documento original elaborado para la reunión y las opiniones del consenso expresadas en sesión plenaria, donde se plantea la necesidad de aumentar la confianza de la mujer en su capacidad de amamantar, se expresa la responsabilidad gubernamental de desarrollar políticas nacionales y establecer metas nacionales apropiadas para el decenio, también se plantea que todo el personal de salud debe tener capacitación para llevar a la práctica esta política de LM 6- 28.

Al seguir revisando el accionar de la OMS y la UNICEF encontramos que la 54.a Asamblea de la OMS, celebrada en Ginebra del 14 al 22 de mayo de 2001, emitió recientemente una resolución donde se recomienda que los niños sean amamantados de forma exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. Esta recomendación, resultado de un proceso de consenso, se basa en la conclusión de que ya son suficientes las pruebas científicas en el área de la salud pública para cambiar la recomendación anterior de amamantar de forma exclusiva de 4 a 6 meses después del nacimiento. América Latina contribuyó de manera importante a llegar a este consenso, gracias a la influencia de un estudio experimental llevado a cabo en Honduras. Este estudio demuestra, por una parte, que los niños amamantados exclusivamente por 6 meses crecen tanto como los que son

amamantados de forma exclusiva hasta el cuarto mes de vida, y posteriormente alimentados con leche materna más alimentos semisólidos sanos y nutritivos.

Las tasas de amamantamiento exclusivo son muy bajas en América Latina y el Caribe, como en casi todo el mundo. Esta situación ha despertado dudas sobre la práctica de recomendar un régimen de alimentación infantil que se sigue con muy poca frecuencia. Aunque los hallazgos recientes de dos estudios experimentales demuestran que la consejería sobre LM en los hospitales y en la comunidad es una manera de promover la salud materno infantil de gran efectividad en función de los costos, ya que aumenta notablemente las tasas de LME.

Un estudio cuasi experimental llevado a cabo en Santos, Brasil, donde las madres que dieron a luz en un hospital donde había consejería sobre LM dieron amamantamiento exclusivo por 53 días más que las que dieron a luz en el hospital testigo, donde la consejería era escasa. Los estudios experimentales y cuasi experimentales que exploran la consejería sobre LM demuestran que con toda probabilidad, esta ayuda a fomentar la LME en contextos sociales, económicos y culturales diversos. Pero para poder diseñar programas de consejería sobre LM, es muy importante comprender las causas reales que llevan a muchas madres a no amamantar a sus hijos de la manera recomendada por la OMS: 6 meses de forma exclusiva, seguidos de la adición paulatina de alimentos nutritivos preparados higiénicamente, sin suspender la alimentación al pecho hasta que el niño cumpla 2 años de edad. En este número de la Revista de Nutrición se presenta un estudio interesante, llevado a cabo por Mc Lennan en la República Dominicana, donde se pretende identificar qué factores comunitarios obstaculizan la LM, para de esa manera lograr que las madres notifiquen causas que de ordinario no revelan cuando las preguntas son directas y personales.

Comunicado de Prensa Conjunto UNICEF/OMS

Estrategia mundial: La LM es fundamental para la supervivencia infantil.

La UNICEF y la OMS piden que aumente el compromiso para que todos los lactantes y niños pequeños reciban una alimentación apropiada.

Nueva York: 23 de marzo de 2004 -- En su llamamiento a los gobiernos para que promuevan y protejan la LM, la UNICEF y la OMS presentan hoy conjuntamente la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. En el documento, elaborado mediante un proceso de consulta mundial a lo largo de más de dos años, se señalan los principales problemas de la alimentación de los lactantes y los niños pequeños y se apuntan los planteamientos que podrían resolverlos.

«No hay mejor opción que la LM para estar seguros de que los niños empiezan la vida de la mejor manera posible», declara la Directora Ejecutiva de la UNICEF, Carol Bellamy. «La estrategia constituye un plan de importancia inestimable para que los gobiernos fomenten los entornos que estimulen a las mujeres a adoptar decisiones informadas acerca de la alimentación de sus hijos».

La LME proporciona el alimento ideal durante los primeros seis meses de vida del niño, pues le aporta todos los nutrientes, anticuerpos, hormonas, factores inmunitarios y antioxidantes que necesita para sobrevivir. Protege a los niños frente a la diarrea y las infecciones respiratorias y estimula sus sistemas inmunitarios.

«Prácticamente todas las madres pueden amamantar a sus hijos si reciben información exacta y apoyo de sus familias y comunidades y del sistema de atención de salud», refiere el Dr. Lee Jong-Wook, Director General de la OMS. «Los gobiernos

tienen que emprender de forma inmediata y eficaz la aplicación de esta importante estrategia».

No amamantar al niño, y especialmente no alimentarlo exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida, es un importante factor de riesgo relacionado con la morbilidad y la mortalidad infantiles. Esos factores de riesgo se ven agravados cuando los lactantes no reciben una alimentación complementaria apropiada a medida que van creciendo.

En la estrategia se pide que aumente drásticamente el número de niños que se alimentan exclusivamente con leche materna. En la actualidad, no más del 35% de los lactantes de todo el mundo reciben exclusivamente leche materna siquiera durante los cuatro primeros meses de la vida. Demasiado a menudo, la alimentación complementaria empieza demasiado pronto o demasiado tarde, y en muchos casos los alimentos son nutricionalmente inadecuados e insalubres. Los niños mal nutridos que sobreviven caen enfermos más a menudo y sufren durante toda la vida las consecuencias del retraso de su desarrollo.

«Entre las consecuencias a largo plazo de las prácticas inadecuadas de alimentación en la primera infancia se cuentan el mal rendimiento escolar, la baja productividad y el retraso del desarrollo intelectual y social», afirmó la Sra. Bellamy.

El equipo de salud debe conocer los mitos y creencias sobre la práctica de la LM en su comunidad, así como otros aspectos relacionados con la estructura demográfica, el nivel de salud, el nivel de educación, las principales ocupaciones laborales, el porcentaje de niños amamantados y otros que influyen sobre el uso de la lactancia. La obtención de estos datos es a través del Diagnóstico de la Situación de Salud, y de la observación y comunicación con líderes formales e informales del área de atención;

cualquier estrategia debe ser discutida en la comunidad. De igual forma es necesario involucrar a todos los sectores en función de apoyar a las madres que lactan y el trabajo de promoción por la LM.

Esta promoción de la LM debe comenzar en las edades tempranas de la vida mediante los juegos de roles con los niños y hacer énfasis con las embarazadas y la familia.

Las acciones desarrolladas por el equipo de salud en la comunidad garantiza el éxito, pues lo que la futura madre piense y sienta es decisivo en la tenencia de la leche, ella debe saber que la leche materna es lo mejor para su hijo, que no debe brindar ningún otro alimento, y así asegurar un crecimiento y desarrollo óptimo del niño.

Los expertos son claros al enfatizar que la leche materna es la única necesidad clara del bebé hasta los 6 meses de vida. La organización internacional UNICEF es clara a la hora de hablar de LM, considera que es la mejor opción para los bebés, y que mejorar las prácticas de la alimentación infantil reducirá la mortalidad al 20% en países en vías de desarrollo. Los expertos coinciden en que la LME durante los primeros seis meses de la vida proporciona a los bebés todos los nutrientes que necesitan y los protege contra enfermedades. Estudios recientes demuestran que «alimentar a los lactantes con leche materna durante los primeros meses puede salvar 1,3 millones de vidas al año». A pesar de la insistencia de los expertos, es preocupante el Informe del 2005, dado por la UNICEF sobre el Estado Mundial de la Infancia, el cual indica que las tasas de LME continúan siendo muy bajas, y que apenas llegan al 37% en todo el mundo. La mayoría de organismos y sociedades científicas reconocen la LM como el alimento de elección para los lactantes durante el primer semestre de vida. Las características de la leche

materna pueden variar de una mujer a otra, y factores como el régimen alimentario influyen en la composición de la leche.

Según los expertos, los cambios en su composición suelen responder a las distintas necesidades nutricionales del lactante en sus diversas etapas de crecimiento, siendo de gran importancia que al nacer, su principal necesidad son las calorías y toda la inmunidad que su madre pueda aportarle. Pero a pesar que pueden evitarse tantas muertes infantiles en los países en vías de desarrollo, en los países más desarrollados también se encuentran tasas alarmantes. En España solo el 34% de las mujeres mantiene la LM hasta el tercer mes. Lo cual nos indica que no es solo un problema de países menos favorecidos económicamente, sino que la revolución social de la mujer en el mundo contemporáneo, afecta su visión y conducta frente a la maternidad.

Factores asociados al abandono de la lactancia materna

Considerando que la lactancia materna es una conducta fisiológica, instintiva, una herencia biológica natural en los mamíferos, llama enormemente la atención el hecho paradójico del abandono de esta práctica por el ser humano, resultando notable la creciente disminución que ha presentado en los países en desarrollo, tanto en áreas urbanas como rurales, más aún cuando se conocen sus múltiples ventajas. Las conductas adoptadas por las personas se encuentran determinadas por una multifactoriedad de aspectos, dentro de los cuales, la perspectiva comportamental considera el instinto, los impulsos, las necesidades, la motivación, la intención, los valores, las percepciones, las creencias, los conocimientos, las opiniones, las actitudes, la autoeficacia y las habilidades cognitivas, verbales o psicomotoras de cada persona. (Galiano & Rodríguez, 2013)

De la misma forma, la perspectiva social considera las variables interpersonales y de modelamiento grupal, así como aspectos organizacionales, institucionales, comunitarios y ecológicos. Dentro de los factores que han influido en la declinación de la lactancia materna se encuentran, por un lado, la incorporación de la madre al trabajo y la incertidumbre de la embarazada hacia la lactancia, y por otro, la desinformación del personal de la salud con respecto al tema y las practicas hospitalarias que promueven tanto el distanciamiento madre-hijo/a inmediatamente después del parto, como el suministro de diversos líquidos como alimento inicial para los/as niños/as.

La bibliografía revisada demuestra que tanto las mujeres como la población en general poseen conocimientos deficientes con respecto al proceso de lactancia materna. En cuanto a los beneficios que entrega la lactancia a los/as niños/as generalmente sólo se conocen los de tipo nutricional e inmunológico; desconociéndose muchas veces los beneficios que este proceso otorga a la madre. En otros aspectos referentes a la lactancia materna también existe déficit de conocimientos, como por ejemplo en lo que respecta a la técnica correcta de amamantamiento, aspectos legales que promueven o protegen el proceso, e incluso medidas o cuidados que lo favorecen, como es el cuidado de los pechos. (Policlinoco, Mulkay, Policlinico & Lima, 2015)

Las creencia de las mujeres, entre las creencias desfavorables más frecuentes se encontraron aquellas en donde la madre afirmaba que “se les caían los pechos” (50%), “a el/la niño/a no le gusta la leche de pecho” (37,5%), “no les salía leche” y “los pechos pequeños no dan leche”, estas 2 últimas señaladas en igual proporción (25% respectivamente), además de otras con menores porcentajes. Por otro lado, referente a la actitud de las mujeres con respecto a la lactancia materna, se obtuvo que el 90% de las madres encuestadas presentaron una actitud favorable frente al proceso, mientras que el 10% restante presentaron una actitud desfavorable. (Rojas, 2014)

En otros estudios realizados respecto a los mitos y creencias encontrados, se destacan: Las madres deben consumir ciertos alimentos y otros no, una alimentación deficiente produce leche mala, la madre enferma no debe amamantar a su hijo, el estado emocional de la madre influye en el niño, la madre que amamanta no puede consumir fármacos, el tamaño de los pechos influye en la cantidad de leche que producen, el aspecto y color de la leche materna reflejan la calidad de ella, La madre no puede realizar trabajo excesivo ni fuerza física, están prohibidas las relaciones sexuales en la madre que amamanta, la leche puede variar de buena a mala o viceversa, los pechos blandos no tienen leche, los niños con lactancia materna exclusiva tienen con mayor frecuencia diarrea(AU)

Edad y Paridad

La edad y la experiencia previa de ser madre, naturalmente pueden influir en las prácticas de crianza de una mujer, ya que podrían otorgar mayor experiencia para enfrentar las exigencias propias de la maternidad. Según Olmo y Cols (2008) en su estudio realizado en Cuba, la edad menor a 20 años y la primiparidad eran unos de los factores maternos más frecuentemente asociados al abandono de la LME antes de los 4 meses, destacándose que las madres adolescentes abandonaron la LME con mayor frecuencia durante el 1er mes (38,1%). Resultados similares se obtuvieron del estudio de PERAZA y cols. (1999), en donde el 75% de los/as niños/as que presentan destete precoz son hijos/as de madres adolescentes. Lo antes expuesto puede deberse a la poca preparación para la maternidad y la inmadurez propia de la etapa de la adolescencia que muchas veces determina el abandono precoz de la LME por estas adolescentes, se suma además la falta de preparación psicosocial y fisiológica para asumir en todos los planos

el hecho de ser madre. A medida que avanza la edad, la mujer toma conciencia de la importancia de su rol materno y aumentan las probabilidades de prolongar la LME.

Prácticas hospitalarias y lactancia materna

Los estudios realizados han puesto de manifiesto que las razones de tan bajo grado de LM son múltiples y muy diversas, incluyendo tanto factores medicosanitarios como socioeconómicos y culturales. La mayoría de las madres (60%) suelen decidir antes del embarazo cómo van a alimentar a su hijo; un porcentaje más pequeño lo decide durante el embarazo (34%), y realmente son muy pocas (6%) las que lo hacen tras el parto. Por ello, en el posparto los esfuerzos no deben ir encaminados a convencer a la madre de que dé el pecho a sus hijos, sino en procurar que las mujeres que lo quieren hacer lo lleven a cabo satisfactoriamente. Los profesionales de los servicios de maternidad de los hospitales ejercen un papel muy importante en la utilización de la lactancia materna, pues el proceso del parto y los primeros días del posparto condicionarán, en buena medida, su utilización y éxito. Las rutinas seguidas en muchas maternidades explicarían un gran porcentaje de las causas de no inicio de LM, así como también la falta de conocimientos y la mala técnica. Por otra parte, el paso temprano de LM a lactancia mixta guarda relación con su consiguiente abandono. Son muchas las mujeres que deciden amamantar durante los primeros meses, pero realmente son pocas las que consiguen el objetivo que se plantearon en un principio. De esta situación se hicieron eco las organizaciones internacionales que iniciaron una política favorecedora de la LM, que culminó con la declaración conjunta OMS/UNICEF en Ginebra en 1989: “Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural. La función especial de los servicios de maternidad”. El eje de esta declaración fueron los “Diez pasos para una feliz lactancia materna” Para conocer el cumplimiento de estos “10 pasos”, en 1991,

UNICEF lanzó la iniciativa “Hospital amigo de los niños”, galardón otorgado a aquellos hospitales cuyos profesionales lo lleven a cabo. Existe evidencia científica de las ventajas que suponen estas recomendaciones para el éxito de la LM. En la literatura científica nos encontramos con multitud de estudios sobre la sistemática de funcionamiento en el hospital durante y tras el parto, así como el grado de implementación de los “10 pasos”. De estos estudios se desprenden acuerdos relativos a algunas prácticas hospitalarias, pero no tanto para otras. Sí parece haber cierto consenso en considerar ciertas prácticas hospitalarias como favorecedoras y otras como perjudiciales para el éxito de la LM.

10 pasos para una feliz lactancia materna

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal sanitario
2. Capacitar a todo el personal para llevar a cabo esta política.
3. Informar a todas las madres de los beneficios de la lactancia natural.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia materna durante la media hora siguiente al parto.
5. Enseñar a las madres cómo se debe dar el pecho.
6. No dar a los recién nacidos más que lactancia materna, sin ningún alimento o bebida, salvo cuando medie indicación médica.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los recién nacidos durante las 24 h.
8. Fomentar la lactancia natural cada vez que el niño lo pida.
9. No dar chupetes o chupadores artificiales a los niños alimentados al pecho.

10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo de la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos algunas de las prácticas favorecedoras ya comentadas.

Entre las acciones favorecedoras se incluyen el alojamiento en la misma habitación de la madre-hijo o alojamiento conjunto, el momento de la primera toma de pecho (preferiblemente en la primera media hora de vida), la técnica de dar el pecho a demanda, la información y el apoyo a la LM, la educación sanitaria en las primeras tomas y la utilización de la LM en exclusiva.

En cuanto a las acciones perjudiciales, se encuentran la rigidez de horarios para las tomas, la utilización de biberones de suero o de suplemento durante la hospitalización, la separación de la madre del hijo durante el ingreso, retrasar la primera toma de pecho y los paquetes de regalos con muestras comerciales al alta hospitalaria. Tradicionalmente, el parto por cesárea constituía un inconveniente para la utilización de LM, pero hoy día, con la anestesia epidural, que evita la separación madre-hijo en el posparto inmediato y la posible secreción de anestésicos en la leche materna, la situación parece que empieza a cambiar en este grupo de madres. En bastantes estudios no se obtienen diferencias significativas entre la LM en mujeres con parto por vía vaginal y mujeres con parto por cesárea. Por último, el ingreso del recién nacido en neonatología, sin duda alguna, es un factor perjudicial para la LM. En primer lugar, porque la enfermedad del recién nacido puede contraindicar el pecho y, en segundo lugar, porque la separación madre-hijo impide al Romero ME, et al. Influencia de las prácticas hospitalarias en el inicio y el mantenimiento de la lactancia maternal.

A pesar de ello, en estas unidades se recomienda extraer la leche materna para alimentar al bebé cuando no sea posible darla directamente, e incluso fortificada cuando

fuera necesario para un niño prematuro. Así, dada la repercusión que pueden tener las actuaciones de los profesionales de la salud, especialmente las obstetras por la continuidad del cuidado y proximidad a las madres, se hace necesario planificar las rutinas hospitalarias y de cuidados. Conocer la influencia que ejercen estas rutinas sobre el tipo de alimentación de los recién nacidos puede ser de gran utilidad para diseñar estrategias y protocolos de actuación encaminadas a aumentar los grados de LM.

2.1. Marco conceptual

- Prácticas hospitalarias: Son las acciones que se desarrollan con la aplicación de los conocimientos adquiridos según reglamento de una entidad determinada de salud en función a la formación profesional recibida y ejercida.
- Características biosociales: Está determinado por sus características biológicas de la madre, cuyas acciones están sujetas a los aspectos psicológicos y el entorno social.
- Abandono de lactancia materna: Frustrar la forma ideal de aportar a los niños, los nutrientes que necesitan para su crecimiento y desarrollo saludable, cuya duración elemental es hasta los seis meses de edad.

III. Método

3.1. Tipo de Investigación

El estudio es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, causal explicativa, de diseño no experimental de casos y control, con corte transversal, dado que no se manipularon las variables para ver efectos en otras y la medición se dio una sola vez en el tiempo.

3.2. Población y muestra

Población

La población de estudio está conformada por todas las mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Leopoldo Barthon Thompson – EsSalud, durante los meses de Octubre a Diciembre del 2017.

Muestra

El número necesario de las personas que participaron en el estudio, será determinado mediante un planteamiento bilateral para casos y controles con datos referenciales de los meses de julio a septiembre de 2017, dicho cálculo se hará mediante la fórmula:

$$n = \frac{\left[Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{(c+1)p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{cp_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{c(p_1 - p_2)^2}$$

Donde $p = \frac{p_1 + p_2}{2}$ y los valores $Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ y $Z_{1-\beta}$ son valores que se obtienen de la distribución normal estándar en función de la seguridad y el poder elegidos para el estudio.

Cálculo del tamaño muestral mínimo necesario para detectar un odds ratio significativamente diferente de 1

Frecuencia de exposición entre los casos = 0.15

Frecuencia de exposición entre los controles = 0.40

Odds ratio a detectar = 4.00

Nivel de seguridad = 0.95

Potencia = 0.80

Número de controles por caso = 2

P1= 0.15

P2= 0.40

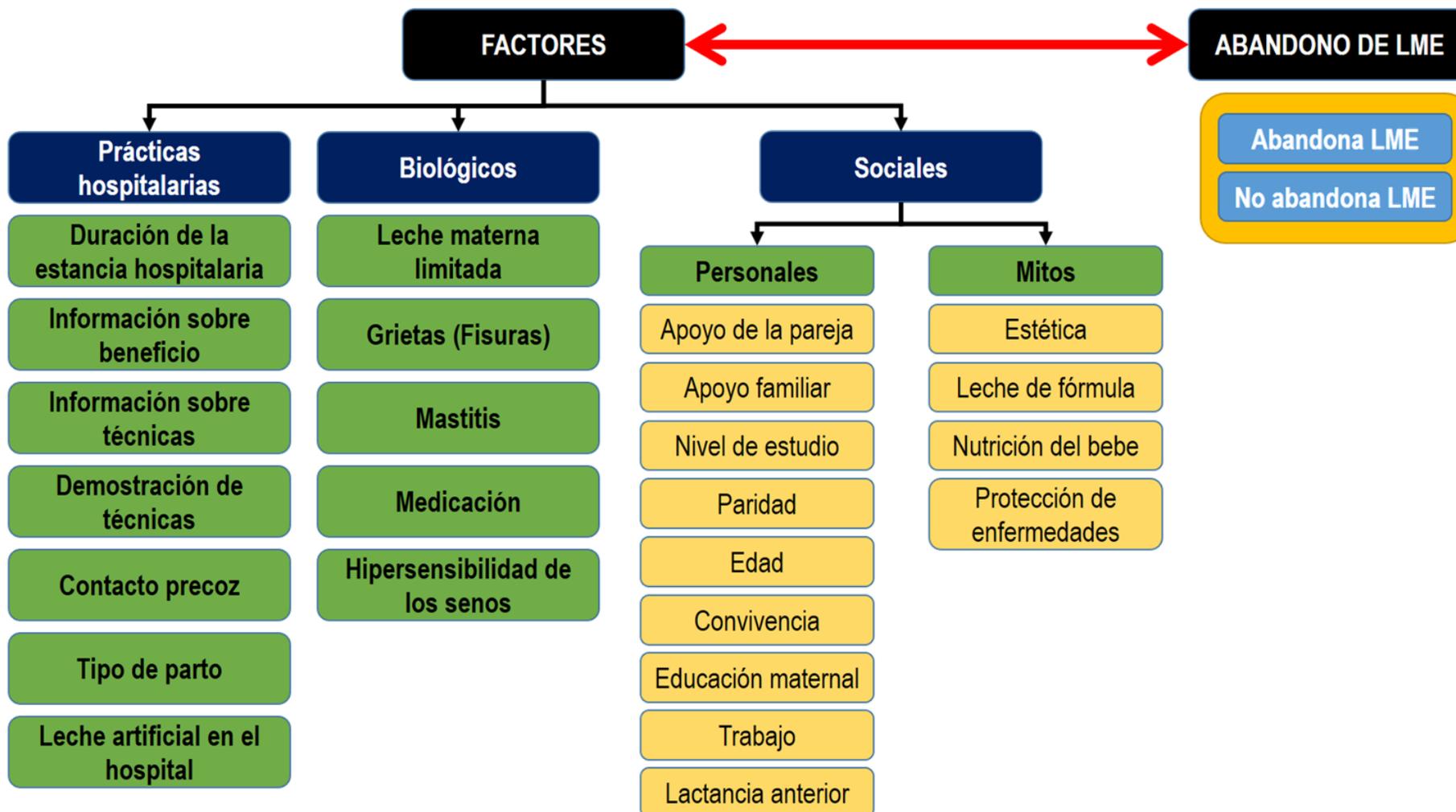
P3= 4.00

Casos	36
Controles	71

3.3. Operacionalización de variables

Factor	Predictores	Ítem	Categorización		Medida	
			Valor	Categoría		
PRACTICAS HOSPITALARIAS	Duración de la estancia hospitalaria	Tiempo que transcurre desde que la gestante es internada hasta que es dada de alta después de parir.	0 1	Más de 42 horas Hasta las 42 horas	Ordinal	
	Información sobre beneficio	En el hospital me brindaron la información necesaria sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva.	0 1	Sí No	Nominal	
	Información sobre técnicas	En el hospital me enseñaron las técnica que debo emplear para dar de lactar a mi bebe.	0 1	Sí No	Nominal	
	Demostración de técnicas	En el hospital me demostraron la forma correcta de dar de lactar a mi bebe.	0 1	Sí No	Nominal	
	Contacto precoz	Pusieron a mi bebe sobre mi pecho, inmediatamente después de cortar el cordón.	0 1	No S	Nominal	
	Tiempo hasta la primera toma de pecho	¿Qué Tiempo trascurrió desde el nacimiento hasta la primera toma de pecho?	1 2 3	0-1 ½ horas 1 ½ a 2 horas > a 2 horas	Ordinal	
	Uso de Biberón	En el hospital me dieron algún tipo de biberón de ayuda para alimentar a mi bebe.	0 1	Sí No	Nominal	
	Tipo de parto	Cesárea; Vaginal	0 1	Cesárea Vaginal	Nominal	
	BIOLOGÍCOS	Leche materna limitada	Tuve problemas en la producción de leche, por ello mi bebe dejó de lactar.	0 1	Sí No	Nominal
Grietas (Fisuras)		Abandoné la lactancia materna exclusiva por presentar grietas en los pezones.	0 1	Sí No	Nominal	
Mastitis		Abandoné la lactancia materna exclusiva por presentar mastitis.	0 1	Sí No	Nominal	
Medicación		Deje de lactar a mi bebé porque enfermé y tuve que medicarme.	0 1	Sí No	Nominal	
Hipersensibilidad de los senos		Abandoné la lactancia materna exclusiva por presentar mucho dolor en lo senos.	0 1	Sí No	Nominal	
SOCIALES	Apoyo de la pareja	Apoyo de la pareja en la decisión de amamantar	0 1	Sí No	Nominal	
		Apoyo familiar	Recibí apoyo de mi familia en la decisión de amamantar (Abuela, Mama, Hermanas, etc)	0 1	Sí No	Nominal
	Nivel de estudio	Básico; Técnicos; Superior	1	1	Letrada	Ordinal
			2	2	Básico	
			3	3	Superior	
	Paridad	Primípara; Multípara (2-4); Gran multípara (más de 5)	1	1	Primípara	Ordinal
			2	2	Multípara	
			3	3	Gran multípara	
	Edad	<18; 18-34m; >34	1	1	Hasta 25 años	Ordinal
			2	2	25 a 31 años	
	3	3	De 31 a más			
	Convivencia	Con pareja; Sin pareja	1	1	Sola	Nominal
			2	2	Con pareja	
	Educación maternal	He recibido educación maternal respecto a la lactancia materna exclusiva.	0 1	Sí No	Nominal	
Trabajo	Abandoné la lactancia materna exclusiva por causa de mi trabajo.	0 1	Sí No	Nominal		
		1	1	Exclusiva	Nominal	
Lactancia anterior	Exclusiva; Artificial; Mixta	2	2	Artificial		
		3	3	Mixta		
		4	4	No tuvo		
		0	0	Sí	Nominal	
1	1	No				
Mitos	Estética	0	0	Sí	Nominal	
		1	1	No		
		Leche de fórmula	Los niños crecen más con leche de fórmula que con leche materna.	0 1	Sí No	Nominal
				0 1	Sí No	
Nutrición del bebe	Mi leche no es buena, por eso mi bebe no engorda.	0 1	Sí No	Nominal		
		0 1	Sí No			
Protección de enfermedades	Creo que la leche materna sola no protege de enfermedades.	0 1	Sí No	Nominal		
		0 1	Sí No			

Gráfica de variables



3.4. Instrumentos

Se elaboró un documento de registro Ad Hoc con veintiséis predictores, distribuidos en tres factores tales como las prácticas hospitalarias, el factor biológico, el factor social.

Para determinar las evidencias de validez de contenido, el instrumento fue sometido al análisis de juicio de diez expertos en el tema, quienes, evaluados la pertinencia y relevancia del ítem, obteniendo resultados favorables que indicaron que el documento de registro reúne la información para la explicación que se pretende determinar como objetivo central de la presente investigación.

La confiabilidad fue determinada mediante un análisis de la consistencia interna de los ítems a través de un estudio piloto en 10 casos; se calculó el coeficiente alfa, cuyas valoraciones fue .705 para el factor Practicas hospitalarias, .687 en el factor Biológico y .695 en el factor Social.

3.5. Procedimientos

Los casos de abandono de lactancia materna exclusiva se identificaron en los servicios de obstetricia del Hospital Leopoldo Barthon Thompson – EsSalud; los controles fueron las mujeres que han culminado exitosamente el periodo de la lactancia materna exclusiva, las cuales fueron identificadas diariamente durante su asistencia a su control en dicho establecimiento de salud.

Todas las entrevistas fueron realizadas dentro del Hospital en el que se llevó a cabo el estudio, las cuales duraron de 15 a 20 minutos. Luego se revisaron las historias clínicas hospitalarias de las madres y recién nacidos para coleccionar información adicional acerca del embarazo, trabajo de parto, características del parto y condiciones del recién nacido.

3.6. Análisis de datos

Luego de recoger los datos mediante el formato estructurado, nos apoyamos en el Software IBM SPSS 20 con la finalidad de emplear los estadísticos necesarios para dar respuesta a los objetivos planteados en este estudio.

Se compararon variables categóricas entre casos y controles usando Chi Cuadrado o la prueba exacta de Fisher. Se estimaron los Odds ratios (OR) a un intervalo de confianza al 95%, para el análisis bivariado.

Entre los estadísticos empleados tenemos:

Estadística descriptiva: Fundamentalmente se utilizó las medidas de tendencia central, dispersión, tablas y gráficos. Esto permitió conocer y entender la forma cómo se vienen comportando los datos en cada variable.

Estadístico de Chi Cuadrado y Tablas de contingencia.

Prueba no paramétrica: Chi Cuadrado (X^2). Es una prueba estadística para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas, no consideradas relaciones causales. La prueba Chi cuadrado se calcula por medio de una Tabla de contingencias o tabulación cruzada, que es una tabla de dos dimensiones y cada dimensión contiene una variable. A su vez cada variable se subdivide en dos o más categorías.

Puesto que, en la distribución de los datos, algunos no se ajustaron a la normalidad, fue necesario aplicar esta prueba para conocer la independencia o no, entre las variables y conocer, si hubo dependencia, entre las categorías identificadas.

$$X^2 = \sum \frac{(o - e)^2}{e}$$

$$g.l. = (Tf - 1) (Tc - 1)$$

H₀ = Independencia

Coefficientes Asociación

H₁ = Dependencia

Phi, V Cramer (Variables Nominales)

Si $p \leq 0.05$ Rechazo H₀

d de Somers (Variable Ordinal)

Odds ratio

Tabla de 2 x 2 en los estudios de casos y controles

	Abandono de la LME		Total
	Casos	Controles	
Expuestos	a	b	a + b
No Expuestos	c	d	c + d
Total	a + c	b + d	a + b + c + d

$$\text{Odds Ratio} = a \times d / b \times c$$

$$IC95\% = OR * e^{\left(\pm 1.96 * \sqrt{\frac{1}{a} + \frac{1}{b} + \frac{1}{c} + \frac{1}{d}}\right)}$$

Valor 1 = Ausencia de asociación

Valores <1 indica asociación negativa, posible factor protector

Valores >1 indica asociación positiva, posible factor de riesgo

3.7. Consideraciones éticas

La investigación fue desarrollada considerando todos los aspectos vinculados a la conducta responsable en investigación, los cuales involucran los permisos necesarios solicitados a la entidad en la que se realizó el estudio, así como los consentimientos informados a las personas de las que se utilizó información personal las mismas que fueron manejadas con absoluta confidencialidad.

IV. Resultados

Luego de recoger información, los datos fueron procesados recurriendo a la estadística descriptiva e inferencial a fin de obtener los resultados que respondan al problema de investigación formulado al inicio del estudio.

La investigación pretende determinar predictores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva (LME), para dicho fin, los resultados se presentan en tablas de contingencia, por lo tanto, para determinar si existe asociación significativa entre el abandono o no, y los predictores procedentes de los factores: Prácticas hospitalarias y Características biosociales; los datos fueron sometidos a la prueba chi cuadrado, asimismo, a fin de determinar si existe riesgo significativo para el abandono de la lactancia materna exclusiva y, de haberlo, cuantificar dicho riesgo, los datos fueron sometidos a la prueba Odds Ratio (OR).

En la tabla n°01, se presenta la evaluación de riesgo para el abandono de la lactancia materna exclusiva según las prácticas hospitalarias; en la tabla n°02, según características biológicas; en la tabla n°03, según características sociales personales; y en la tabla n°04, según características sociales (mitos).

Contraste de hipótesis

El procedimiento empleado para el contraste es el siguiente: Primero se empleó la prueba chi cuadrado, para lo cual H0: Independencia de variables y H1: Dependencia de variables; si el valor de probabilidad es $\leq .05$, entonces, rechazo H0 y acepto H1. Sobre esta base, se interpreta la prueba Odds ratio, lo cual, H0: No existe riesgo significativo; H1: Existe riesgo significativo; si los intervalos de confianza son mayores que 1, entonces rechazo H0 y acepto H1.

Tabla N° 01.
Prácticas hospitalarias asociadas para el abandono de la lactancia materna exclusiva.
Hospital Leopoldo Barthon Thompson – EsSalud. Lima, 2015

Predictores		Grupo		Total	Prueba
		Caso	Control		
Tiempo de estancia hospitalaria	>48 horas	12	11	23	p=0.034
	24-48 horas	24	60	84	OR: 2.727 [1.060 – 7.018]
Información sobre el beneficio	Sí	17	68	85	p=0.000
	No	19	3	22	OR: 0.039 [0.010 – 0.149]
Información sobre técnicas	Sí	27	67	94	p=0.004
	No	9	4	13	OR: 0.179 [0.051 – 0.631]
Demostración de técnicas	Sí	20	63	83	p=0.000
	No	16	8	24	OR: 0.159 [0.059 – 0.426]
Contacto precoz	No	23	20	43	p=0.000
	Si	13	51	64	OR: 4.512 [1.920 – 10.601]
Tiempo hasta la primera toma	0-1 ½ horas	f	6	37	X ² =14.282; gl=2 p=0.001
	1 ½ a 2 horas	Res. Tip.	-2,2	1,6	
		f	12	19	
		Res. Tip.	,5	-,3	
		f	18	15	
> a 2 horas	Res. Tip.	2,1	-1,5		
Uso de biberón	Sí	23	23	46	p=0.002
	No	13	48	61	OR: 3.692 [1.590 – 8.573]
Tipo de parto	Cesárea	19	35	54	p=0.734
	Vaginal	17	36	53	OR: 1.150 [0.515 – 2.566]

Las valoraciones de probabilidad indican el abandono o no de la lactancia materna exclusiva se asocia de manera significativa con el tiempo de estancia hospitalaria (p=0.034), la información sobre el beneficio (p=0.000), Información sobre técnicas (p=0.004), demostración de técnicas (p=0.004), contacto precoz (p=0.000), hasta una hora y media de tiempo hasta la primera toma (p=0.001) y, uso de biberón (p=0.001). La prueba OR indica que existe riesgo significativo en todos los predictores de asociación significativa, de modo que el riesgo para abandonar la LME es 2.727 veces más cuando la madre tuvo una estancia hospitalaria mayor a 48 horas, 4.512 veces más cuando no hay contacto precoz, 3.692 veces más cuando en el hospital le dieron biberón. Los predictores que fueron protectores frente al abandono de la LME, están vinculados con la presencia de información sobre los beneficios y las técnicas de lactancia además de su demostración. El tipo de parto por cesárea no representa riesgo significativo para el abandono de la LME.

Tabla N° 02.

Características biológicas asociadas para el abandono de la lactancia materna exclusiva. Hospital Leopoldo Barthon Thompson – EsSalud. Lima, 2015

Predictores		Grupo		Total	Prueba
		Caso	Control		
Leche materna limitada	Sí	26	11	37	p=0.000
	No	10	60	70	OR:14.182 [5.364–37.493]
Grietas (fisuras)	Sí	9	3	12	p=0.001
	No	27	68	95	OR:7.556 [1.900–30.051]
Mastitis	Sí	26	18	44	p=0.000
	No	10	53	63	OR:7.656 [3.099–18.911]
Medicación	Sí	13	10	23	p=0.009
	No	23	61	84	OR:3.448 [1.328–8.949]
Hipersensibilidad de los senos	Sí	12	5	17	p=0.000
	No	24	66	90	OR:6.600 [2.104–20.701]

Las valoraciones de probabilidad señalan que el abandono o no de la LME depende de manera significativa de la leche materna limitada ($p=0.000$), de las grietas o fisuras ($p=0.001$), de la mastitis ($p=0.000$), de la posible medicación de la madre ($p=0.009$) y, la hipersensibilidad de los senos ($p=0.000$). La prueba OR indica que existe riesgo significativo para el abandono de LME en todos los predictores de dependencia significativa, de modo que dicho riesgo es 14.182 veces más cuando la madre tiene leche limitada, 7.556 veces más cuando presenta grietas o fisuras, 7.656 veces más cuando la madre presenta mastitis, 3.448 veces más si la madre se está medicando y, 6.600 veces más si presenta hipersensibilidad en los senos.

Tabla N° 03.

Características sociales personales asociadas para el abandono de la lactancia materna exclusiva. Hospital Leopoldo Barthon Thompson – EsSalud. Lima, 2015

Predictores		Grupo		Total	Prueba
		Caso	Control		
Apoyo de pareja	Sí	13	50	63	p=0.001
	No	23	21	44	OR:0.237 [0.101–0.555]
Apoyo familiar	Sí	69	100	31	p=0.029
	No	2	7	5	OR:0.180 [0.033–0.978]
Nivel de estudio	Iltrada	f	1	11	X ² =9.220; gl=2; p=0.010
		Res. Tip.	-1,5	1,1	
	Básico	f	19	46	
		Res. Tip.	-,6	,4	
Superior	f	16	14	30	
	Res. Tip.	1,9	-1,3		
Paridad	Primípara	f	16	15	X ² =7.151; gl=2; p=0.028
		Res. Tip.	1,7	-1,2	
	Múltipara	f	18	45	
		Res. Tip.	-,7	,5	
Gran múltipara	f	2	11	13	
	Res. Tip.	-1,1	,8		
Edad	Hasta 25 años	f	9	29	X ² =2.744; gl=2; p=0.254
		Res. Tip.	-1,1	,8	
	25 a 31 años	f	13	22	
		Res. Tip.	,4	-,3	
De 31 a más	f	14	20	34	
	Res. Tip.	,8	-,5		
Convivencia	Sola	f	17	11	X ² =12.447; gl=1; p=0.000
		Res. Tip.	2,5	-1,8	
	Con pareja	f	19	60	
		Res. Tip.	-1,5	1,0	
Educación maternal	Sí	27	70	97	p=0.000
	No	9	1	10	OR:0.043 [0.005–0.355]
Trabajo	Sí	11	3	14	p=0.000
	No	25	68	93	OR:9.973 [2.569–38.719]
Lactancia anterior	Exclusiva	f	1	54	X ² =59.836; gl=3; p=0.000
		Res. Tip.	-4,1	2,9	
	Artificial	f	8	1	
		Res. Tip.	2,9	-2,0	
	Mixta	f	11	1	
		Res. Tip.	3,5	-2,5	
No tuvo	f	16	15	31	
	Res. Tip.	1,7	-1,2		

Los resultados indican que el abandono o no de la LME depende de manera significativa del apoyo de la pareja (p=0.001), apoyo familiar (p=0.029), nivel de estudio (p=0.010), paridad de la madre (p=0.028), convivencia (p=0.000), educación maternal (p=0.000), madre trabaja o no (p=0.000), y modalidad de la lactancia anterior (p=0.000). La prueba OR señala que los predictores protectores frente al abandono de la LME son: la presencia de apoyo por parte de la pareja, apoyo de la familia para dicho fin y, educación maternal. Según los residuos tipificados, el abandono de la LME está asociado con las que tienen estudios superiores, las que son primíparas, las que viven solas (sin pareja) y, las que emplearon la leche artificial o alimentación mixta en su lactancia anterior. Finalmente, el riesgo para el abandono de LME es 9.973 veces más cuando la madre tiene un empleo.

Tabla N° 04.**Características sociales (mitos) asociadas para el abandono de la lactancia materna exclusiva. Hospital Leopoldo Barthon Thompson – EsSalud. Lima, 2015**

Predictores		Grupo		Total	Prueba
		Caso	Control		
Estética	Sí	25	34	59	p=0.034
	No	11	37	48	OR:2.473 [1.059–5.777]
Leche de fórmula	Sí	17	10	27	p=0.000
	No	19	61	80	OR:5.458 [2.141–13.910]
Nutrición del bebe	Sí	9	7	16	p=0.038
	No	27	64	91	OR:3.048 [1.029–9.022]
No protege de enfermedades	Sí	10	7	16	p=0.017
	No	26	64	91	OR:3.516 [1.209–10.232]

Las valoraciones de probabilidad indican que el abandono o no de la LME, dependen de manera significativa de todas las características de los mitos sociales ($p \leq 0.05$). La prueba OR señala que el riesgo para el abandono de la LME, es 2.473 veces más si la madre prioriza el pensamiento de que al hacerlo, se verá afectada su estética, 5.458 veces más si la madre cree que la leche de fórmula es mejor, 3.048 veces más si es que ña madre cree que la leche materna no tiene lo nutrientes necesarios para el menor y, 3.516 veces más si la madre cree que la leche materna no protege de las enfermedades.

V. Discusión de resultados

La investigación se desarrolló en torno a la identificación de los principales factores de las prácticas hospitalarias y las características biosociales que influye en el abandono de la lactancia materna exclusiva.

De esta finalidad, se pretendió evaluar los predictores procedentes de las prácticas hospitalarias; los resultados señalan que las madres que tuvieron más de 48 horas de tiempo de estancia hospitalaria, tienden a abandonar más la LME comparadas con aquellas madres cuyo tiempo de estancia hospitalaria no pasa las 48 horas, el riesgo para que el grupo abandone esta práctica alimentaria es de 2.727 veces más; Pino et al, (2013) indica que de todas las madres que abandonaron la LME, el 46.9% dio su primera toma de pecho después de una hora. Por otro lado, en los resultados se observan algunos predictores protectores frente al abandono de a LME, de trata de las practicas hospitalarias relacionadas a brindar información sobre los beneficios de la lactancia materna, así como la información y demostración de las técnicas de lactancia; cabe mencionar que Pino et al (2013), encuentra que el 90.1% de las madres que no abandonaron la lactancia materna, recibieron información acerca de la lactancia materna exclusiva, Camargo, Latorre & Porras (2011) afirma también que la información recibida en el hospital favorece a la continuidad de la LME, asimismo, Broche et al (2011) encuentra en el grupo de las que abandonan esta práctica un nivel bajo de conocimientos sobre la lactancia materna, esta afirmación es compartida por Lama (2015), Del Carpio (2015), Cabrejos & Medina (2013) y Quispecondori (2012), éste último afirma que 69,2% de las puérperas que iniciaron la lactancia materna precoz refirieron haber recibido información sobre la Lactancia Materna ($p=0,001$).

Por otro lado, los resultados muestran predictores que representan riesgo para el abandono de la LME, esto se vincula con aquellas madres que no tuvieron contacto precoz

tienden a abandonar la LME, el riesgo es que dicho abandono puede ser 4.512 veces más en dichas madres comparadas con las que sí tuvieron contacto precoz; Espinoza et al (2013), manifiesta en su estudio que el único factor que favoreció el mantenimiento del seno materno exclusivo fue el inicio de ésta desde el nacimiento, mostrando una OR 22 (3.05-168.4). Otro predictor de riesgo es el uso de biberón en el hospital, siendo 3.692 veces más de riesgo comparadas con las madres cuyos bebés no lo usaron; estos resultados son congruentes con los hallazgos de Camargo, Latorre & Porras (2011). Por último, el tipo de parto por cesárea, resulta ser un predictor de riesgo, siendo este 1.150 veces más comparadas con las que parieron por vía vaginal.

Finalmente, los resultados muestran que otro predictor significativo para el abandono de LME es el tiempo que transcurre hasta la primera toma está relacionado con, puesto que este hecho se asocia con aquellas madres que dieron de lactar a su bebé después de dos horas, comparadas con las madres cuya primera toma fue antes de la hora y media después del parto. Pino et al (2013) manifiesta que en su estudio el 46.9% de las madres que abandonaron la LME, ejerció su primera toma una hora después del alumbramiento.

Como segunda finalidad específica de la investigación, se pretende determinar las características biológicas que influyen en el abandono de la LME. Los resultados muestran que todos los predictores evaluados representan riesgo significativo, de tal manera que las madres que tuvieron leche limitada, tienden a abandonar más esta práctica alimenticia, este riesgo es 14.182 veces más, comparadas con aquellas que no tienen este problema; estos resultados son coherentes con los de Pinilla, Domínguez & García (2014), puesto que encuentra que el 9.5% de las madres tenían leche limitada, de las cuales, todas ellas abandonaron la LME; Pino et al (2013) señala que el 45.7% de las madres que abandonaron dicha práctica alimenticia, fue por la presencia de hipogalactia (leche limitada), en la misma dirección están los hallazgos de Espinoza et al (2013), Broche et al (2011), Lama (2015) y

Rojas (2014) quienes señalan a modo de conclusión que la principal causa para la suspensión de la lactancia fue la percepción disminuida en la producción láctea.

Por otro lado, la presencia de grietas, es una característica biológica importante para que se dé el abandono de la LME, siendo el riesgo de 7.556 veces más para que se dé dicho abandono comparadas con aquellas que no tienen grietas; en relación a este resultado, se encuentra los hallazgos de Lama (2015) quien asocia a las madres que aseguraron tener grietas con el abandono de la LME, por otro lado, Espinoza et al (2013) señala que el 13.6% de las madres que suspendieron la LME tenían grietas.

Otro predictor influyente es la presencia de mastitis contribuye al abandono de la LME de modo que aquellas que lo padecen tienen 7.656 veces más de riesgo de abandonar dicha práctica alimenticia; estos resultados son similares a los hallados por Félix, Martínez & Sotelo (2011) quien encuentra que el riesgo de abandono por este problema es 16.41 veces más. Asimismo, las madres que están siendo medicadas, tienen el riesgo de abandonar la LME de 3.448 veces más comparadas con la que no fueron medicadas. Finalmente, la hipersensibilidad de los senos es un predictor de influencia significativa para el abandono de la LME, siendo el riesgo de 6.600 veces más comparadas con aquellas que no tienen este problema.

Como último objetivo de investigación, se planteó determinar los predictores del factor Social que influye de manera significativa para el abandono de la lactancia materna exclusiva. Con fines de organizar la información procedente de los resultados del estudio, el factor social se dividió en dos partes; en la primera parte se evalúan los predictores personales, mientras que en la segunda se evalúan las características sociales vinculadas con las creencias populares respecto a la lactancia materna.

Los resultados de esta investigación, muestran como predictores protectores frente al abandono de la LME a la presencia del apoyo de una pareja y/o de la familia para que la madre pueda ejercer dicha práctica alimenticia, esto mismo sucede con aquellas que han recibido educación maternal; Feliz, Martínez & Sotelo (2011) señala que las madres que no reciben apoyo de su pareja para la decisión de amamantar tienen riesgo de 3 veces para abandonar dicha práctica; esta misma influencia es encontrada por Rojas (2014), éste último afirma que la ausencia del apoyo familiar también contribuye a que una madre abandone la LME.

Por otra parte, el abandono o no de la LME dependen de manera significativa del nivel de estudio que tenga la madre, de la paridad, de que, si convive o no con su pareja y, del modo de ejercer la lactancia anterior. De modo que, las valoraciones de los residuos tipificados, señalan que las madres que tienen estudios superiores, y/o las que son primíparas, y/o las que viven solas sin pareja, y/o las que en su lactancia anterior suministraron alimento artificial, mixta o simplemente no tuvo lactancia anterior por lo que a la fecha son primíparas. Finalmente, un predictor representó ser de riesgo significativo para que una madre abandone la LME, se trata de las madres que tienen trabajo comparadas con las que no tienen empleo, el riesgo para dicho abandono es de 9.973 veces más.

En relación a estos predictores, Pino et al (2013) concuerda con estos resultados ya que en su investigación señala que las madres con estudios superiores no proporcionaron LME; del mismo modo, Lama (2015) encuentra que el 76% de las madres que abandonaron la LME, tienen estudios superiores; no obstante, Caballero et al (2013) halla datos contradictorios a los nuestros puesto que ellos encuentran que las madres con estudios primarios son las que abandonan la LME; a esto refuerza los resultados de Niño, Silva & Atalah (2012) quien señala que las madres con menor escolaridad materna muestran riesgo de 5.4 veces más para suspender dicha práctica alimenticia; del mismo modo, Rojas (2014)

encuentra asociación entre el abandono de LME y las madres con nivel bajo de estudio; asimismo, Del Carpio (2015) encuentra esta asociación con las madres que tuvieron estudios secundarios.

Respecto al predictor “paridad”, Pino et al (2013), no encuentra relación significativa entre esta variable y el abandono de la lactancia materna, aun así, señala que el 58.1% de las madres que abandonaron la LME, tenía más de un hijo; contrario a esto, Lama (2015) y Rojas (2014) señalan que las primíparas tienden a abandonar con mayor frecuencia esta práctica alimenticia. Finalmente, Pino et al (2013), encuentra que el 61.7% de las madres tuvieron a sus hijos por parto normal, pero sólo 48% entregó LME. En lo que respecta a los nacidos por cesárea, 35% recibió LME ($p=0,269$).

Si bien, en la presente investigación la edad no es un predictor influyente, no es así para los hallazgos de Caballero et al (2013), ya que éstos autores encuentran que las madres que abandonaron la lactancia materna fueron las de 15 – 19, resultados confirmados por Rojas (2014), Del Carpio (2015) quien encuentra asociación entre el abandono de LME y las adolescentes. No obstante, Quispecondori encuentra resultados contradictorios a lo que los autores antes mencionados afirman, ya que él señala que la menor proporción de la lactancia materna precoz se da en mujeres de treinta y cinco años.

En relación con la educación maternal, Martínez & Delgado (2012) señala que la realización de esta educación se asocia con el inicio precoz de la lactancia materna y el mantenimiento de esta práctica; esto es respaldado por los hallazgos de Rojas (2014).

Respecto a la condición laboral de la madre, pino et al (2013) contradice los resultados de ésta investigación, puesto que no encuentra que sea este predictor sea impedimento para abandonar la LME; no obstante, Mora (2013) y Rojas (2014) sí identifican a las madres que trabajan como las que más tienden a abandonar la LME.

Nuestros hallazgos identifican a las que no han tenido lactancia anterior y a las que han suministrado alimentación superficial o mixta como aquellas madres que tienden a abandonar; cabe mencionar que Niño, Silva & Atalah (2012), señala que la LME se asoció con una lactancia previa exitosa, es decir, que en su anterior lactancia sí cumplió con la exclusividad de dicha práctica alimenticia; estos resultados son respaldados por los de Rojas (2014).

La evaluación de los predictores correspondientes a las características sociales vinculadas con las creencias, muestra que las madres que piensan que al realizar la LME se verá afectada su estética, tienden a suspender dicha práctica 2.473 veces más comparadas con las que no piensan de ese modo. Asimismo, aquellas que piensan que la leche de fórmula es mejor que la leche materna, tienen un riesgo de 5.458 veces más para abandonar la lactancia materna; por otro lado, las madres que creen que la leche materna no contribuye con los nutrientes necesarios para el desarrollo del menor, tiene el riesgo de 3.048 veces más para abandonar la LME; finalmente, aquellas que creen que la leche materna no protege de enfermedades al menor, tienen 3.516 veces más de riesgo para abandonar esta práctica alimenticia.

Niño, Silva & Atalah (2012) encuentra en su investigación que el 17.3% de las madres dejaron de alimentar a sus hijos con leche materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida debido a aspectos relacionados con la estética. Del Carpio (2015) señala que el 41% de las madres refieren que la leche de fórmula es mejor que la leche materna; este mismo autor, indica que el 75% de las madres que abandonaron la LME, piensan que las medicinas que reciben le pasarán a su bebe a través de la lactancia materna.

VI. Conclusiones

- 1) Respecto a las practicas hospitalarias, el abandono de la lactancia materna exclusiva está ligada notablemente a la ausencia del contacto precoz; seguido está el uso de biberón durante la estancia hospitalaria que por lo general dicha estancia fue más de 48 horas; finalmente, cabe resaltar que el abandono se notó más en las madres que dieron su primera toma de pecho después de dos horas del alumbramiento. Por otro lado, el brindar información sobre los beneficios de la leche materna, así como información y demostración de las técnicas de lactancia, son prácticas hospitalarias que evitan que se lleve a cabo el abandono de la lactancia materna exclusiva.
- 2) Las características biológicas que más influye para que una madre decida abandonar la lactancia materna exclusiva es la presencia de hipogalactia (leche materna limitada), seguidas por las que tienen mastitis y/o grietas o fisuras en los pezones, además de las que tienen hipersensibilidad de los senos y, por último, el hecho de que la madre esté siendo medicada, es un factor que puede influir en la decisión de abandono.
- 3) Una de las características sociales personales que más repercute para que una madre tome la decisión de abandonar la lactancia materna exclusiva en el tener que trabajar, lo que va vinculado a madres que tienen estudios superiores quienes tienden a abandonar más compradas con las que tienen nivel académico básico. Otro indicador que influye en la decisión de abandono es no convivir con la pareja, lo que va vinculado al apoyo de la misma, así como de la familia a prevenir la suspensión de la LME. Cabe mencionar que la educación maternal refuerza en gran manera para que una madre no abandone la LME.

- 4) Los mitos sociales que más influye en el abandono de la lactancia materna exclusiva, es la creencia de que la leche en fórmula es mejor que la leche materna; seguido por las madres que creen que la leche materna no va a proteger al niño de enfermedades y por ende no le brindará los nutrientes necesarios. Finalmente, la creencia de que esta práctica alimenticia, va a alterar la estética de madre, es uno de los predictores de mayor influencia para la decisión de abandonar la lactancia materna exclusiva.

VII. Recomendaciones

- 1) A la comunidad científica, realizar estudio de réplica en otros contextos culturales donde se incluya la sierra y selva del país, a fin de contrastar resultados.
- 2) Realizar mayores estudios sobre abandono de la lactancia materna exclusiva en función a la edad de la madre, dado que existen autores que contradicen sus hallazgos respecto a este predictor.
- 3) A la comunidad asistencial, tomar en cuenta los predictores que influyen de manera significativa en el abandono de la lactancia materna exclusiva a fin de prevenir a las madres sobre la importancia de cumplir con los seis meses de nutrición exclusiva.

VIII. Referencias

- Alzate-Meza, M. C., Arango, C., Castaño-Castrillón, J. J., Henao-Hurtado, A. M., Lozano-Acosta, M. M., Muñoz-Salazar, G., ... & Vallejo-Chávez, S. H. (2011). Lactancia materna como factor protector para enfermedades prevalentes en niños hasta de 5 años de edad en algunas instituciones educativas de Colombia 2009: estudio de corte transversal. *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 62(1), 57-63.
- Botello-Cabrera, M. T., Marín, H., Vera, M., & Parrilla-Rodríguez, A. M. (2014). Factores asociados al inicio, tipo y duración de la lactancia materna entre participantes y no participantes a charla prenatal de educación en lactancia materna de una institución hospitalaria. *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 18(3).
- Broche, R., Sánchez, O., Rodríguez, D. & Pérez, L. (2011). Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la lactancia materna exclusiva. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 27 (2). ISSN 0864-2125. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252011000200013&script=sci_arttext
- Caballero, V., Caballero, I., Ruiz, M., Caballero, A. & Muchili, Y. (2013). Factores contribuyentes al abandono de la lactancia materna exclusiva en un área de salud. *MEDISAN*, 17 (3). ISSN 1029-3019. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000300005
- Cabrejos, K. & Medina, L. (2013). Factores que interfieren en el cumplimiento de la lactancia materna en madres de niños de 0 a 6 meses: Consultorio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud “Max Arias Schreiber”. *Libro de Resúmenes: Jornada de Investigación*, 38 – 39. Recuperado de

http://www.uwiener.edu.pe/portales/centroinvestigacion/documentacion/V_simposio_para_WEB.pdf#page=39

- Camargo, F., Latorre, J. & Porras, J. (2011). Factores asociados al abandono de lactancia exclusiva. *Hacia la Promoción de la Salud*, 16 (1): 56 – 72.
- Campos, A. M. D. S., Chaoul, C. D. O., Carmona, E. V., Higa, R., & Vale, I. N. D. (2015). Exclusive breastfeeding practices reported by mothers and the introduction of additional liquids. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23(2), 283-290.
- Del Carpio, J. (2015). Factores socioculturales que prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes en el Centro de Salud “Nueva Esperanza”. (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Ecuador.
- Espinoza, C., Zamorano, Cl., Graham, S. & Orosco, A. (2014). Factores que determinan la duración de la lactancia materna durante los tres primeros meses de vida. *An Med*, 59 (2): 120 – 126.
- Félix, J., Martínez, E. & Sotelo, E. (2011). Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Pediatría de México*, 12 (2): 47 – 56.
- Ferro, M. & Flores, H. (2006). Nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socio – culturales en puérperas del Instituto Especializado Materno Perinatal. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Ferro, M. & Flores, H. (2013). Nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socioculturales en puérperas del IEMP. Tesis de licenciatura; Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

- Galiano-Alcázar, A. M. (2015). Factores relacionados con el abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en bebés menores de 6 meses.
- Galiano, J. M. M., & Rodríguez, M. D. (2013). El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 59(3), 254-257.
- González de Cosío, T., Escobar-Zaragoza, L., González-Castell, L. D., & Rivera-Dommarco, J. Á. (2013). Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. *salud pública de méxico*, 55, S170-S179.
- Jiménez, M. J., Osorio, F. S., Palomares, L. R., Fernández, G. A., & Martínez, C. J. (2012). Valoración, a través de auditorías de historias clínicas, de la repercusión del hábito tabáquico familiar en el manteniimiento de la lactancia materna exclusiva. *Pediatría rural y extrahospitalaria*, 42(399), 102-108.
- Lama, D. (2015). Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia materna exclusiva, en madres aseguradas del Hospital Tingo María – EsSalud. *Ágora Rev. Cient*, 02 (01): 125 – 138.
- León Alanya, L. P. (2013). Conocimiento de madres Primiparas sobre lactancia materna exclusiva-Centro de Salud Villa San luis-2012.
- Loyola, M. B. C., & Sarmiento, R. S. V. (2014). Lactancia materna y hábitos de succión nutritivos y no nutritivos en niños de 0-71 meses de comunidades urbano marginales del cono norte de Lima. *Revista Estomatológica Herediana*, 19(2), 83.
- Martínez, J. & Delgado, M. (2013). El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. *Rev Assoc Med Bras*, 59 (3): 254 – 257.

- Martin, R. M., Patel, R., & Kramer, M. S. (2013). Efectos de la promoción de la lactancia materna a largo plazo y exclusivo en la adiposidad y la insulina factor-I a la edad de 11, 5 años de crecimiento: un ensayo aleatorio. *JAMA*, 309, 1005-1013.
- MINSA (2014). Somos lecheros. Perú: Ministerio de Salud, portada de lactancia. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/lactancia/?op=6>
- Mora, S. (2013). Factores biológicos sociales y culturales de la madre que influyen en el abandono de lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses en la consulta externa del centro de Salud “Atacambes del Cantón”. (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Ecuador.
- Niño, R., Silva, G. & Atalash, E. (2012). Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Rev Chil Pediatr*, 83 (2): 161 – 169.
- Oliver A, Mart M, Cabrero J, Rez S, Laguna G, Flores J, Calatayad M & Gonz R. (2010) Factores asociados al abandono de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida. *Rev Latino Am Enfermagem*; 3(3): 79-87.
- OMS (2015). *Duración óptima de la lactancia materna exclusiva*. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Recuperado de http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/yscom/es/
- OMS, UNICEF, PMA. Alimentación y nutrición del niño pequeño. Washington, D.C.: OPS, 2013
- Palomares, M., Fabregat, E., Foch, S., Escrig, B., Escoín, F. & Gil, C. (2011). Apoyo a la lactancia materna en una zona básica de salud; prevalencia y factores sociosanitarios relacionados. *Rev Pediatr de Aten Prim*, 13 (49): 47 – 62.

- Pinilla, E., Dominguez, Cl. & García, A. (2014). Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva. *Enfermería Global*, 33: 59 – 70. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/clinica4.pdf>
- Pinilla, E., Orosco, L., Cmargo, F., Alfonso, E., Peña, E., Villabona, L., Acebedo, Y. (2011). Lactancia materna ineficaz. Prevalencia y factores asociados. *Revista Salud Uis*, 43 (3): 271 – 279.
- Pino, J., Lopez, M., Mendel, A. & Ortega, A. (2013). Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. *Rev Chil Nutr*, 40 (1): 48 – 54.
- Policlínico, I., Mulkay, R. E., Policlínico, I. I., & Lima, L. A. T. (2015). Algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida. *Rev Cubana Pediatr*, 87(3), 3.
- Quispecondori, J. & Rivas, R. (2012). Factores que asocian con el inicio de la lactancia materna precoz en puérperas primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal. (Tesis de pregrado). Universidad Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Rojas Escarpeta, A. M., Narvaez Campuzano, L. M., & Ruíz de Cárdenas, C. H. (2012). *Preparación de los padres para su adaptación a la hospitalización de su hijo recién nacido menor de 1500 gr que requiere ventilación mecánica hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo neonatal de la clinica Salupcopp de Neiva, en los meses de julio de 2008* (Doctoral dissertation).
- Rojas, R. (2014). Prácticas hospitalarias y características biosociales para el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres que asisten al Centro de Salud Juan Pérez

- Carranza. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima Perú.
- Serrano, A. C., Monzón, M. M., Cantó, M. E., Serrano, E. B., & Martínez, N. R. (2012). Deshidratación hiponatrémica-hipoclorémica de repetición: inicio clínico de fibrosis quística en un lactante con genotipo R334W/1812 (-1) G-> A/Recurrent episodes of hyponatremic-hypochloremic dehydration as a presentation of cystic fibrosis in an infant with R334W/1812 (-1) G-> A mutation. *Acta Pediatrica Espanola*, 70(2), 73.
- Stuebe, A. M. (2014). Formas de facilitar que la mujer alcance sus metas de lactancia materna. *Obstet Gynecol*, 123, 643-52.
- Valdés, J. M. B., Díaz, L. C. P., Alonso, M. D. C. V., Pieiga, E. M., & Batista, A. M. (2015). Duración de lactancia materna exclusiva, estado nutricional y dislipidemia en pacientes pediátricos. *Rev Cubana Pediatr*, 87(2), 2.
- Villaverde, E. (2013). Factores socioculturales de las madres adolescentes asociados a la lactancia materna exclusiva en el Centro De Salud Perez Carranza. (tesis de pregrado). Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.

IX. Anexos

Anexo 1. Matriz de consistencia

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	MÉTODO	INSTRUMENTO
Prácticas hospitalarias y características biosociales para el abandono de la lactancia materna exclusiva. Hospital Leopoldo Barthon Thompson – EsSalud. Lima, 2017	General	General	Tipo y diseño	Documento Ad Hoc de
	¿Cuáles serán los principales factores de prácticas hospitalarias y las características biosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva. Hospital Leopoldo Barthon Thompson – EsSalud. Lima, 2017?	Identificar los principales factores de las prácticas hospitalarias y las características biosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva	Enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, causal explicativa, de diseño no experimental de casos y control, con corte transversal	
	1) ¿Cuáles son las prácticas hospitalarias de influencia significativa para el abandono de la lactancia materna exclusiva?	1) Determinar las prácticas hospitalarias de influencia significativa para el abandono de la lactancia materna exclusiva	Población Mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Leopoldo Barthon Thompson – EsSalud, durante los meses de Octubre a Diciembre del 2017	
	2) ¿Cuáles son los predictores biológicos que influyen de manera significativa para el abandono de la lactancia materna exclusiva?	2) Determinar los predictores del factor Biológico de influencia significativa para el abandono de la lactancia materna exclusiva	Muestra Casos 36 Controles 71	
3) ¿Cuáles son los predictores sociales que influyen de manera significativa para el abandono de la lactancia materna exclusiva?	3) Determinar los predictores del factor Social que influye de manera significativa para el abandono de la lactancia materna exclusiva			

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLAREAL

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSTGRADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tenga un buen día, mi nombre es PEÑA, Jessica; tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarla muy cordialmente, y al mismo tiempo solicitar la partición libre y voluntaria de usted en este estudio que tiene fines estrictamente académicos. Con los resultados del estudio se pretende Identificar los principales factores de las prácticas hospitalarias y las características biosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva.

Aferrándome a su voluntad de participar, le solicito que firme este documento de consentimiento:

Acepto libre y voluntariamente participar anónimamente en este estudio, cuya información otorgada será manejada de forma confidencial y comprendo que en calidad de participante voluntaria, puedo dejar de participar en esta actividad en algún momento. También entiendo que no se realizará, ni recibirá algún pago o beneficio económico por la participación.

NOMBRE: _____

FECHA: ____/____/_____(día/mes/año)

D.N.I.: _____

FIRMA: _____

INSTRUCCIONES

A continuación se le presentara una serie de premisas a las que usted deberá responder escribiendo con letra legible en los casos que se requiere y sombrear el círculo que corresponda a la respuesta que usted quiere dar.

- | | |
|--|---|
| <p>1. Edad: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>2. Nivel de estudio</p> <p><input type="radio"/> Ilustrada</p> <p><input type="radio"/> Básico</p> <p><input type="radio"/> Superior</p> <p>3. Tipo de parto</p> <p><input type="radio"/> Vaginal</p> <p><input type="radio"/> Cesárea</p> <p>4. Paridad</p> <p><input type="radio"/> Primípara</p> <p><input type="radio"/> Multipara (2-4)</p> <p><input type="radio"/> Gran multipara (>5)</p> | <p>5. Tiempo de estancia hospitalaria</p> <p><input type="radio"/> < 24 horas</p> <p><input type="radio"/> 24 – 48 horas</p> <p><input type="radio"/> > 48 horas</p> <p>6. Lactancia anterior</p> <p><input type="radio"/> Exclusiva</p> <p><input type="radio"/> Artificial</p> <p><input type="radio"/> Mixta</p> <p>7. Vive con...</p> <p><input type="radio"/> Pareja</p> <p><input type="radio"/> Sola o con sus padres</p> <p>8. Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la primera toma de pecho</p> <p><input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/></p> |
|--|---|

	TA: Totalmente de acuerdo	A: De acuerdo	I: Indiferente	D: En desacuerdo	TD: Totalmente en desacuerdo
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ESCALA DE CALIFICACIÓN PARA EL JUEZ EXPERTO

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI (1)	NO (2)	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.			
3. La estructura del instrumento es adecuado.			
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.			
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6. Los ítems son claros y entendibles.			
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

APRECIACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA TESIS

“Prácticas hospitalarias y características biosociales para el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres que asisten al Centro de Salud Juan Pérez Carranza Diciembre 2013 - Febrero 2014”

Estimado (a):

.....

Solicito a Usted tenga a bien revisar y opinar sobre el instrumento adjunto, para lo cual le hago llegar el proyecto como insumo para emitir su juicio.

A continuación se le presenta 26 criterios, los cuales permitirán obtener su apreciación del instrumento, siendo para el proyecto importante ya que ello permitirá realizar los reajustes correspondientes. Por favor colocar un aspa (X) en la columna correspondiente.

Marque con un aspa si está de acuerdo o en desacuerdo con la pregunta. Si estuviese en desacuerdo, especificar las razones en la sección observaciones.

PREGUNTA	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	OBSERVACIONES
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			

PREGUNTA	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	OBSERVACIONES
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			

SUGERENCIAS Y APORTES:

MUCHAS GRACIAS

FIRMA/SELLO

ANEXO 2. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

	Item	JUECES										Acuerdos	V Aiken	P	
		J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10				
PRACTICAS HOSPITALARIAS	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	22	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0.90	0.001	Válido
	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
CARACTERISTICAS BIOSOCIALES	BIOLÓGIC	10	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	0.90	0.001	Válido
		14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
		19	0	1	1	1	1	1	1	0	1	8	0.80	0.049	Válido
		23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
		26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	SOCIALES	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
		15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
		2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	0.90	0.001	Válido
		4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
		7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
		16	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	0.90	0.001	Válido
		20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
		6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
		12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
		17	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	0.90	0.001	Válido
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido		
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido		

ANEXO 3. FIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

TOTAL	VARIABLES
Practicas hospitalarias y las características biosociales en el abandono de la lactancia materna exclusiva [$\alpha=0.871$]	Practicas hospitalarias [$\alpha=0.705$]
	BIOLÓGICOS [$\alpha=0.687$]
	SOCIALES [$\alpha=0.695$]