



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Factores asociados a la práctica de la lactancia materna
exclusiva en madres de establecimientos de salud
categoría I-3 de la Dirección de Redes Integradas de Salud
Lima Centro**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Salud Infantil
Comunitaria con mención en Prevención y Promoción de la Salud
Pública Infantil

AUTOR

Carmen VILLARREAL VERDE

ASESOR

Dra. Maritza Dorila PLACENCIA MEDINA

Lima, Perú

2021



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Villarreal C. Factores asociados a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres de establecimientos de salud categoría I-3 de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro [Tesis de maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2021.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	CARMEN VILLARREAL VERDE
Tipo de documento de identidad	Documento Nacional de Identidad (DNI)
Número de documento de identidad	09249013
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-4742-7971
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Maritza Dorila Placencia Medina
Tipo de documento de identidad	Documento Nacional de Identidad (DNI)
Número de documento de identidad	08471948
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-3624-3461
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Doris Virginia Huerta Canales
Tipo de documento	Documento Nacional de Identidad (DNI)
Número de documento de identidad	08213401
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Elsy Haydee Mini Diaz
Tipo de documento	Documento Nacional de Identidad (DNI)
Número de documento de identidad	07519407
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Ronald Espiritu Ayala Mendivil
Tipo de documento	Documento Nacional de Identidad (DNI)
Número de documento de identidad	09861941

Datos de investigación	
Línea de investigación	Según la R.R. N°008995-2021-R/UNMSM Línea de Investigación de los GI de la UNMSM en el marco de los ODS. -Área Académica A: Ciencias de la Salud Facultad: Medicina ODS 3: Salud y Bienestar 20-Nutrición y Desarrollo
Grupo de investigación	NUTOBES
Agencia de financiamiento	Autofinanciado
Ubicación geográfica de la investigación	Lima 10°16'18" y 13°19'16" Latitud Sur y 75°30'18" y 77°53'02" de Longitud Distrito La Victoria Latitud: -12.0653, Longitud: -77.0311 12° 3' 55" Sur, 77° 1' 52" Oeste Distrito San Juan de Lurigancho Latitud: -12.0294, Longitud: -77.0103 12° 1' 46" Sur, 77° 0' 37" Oeste
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2019-2020
URL de disciplinas OCDE	Nutrición, Dietética https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.04 Salud Publica https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América



Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado
Sección Maestría

ACTA DE GRADO DE MAGISTER

En la ciudad de Lima, a los 17 días del mes de mayo del año dos mil veintiuno siendo las 03:00 pm, bajo la presidencia de la Dra. Doris Virginia Huerta Canales con la asistencia de los Profesores: Mg. Elsy Haydeé Mini Díaz (Miembro), Mg. Ronald Espíritu Ayala Mendivil (Miembro), y la Dra. Maritza Dorila Placencia Medina (Asesora); la postulante al Grado de Magíster en Salud Infantil Comunitaria con mención en Prevención y Promoción de la Salud Pública Infantil, Bachiller en Nutrición, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su tesis Titulada: **“FACTORES ASOCIADOS A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CATEGORÍA I-3 DE LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO”** con el fin de optar el Grado Académico de Magíster en Salud Infantil Comunitaria con mención en Prevención y Promoción de la Salud Pública Infantil. Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, habiendo obtenido la siguiente calificación **B MUY BUENO 17**. A continuación el Presidente del Jurado recomienda a la Facultad de Medicina se le otorgue el Grado Académico de **MAGÍSTER EN SALUD INFANTIL COMUNITARIA CON MENCIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA INFANTIL** a la postulante **CARMEN VILLARREAL VERDE**.

Se extiende la presente Acta en tres originales y siendo la **04:28 pm**, se da por concluido el acto académico de sustentación.

Mg. Elsy Haydeé Mini Díaz
Profesora Principal
Miembro

Mg. Ronald Espíritu Ayala Mendivil
Profesor Asociado
Miembro



Dra. Maritza Dorila Placencia Medina
Profesora Principal
Asesora

Dra. Doris Virginia Huerta Canales
Profesora Principal
Presidente

Pagina de aceptación o veredicto de la tesis por los miembros
del Jurado Examinador

DEDICATORIA

Con inmensa gratitud, dedico este trabajo a mi Señor Jesucristo, mi Dios, que me dio la vida y la salvación y está siempre presente en cada instante de mi existencia porque por El y para El son todas las cosas.



AGRADECIMIENTOS

A mi Dios, por su gran amor, porque a Él le debo lo que soy y lo que tengo.

A mi asesora, la Dra. Maritza Dorila Placencia Medina, por su paciencia y estímulo constante para terminar esta Tesis.

A la Dra. Violeta Alicia Nolberto Sifuentes, por su valioso apoyo en el análisis estadístico de los datos.

A la Magíster Ivonne Isabel Berni Leo, por su desinteresada ayuda siempre que se lo solicité, en especial lo concerniente al muestreo y el análisis de los datos.

A mis colegas Nutricionistas, Zulema León Mauricio y Carmen Villanueva Medina del Instituto Nacional Materno Perinatal, por sus valiosos aportes como jueces expertos para validar el instrumento de recolección de datos y a Margot Quintana Salinas por sus sugerencias como juez experto.

A la Nutricionista Violeta Herrera Risco del Centro Materno Infantil “César López Silva” por sus consejos como Juez Experto para la validación del instrumento.

A las colegas Nutricionistas de los Centros de salud Max Arias Schreiber y Juan Pérez Carranza: Mg. Rocío Vásquez Rojas y Lic. Marlene Pérez Chumbe, que facilitaron la recolección de información a las encuestadoras.

A todos, muchas gracias

ÍNDICE GENERAL

	Página
Veredicto del Jurado Examinador	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice General	iv
Lista de Cuadros	vi
Lista de Figuras	vii
Siglas utilizadas	viii
Glosario de términos	ix
Resumen	xii
Abstract	xiii
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	
1.1.Situación Problemática	1
1.2. Formulación del Problema	4
1.3.Justificación Teórica	5
1.4.Justificación Practica	6
1.5.Objetivos	7
1.5.1. Objetivo General	7
1.5.2. Objetivos Específicos	8
CAPITULO 2 MARCO TEORICO	
2.1 Marco filosófico o epistemológico de la investigación	9

2.2 Antecedentes de la Investigación	14
2.3 Bases Teóricas	17
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA	
3.1. Unidad de Análisis	21
3.2 Población de Estudio	21
3.3 Tamaño de la muestra	21
3.4 Selección de la muestra	22
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	22
3.6 Plan de análisis de datos	23
3.7 Consideraciones éticas	23
CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.	
4.1 Presentación de Resultados	24
4.2 Prueba de Hipótesis	32
4.3 Análisis, interpretación y discusión de Resultados	33
4.4 Limitaciones	38
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXOS	
A. Matriz de Consistencia	56
B. Cuadro de Operacionalización de variables.	58
C. Acta de evaluación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina	59
D. Formato de Consentimiento Informado	60
E. Instrumento de recojo de datos.	62
F. Validación de instrumento.	63

G. Escala de Calificación del instrumento.	64
H. 10 pasos para una Feliz Lactancia Materna.	65

LISTA DE CUADROS

	Pagina
Cuadro 1	29
Nivel de Asociación de Factores durante la gestación en establecimientos de salud de la Red Integrada de Salud Lima Centro	
Cuadro 2	30
Nivel de Asociación de Factores durante el parto en establecimientos de salud de la Red Integrada de Salud Lima Centro	
Cuadro 3	31
Nivel de Asociación de Factores después del parto en establecimientos de salud de la Red Integrada de Salud Lima Centro	

LISTA DE FIGURAS

	Pagina
Figura 1	24
Porcentaje de madres entrevistadas según establecimiento de salud y Lactancia Materna Exclusiva	
Figura 2	24
Porcentaje de madres entrevistadas según edad y Lactancia Materna Exclusiva	
Figura 3	25
Porcentaje de madres entrevistadas según nivel de instrucción y Lactancia Materna Exclusiva	
Figura 4	25
Porcentaje de madres entrevistadas según situación conyugal y Lactancia Materna Exclusiva	
Figura 5	26
Porcentaje de madres entrevistadas según distrito de procedencia y Lactancia Materna Exclusiva	
Figura 6	26
Porcentaje de madres entrevistadas según trabaja fuera del hogar o no y Lactancia Materna Exclusiva	
Figura 7	27
Establecimientos donde nació el niño y Lactancia Materna Exclusiva	
Figura 8	28
Hospitales donde nació el bebe	

SIGLAS UTILIZADAS EN ESTA INVESTIGACION	
DIRIS	Dirección de Redes Integradas de Salud
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
GRADE	Grupo de Análisis para el Desarrollo
HAMN	Hospital Amigo de la Madre y el Niño
HAN	Hospital Amigo del Niño
IHAN	Iniciativa de Hospital Amigo del Niño
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
IRA	Infección Respiratoria Aguda
I-3	Categoría de establecimiento de salud sin internamiento
I-4	Categoría de establecimiento de salud con internamiento
INMP	Instituto Nacional Materno Perinatal
LM	Lactancia Materna
LME	Lactancia Materna Exclusiva (solo leche materna los primeros 6 meses)
MINSA	Ministerio de Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OR	Odds Ratio, medida de asociación estadística usada en estudios epidemiológicos
PEA	Población Económicamente Activa (mayores de 14 años en condiciones de trabajar)
SPSS	Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (siglas en inglés)
WABA	Alianza Mundial Pro Lactancia Materna (World Alliance for Breastfeeding Action)
WHO	World Health Organization (Organización Mundial de la Salud, en inglés)

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Lactancia Materna Exclusiva

Es un tipo de alimentación que consiste en que el bebé sólo recibe leche materna y ningún otro alimento sólido o líquido a excepción de soluciones hidratantes, vitaminas, minerales o medicamentos desde que nace hasta los seis meses de edad.

Hipogalactia

Es la deficiente producción de secreción láctea por parte de las glándulas mamarias durante el periodo de lactancia.

Establecimiento de salud categoría I-3

Clasificación que caracteriza a los establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales comunes, tienen como director o jefe a un médico y no tienen internamiento, son los comúnmente llamados Centros de Salud en nuestro medio.

Red Integrada de Salud

Conjunto de organizaciones que presta, o hace los arreglos institucionales para prestar una cartera de servicios de salud equitativa e integral a una población definida, a través de la articulación, coordinación y complementación, y que rinde cuentas por los resultados de atención y asuntos administrativos y por el estado de salud de la población a la que sirve.

Control prenatal

Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, idealmente antes de las 14 semanas de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo y brindar la educación para el auto-cuidado, es una actividad de carácter preventivo promocional que se brinda mediante la comunicación interpersonal.

Fórmula láctea

Es un preparado industrial que se emplea como sustituto artificial de la leche materna. Suele producirse a partir de la leche de vaca.

Antiguamente se les llamaba “leche maternizada” ya no está vigente este término.

Sucedáneos de la leche

Es todo alimento comercializado o presentado como sustitutivo parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para ese fin. Los sucedáneos jamás igualan las propiedades de la leche materna.

Contacto precoz piel a piel

El contacto piel con piel precoz consiste en que, tras el nacimiento, se coloca al recién nacido desnudo y boca abajo sobre el abdomen y pecho de la madre, durante las primeras 2 horas, o hasta que se complete la primera toma en la lactancia materna y finalice dicho periodo.

Alojamiento conjunto

Es la permanencia del recién nacido y su madre en la misma habitación facilitando el apego y la lactancia materna exclusiva. Se realiza desde el nacimiento hasta el momento en que madre e hijo/a sean dados de alta.

Parto Abdominal

Parto por cirugía, llamado también “cesárea”, efectuado cuando la mujer no puede expulsar el bebé por la vía natural.

Parto Vaginal

Parto natural, cuando el producto del embarazo se expulsa por la vagina.

Amenorrea

Es la ausencia de menstruación, que a menudo se define como la ausencia de uno o más períodos menstruales.

Estrógenos

Durante el embarazo, los estrógenos son hormonas producidas por la placenta y su función es estimular el crecimiento del útero para alojar al bebé y ablandar las paredes de la vagina y de los músculos abdominales para facilitar el nacimiento del niño por el canal del parto.

Progesterona

Es una hormona liberada por los ovarios y posteriormente la placenta. Durante el ciclo menstrual, su función es acondicionar el endometrio para facilitar la implantación del embrión en este. La progesterona interviene en el desarrollo de los alvéolos.

Prolactina

Es una hormona producida por la glándula pituitaria y cuya función principal es estimular la producción de leche materna después del parto, por lo que un alto nivel de prolactina es normal durante el periodo post parto.

Oxitocina

Es la hormona que provoca la expulsión de leche hacia los conductos, contrae las células mioepiteliales secretoras.

Puerperio

Es el período que comprende desde el alumbramiento hasta la aparición de la primera menstruación. Es una etapa de transición de duración variable, aproximadamente 6 a 8 semanas,

RESUMEN

Introducción: Los factores asociados a la lactancia materna se pueden observar en tres espacios de tiempo: antes, durante o después del parto, en cada uno de ellos es necesario reforzar aquellos que se asocien a una lactancia exitosa y completa, para motivar a las madres que valoren esta práctica natural tan beneficiosa para la salud de la madre y del niño. **Objetivo:** Determinar los factores asociados antes, durante y después del parto con la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres que acuden a establecimientos de salud de la red integral de salud de Lima Centro. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, correlacional realizado en una muestra de 140 madres con bebés de 6 a 12 meses que acudían a los Centros de Salud mencionados, el instrumento fue un cuestionario validado por juez experto y prueba piloto que incluía factores durante la gestación, en el proceso del parto y en el periodo después del parto. **Resultados:** El análisis estadístico de los resultados muestra que existe asociación significativa con el cumplimiento de seis controles prenatales a las que la madre asistió. Entre los factores que se dan durante el parto se encontró asociación significativa con el parto para el tipo de parto, es decir, el parto vaginal o natural a diferencia de los partos por cesárea y en el periodo después del parto se encontró como factor de riesgo el uso de fórmulas lácteas. **Conclusiones.** Se encontró en el grupo estudiado que la asistencia a un número mínimo de controles prenatales y el parto natural por vía vaginal son estadísticamente significativos con la práctica de la lactancia materna, así como el uso de fórmulas lácteas fue un factor de riesgo en el tercer espacio de tiempo.

Palabras claves: Lactancia materna, Factores asociados, Nutrición infantil

ABSTRACT

Introduction: The factors associated with breastfeeding can be observed in three periods of time: before, during or after childbirth, in each of them it is necessary to reinforce those that are associated with successful and complete breastfeeding, to motivate mothers that they value this natural practice so beneficial for the health of the mother and the child. **Objective:** To determine the factors associated before, during and after childbirth with the practice of exclusive breastfeeding in mothers who attend health establishments of the integral health network of Lima Centro. **Materials and Methods:** Descriptive, cross-sectional, correlational study carried out in a sample of 140 mothers with babies from 6 to 12 months who attended the mentioned Health Centers, the instrument was a questionnaire validated by an expert judge and a pilot test that included factors during the pregnancy, in the process of childbirth and in the period after delivery. **Results:** The statistical analysis of the results shows that there is a significant association with the completion of six prenatal controls that the mother attended. Among the factors that occur during childbirth, a significant association with delivery was found for the type of delivery, that is, vaginal or natural delivery as opposed to cesarean delivery, and in the period after delivery it was found as a risk factor the use of dairy formulas. **Conclusions.** It was found in the studied group that attendance to a minimum number of prenatal check-ups and natural vaginal delivery are statistically significant with the practice of breastfeeding, as well as the use of milk formulas was a risk factor in the third space of time.

Keywords: Breastfeeding, Associated factors, Infant nutrition

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Situación Problemática

El proceso del amamantamiento es natural en el ser humano desde que existe. Aún sin conocer sus beneficios, las madres desde épocas remotas brindaban con satisfacción la leche a sus bebés, ya que es el primer alimento que recibe el bebé al nacer. Por diversas razones esta práctica declina a través de la historia, en particular en el siglo pasado, a causa de haber surgido productos llamados sucedáneos de la leche, que originalmente se les llamaron “leches maternizadas”, debido a que los fabricantes se esmeraron en que se pareciera mucho a la leche materna humana. Al inicio se quiso reemplazar la leche materna en situaciones extremas en que la madre no estuviera en condiciones de proporcionar su leche, ya sea porque adolece de alguna enfermedad que se transmite al hijo u otra razón, sin embargo, con el tiempo, la gran publicidad desplegada por los fabricantes permitió que el consumo de estos productos se masificara al extremo de convencer a las madres que era superior en calidad a su propia leche. Las autoridades sanitarias empezaron a preocuparse por la mortalidad infantil que se incrementó en todas las regiones del mundo al mismo tiempo que la prevalencia de la lactancia decrecía.

Se ha comprobado el efecto de la práctica de la lactancia materna (LM) en la disminución de la mortalidad infantil, la disminución de las enfermedades infecciosas como las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) (Victoria, 2016), ya que la LM, no solo contiene nutrientes para el crecimiento y buen desarrollo del bebé, si no que aporta una microbiota intestinal saludable que permite modular la respuesta inmunitaria del niño a las enfermedades infecciosas (Osorio, 2015) e Inmunoglobulinas. En un estudio de caso control en Ica (Injante, 2017) se encontró asociación entre la LME y la disminución del riesgo de IRA y EDA.

El Instituto de Estadística e Informática (INEI), en su informe anual de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2018, señala que la evolución de la tasa de mortalidad infantil, a nivel nacional, ha disminuido levemente para el 2015

(15) y para el año 2017-2018 la cifra proyectada es 9 por mil nacidos vivos.

En cambio, la prevalencia de IRA, a partir del 2009 hasta el 2018 ha oscilado entre 13.3 % y 16.8%, como valores extremos, correspondiendo 4.4% al año 2018, a nivel nacional. La diferencia entre zona urbana y rural es notoria: Para la zona urbana es 13.8% y para la zona rural es 16.2 % (ENDES 2018).

En el caso de la prevalencia de EDA, del año 2007 al 2018 ha permanecido relativamente estable, oscilando entre 14.9% y 10.9% correspondiendo 10.7% para el año 2018, a nivel nacional. Con diferencias según áreas, urbana 10.3% y rural 12.1%

Por otro lado, existen evidencias que la LM tiene efectos sobre la inteligencia (Victoria y col. 2015), un estudio longitudinal de 30 años, realizado en Brasil, así lo ha demostrado. En nuestro país, según la evaluación internacional PISA (Junyent, 2015), que se realiza en escolares, el nivel alcanzado por nuestros estudiantes es muy bajo, pues los sitúa entre los niveles 1 y 2, siendo el más alto 6. Este es el resultado del año 2016, según un informe del Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE).

Según un informe del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, (Perú MINSA ,2017) la incidencia de cáncer de mama en Lima Metropolitana para el año 2012 era de 40.85%, cifra que ascendió del año 2005 que se encontraba en 33.8%, esta situación podría reducirse si la LM se promueve y practica con mayor frecuencia y duración, pues son conocidos los efectos de la LM en la prevención del cáncer de mama.

El estado a través del Ministerio de Salud ha establecido normas y documentos técnicos que favorecen la práctica de la LM, una de ellas es la Norma Técnica de Salud (NTS) 015, donde se precisan los controles prenatales a los cuales la gestante debe acudir desde la semana 14 de gestación, para prever cualquier riesgo que dificulte el embarazo o el alumbramiento, estas sesiones de control deben ser como mínimo seis, sin embargo, en muchos casos,+ las gestantes no acuden a estas sesiones, sea porque no les parece importante, se sienten bien, o porque se olvidan (Rivera Félix, 2018).

Es necesario que las gestantes, despejen toda duda respecto a los beneficios de la LM, las dificultades que puedan surgir, como problemas con el pezón, sensación de tener poca leche, o la técnica adecuada para amamantar, los riesgos de dar sustitutos de la leche natural, como extraer la leche y almacenarla para darle a su bebé cuando esté disponible, si estos conocimientos se pasan por alto, la madre estará expuesta a la influencia de la propaganda de productos sucedáneos que la convencen de optar por estos últimos y abandonar la LM.

En nuestro país se ha incrementado el número de partos por cesárea de 26.4% en el 2008 a 41% para el 2018 en el área urbana (ENDES 2018). La OMS establece que un máximo de intervenciones para partos por cesárea debería ser de 15% (OMS, 2015, Tasas de cesárea), Se ha demostrado que el parto vía vaginal favorece la LME (Silva Ocampo, 2018), los establecimientos de salud públicos o privados son responsables de decidir el tipo de parto que requiere una mujer en condiciones de dar a luz un bebé.

En el estudio realizado, las madres encuestadas manifestaron haber sido atendidas en el parto en diferentes hospitales de la ciudad de Lima y en provincias, así como en Clínicas particulares. Pocos hospitales en la ciudad de Lima son acreditados como HAMN, entre ellos el Instituto Nacional Materno Perinatal (Maternidad), el Hospital Nacional Dos de Mayo, Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Hospital Cayetano Heredia.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuáles son los factores asociados a la práctica de la lactancia materna exclusiva, antes, durante y después del parto, en madres que acuden a establecimientos de salud nivel I-3 Lima Centro?

1.3 Justificación teórica

El estudio se justifica en el aspecto teórico porque trata de comprobar en qué medida los factores conocidos que influyen en el proceso de lactancia materna se están dando en la población de madres incluidas en la muestra.

Los beneficios de la LME si se prolonga durante seis meses después del nacimiento, sin ningún agregado de líquidos o sólidos no significa ningún riesgo para la salud, esta declaración aparece en varias publicaciones (OMS 1998, OMS 2016) (UNICEF 2016,

UNICEF 2019) (MINSA 2015, MINSA 2017) y está reafirmada en Pautas para la Lactancia (WHO, 2017), aunque el Perú mantiene una prevalencia cercana a lo establecido por el Plan Integral sobre Nutrición (OMS, 2014) , cuya meta 5, es que para el año 2025 la tasa de LME debía ser de 50% o más, son pocas las poblaciones que tienen alta prevalencia de LME. Según ENDES 2016 llegaba a 63.2% en el área urbana, lo cual disminuyó en el año 2018 en región Costa a 58.3 % y luego a 54.9% para el primer semestre 2019. (INEI, 2019 Indicadores de Resultados).

Varios autores como Marín- Arias, Ureña Cascante y Fernández Rojas (Costa Rica 2018), Cabedo y col. (España 2019), Campiño-Valderrama, Andrea Duque (Colombia 2019) reportan que si bien un alto porcentaje de madres inicia la lactancia el primer día y al alta del hospital, sin embargo, en los meses siguientes va decreciendo paulatinamente hasta llegar a niveles muy bajos (En Colombia se estudió a 438 mujeres que habían alumbrado un hijo, de ellas poco más de la mitad practicaba la LME a los 8 días de nacido, al sexto mes de ese grupo solo 1.4% logró la exclusividad de la LM (Mateus,2019).Se han descrito como causas de abandono de la LME, la vuelta de la madre al trabajo o al estudio y la hipogalactia (percepción de producir poca leche y que el niño se quede con hambre) (Martínez Locio, 2017) también la falta de apoyo del padre del bebé o de la familia (ayuda en las tareas domésticas que agotan su energía, produciendo cansancio) (Becerra-Bulla 2017), la ausencia de visitas domiciliarias de parte del personal de salud que la incentiven a continuar lactando a su bebé. En Colombia, un grupo de mujeres fue objeto de estudio y se observó que el promedio de abandono de la LME era a los 5 meses de nacido el bebé. (Flores-Salazar,2018), En nuestro país, Laghi-Rey y col (2015) encontraron que, de 109 madres, residentes en la zona sur de Lima, 70 % abandonaron la LME en el transcurso de los seis meses.

Algunas acciones son responsabilidad de la madre, otras del personal de salud que atiende en los establecimientos donde se atienden partos, una de esas prácticas que

impiden la LME, es proporcionar alimentos al recién nacido, según el informe del INEI (ENDES 2018) a nivel nacional, en el área urbana, el 44.8% recibió alimentos antes de empezar a lactar. La LM provee los nutrientes adecuados y contribuye al sistema inmune del niño para un gran número de enfermedades comunes en la infancia (Osorio LM, Umbarila, 2015). Si se inicia temprano con alimentación complementaria se limita lo valioso de la LM, más aún cuando se hace sin las medidas de higiene y esterilización adecuadas, pues se pone a los bebés en contacto con sustancias contaminadas en el ambiente

En una Guía recientemente publicada (OMS 2017) se reiteran las recomendaciones acerca del contacto precoz piel a piel, alojamiento conjunto, lactancia en la primera hora de nacido y no uso de fórmulas lácteas, a menos que sea absolutamente indispensable.

1.4 Justificación practica

La importancia de estudiar factores asociados a la lactancia materna radica no solo en conocer los aspectos que obstaculizan o favorecen esta práctica natural que beneficia al niño y a la madre, sino también porque su incremento a nivel poblacional contribuye a disminuir la morbilidad y mortalidad infantil según los reportes publicados en The Lancet, 2016; representa también un ahorro al gasto público al disminuir las enfermedades infantiles.

Algunos factores no son modificables, pero otros factores si se pueden modificar a fin de que cada vez existan más madres convencidas de los beneficios de su leche y se esfuercen todo lo posible por cumplir las recomendaciones de la OPS, brindándole la LME a sus hijos.

Por otro lado, la duración y la intensidad de la lactancia en el periodo de post parto influyen en el intervalo entre nacimientos y los niveles de fecundidad resultantes, los que, a su vez, condicionan las posibilidades de sobrevivencia de hijas e hijos futuros y de las madres.

Según la Oficina de Epidemiología de la Dirección de Redes Integradas de Salud (MINSA. 2018) Lima Centro, para la semana 52 del año 2019, de los 14 distritos que la integran, los que tienen mayor porcentaje de casos de IRA, exceptuando

neumonía, son los distritos de San Juan de Lurigancho (41.5%), Lima Cercado (14.9%) y La Victoria (9.2%), los demás distritos están por debajo del 4%.

Para los casos de EDA también son mayores los porcentajes de casos para los distritos de San Juan de Lurigancho (34.3%), Lima Cercado (20.1%) y La Victoria (5.4%), los otros distritos están por debajo de 3%.

Es necesario hacer énfasis en aquellos factores en los que se encuentra asociación en los tres espacios de tiempo del proceso de la lactancia materna: antes, durante y después del parto.

Estas son algunas de las razones por las que se determinó realizar esta investigación en establecimientos que pertenecían a estos tres distritos de la DIRIS Lima Centro, para conocer de las variables más frecuentes relacionadas a la práctica de la LME, cuales estaban afectando más a esta población para que se encuentren altas tasas de prevalencia de EDA e IRA.

Por lo antes mencionado, en el presente estudio se buscó explorar los factores maternos que facilitan o dificultan la práctica de la LM en madres que asisten a Establecimientos de Salud I-3 de Lima Centro.

Si bien se ha avanzado algo en el incremento de madres que dan de lactar a sus hijos, esta práctica puede mejorar e incrementar el porcentaje de madres que lo practiquen, conscientes del beneficio que les reportan a ellas mismas y a sus bebés, a corto y largo plazo y que en alguna medida contribuye a la disminución de la morbimortalidad infantil tanto de naturaleza respiratoria como las diarreas agudas.

1.5 Objetivos de la Investigación

- **1.5.1. Objetivo General**

Determinar los factores asociados a la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva antes, durante y después del parto en madres con hijos de 6 a 12 meses que acuden a establecimientos de salud I-3 de Lima Centro.

- **1.5.2. Objetivos Específicos**

- a. Identificar factores asociados a la lactancia materna exclusiva durante el periodo de gestación.
- b. Identificar factores asociados a la lactancia materna exclusiva durante el proceso del parto.
- c. Identificar factores asociados a la lactancia materna exclusiva en el periodo del puerperio.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1. Marco filosófico o epistemológico de la investigación

La leche materna humana es un alimento líquido que se forma en el cuerpo de la madre de cada bebé que nace para sustentarlo durante los primeros meses de vida proveyendo los nutrientes que necesita y además sustancias que promueven la inmunidad al niño, la leche de animales mamíferos tiene diferente composición de acuerdo a la especie y el tamaño de la cría), cualquier otro alimento procede del exterior, sea de origen animal o vegetal y el ser humano los ingiere por hambre o por apetito, con el fin de proveer nutrientes a su organismo que sirvan para las funciones vitales y realizar muchas actividades, sin embargo, la leche que el recién nacido recibe de su madre es una continuación de la provisión de nutrientes que ha tenido en el vientre materno y sirve no solo para nutrirlo sino para proveer de sustancias inmunológicas como macrófagos, neutrófilos, linfocitos T, y B y células epiteliales son muy altas en el calostro y continúan siendo parte de la leche madura y que protegerán al recién nacido de enfermedades infecciosas y consecuentemente evitan el riesgo de mortalidad, todo eso contribuye también a un ahorro en servicios de salud para el estado.

Además de los beneficios mencionados la LME incrementa el coeficiente intelectual, permitiendo al niño alcanzar mejores logros en la educación y consecuentemente aspirar a un trabajo mejor remunerado cuando sea adulto, mejorando su calidad de vida, un estudio de seguimiento de 30 años en Brasil mostró este resultado. (Victoria C., 2015).

Los beneficios también son para la madre que amamanta, protegiéndola de enfermedades como el Cáncer de mama, Cáncer de ovario, Diabetes tipo 2 y Osteoporosis. La LME se asocia también con embarazos más espaciados al prolongar la amenorrea. Previene la mortalidad materna por causa del cáncer de mama o de ovario a largo plazo.

Se observa pues, que sus beneficios trascienden hasta la vida adulta para el bebé que lacta y para la madre que lo administra (Victoria C. 2016).

Enfoque Biológico y Fisiológico

La lactancia es parte del proceso de reproducción, la leche materna se produce en forma natural después del parto, para su producción intervienen varias hormonas entre ellas, los **estrógenos** que secreta la placenta durante la gestación y que permite que los ductos de la mama se ramifiquen y aumenten de tamaño. La hormona **progesterona** produce un crecimiento de los lobulillos, permite también el desarrollo completo de las mamas y las prepara para ser órganos secretores. Las dos hormonas mencionadas, aunque permiten el desarrollo físico de las mamas tienen un efecto inhibitorio de la secreción de leche, en cambio la hormona **prolactina** tiene el efecto contrario, estimula la secreción de leche. Pero no basta la producción, para que el niño pueda tener acceso a la leche debe succionar el pezón, esto produce la estimulación nerviosa que se transmite por la médula espinal hasta el hipotálamo, allí se producen las señales para la secreción de la **oxitocina**, otra hormona que permite que se contraigan los alvéolos exprimiendo la leche y pasando a los conductos, recién entonces el bebé puede extraer leche cuando succiona. (Guyton, 2011).

Leroy y col. (2014) revisaron datos de 54 países de ingresos medios y bajos, llegando a la conclusión de que el máximo desarrollo de la masa cerebral ocurre durante los 24 meses después de nacido, destacando la importancia de las intervenciones nutricionales antes de esta edad, pasado este periodo de tiempo es difícil revertir los daños. Anteriormente, la Revista Lancet (2007) publicó un avance de esta teoría que ha sido corroborada por otros investigadores posteriormente, de que el crecimiento y desarrollo neuronal es un proceso que empieza durante la gestación y perdura hasta los dos años de vida del niño, constituyendo un período muy importante y decisivo para el desarrollo cognitivo, el lenguaje, las destrezas sociales y emocionales de las personas, este descubrimiento destaca la importancia de la lactancia materna prolongada y la protección del estado nutricional de la madre que amamanta y las facilidades que se le debe brindar para que este proceso sea exitoso.

Por eso es importante que toda la sociedad, el estado, los profesionales de la salud, la familia, la pareja y la misma madre hagan todo lo posible por proporcionar este alimento natural al recién nacido hasta los seis meses, sin añadir otro alimento, ni bebida.

Enfermedades infecciosas de la infancia (EDA e IRA)

Se ha mencionado entre otros beneficios que la LME practicada por seis meses es capaz de prevenir las enfermedades infecciosas más frecuentes en la niñez como son las enfermedades diarreicas agudas (EDA) y las infecciones respiratorias agudas (IRA).

La OMS caracteriza a las EDA como enfermedades del tracto digestivo en que la frecuencia de las deposiciones aumenta hasta tres o más veces al día, además de ser de consistencia líquida. Generalmente se debe a una infección que puede ser originada tanto por agentes patógenos como bacterias, virus o parásitos. En niños desnutridos que viven en lugares poco salubres, puede ocasionar la muerte si no se trata a tiempo, la rehidratación es muy importante en el tratamiento (MINSA, Guía de Práctica Clínica 2017).

Las IRA constituyen una serie de infecciones que afectan al aparato respiratorio y que tienen una duración de 14 días o menos, también es causada por agentes patógenos como bacterias, virus u otros y son característicos los signos y síntomas como tos, dificultad para respirar, rinorrea, dolor en el oído y que además pueden estar acompañadas de fiebre. (MINSA. Directiva Sanitaria 061-2015)

El MINSA establece la obligatoriedad de los establecimientos de reportar los casos tanto de EDA como de IRA.

Enfoque de derechos humanos

El Estado peruano a través de la Constitución Política, declara que el recién nacido es sujeto de derecho como toda persona que habita en nuestro territorio, tiene derecho a la vida, a desarrollarse físicamente y gozar de bienestar (Art. 2 Constitución Política).

Según el enfoque de los derechos del niño (UNICEF, 2006), artículos 6 y 27, el recién nacido tiene derecho a la supervivencia y desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social, por lo tanto debe ser alimentado con la leche natural de su madre, la cual provee todos los nutrientes que necesita además la glándula mamaria aporta una microbiota que coloniza en forma temprana al bebé proveyendo un sistema inmunológico que lo protege de posibles agresiones externas como las enfermedades

infecciosas (OsorioL.M.,Solayne Umbarila A. 2015) Sus efectos benéficos perduran hasta la edad adulta, dándole también seguridad emocional por la forma como se administra.

A nivel internacional, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estableció la Convención sobre los Derechos del Niño en 1989, cuyo cumplimiento sería obligatorio para todos los países la ratificación, cuenta con 54 artículos. La Convención se convirtió en Ley en 1990, después de ser firmada y aceptada por 20 países, entre ellos Perú. Está basado en cuatro principios, uno de ellos es la supervivencia y desarrollo infantil que tiene que ver con la responsabilidad del estado para contribuir a la salud del niño y lograr su máximo desarrollo integral.

El enfoque Económico

La práctica de la LM como ya se ha mencionado significa un ahorro para las familias al prevenir las enfermedades infecciosas, los gastos en medicinas, internamiento hospitalario, por no citar el ausentismo al centro laboral perdiendo horas de trabajo para atender al niño enfermo y otros gastos.

La LM al disminuir la prevalencia de la mortalidad infantil, las enfermedades infecciosas de la infancia, las enfermedades de la madre como diabetes tipo 2 y cáncer a la mama y ovario, significa también un ahorro en el presupuesto público del estado para tratar estos problemas de salud.

El gasto innecesario en fórmulas infantiles también es un ahorro para las familias, se ha calculado en millones de dólares en ganancias de las empresas que producen sucedáneos de la leche, con una publicidad agresiva que convence a las madres de la superioridad de sus productos en ventaja a su propia leche (Rollins NC et al, 2016).

El enfoque Cultural y Antropológico

Aunque se hayan descubierto tantos beneficios de la lactancia, también es necesario tener en cuenta aspectos sociales y culturales que pueden influir en la decisión de dar o no dar la LM. En la especie humana la madre debe aprender a dar de mamar a su hijo, lo que no sucede con los animales ya que en ellos es instintivo, en cambio la

mujer es influenciada por su entorno familiar y social para tomar la decisión de amamantar o no.

En tiempos de la edad media a las mujeres de estratos sociales altos no les gustaba amamantar porque creían que deformaría su figura o les daba vergüenza que las vieran amamantar, por eso contrataban nodrizas, era un símbolo de “status”, tener una nodriza que se encargará de amamantar a su hijo, esta labor era remunerada como cualquier otro trabajo, de modo que muchas mujeres de escasos recursos económicos dejan de lactar a sus propios hijos para “vender” su leche a hijos de extraños. Cuando no se podía disponer de una nodriza se recurre a la leche de animales como la cabra, la forma de dar era, colocar directamente al bebé para que succionara la mama del animal, acostándose junto al animal.

Respecto al calostro, a través de la historia ha habido una fuerte convicción de que era inapropiado para el bebé y se solía desecharlo, incluso se lo relacionaba con la ictericia por el color amarillento característico que tiene.

El reflejo de succión es importante para la bajada de leche, sin embargo, durante mucho tiempo se tenía la costumbre de separar a la madre del recién nacido después del parto, omitiendo la succión de las primeras horas que permitiría el estímulo para la bajada de mayor volumen de leche en los días siguientes.

Otro aspecto es el papel desempeñado por el padre y la familia cuando una mujer alumbró un hijo, ya que se piensa que es su función de madre dar de lactar y no le prestan la ayuda que necesita para atender otras labores del hogar. (Rodríguez García, 2015)

2.2 Antecedentes de investigación

Desde la década de los 70 del siglo pasado la Asamblea Mundial de la Salud observó que casi en todas las regiones del mundo crecía el índice de mortalidad infantil a la par que la práctica de la LM era cada vez menor, una de las causas era la creciente publicidad y venta de productos que sustituyen a la leche que estaba ganando ventaja

en perjuicio de la salud de los niños. Esto motivó a que los expertos de la OMS establecieran el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, publicado por primera vez el año 1981 y actualizado en el 2017. En este documento se permite la prescripción de sucedáneos de la leche solo en caso de extrema necesidad, cuando no fuera posible administrar al niño la leche de su madre, pero que debían ser prudentes y no exagerar en la publicidad de sus productos para que se usará en forma masiva, proyectando la imagen de la superioridad de esos productos en relación a la leche natural de la madre.

En 1985 la OMS y la UNICEF propusieron “Los 10 pasos hacia una Feliz Lactancia Materna” que sirvió de base para el establecimiento de la Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño (IHAN) que fue presentado por primera vez en Turquía el año 1991, habiéndose extendido por todos los países del mundo. Para que un hospital sea acreditado como HAN, debe cumplir con eficiencia los diez pasos señalados (Ver anexo). Es responsabilidad del estado hacer cumplir a los establecimientos de salud las recomendaciones para que cada niño tenga un desarrollo óptimo (OMS 2016).

Por otro lado, en 1990 en Florencia, Italia, se acordó una Declaración a favor de la LME llamada Declaración de INNOCENTI, firmada por representantes de 30 países y en la cual destaca la importancia de que todo niño desde que nace debe recibir como único alimento la leche de su madre, a menos que ésta fallezca o se le detecte alguna enfermedad por la cual constituya un riesgo dar la LM. La Declaración establecía como una Meta Global para una óptima salud y nutrición materna e infantil, la lactancia materna exclusiva. La Declaración pone relevancia a la protección, promoción y fomento a la lactancia materna.

En 1991 se creó el World Alliance of Breastfeeding Action (WABA) la cual en coordinación con la OMS y UNICEF organizan cada año la Semana Mundial de la Lactancia Materna, con un lema alusivo a las ventajas de la leche materna, diferente para cada año, en nuestro país se celebra la primera semana de agosto.

La Mujer que amamanta y el mundo laboral

El porcentaje de mujeres que ingresan al mundo laboral ha crecido en las últimas décadas, en el 2017 por ejemplo el 44.2% del total de la población económicamente activa (PEA) ocupada eran de sexo femenino, esto trae como consecuencia que en

caso de embarazarse tendrían dificultades para asistir a sus controles y una vez nacido su bebé tampoco dispondrían del tiempo para amamantarlo, por ello se aprobó la ley que establecía 90 días de descanso por maternidad, correspondiendo 45 al periodo prenatal y 45 al periodo posnatal, dejando libertad para que se junten los días y se tome el descanso después de nacido el bebé. Esta Ley fue ampliada 98 días en el año 2016. También incluye una hora libre para que la madre pueda lactar o almacenar su leche para administrarse al niño cuando esté con él. Otra Ley 30367, protege a la madre trabajadora de despido por embarazo.

En Europa hay diversidad acerca del tiempo de permiso por maternidad, en Suecia, por ejemplo, se conceden 480 días, percibiendo el 90% del sueldo en Vietnam 183 días, Japón y China 98 días. En el continente africano, por ejemplo, Túnez sólo otorga 30 días de permiso por maternidad. En América, Estados Unidos 84 días, sin remuneración alguna, Puerto Rico, 56 días y Perú 98 días.

Pensando siempre en las madres que trabajan, en el año 2006, se publicó un Decreto Supremo que establecía la implementación de los Lactarios Institucionales en las empresas que tuvieran 20 o más mujeres en edad fértil, este decreto fue el antecedente de la Ley 29896 que ratificaba su contenido. Actualmente existen 1 060 entidades públicas y privadas que cuentan con un Lactario Institucional (Perú. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. MINSa 2018).

Anualmente se elabora un Informe del estado y creación de nuevos lactarios a nivel de todo el país, está a cargo de una Comisión formada por el Ministerio de Trabajo y Fomento del Empleo y el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.

Investigaciones precedentes

Investigadores del área de salud han publicado numerosos artículos relacionados con la práctica de la lactancia y los factores que puedan favorecerla u obstaculizarla. Un estudio en España (Martínez-Galán, 2017) informa que la falta de apoyo y de información influye negativamente en la LME, menciona también que algunos profesionales de la salud no están muy informados de los beneficios de la LM, en cambio, las mujeres que han sido preparadas durante la etapa prenatal acerca de los

beneficios de la LM tienen éxito en proporcionar su leche al bebé durante un tiempo más prolongado y exclusivo.

Una investigación cualitativa en México (Martínez Plascencia, 2017) revela que existe un conflicto y culpa de las madres asociado a la práctica de la LM, sus necesidades de sueño y descanso las sobrecargan y sus parejas no las apoyan, porque piensan que es asunto de la mujer y no del hombre.

Es importante tener en cuenta estos sentimientos para poder comprender mejor a las madres y educar a toda la familia fomentando la lactancia.

2.3 Bases Teóricas

Bases fisiológicas: La producción de leche es regulada por las hormonas prolactina, oxitocina, hormonas tiroideas, hormona del crecimiento, insulina y suprarrenales. (Guyton, 2011).

Durante el embarazo la progesterona y el lactógeno placentario bloquean la acción de la prolactina sobre la mama, impidiendo la producción de leche, después de algunas horas de producido el parto, ya no actúa el lactógeno placentario, pero la progesterona continúa todavía produciéndose hasta algunos días después del parto, por esta razón es que las madres interpretan que no producen suficiente leche, sin embargo, la succión del bebé es importante para estimular la secreción de la leche. La prolactina aumenta su concentración a medida que el proceso de gestación llega a su fin, pero disminuye unas horas antes del parto, si el bebé no succiona en las primeras horas después de nacido, la prolactina baja su concentración a niveles semejantes a los del periodo previo al embarazo. Si el bebé lacta, los niveles de prolactina disminuyen lentamente pero nunca hasta concentraciones tan bajas como antes del embarazo. Después del parto el mejor estímulo es la succión del bebé.

La hormona oxitocina es la responsable de la contracción de las células mioepiteliales que envuelven los alvéolos. Esta hormona también es estimulada por la succión del pezón, pero además por estímulos visuales, sonoros o emocionales. El estrés y la ansiedad alteran el reflejo de la producción de oxitocina.

A partir del tercer día después del parto si no se vacían los alvéolos, aumenta la

presión intraalveolar, frenando la síntesis de las proteínas, si la presión continúa se produce la involución, es decir se inhibe la producción de leche. Por esa razón, un vaciado frecuente es el mejor estímulo para la producción de leche.

Aproximadamente a los tres días o 72 horas después del parto se produce la lactogénesis, es decir, la “bajada” de leche, si tarda, es un riesgo para la continuidad del amamantamiento.

La primera secreción no tiene aspecto de leche, pues es más bien amarillenta y ligeramente espesa, por lo que algunas mujeres por falta de conocimiento la desechan, pero justamente esta secreción primaria de las mamas corresponde al calostro que aporta inmunoglobulinas que protegen al niño de posibles enfermedades infecciosas y es importante que las succione e ingiera. Estos conocimientos básicos son imprescindibles para la mujer que espera un hijo y debe recibirla durante el periodo prenatal.

El estado a través del Ministerio de salud ha establecido que toda gestante acuda a por lo menos seis controles prenatales en los cuales se previenen los embarazos de riesgo y se prepara a la gestante para un buen alumbramiento y un producto saludable, vigilando su estado nutricional y proveyendo de los conocimientos y técnicas para un amamantamiento eficaz.

También existe la ley de descanso por maternidad que se extendió a 98 días (49 prenatal y 49 postnatal) el año 2016, a fin de que la madre pueda alimentar y cuidar al bebé en los primeros meses de nacido.

Resulta entonces responsabilidad del estado mediante la reglamentación de documentos legales que protejan y apoyen a la mujer que está gestando un bebé, como el descanso laboral, si ella trabaja, la promoción de la lactancia en los hospitales y clínicas mediante la iniciativa de los Hospitales amigos de los niños, cuyo requisito es cumplir los Diez pasos para una lactancia exitosa; la implementación de los Lactarios que son espacios acondicionados para que la madre pueda amamantar en su lugar de trabajo en periodos cortos de tiempo, almacenando su leche y refrigerados para utilizarla en el momento oportuno; las instituciones prestadoras de salud deberán conocer estas leyes y normas y favorecer su cumplimiento y de la madre

responsabilizándose por la salud presente y futura de su hijo ofreciéndole el primer alimento completo con pleno conocimiento de que es lo mejor que le puede dar y que no hay sustituto que lo pueda aventajar.

En el presente trabajo se quiso conocer aquellos factores que en diferentes espacios de tiempo podrían estar asociados la práctica de la lactancia materna, cómo es antes del parto es decir durante la gestación, luego en los momentos cercanos al parto y por último después del parto en la población de madres que acuden a tres centros de salud de distritos de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) en los cuales la prevalencia de EDA e IRA son las más altas.

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de la investigación

Tipo de investigación descriptiva, transversal y correlacional

3.2 Unidad de análisis

Madres que acuden a tres Centros de Salud que pertenecen a la DIRIS Lima Centro

3.3 Población del estudio

Se eligieron tres distritos donde había mayor prevalencia de EDA e IRA que son San Juan de Lurigancho, La Victoria y Lima Cercado de la Red Integral de salud Lima Centro, se seleccionó un centro de salud en cada distrito. Para calcular la población se visitó cada centro y se preguntó al nutricionista cual era aproximadamente el número de madres que solicitaba consulta nutricional, el numero lo obtuvo en sus registros de consulta diaria, se sumaron los datos de los tres centros y ello constituyó la población. Se calculó que aproximadamente 290 madres por mes.

3.4 Tamaño de la Muestra

La muestra se obtuvo aplicando la siguiente fórmula (para variables categóricas o cualitativas en las que se conoce el tamaño de la población):

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

dónde:

$$N = 290$$

$$Z^2 = 2.6896$$

$$p = 0.317$$

$$q = 0.683$$

Resolviendo: $n = 129$

$$n + 10\% = 142$$

El tamaño de la muestra es 129, más 10% por seguridad.

3.5 Selección de la Muestra:

Obtenido el tamaño de muestra y con el 10% resulto 140. Se entrevistó en dos centros a 47 madres y en uno a 46. A las madres que estaban con sus bebés se les abordó mientras esperaban ser atendidas en algún consultorio (Nutrición, Crecimiento y Desarrollo u otros). Se preguntó primero la edad del bebé, debería ser mayor a seis meses y menor de un año, para que pudieran informar acerca de su experiencia en dar de lactar a su bebé.

3.6 Técnica e Instrumentos de recolección de datos

La técnica fue la entrevista, colaboraron estudiantes del último año de la carrera de nutrición que realizaban sus prácticas preprofesionales en los establecimientos ya mencionados, luego de abordarlas se les explicó sobre la encuesta y se preguntó si estaba de acuerdo con que la entrevistaran, si accedía, se le pedía que firmara el Consentimiento informado y se procedía a hacer las preguntas del instrumento.

Las estudiantes de nutrición fueron capacitadas para aplicar la encuesta. El instrumento contenía preguntas acerca de la madre y el último bebé y una lista de factores que potencialmente podrían estar asociados a la práctica de la lactancia materna exclusiva, en el periodo gestacional, durante el parto y después de éste. En la última parte se registraba el tiempo que la madre había proporcionado la lactancia materna exclusiva a su hijo.

3.7. Plan de Análisis de datos

Completado el recojo de datos en los tres centros de salud, se procedió a revisar las encuestas para comprobar que los datos estuvieran completos, totalizando 140, con los que se elaboró una base de datos en Excel para

analizarlos estadísticamente. Se utilizó el Programa SPSS V22 para el análisis estadístico utilizando el ODS Ratio

3.8 Consideraciones éticas

El protocolo de estudio fue aprobado por el comité de ética e investigación de la Facultad de Medicina con el Acta N°19- 0014 (Ver Anexo). Se solicitó el procedimiento del Consentimiento Informado a todas las madres participantes, después de haberles explicado brevemente en qué consistía la encuesta, cuanto tiempo duraba la entrevista y cuál era el objetivo de la misma sus resultados en este estudio la verificación de los factores asociados a la lactancia materna exclusiva, que nos permite realizar las recomendaciones para lograr en las futuras madres una concientización a través de capacitaciones y sensibilización para el fortalecimiento de esta práctica humana milenaria.

A cada madre candidata a entrevistar se le informó en qué consistía la encuesta y se le preguntó si deseaba participar respondiendo a las preguntas de este, si accedía se le pedía que firmara el Documento de Consentimiento Informado (Anexo 2) y se procedía a encuestarla, dándole las gracias al finalizar la encuesta.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Presentación de Resultados

Se analizaron 140 encuestas en los tres centros de salud, en relación con la lactancia materna exclusiva durante seis meses

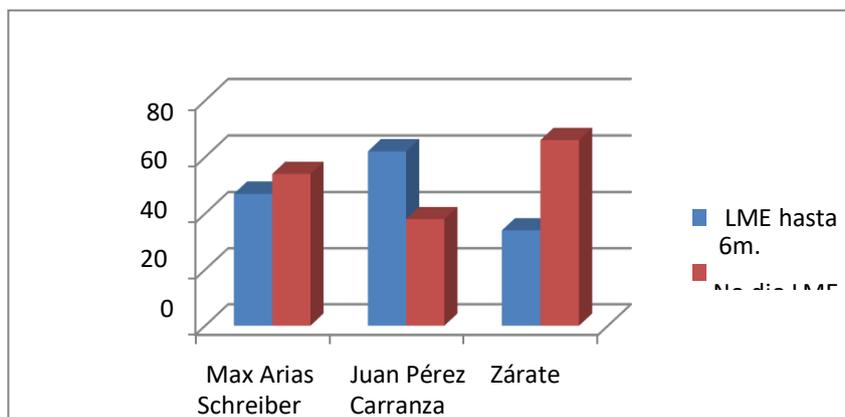


Figura 1
Porcentaje de madres según establecimiento de salud y Lactancia materna exclusiva. Lima centro 2019

Se puede observar que en el centro de salud Juan Pérez Carranza (JPC) es mayor el porcentaje de madres que manifestaron darle la lactancia materna exclusiva. El 81.4% de las madres encuestadas fluctuaron entre 20 y 35 años de edad. En el rango de edad menor a 19 años el 62% le dio LME en el rango de edad de 20 a 35 años el 44% manifestó darle LME, de las mayores de 36 años el 56%

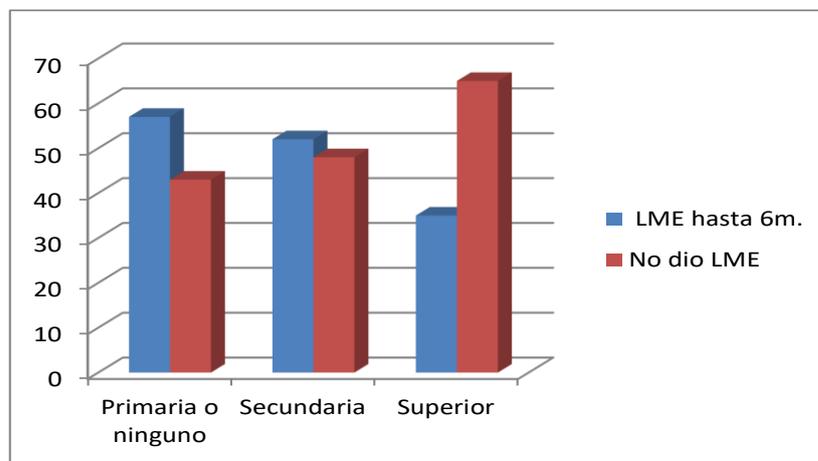


Figura 2
Porcentaje de madres según edad y LME Lima Centro 2019

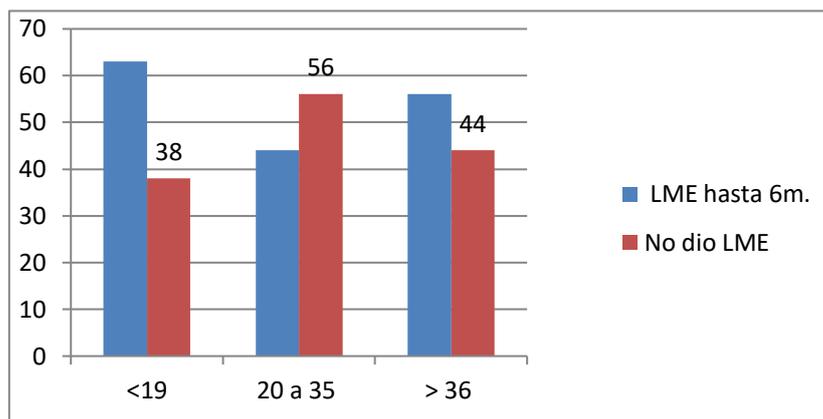


Figura 3

Porcentaje de madres según Nivel de Instrucción y LME Lima Centro 2019

Su nivel de instrucción o escolaridad estaba entre secundaria (58.6%) y superior (36.4%) y un mínimo porcentaje manifestó haber estudiado primaria o ninguna instrucción (5%).

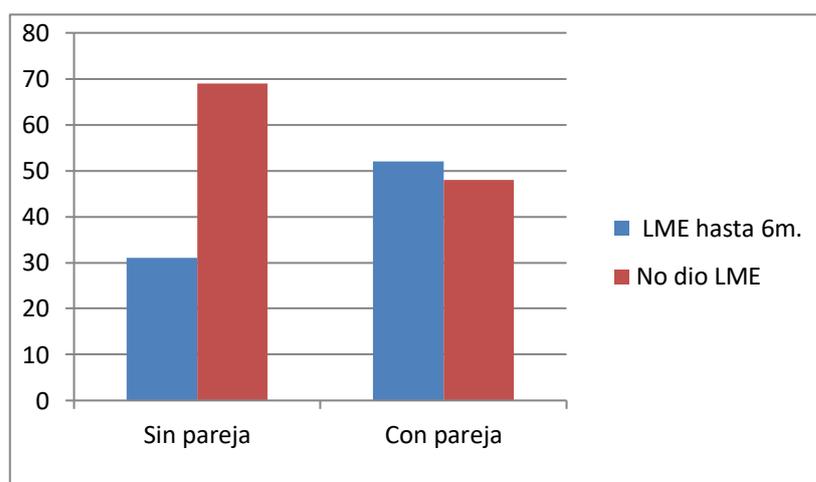


Figura 4

Porcentaje de madres según Situación Conyugal y LME Lima Centro 2019

Respecto a tener apoyo de su pareja el 73.3% respondió que si tenían pareja (casada o conviviente), lo cual implica cierta seguridad que pueda tener la madre para criar a su hijo, el 25.7% manifestó no tener pareja en el tiempo que el niño lactaba.

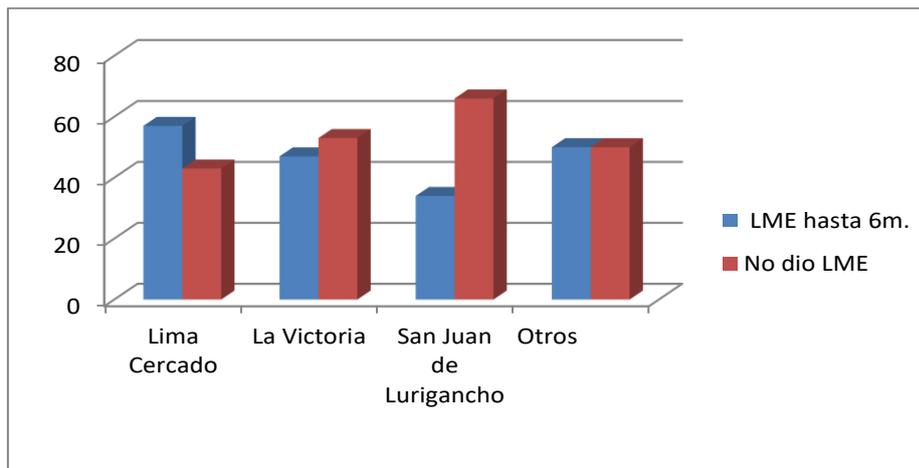


Figura 5

Porcentaje de madres según Distrito de procedencia y LME Lima Centro 2019

La procedencia estaba en relación a la cercanía a los tres centros de salud donde se recogió la información, estos distritos son: Lima Cercado, San Juan de Lurigancho y La Victoria con 37.9%, 33.6% y 25.7% respectivamente.

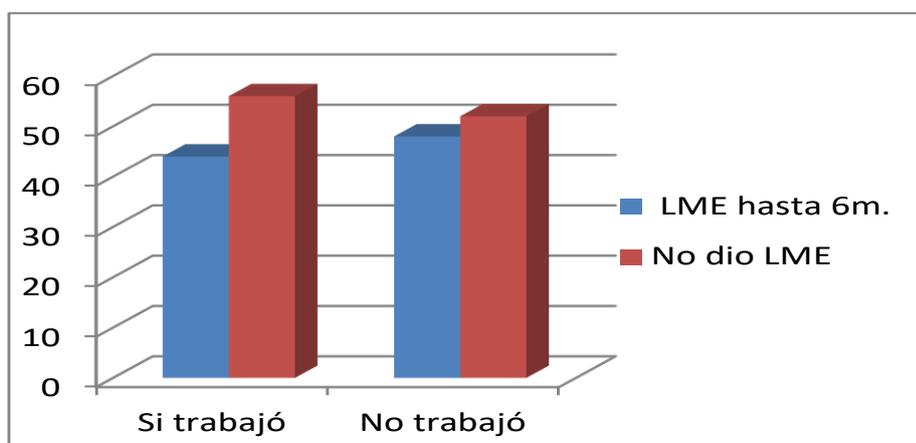


Figura 6

Porcentaje de madres que trabajaron los primeros seis meses después de nacido su bebe y LME Lima Centro 2019

El 59.3% de las madres manifestó no haber trabajado fuera del hogar durante los seis meses después del nacimiento de su hijo, mientras que un 40.7% dijo lo contrario, que sí salieron a trabajar en ese periodo.

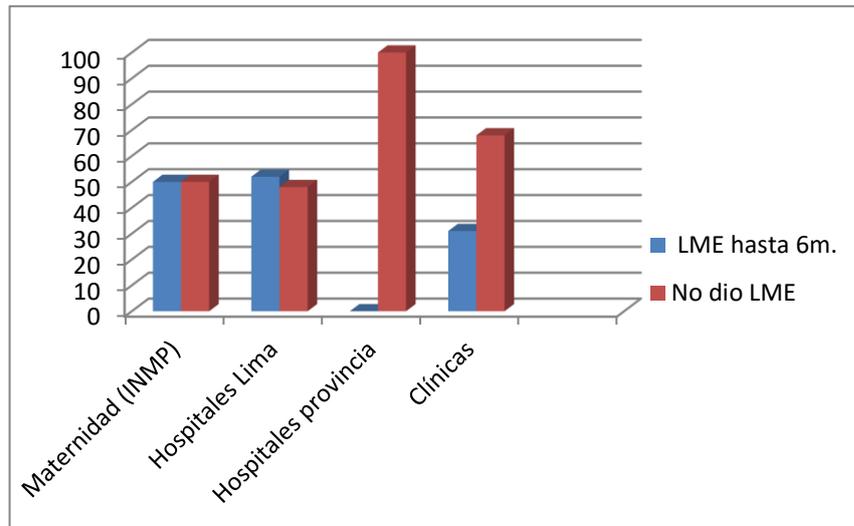


Figura 7
Establecimientos de Salud donde el niño nació y LME Lima Centro 2019

En cuanto a las semanas de gestación que duró su embarazo, el 92.1% estuvo en el rango normal entre 37 y 42 semanas de gestación, un pequeño porcentaje (7.9%), manifestó que dio a luz en menos de 37 semanas.

El 46.45 de las encuestadas manifestó haber dado leche materna exclusiva a su bebe durante seis meses.

El 88.6% de los bebés de las madres encuestadas tuvo un peso al nacer dentro del rango normal y solo un 6.4% tuvo un peso menor a 2500g y un 5% un peso mayor a 4000g.

Respecto al establecimiento de salud en el que nació el niño la gran mayoría nació en Hospital dos de mayo (40%) y en el Instituto Nacional Materno Perinatal (27.1%), en mínima proporción en cada uno de los diferentes Hospitales de Lima y solo un 5% en hospitales de provincia y 11.4% en Clínicas particulares

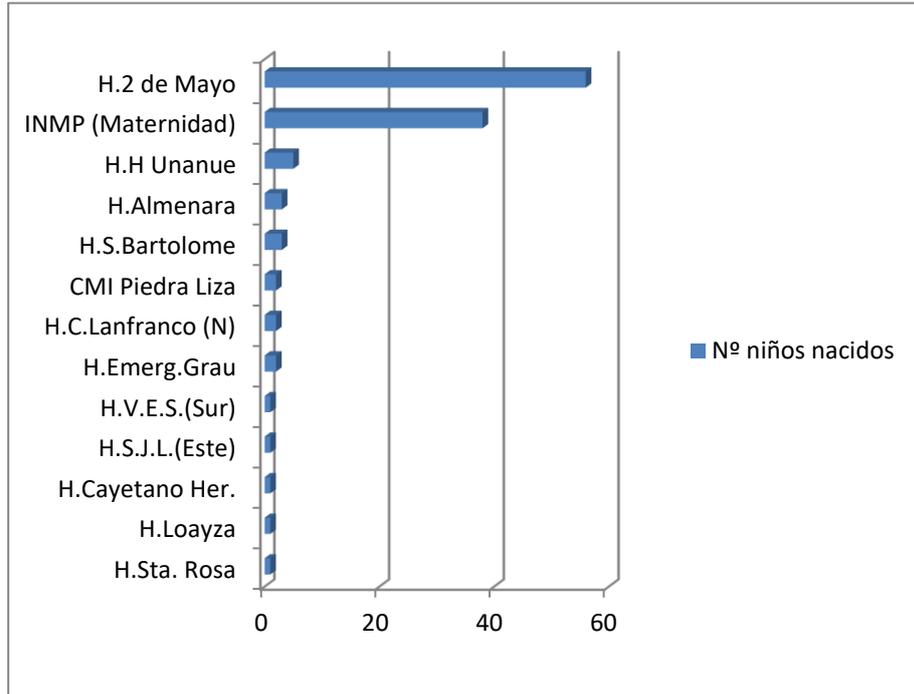


Figura 8
Hospitales de Lima donde nació el bebé-Lima Centro 2019

En cuanto a los factores que se estudiaron para analizar su asociación con la LME se encontró en el periodo de la gestación que el número controles prenatales mayor a seis tenía significancia estadística con la práctica de la LME

Cuadro 1
Nivel de asociación de factores durante la gestación en establecimientos de salud de la red integral de salud Lima Centro

Factor	Condición	n	LME(%)	OR	IC 95%	p significancia
Asistencia a controles pre natales	≥ 6 controles	109	61.5	2.90	(1.26 - 6.65)	0.0120
	< 6 controles	31	35.5			
Aspectos tratados en las sesiones de control prenatal						
Importancia del contacto piel a piel madre-hijo	SI	120	55.8	1.03	(0.39 - 2.67)	0.9446
	NO	20	55.0			
Técnicas de estimulación para que el niño no tenga dificultades al succionar	SI	101	57.4	1.28	(0.61 - 2.69)	0.5122
	NO	39	51.3			
Técnicas de amamantamiento	SI	112	56.3	1.11	(0.48 - 2.55)	0.7986
	NO	28	53.6			
Inicio oportuno de la LM, antes de las 24 horas de haber nacido	SI	110	54.5	0.80	(0.35 - 1.81)	0.5943
	NO	30	60.0			
Importancia de la LME durante las 24 horas de haber nacido	SI	126	56.3	1.29	(0.42 - 3.89)	0.6507
	NO	14	50.0			
Extracción de la LM para almacenar, descongelar y administrar al niño	SI	84	53.4	0.71	(0.35 - 1.41)	0.3315
	NO	56	60.7			
Alimentación balanceada durante el embarazo y la lactancia	SI	114	56.1	1.09	(0.46 - 2.58)	0.8317
	NO	26	54.8			
Beneficios de la LM y el calostro para el niño	SI	107	57.9	1.46	(0.67 - 3.20)	0.3402
	NO	33	48.4			
Beneficios de la LM para la madre	SI	98	56.1	1.06	(0.51 - 2.8)	0.8819
	NO	42	54.8			
Riesgo del uso de fórmulas lácteas (otras leches en biberon	SI	83	55.4	0.97	(0.49 - 1.91)	0.9330
	NO	57	56.1			
Otros factores antes del parto						
Experiencia exitosa en dar LME a otros hijos anteriores	SI	53	64.2	1.75	(0.87 - 3.53)	0.1183
	NO	87	50.6			
Paridad	Primípara	72	54.2	0.88	(0.45 - 1.71)	0.7045
	Múltipara	68	50.6			
Apoyo del padre del niño	SI	114	59.6	2.36	(0.98 - 5.66)	0.0536
	NO	26	38.4			
Embarazo planificado	SI	62	56.5	1.06	(0.54 - 2.07)	0.8756
	NO	78	55.1			

En el presente cuadro se puede observar los factores que se consideró en el periodo antes del parto, es decir durante la gestación, para el factor asistencia a todos los controles prenatales (6) Tiene una significancia de $p < 0.05$, que indica que, si existe asociación estadísticamente significativa, aunque el apoyo del padre del niño se acerca notoriamente al indicador de asociación.

Cuadro 2

Nivel de asociación de factores durante el parto en establecimientos de salud de la Red Integrada de Salud Lima Centro. 2019

Factor	Condición	n	LME(%)	OR	IC 95%	p significancia
Tipo de parto	Vaginal	77	63.6	1.99	(1.01 - 3.94)	0.0476
	Abdominal	62	46.7			
Contacto piel a piel madre-recien nacido	SI	116	58.6	1.98	(0.81 - 4.84)	0.1323
	NO	24	41.6			
Madre dio de lactar a su bebé el primer día	SI	127	58.3	3.14	(0.92 - 10.74)	0.0680
	NO	13	30.8			
Alojamiento conjunto madre-bebé	SI	119	58.0	1.84	(0.72 - 4.7)	0.2025
	NO	21	42.9			

En el cuadro 2 se aprecia que el tipo de parto natural o vaginal se asocia significativamente con la lactancia materna exclusiva, este es un aspecto importante ya que la OMS señala que el máximo porcentaje de partos por cesárea sea de 15%, sin embargo, en nuestro país para el año 2020 se registró 41.9% para la zona urbana y 18.7% para la zona rural, con un promedio nacional de 36.3.

Cuadro 3

Nivel de asociación de factores durante el periodo posparto en establecimientos de salud de la Red Integrada de salud Lima Centro 2019

Factor	Condición	n	LME (%)	OR	IC 95%	P significancia
Percibe insuficiente producción de leche	SI	72	56.9	0.902	(0.46 - 1.76)	0.7630
	NO	68	54.4			
Presencia de alguna enfermedad que le	SI	8	50.0	1,276	(0.31 - 5.32)	0.7381
	NO	132	56.1			
Problemas a causa del pezón	SI	40	65.0	0.58	(0.273 - 1.25)	0.5833
	NO	100	52.0			
Uso de fórmulas lácteas	SI	58	24.1	11,175	(5.04 - 24.80)	0.0001
	NO	82	78.1			
Uso de chupones	SI	24	37.5	2,447	(0.99 - 6.05)	0.0528
	NO	116	59.5			
Ambiente adecuado para dar de lactar	SI	30	43.3	0.53	(0.23 - 1.20)	0.1266
	NO	110	59.1			
Apoyo familiar	SI	117	56.4	1.19	(0.48 - 2.90)	0.7087
	NO	23	52.2			
Factores estéticos para no dar de lactar	SI	20	45.0	1.65	(0.64 - 4.29)	0.3006
	NO	120	57.5			
Contó con visita domiciliaria del personal de salud	SI	34	61.8	1.39	(0.63 - 3.06)	0.4153
	NO	106	53.7			

En el cuadro 3 se puede observar que el único factor que tuvo asociación significativa fue el uso de fórmulas lácteas, considerándose como factor de alto riesgo y no favorable a la práctica prolongada de la LME.

4.2 Prueba de Hipótesis

La Hipótesis fue demostrar la asociación entre diversos factores que favorecían la lactancia materna exclusiva durante los tres espacios de tiempo en relación con el momento del parto, antes, durante y después del mismo, en un grupo de madres que acudían a establecimientos de salud categoría I-3 en la ciudad de Lima, zona urbana.

Después de revisar publicaciones acerca del tema sobre factores que influyen en la lactancia materna, se seleccionaron algunas variables para su análisis respecto a la asociación con la práctica de la lactancia en el grupo muestral, estas variables se agruparon según se presentaban durante el embarazo, durante el parto y durante el puerperio.

Según el análisis con el ODS Ratio, se encontró asociación con la asistencia a controles pre natales y muy débil asociación del apoyo del padre del niño durante el embarazo, entre los factores durante el parto o referidos a este se encontró asociación con el parto vaginal. Con el uso de fórmulas lácteas después de nacido el bebe, se encontró asociación que debe interpretarse como que su uso fue una limitante para que la madre continuara con la lactancia hasta los seis meses.

Factores antes del parto:

1. Asistencia a seis controles prenatales OR 2.9 IC-95% (1.26-6.659) prueba de significancia 0,0120
2. Apoyo del padre del niño OR 2.36 IC-95% (0.98 -5.66) prueba de significancia 0,0536

Factor relacionado con el momento del parto:

3. Parto vaginal OR 1.99 IC-95% (1.01- 3.94) Prueba de significancia 0.0476

Factor después del parto o durante el puerperio:

4. Uso de fórmulas lácteas OR 11.175 IC- 95% (5.04- 24.80) prueba de significancia 0.0001

4.3 Análisis, Interpretación y Discusión de Resultados

Los factores cuya asociación con la lactancia materna exclusiva se estudiaron, se enfocaron en tres espacios de tiempo: durante el periodo de la gestación, el momento del parto y el seguimiento post parto.

En el periodo antes del parto, durante la gestación, se encontró asociación significativa entre la asistencia a seis o más controles prenatales y la LME (p 0.0120); similar resultado se encontró en un hospital del sur de la Ciudad de Lima (Mejía, 2016). En una publicación del año 2018, Rivera Félix encontró que algunas madres en dos Hospitales de Huaral y Chancay no asisten a sus controles se olvidan de sus citas para dichos controles y que el olvido de las citas a sus controles estaba asociado a la adherencia de control prenatal.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2019), señala que el 92.5% de gestantes, a nivel de Lima y Callao, recibieron seis o más controles para el año 2018, esta situación es muy positiva ya que expresa el interés de las mujeres gestantes en cuidar su estado de salud y prever riesgos. Según las normas de nuestro país (NTS N°105,2013), se han establecido seis controles como mínimo.

Al analizar muchas investigaciones y observar que los problemas obstétricos y materno perinatales persistían en todo el mundo la OMS en 2016 planteó un modelo para los controles prenatales, este consiste en reducir el número de éstos a cuatro, para aquellas mujeres que no presentaban problemas al momento del primer control o visita y si observaban algún problema sea fisiológico o de orden nutricional o de otro tipo, pasaba a una atención especializada. Propone también que se realicen cinco tipos de intervenciones durante el periodo gestacional en las visitas programadas: Intervenciones nutricionales, Evaluación materno y fetal, Medidas preventivas, Intervención ante los síntomas fisiológicos comunes e Intervención en los sistemas de salud para mejorar la utilización y calidad de

la atención prenatal (OPS/OMS 2018). En las Intervenciones nutricionales que deben realizarse al inicio de los controles, debe tenerse en cuenta la alimentación adecuada durante la gestación y la lactancia en lo que respecta a la energía y proteínas, además de suplementar la dieta con seis Vitaminas: A, D, E, B₆, C y Ácido Fólico, más tres Minerales: Calcio, Hierro y Zinc. En la evaluación materno-fetal, se verifica la existencia y nivel de anemia de la gestante.

La información y conocimientos acerca de la LME que las madres recibieron se desglosaron en diez temas: Importancia de la LME, beneficios para el niño y la madre, riesgos del uso de fórmulas lácteas, extracción, almacenamiento de la leche materna cuando no se puede amamantar inmediatamente y administración de la misma, importancia del contacto precoz con el bebé y del alojamiento conjunto, lactancia en la primera hora de nacido el bebé, alimentación saludable durante el embarazo y la lactancia, técnicas de amamantamiento y de estimulación para evitar dificultades al momento que el bebé succione el pecho de su madre .

La proporción de madres que recibieron instrucciones referentes a la LME fue mayor que las que no recibieron. Otros autores (Bellido-Roque y col. 2016) encontraron que las madres tenían mediano conocimiento acerca de la LME. El mejor ejemplo es el de Bangladesh (Nguyen, 2017) en el que se informa del impacto de una intervención educativa a madres púerperas con visitas domiciliarias y énfasis en aspectos alimentarios. Un estudio de revisión concluye que la LME depende del conocimiento recibido en la etapa prenatal y también añade que existe escasa formación de los profesionales en temas de LM. (Martínez Galán, 2017).

Numerosos artículos destacan la importancia de dar la información más completa sobre los beneficios de la LME, como el de Cuba (Avalos-González, 2016) donde la prevalencia de LME es de 48.6% se aplicó un test de conocimientos acerca de la LME y las que alcanzaron el mayor puntaje (27.19%) dieron LME hasta los seis meses, las que alcanzaron un nivel bajo de conocimientos dio LME en un periodo menor de 4 meses. En España (Ramiro González 2018) encontró asociación entre la LME y el haber asistido a un taller

de información sobre lactancia pos parto. Es necesario que todos estos aspectos se le recalquen a la madre para evitar que se deje influenciar por la publicidad de los sucedáneos de la leche que tratan de convencerla que sus productos son más ventajosos que la leche que ella produce.

En otros factores antes del parto, la experiencia previa exitosa en dar LME a hijos anteriores con la LME del último hijo en nuestro estudio sale un valor con tendencia a ser significativo OR 1.75 (IC 0.87-3.53), el 64.2% de las que si tuvieron experiencia anterior exitosa le dieron LME hasta los seis meses. En otros estudios se encontró que era un factor protector haber tenido experiencia positiva previa con otros hijos. (Becerra-Bulla y col, 2015), similares resultados encontraron en Chile (Silva Ocampo, 2018).

Respecto a la paridad, en nuestro estudio el 54.2% de primíparas dieron LME a sus bebés. Aunque no resultó estadísticamente significativo la tendencia muestra que, si es ventajosa, en otros estudios como el realizado en Villa El Salvador en la ciudad de Lima (Laghi-Rey, 2015) si encontraron asociación. En cambio, otros estudios encontraron resultados opuestos como el de Cuba (Rivera-Ledesma, 2017) en donde se asoció con abandono de la LME.

El apoyo de la pareja (padre del niño), también es importante (Becerra-Bulla, 2015) en un estudio de revisión encontraron entre los factores que protegen la LM el apoyo de la familia, Félix Valenzuela (2011) encontró como factor de riesgo la falta de apoyo de la pareja. Becerra-Bulla también lo menciona. En México, un estudio cualitativo, fenomenológico (Martínez Plascencia, 2017) mostró que las parejas de las madres no las apoyaban en la lactancia porque pensaban que no era asunto de hombres. En nuestro estudio el 59.6% de las que sí tuvieron apoyo, manifestó haber dado LME, de las que no tuvieron apoyo, solo el 38.4% dio LME.

Esto nos revela que la información no solo debe ser solo para la madre, sino extenderse al padre del niño y si es posible a toda la familia, para que todos contribuyan a que la madre esté relajada, motivada, así mismo se le ayude en las labores domésticas y se prolongue la LM por más tiempo (Becerra-Bulla, 2015)

Acerca del embarazo planificado, Aragón Núñez y col. (2015) en un artículo de revisión encontraron que las madres adolescentes en la mayoría de las veces tienen embarazos no deseados o planificados y son las que están menos dispuestas a darles LME a sus bebés cuando nacen. En Chile (Muñoz y col. (2015) realizaron un estudio de riesgo relacional encontrando el embarazo no deseado y no planificado como de alto riesgo relacional, es decir que el afecto de la madre hacia el niño no sería muy manifiesto y esto conllevaría también a que la lactancia no duraría por mucho tiempo después del parto. En nuestro estudio no se encontró mayor diferencia entre las madres que planificaron su embarazo con las que no lo hicieron en relación a la LME.

Durante el proceso del parto

Durante el proceso del alumbramiento, el factor parto vaginal estuvo asociado a la LME en nuestro estudio ($p: 0.0476$) resultado similar se encontró en Chile (Silva Ocampo y col 2016) ya que este tipo de parto se considera normal, permite que, inmediatamente que el bebé es expulsado, se le pueda acercar a la madre para un contacto precoz, estimulándolo a que busque el pezón para alimentarse por primera vez. Becerra-Bulla y col (2015) en su artículo de revisión también menciona a Fahad- Alotaibi (2015) quien encontró mayor tasa de parto por cesárea en mujeres que trabajan fuera del hogar. Por otro lado, en el Perú, en un estudio realizado en un hospital de Piura (Talledo Ulfe y col (2016) encontraron una incidencia de 57.8% de partos por cesárea en un total de 3 311 historias clínicas, la más frecuente fue la cesárea por emergencia, la mediana de edad de las madres era de 22 años (Velásquez Hurtado, 2014).

La OMS (2015) establece que la frecuencia de cesárea debe ser como máximo 15%, sin embargo, en nuestro país se ha incrementado en los últimos años hasta 46% para el año 2018, en el ámbito de Lima Metropolitana (ENDES 2018-Salud Materna). Esto es preocupante ya que la mayoría de las veces se practica sin la indicación necesaria.

Respecto al Alojamiento Conjunto y el Contacto precoz (piel a piel), la evidencia científica de estas acciones fue descritas hace tres décadas y forma parte de los diez pasos hacia una Feliz Lactancia que constituyen requisitos de cumplimiento

para que los establecimientos de salud fueran calificados como Hospital Amigo de la Madre y del Niño (OMS, 1989). Forma parte también de la NTS 105 (MINSA, 2013). En nuestro estudio los valores de los resultados tienen tendencia hacia la asociación significativa: 82.9% de las madres encuestadas tuvieron contacto precoz y el alojamiento conjunto el 85%, siendo (IC 0.81-4.84) para el primero y (0.72-4.7) para el segundo.

Un estudio en Perú, en una muestra de 540 hogares con niños menores de 3 años, realizado en zonas rurales de nueve departamentos (Velásquez Hurtado, 2014), encontraron que solo el 81.1% dio a luz en un establecimiento de salud, y el 64.1% tuvo contacto precoz madre niño. Hay que recordar que estas acciones son responsabilidad de las instituciones prestadoras de salud y de los profesionales que atienden a las madres parturientas, sin embargo, es necesario que ellas conozcan estas normas para que exijan que se cumplan.

El alojamiento conjunto permite a la madre estar atenta a las señales del bebé cuando tiene hambre y de esta forma estimular la producción de leche.

En nuestro estudio el 90.7% le dio de lactar durante el primer día de nacido, de ellas el 58.3% llegó a darle hasta los seis meses la LME. En el Perú, según ENDES 2018, 49.7% lactó durante la primera hora de nacido, aunque hay diferencias según el área urbana 43.4%, rural 68.7%. Los que lactaron dentro del primer día constituyen el 92.3%. En el informe ENDES 2016

Las madres empiezan a darle LM en la primera hora cuando las atienden parteras, son atendidas en su casa, cuando no tienen años de escolaridad y las que provienen del quintil de riqueza inferior.

En el periodo posparto, se encontró asociación del factor uso de fórmulas lácteas en biberones con la LME, éste constituye un factor de riesgo muy alto para no dar LME. Lamberti y col encontraron que los niños alimentados con fórmulas presentan casi quince veces más mortalidad por neumonía y enfermedades respiratorias.

Rollins y col. calcularon que para el año 2019 las ventas de productos sucedáneos

de la LM ascenderían a más de 70 mil millones de dólares. En general, se hace caso omiso de las recomendaciones y continúan con la promoción de sus productos en todo lugar donde puedan encontrar madres que no estén muy convencidas de los beneficios de proporcionar su propia leche a sus hijos. El Código de Comercialización de Sucedáneos de la leche ha sido actualizado recientemente (MINSA, 2017)

Otros estudios como el de Colombia (Camargo, 2011) encontraron asociación entre el abandono de la LM con el uso del biberón, sin embargo, existen mujeres que declaran que la LME es lo mejor para él bebe, pero en la práctica no lo cumplen (Quispe Ilanzo, 2017). Otro factor mencionado con frecuencia por diversos autores es la percepción de tener poca leche (hipogalactia), o que su hijo se queda con hambre como el reportado por Ramiro-González, en España (2018), en Cuba (Rivera Ledesma 2017) y en Colombia (Mateus,2019).

Este es pues un problema que persiste, aunque la madre tenga intención de amamantar, si cree que tiene poca leche recurrirá a las fórmulas lácteas, por eso es importante el estímulo de succión del niño desde la primera hora de nacido y después cuando lo demande.

De las que manifestaron tener alguna enfermedad que le impedía dar su leche al bebé sólo fueron 8 de 140, a pesar de ello la mitad, es decir cuatro si afirmaron haberle dado LME hasta los seis meses. En Argentina (Monteban, 2018) reporta que los síntomas depresivos y de ansiedad disminuyen la probabilidad de prolongar el tiempo de lactancia hasta los seis meses.

Un estudio realizado en México (Félix Valenzuela, 2011) reportó que el abandono de la LME se relacionaba con la enfermedad de la madre. Mínguez-Sánchez (2019) encontró en un grupo de madres en España que padecer de depresión posparto se asociaba a la baja prevalencia de la LME.

Los problemas del pezón también son frecuentes, sobre todo si no se ha tratado ese tema durante el embarazo y la forma como adecuar el pezón para que el niño no tenga dificultades al succionar. Laghi-Rey en una muestra de madres del sur de Lima encontró como una de las razones por las que las madres abandonan la LME.

El uso de chupones también es reportado como factor que dificulta la prolongación de la LME hasta los seis meses (Cabedo R. y col, 2019).

La mayoría de las madres entrevistadas en nuestro estudio (78.57%) manifestaron no tener un ambiente adecuado, es decir poco ruido, lugar espacioso, sin interrupciones, de este grupo de madres a pesar de este inconveniente el 59.1% dieron LME según sus manifestaciones. En este aspecto es importante la intervención de un personal de salud que visite a la madre en su domicilio, para observar el ambiente y dar algunas recomendaciones para que se reduzcan al mínimo las situaciones de estrés.

El apoyo familiar también se ha encontrado asociado al éxito de la LME en varias publicaciones, el apoyo puede ser de la abuela, del padre del niño o de sus hermanas u otros parientes. El apoyo puede consistir en palabras de aliento o en ayudar en algunas labores de la casa o en ayudarla en algunos gastos para el bebé. (Becerra- Bulla, 2015).

Acerca del factor estético, algunas madres se preocupan porque el amamantar puede alterar su físico como que “se le caen los pechos” (Bellido-Roque, 2016) En México, en un estudio cualitativo las madres manifestaban sentir vergüenza de ser vistas por personas ajenas a la familia con el seno descubierto (Martínez-Plascencia, 2017). Algunas madres creen que dar de lactar daña su imagen (Quispe Ilanzo, 2017)

Solo el 24.3% de las madres encuestadas manifiesta que recibió visita domiciliaria del personal de salud, de ellas el 61.8% respondió que dio LME a su bebé por seis meses, el problema es que muchas veces por falta de personal profesional no se realizan estas visitas que constituyen la prolongación del proceso de atención a la madre, sin embargo, es una estrategia para la supervivencia infantil (OMS, 2009).

4.4 Limitaciones

Una de las limitaciones ha sido el tamaño de muestra, considerando que uno de los tres distritos de la DIRIS Lima Centro más afectados por la prevalencia de

EDA e IRA era San Juan de Lurigancho, que es uno de los distritos más poblados de Lima Metropolitana, era necesario ampliar la muestra en este distrito teniendo en cuenta otros establecimientos de salud de la jurisdicción.

Otra limitación es que las respuestas están sujetas a la veracidad de las entrevistadas, una muestra mayor disminuiría este sesgo.

4.6 Conclusiones

1. Uno de los factores que se encontró asociación estadísticamente significativa a la práctica de la lactancia materna exclusiva fue la asistencia a los controles prenatales es necesario insistir en este paso durante el embarazo, así la madre estará mejor preparada y convencida de los beneficios de la lactancia y esta será más prolongada.
2. Se encontró también que el factor que favorece la lactancia es el parto vaginal, debido a que es posible colocar al niño apenas nace al seno materno y así empezar el estímulo. Para que se produzca la primera secreción láctea que es el calostro. A diferencia de las que alumbraban por cesárea el tiempo de duración de la lactancia era menor.
3. De los factores investigados que ocurren después del parto se encontró el uso de fórmulas lácteas, aquellos bebés que iniciaron su alimentación con fórmulas lácteas la duración de la lactancia natural era menor.
4. De los demás factores estudiados antes, durante y después del parto, no se encontró asociación estadísticamente significativa en este grupo muestral.

4.7 Recomendaciones

Se recomienda a las autoridades correspondientes, utilizar los medios de comunicación masiva para sensibilizar a las madres a considerar el alto valor de la práctica de la lactancia natural que no es superada por ningún otro producto lácteo o similar a la leche natural de ellas, que asistan a sus controles pre natales donde pueden obtener respuestas a sus dudas respecto a la lactancia. Es importante incentivar a las futuras madres que asistan a estas sesiones para tener un parto sin complicaciones y despejar toda duda acerca de los beneficios de la lactancia.

Se recomienda fortalecer a los Comités de Lactancia Materna en cada Establecimiento de salud para que continúen promoviendo la práctica de la lactancia natural en las capacitaciones sensibilizado a las madres tanto antes, durante y posparto según la OMS, en cuanto al contacto precoz, alojamiento conjunto y la lactancia en la primera hora de nacido, además de estar vigilante a la publicidad de sucedáneos de la leche para que no influyan en las decisiones de las madres.

Se recomienda a las instituciones formadoras de profesionales de la salud que en los planes de estudio se haga énfasis en estos aspectos, de modo que puedan ser motivados para transmitir ese interés a las madres, en alimentar a su bebé con la mejor leche que es el de ella misma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados (APEIM). (2018) Niveles Socioeconómicos 2018.
- Avalos-González MM, Mariño- Membribes ER, González-Hidalgo JA. (2016) Factores asociados con la Lactancia Materna Exclusiva. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 35 (2) ,170-77
- Bellido-Roque L, Bellido Roque J. (2016); Nivel de conocimientos, creencias y actitudes sobre Lactancia Materna Exclusiva que poseen las madres puérperas en el Centro de Salud Piedra Liza, 2014. *Agora Revista Científica* 3(1), 300-306
- Becerra-Bulla F, Rocha-Calderón L, Fonseca- Silva DM, Bermúdez-Gordillo LA. (2015) El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. *Revista de la Facultad de Medicina* 63(2), 217-227
- Borre YM, Cortina C, González G. (2014) Lactancia Materna Exclusiva: ¿La conocen las madres realmente? *Revista Cuidarte*, 5(2): 723-30. [http://dxdoig.org/101564/cuidarte.5\(2\),84](http://dxdoig.org/101564/cuidarte.5(2),84)
- Brahm P, Valdes V, (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(1):7-14
- Cabedo R, Manresa JM, Cambredó MV, Montero L, Reyes A, Gol R, Falguera G. (2019) Tipos de lactancia materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. Estudio LACTEM. *Revista Matronas Profesión*, 20(2), 54-61.

- Campiño-Valderrama SM, Duque PM (2019) Lactancia materna: factores que propician su abandono. Archivos de Medicina (Manizales) 19(2),331-41. DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.19.2.3379>.
- Caro P, Guerra X. (2018) Tendencia de la lactancia materna exclusiva en Chile antes y después de la implementación de la ley posnatal parental. Revista Chilena de Pediatría, 89(2),190-195.
- Congreso de la República. Ley N° 29896 (2012) Ley que establece la implementación de Lactarios en las Instituciones del Sector Público y del Sector privado promoviendo la Lactancia Materna.
- Perú. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas (2014). Directiva Administrativa para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la niña y el niño. Resolución Ministerial N° 609-2014.MINSA.
- Flores-Salazar M, Orrego-Celestino LM, Revelo-Moreno S, Sanchez-Ortiz G, Duque-Palacio L, Montoya-Martínez JJ y col. (2018). Factores asociados a la lactancia materna en mujeres de un municipio colombiano. Revista Médica de Risaralda 23(1), 29-33.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2019) Para cada niño Identificar las desigualdades para actuar: El Desarrollo de la Primera Infancia en América Latina y el Caribe.
- Injante MA, Huertas A, Curasi-Gómez OH. (2014) Lactancia Materna Exclusiva como factor de protección para infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda, en niños de 6 a 11 meses en un Hospital General de Ica, Perú. Revista Médica Panacea, 4(2),51-55.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2019). Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, primer

semestre 2019. Lactancia Materna Exclusiva

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Lactancia y Nutrición de Niñas, Niños y Mujeres cap. 10 en Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2018.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos 2013-2016.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2016). Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales 2011-2016.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2016) Perú: Evolución de los Indicadores de Programas Presupuestales: 2011-2018

Junyent Moreno AA. (2015) Identificación de predictores del desempeño en la comprensión de textos orales y escritos. Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE), Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES), Fortalecimiento de la Gestión de la Educación en el Perú (FORGES).

Laghi-Rey A, Yaipen-Ayca A, Risco-Denegri R.V, Pereyra-Elias, R. (2015) Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una muestra de madres en Lima. Archivos de Medicina, 11(3):1-7

Lihim Prado J. (2014) Tendencias y Factores Asociados con la Lactancia Materna Exclusiva en el Perú. Revista Re Nut 8(2),1461-1470

Marin-Arias L, Ureña-Cascante ME, Fernández-Rojas X. (2018) Duración de la Lactancia Materna Exclusiva en una comunidad urbana y otra rural de Costa Rica. Población y Salud en Mesoamérica 15(2): 1-22.

- Martínez-Galán P, Martín - Gallardo E, Macarro-Ruiz D, Martínez-Martín E, Manrique-Tejedor J. (2016) Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. *Enfermería Universitaria*, 14(1),54-66
- Martínez-Locio I, Hermosilla M, (2017) Razones de abandono de lactancia materna en madres con hijos menores de dos años. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud Paraguay*. 15(2): 73-78. Doi 10.18004/ Mem lics/ 1812-9528.
- Martínez-Plascencia U. et al (2017) ¿Lactancia materna o en pareja? Un estudio sobre las experiencias de reconfiguración de cuerpos, roles y cotidianidades en madres y padres mexicanos *Cadernos Saúde Pública* 33(9), 1-10. Doi103823/1261.
- Mateus SJC, Cabrera AGA. (2019). Factors associated with exclusive breastfeeding practice in a cohort of women from Cali, Colombia. *Colombia Médica (Cali)*, 50(1),50 (1),22-29. DOI:10.25100/cm. v50i1.2961.
- Mc Fadden A, Mason F, Baker J, Begin F, Dykes F, Grummer-Strawn L y col. Señalando a las fórmulas infantiles: se necesita acción mundial coordinada en *Lancet* 2016.Serie Lactancia Materna.
- Mejía C, Cárdenas M, Cáceres O, García-Moreno K, Verástegui-Díaz A, Quiñones- Laveriano D. 2016) Actitudes y prácticas sobre Lactancia Materna en puérperas de un Hospital público de Lima Perú. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 81(4) , 281-287.
- Mínguez-Sánchez MJ, Rodríguez Saiz MB, HUBU. Burgos. (2019) Prevalencia de Lactancia Materna en España. *Revista Enfermería C y L (Castilla y León)*,11(1),12-15.

Monteban MF. (2018) Factores Asociados con la Lactancia Materna en madres concurrentes a servicios de Atención Primaria en Salud en el NOA (Noroeste de Argentina). Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad de Jujuy, N° 54,191-212.ISSN: 0327-1471

Nguyen PH, Kim S, Sanghvi T, Mahmud Z, Mai Tran L, Shabnam S y col. (2017) Integrating Nutrition Interventions into an Existing Maternal, Neonatal and Child Health Program Increased Maternal Dietary Diversity, Micronutrient Intake and EXCLUSIVE Breastfeeding Practices in Bangladesh: Results of a cluster- Randomized Program Evaluation. The journal of Nutrition,147, 2326-37. doi.org/10.3945/JN 117.257303.

Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M, y col. (2015) Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. Gaceta Sanitaria 29(1), 4-9

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La iniciativa Hospital Amigo el Niño en América Latina y El Caribe. Estado Actual, retos y Oportunidades 2016.

Organización Mundial de la Salud. Plan de aplicación integral sobre nutrición materna del lactante y del niño pequeño: Meta Mundial 5; Lactancia 2014.

Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea Programas y Proyectos. 2015.

Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Suiza: OMS; Abril 2015.

Osibogun O, Olufunlayo T, Oyibo S. (2018) Knowledge, attitude and support for exclusive breastfeeding among bankers in Mainland Local Government in Lagos State, Nigeria International Breastfeeding Journal, 13(38), 1-7. doi.org/10.1186/s 13006-018-0182-9

Osorio L. Umbarila AS Microbiota de la glándula mamaria (2015) Revista Pediatría de la Sociedad de Pediatría de Colombia, 48 (1),1-8

Perú, Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las personas. Norma Técnica de Salud 105 para la Atención Integral de Salud Materna, aprobada por R.M. N° 827-2013/MINSA y precisada por R.M. N° 159- 2014/MINSA.

Perú, Ministerio de Salud. MINSA Reglamento de Alimentación Infantil Comisión Multisectorial de Promoción y Protección de la Lactancia Materna Comité Técnico Institucional para la Promoción y Protección de la Lactancia Materna en el Perú.2015

Perú, Ministerio de Salud, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Secretaria Técnica dela Comisión Multisectorial de Lactarios. Factores Asociados a la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de zonas urbanas de cuatro provincias del Perú, en Informe Anual de los Lactarios Institucionales 2016.

Perú. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Implementación, Funcionamiento y Promoción de Bancos de Leche Humana en el Perú (2019) NTS N° 152-MINSA-DGIESP.

- Perú. Ministerio de Salud. (2017) Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Guía Técnica para la Consejería en Lactancia Materna.
- Perú. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Ministerio de Salud. Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Autoridad Nacional de Servicio Civil-SERVIR. Comisión Multisectorial de Lactarios. Dirección General de la Familia y la Comunidad. Dirección de Fortalecimiento de las Familias (2018). Informe Anual de Lactarios 2018.
- Perú. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) (2010-2012) Registro de Cáncer de Lima Metropolitana
- Perú. Ministerio de Salud. Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro. (2019). Boletín Epidemiológico N° 3-2019
- Perú. Ministerio de Salud. (2011) La Lactancia Materna y el cumplimiento del Código de Comercialización de Sucedáneos de leche materna en el Perú. Informe Final de Monitoreo en Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Lima y Loreto.
- Quispe-Ilanzo MP, Oyola-García AE, Navarro-Cancino MN, Silva Mansilla JA, (2015) Características y creencias maternas asociadas al abandono de la Lactancia Materna Exclusiva. Revista Cubana de Salud Pública,41(4),582- 592
- Ramiro González MD, Ortiz-Marrón H, Cañedo-Arguelles CA, Esparza Olcina MJ, Cortes-Rico O, Terol-Claramonte M y col. (2018) Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la comunidad de Madrid entre los participantes del estudio ELOIN. Anales de

Pediatría (Barc), 89 (1), 32-43

Rivera Félix LM, Burgos López NH, Gómez Díaz JZ, (2018) Moquillaza Alcántara VH, Factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Huaral y Chancay, Perú. Revista Anales de la Facultad de Medicina, 79(2) ,131-7.

Rivera Ledesma E, Bauta León L, Fornaris Hernández A, Flores Martínez M, Pérez Majendie R. (2017) Factores determinantes de la lactancia materna exclusiva: Policlínico "Aleyda Fernández". Revista Habanera de Ciencias Médicas [revista en Internet]. 16 (6), 879-890. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2075>

Rodríguez García R. (2015) Aproximación Antropológica a la Lactancia Materna. Revista de Antropología Experimental, Universidad de Jaén (España) N° 15 Texto 23: 407-429.

Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, et al., (2016) Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? The Lancet Breastfeeding Series Lancet 2016; 387:491–504.5.

Silva P, Vargas N, León N, Duran S, Araya M, Rudman J y col. (2018) El tipo de parto,¿Podría condicionar el éxito en la lactancia materna exclusiva? Revista Especializada en Nutrición Comunitaria 24 (2),1-8

Talledo L, Talledo C, Pachas P. (2016) Incidencia e indicaciones de cesárea practicadas a pacientes gestantes de un hospital público de Piura, Perú. FELSOCM. 21(2):35-7

Toryiama ATM, Fujimori E, Palombo CNT, Duarte LS, Borges ALV, Chofakian CBN. (2017) Breastfeeding in a small city in Sao Paulo

state, Brasil: ¿what changed after a decade? *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 25: e 2941,1-10. DOI [http:// dx.org/1518-8345.1858.2941](http://dx.org/1518-8345.1858.2941)

United Nations Children's Fund (UNICEF) (2016) *Unite for children. From the First hour of Life. Making the case for improved infant and young child feeding everywhere.*

United Nations Children's Fund (UNICEF) (2018) *For every child. (2018) BREASTFEEDING A mother's Gift, for Every Child.*

Urquizo Aréstegui, R. (2014). *Lactancia materna exclusiva: ¿siempre?* *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 60(2), 171-176.

Victora C, Bahl R, Barros A, Franca G, Horton S, Krasevec J, y col. (2016) *La lactancia materna en el Siglo XXI: epidemiología, mecanismos y efectos a lo largo de la vida.* *Lancet*.2016. 387:475-490.

Victora C, Lessa Horta B, Loret de Mola C, Quevedo L Tavares R, Gigante D, y col.(2015) *Association between breastfeeding and intelligence educational attainment and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brasil.* *Lancet* 2015; 3, 199-205

World Health Organization (WHO). *GUIDELINE (2017) Protecting, promoting and supporting BREASTFEEDING IN FACILITIES providing maternity and newborn services*

ANEXOS

ANEXO A
MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivos	Variables	Indicadores	Metodología
<p>Formulación del problema:</p> <p>¿Cuál es la asociación entre los factores que influyen en la Lactancia materna antes, durante y después del parto y la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva en madres que acuden a establecimientos de salud nivel I-3 en Lima Cercado?</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Determinar la asociación entre factores que influyen en la Lactancia Materna antes, durante y después del parto en madres que acuden a Establecimientos de salud en Lima Centro</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>1. Encontrar asociación entre factores que ocurren antes del parto (durante el embarazo) y la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva.</p> <p>2. Encontrar asociación entre factores que ocurren durante el parto y la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva.</p>	<p>Factores antes del parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia a los controles del embarazo • Temas tratados en las sesiones de control: • Asistencia a controles prenatales • Lactancia exitosa en hijos anteriores • Número de Hijos vivos • Apoyo del padre del bebe <p>Factores durante el parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de parto • Contacto piel a piel • Lactancia el primer día de nacido el bebe • Alojamiento conjunto 	<p>≥6 controles, si-no, si-no, si-no, si-no, si-no si-no</p> <p>primípara/ múltipara</p> <p>si-no si-no si-no si-no si-no si-no si-no si-no si-no</p> <p>abdominal/vaginal</p> <p>si-no si-no si-no si-no si-no</p>	<p>Diseño de investigación Descriptivo-Correlacional</p> <p>Población y muestra: Madres de 18 a 38 años, que acuden a tres centros de salud de tres distritos San Juan de Lurigancho (CS. Zarate), Lima Cercado (CS Juan Pérez Carranza), La Victoria (Max Arias Shereiber) que tengan bebes de 6 a 12 meses.</p> $n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$ <p>Muestra: 142 madres muestreo por conveniencia</p>

Problema	Objetivos	Variables	Indicadores	Metodología
	<p>3. Encontrar asociación entre factores que ocurren después del parto y la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva.</p>	<p>Factores después del parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percepción de hipogalactia • Enfermedad materna • Problemas del pezón • Uso de fórmulas lácteas • Uso de chupones • Ambiente adecuado para dar de lactar • Apoyo familiar • Tuvo visita domiciliaria del personal de salud 		<p>Métodos de recolección de datos: Encuesta presencial</p> <p>Instrumentos: Cuestionario de frecuencia de consumo. Validado por Juez Experto y prueba piloto</p> <p>Análisis de datos: Estadística descriptiva, frecuencias, porcentajes. Estadística inferencial: ODDS RATIO, nivel de confianza del 95% calculados en el paquete estadístico SPSS.</p>

ANEXO B
Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES O SUB VARIABLES	INDICADORES	PUNTOS DE CORTE
Factores Asociados a la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva	Situaciones socioculturales o aspectos anatómico - biológico que favorecen u obstaculizan la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva	Factores asociados presentes antes del parto (durante la gestación)	Controles Pre natales: - Número -Temas tratados durante los controles: *Beneficios para el niño *Beneficios para la madre *Importancia del calostro *Técnica del amamantamiento *Inicio oportuno de la lactancia materna *Riesgo de dar sucedáneos de la leche materna *Tiempo de duración de la lactancia materna *Contacto piel a piel *Alimentación balanceada y saludable *Extracción de leche, Almacenamiento y administración	Número de controles realizados durante la gestación < de 6 controles De 6 a 14 controles SI - NO SI - NO
		Factores asociados presentes durante el periodo del parto	Tipo de parto *Contacto piel a piel (efectivo) *Inicio de la lactancia en las primeras 24 horas de vida del recién nacido. *Alojamiento conjunto * Percepción de baja producción de leche de parte de la madre * Enfermedad de la madre (mastitis)	Vaginal Abdominal (cesárea) SI - NO SI - NO SI - NO SI - NO SI - NO

ANEXO B
Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES O SUB VARIABLES	INDICADORES	PUNTOS DE CORTE
		Factores asociados presentes después del parto (durante el puerperio)	<ul style="list-style-type: none"> * Problemas del pezón * Uso de sucedáneos de la leche mat. * Uso de chupones o biberones * Incomodidad al lactar (ambiente inadecuado, mala postura) * Factores estéticos (sentimiento de vergüenza de dar de lactar ante extraños, creer que se deformara su cuerpo con la práctica de la lactancia) 	SI – NO SI - NO SI - NO SI - NO SI - NO
Lactancia Materna Exclusiva	Ingesta de la leche natural materna por el recién nacido, sin la adición de líquidos u otros alimentos o leche artificial durante 6 meses después de nacido	Cumple con darle la LME en el tiempo señalado Duración de la LME		SI – NO Hasta los 5 meses Hasta los 4 meses Hasta los 3 meses Menos de 3 meses



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"



ACTA N°. 19-0014

CÓDIGO DE PROYECTO: N°.0014

ACTA DE EVALUACIÓN ÉTICA

En Lima, a los trece días del mes de marzo de 2019, se realizó la **revisión ética expeditiva** de las recomendaciones Metodológicas y Éticas incorporadas como sugerencias de corrección al proyecto: "**Factores asociados a la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva en madres de Establecimientos de salud categoría I-3 de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro**", presentado por Carmen Villarreal Verde, ha cumplido satisfactoriamente.

"El presente documento tiene vigencia a partir de la fecha y expira el 12 de marzo del 2020"

RESULTADO: PROYECTO APROBADO

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA

Dr. RICARDO TERUKINA TERUKINA
Presidente
del Comité de Ética de Investigación

Lima, 13 de marzo del 2019

ANEXO D

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto de Investigación

Factores asociados a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres que acuden a establecimientos de salud nivel I-3 de Lima Centro

Señora madre de familia:

Por la presente le informo que estoy realizando un proyecto de investigación acerca de la lactancia materna exclusiva y los factores que se asocian para favorecerla o dificultarla.

Su participación es valiosa porque permitirá comprender las dificultades de las madres para amamantar a sus bebés con su leche hasta los seis meses de edad, que es lo recomendable.

Le agradecería si usted participara respondiéndome a ciertas preguntas relacionadas a su embarazo, el nacimiento del bebé y la forma y tiempo que usted le dio de lactar.

Le tomara menos de diez minutos responder a la encuesta.

La información es confidencial, no se publicarán resultados con nombres de las personas. No tiene ningún costo para usted

Si acepta participar, por favor firme este documento, en señal de que ha comprendido el propósito de la encuesta.

No tenga temor de sufrir represalia por no participar en el estudio.

Si después de firmar y responder a la encuesta tiene alguna duda puede llamar para mayor explicación a la investigadora responsable que es Carmen Villarreal Verde, cuyo teléfono celular es 959 063 461

Acepto participar respondiendo a la encuesta sobre lactancia materna exclusiva y factores asociados

ANEXO E

 Encuesta dirigida a madres de niños menores de 12 meses acerca de la lactancia materna exclusiva									
Encuestador.....					Fecha.....				
Centro de Salud.....									
I. Datos de la madre encuestada									
(Debe tener un hijo entre 6 y 12 meses de edad, no mayor ni menor)									
(Marcar con un check "✓" en el espacio vacío, según la respuesta de la entrevistada)									
1.1.	¿Me puede decir su nombre y apellidos?								
1.2.	¿Qué edad tiene usted?		años						
1.3.	¿Hasta qué grado o año estudio en el colegio?	Nunca asistió		Primaria		Secundaria		Superior	
1.4.	¿En qué distrito o urbanización vive?								
1.5.	¿Asistió a su centro laboral o centro de estudios desde que dio a luz y durante los 6 primeros meses de vida de su último hijo? No incluye labores de ama de casa	SI		NO					
		Fuera del hogar		Dentro de su hogar (negocio, peluquería, etc.)					
1.6.	¿Cuantas semanas de gestación tenía cuando nació su bebé?								
1.7.	¿Cuál es su estado civil?	Sin pareja (soltera, divorciada, viuda)		Con pareja (casada o conviviente)		(Observaciones)			
II. Datos del niño amamantado en los últimos 6 meses									
2.1.	¿En qué hospital o establecimiento de salud nació el bebé?								
2.2.	En qué día y mes nació su bebé (Fecha de nacimiento)								
2.3.	Sexo del bebe			Masculino		Femenino			
2.4.	¿Cuánto pesó su bebé cuando nació?								

III. Factores asociados a la práctica de la lactancia materna exclusiva										
3.1. Antes del parto (Durante la gestación) (Circular la respuesta de la madre)										
3.1.1.	Control Pre Natal	<i>¿Dónde acudió para sus controles prenatales?</i>								
		<i>Número</i>	<i>A cuantos controles asistió?</i>	1	2	3	4	5	6	
				<i>Le enseñaron que, al nacer el bebé, debe estar en contacto piel a piel con usted, ¿su mamá?</i>					SI	NO
			<i>Temas tratados</i>	<i>¿Le enseñaron técnicas de estimulación para que el niño no tenga dificultades al mamar?</i>					SI	NO
				<i>¿Le enseñaron acerca de la técnica del amantamiento correcto?</i>					SI	NO
				<i>Le indicaron acerca del Inicio oportuno de la lactancia materna (antes de las 24 horas de nacido)</i>					SI	NO
				<i>¿Le explicaron porque es importante que de lactar a su bebe hasta los 6 meses sin otro alimento?</i>					SI	NO
				<i>¿Le explicaron como extraer la leche de su seno cuando el bebé no puede estar con usted y como almacenar, descongelar y administrar esa leche?</i>					SI	NO
				<i>¿Le explicaron con claridad cual debe ser la alimentación balanceada durante el embarazo y la lactancia?</i>					SI	NO
				<i>¿En alguno de esos controles le hablaron de los beneficios de la lactancia materna para el bebé y beneficio del calostro?</i>					SI	NO
				<i>¿Le hablaron de los beneficios de la lactancia materna para usted?</i>					SI	NO
				<i>Le advirtieron acerca del riesgo de dar sucedáneos de la leche (otras leches en biberón)</i>					SI	NO

ANEXO F

Validación del instrumento

Validación por Juez Experto

Se llevo a cabo del 4 al 19 de marzo del año 2019

Una vez elaborado el instrumento se solicitó la opinión de 4 colegas nutricionistas para la validación del mismo (Anexo X1). Ellas fueron la jefe de la oficina del Banco de Leche del Instituto Nacional Materno Perinatal (Maternidad de Lima), la segunda también trabajaba en el Banco de Leche; la tercera labora en el Centro de Salud Materno Infantil “Cesar López Silva” ubicado en el distrito de Villa El Salvador, ciudad de Lima y la cuarta juez fue una docente permanente de la Escuela de Nutrición de la UNMSM.

A las respuestas de los jueces expertos se les aplicó la prueba binomial y el resultado fue que la concordancia entre los jueces respecto a la aprobación del instrumento fue significativa ($p=0.0039$)

Prueba Piloto

Se realizaron 15 encuestas (10% de la muestra), entre el 24 y 31 de mayo del 2019

5 encuestas a madres que acudían al centro de salud Juan Pérez Carranza

5 encuestas a madres que acudían al centro de salud Max Arias Schreiber

5 encuestas a madres que acudían al centro de salud de Zarate (SJL)

Observaciones que se hicieron:

- Agrandar las letras
- En los controles del embarazo poner 1,2,3,4,5,6 en lugar de espacios en blanco
- Debe indicar por escrito que la encuesta se realiza a madres cuyos bebes estén entre los 6 y 12 meses (no menos, ni más)
- En 3.1.2, agregar hasta los seis meses.
- Indicar que las respuestas cuyas alternativas sean SI o NO, se circulen una sola.

ANEXO G
ESCALA DE CALIFICACION DEL INSTRUMENTO

Título del Proyecto de Investigación:

Factores asociados a la práctica de Lactancia Materna Exclusiva en madres de Establecimientos de salud categoría I-3 Dirección de redes Integradas de Salud Lima Centro

Tesista: Carmen Villarreal Verde

Asesora: Dra. Maritza Placencia Medina

Marcar con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión

Nº	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación			
2	El instrumento propuesto responde al(los) objetivo(s) de estudio			
3	La estructura del instrumento es adecuada			
4	Los ítems del instrumento responden 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:

.....
Nombre y apellidos del Juez Experto

.....
Firma del Juez Experto

Fecha...../...../.....

ANEXO H



10 PASOS

para una

FELIZ LACTANCIA MATERNA

1. Disponer, por escrito, de una política relativa a la lactancia natural que, sistemáticamente, se ponga en conocimiento de todo el personal de atención a la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Enseñar a las madres cómo dar de mamar al bebé y cómo mantener la lactancia, incluso si ha de separarse de él.
6. No dar a recién nacidos/as más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.
7. Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y sus hijos/as durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite.
9. No dar a los niños/as alimentados al pecho tetinas o chupetes.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.