

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**Universidad
Norbert Wiener**

“MOTIVOS DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE ACUDEN A
CONSULTORIOS EXTERNOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE
LURIGANCHO, AGOSTO – SEPTIEMBRE 2017”

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

Presentado por:

Bach: Gamboa Gomero, Katherine Elizabeth.

ASESORA

Mg. Arbildo Rodríguez, Carola Claudia

Lima – Perú

2018

- El presente trabajo de investigación es dedicado a Dios, por darme la oportunidad de alcanzar una meta más y brindarme la fuerza para seguir siempre adelante, iluminando mi camino por el bien.

DEDICATORIA

- A cada uno de mis seres queridos, por confiar en mí; a mis padres, por apoyarme cada día y brindarme consejos para poder avanzar y así alcanzar una meta más.

AGRADECIMIENTO

A Dios por concederme la salud y persistencia y colocarme en el lugar y tiempo preciso para escalar un peldaño más en mi vida personal y profesional.

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este. Me formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final de cuentas, me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos.

A mi alma mater, la universidad Norbert Wiener, por formarme profesionalmente.

A mi asesora de tesis la Mg. Carola Claudia Arbildo Rodríguez por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, así como también haberme tenido toda la paciencia del mundo para guiarme durante todo el desarrollo de la tesis.

Asesora

Mg. Carola Claudia Arbildo Rodríguez

JURADO

Presidenta: Dra. Sabrina Morales Alvarado

Secretaria: Lic. Jessica Maryluz Yace Martínez

Vocal: Lic. Ruth Celia Chasquibol Chacón

ÍNDICE

I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1. Planteamiento del problema	11
1.2. Formulación del problema	13
1.3. Justificación	13
1.4. Objetivos	14
1.4.1. Objetivos Generales	14
1.4.2. Objetivos Específicos	14
II. MARCO TEÓRICO	15
2.1. Antecedentes	15
2.2. Base teórica	20
2.3. Hipótesis	43
2.4. Variables	44
III. DISEÑO METODOLÓGICO	50
3.1. Tipo de investigación	50
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	50
3.3. Población y muestra	52
3.3.1. Criterios de inclusión	53
3.3.2. Criterios de exclusión	53
3.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos	54
3.6. Procesamiento de datos y análisis estadísticos	54
3.7. Aspectos éticos	54
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	55
4.1. Resultados	55
4.2. Discusión	62
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	65
5.1. Conclusiones	65
5.2. Recomendaciones	66
Referencias bibliográficas	67
Anexos	71

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas en la población de estudio.	55
Tabla 2. Factores familiares en la población de estudio.	56
Tabla 3. Factores laborales en la población de estudio.	57
Tabla 4. Factores personales en la población de estudio.	58

RESUMEN

Objetivo: Determinar los motivos de abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil que acuden a consultorios externos del Hospital San Juan de Lurigancho, 2017.

Material y método: Estudio de tipo prospectivo descriptivo y de corte transversal.

Resultados: Los factores sociodemográficos, se encontraron la edad de 20 a 34 años, el 31,9% secundaria incompleta, el 26.9% solteras, 34.1% amas de casa y el 40.1% primigestas. En factores familiares, el 63.7% cuentan con el apoyo de la familia, el 54.9% abandonadas por su pareja, también con el 72.5% no se halló violencia intrafamiliar y 66.5% no se influenciaron de experiencias negativas. Los factores laborales el 47.8% retornan su ámbito laboral, el 18.1% retomaron sus estudios, el 58.9% no contaban con hora de lactancia y un 70.1% no cuenta con lactarios. Sin embargo, en los factores personales a nivel de conocimiento el 75.2% reconoce los beneficios nutricionales de la leche materna, por otro lado, a nivel de complicaciones un 56% se aquejaba del dolor al dar de mamar y un 24.7% presentaron grietas en el pezón, el 43.4% sintieron desesperación e impotencia y un 34.1% sintieron estrés.

Conclusiones: Los motivos de abandono de la lactancia materna exclusiva más frecuentes fueron los factores familiares y laborales ya que a falta del apoyo de ambos no se cumpliría una lactancia exitosa.

Palabras claves: Lactancia materna exclusiva y mujeres en edad fértil.

SUMMARY

Objective: To determine the reasons for abandoning exclusive breastfeeding in women of childbearing age who attend outpatient clinics of the San Juan de Lurigancho Hospital, 2017.

Material and method: Prospective descriptive and cross-sectional study.

Results: The sociodemographic factors, were the age of 20 to 34 years, 31.9% incomplete secondary, 26.9% single, 34.1% housewives and 40.1% primigras. In family factors, 63.7% have the support of the family, 54.9% abandoned by their partner, also with 72.5% no intrafamily violence was found and 66.5% were not influenced by negative experiences. Labor factors 47.8% return their work environment, 18.1% resumed their studies, 58.9% did not have breastfeeding time and 70.1% did not have breastfeeding. However, in personal factors at the level of knowledge 75.2% recognizes the nutritional benefits of breast milk, on the other hand, at the level of complications, 56% suffered from pain at breastfeeding and 24.7% presented cracks in the breast. nipple, 43.4% felt desperation and impotence and 34.1% felt stress.

Conclusions: The reasons for the abandonment of exclusive breastfeeding were evidenced in family and work factors since, in the absence of support from both, successful breastfeeding would not be achieved.

Keywords: Exclusive breastfeeding and women of childbearing age.

1. CAPITULO I:

1.1. Planteamiento del problema:

La lactancia materna exclusiva según la OMS y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) es el alimento más completo, que puede recibir el niño y la niña debido a que contiene los elementos protectores y los nutrientes proporcionándole protección inmunológica, higiénica y psicológica, además es la base para lograr un crecimiento y desarrollo óptimo del lactante requiriéndolo desde la primera hora de vida hasta los dos años de vida como mínimo. ⁽¹⁾

En el año 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del niño pequeño. ⁽²⁾ Después de esta aprobación la OMS efectuó una revisión de los estudios existentes acerca de la duración óptima de la Lactancia Materna (LM) y estableció como recomendación de salud pública mundial la alimentación exclusiva con leche materna durante los seis primeros meses de vida de los lactantes para lograr un óptimo crecimiento y desarrollo. ⁽³⁾ Siendo así, que la OMS definió la LME como: la alimentación del infante con solo leche materna, incluida la leche extraída de su madre, y no otros líquidos o sólidos, con excepción de gotas o jarabes conformados por vitaminas, suplementos minerales o medicina. ⁽⁴⁾

A pesar de sus beneficios, la prevalencia de la lactancia materna exclusiva es muy baja. En España, la prevalencia para las primeras 6 semanas de vida es del 66,2%, para los 3 meses es del 53,6% y para los 6 meses es del 28,5%. En comparación con otros países, esta prevalencia se situaría en un nivel intermedio; los países nórdicos, Japón, Canadá y Nueva Zelanda son los que muestran prevalencias más altas (71% a 81%) a los 3 meses, mientras que países como Reino Unido, Estados Unidos, Irlanda y Francia muestran prevalencias inferiores (15% a 43% a los 3 meses, 0,2% a 14% a los 6 meses). ⁽⁵⁾

Diversos estudios han concluido que las características sociodemográficas influyen en la duración de la lactancia materna exclusiva, siendo las madres de menor edad, con estado civil solteras, con un nivel socioeconómico menor, primíparas y con un menor nivel de educación las que llevan a cabo una lactancia materna exclusiva más reducida. ⁽⁶⁾ Otra variable importante en relación con la duración de la lactancia materna exclusiva

es la situación laboral de la madre. Para las trabajadoras, la falta de apoyo en el trabajo es la barrera más importante para no poder seguir con la lactancia materna exclusiva. ⁽⁷⁾

En países industrializados los lactantes también corren un mayor riesgo de morir: en un estudio reciente sobre la mortalidad pos neonatal en los Estados Unidos se encontró un aumento del 25% en la mortalidad de los lactantes no amamantados. ⁽⁸⁾

México es el segundo país del mundo donde cada vez son menos las mujeres que alimentan a sus recién nacidos con su propia leche. En promedio sólo dos de cada diez bebés que no rebasan los seis meses de nacidos se alimentan “exclusivamente” de leche materna, lo cual está muy por debajo de la escala mundial. ⁽⁹⁾

Actualmente en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2014) indica que la lactancia materna durante la primera hora de nacido del niño(a) ha ido fluctuando entre 44% y 56% en más de una década, entre 1996-2013. ⁽¹⁰⁾

Así mismo los datos por departamentos son desalentadores con respecto a los niños menores de 6 meses que recibieron lactancia materna exclusiva entre los principales tenemos: Lambayeque con un 39.4%, Tumbes 42.8%, Ica 50.5%, Lima 59.8%. ⁽¹¹⁾

Según los organismos de salud como OMS,UNESCO,OPS y el MINSA indican que las causas principales de la disminución de la lactancia materna tiene que ver con la falta de información y de confianza en sí mismas de las mujeres que amamantan; así como las falta de información sobre el inicio de la lactancia cuando dan a luz, las dificultades que encuentran cuando estudian o trabajan fuera del hogar para continuar dándole la lactancia materna a sus bebes; de otro lado, las presiones de la vida moderna y la publicidad indiscriminada de sucedáneos de la leche materna, traen como consecuencia que la madre ofrezca tempranamente otros alimentos al lactante y como consecuencia desteten de manera precoz a sus bebes. ⁽¹¹⁾

1.2. Formulación del problema:

¿Cuáles son los motivos de abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil que acuden a consultorios externos del Hospital San Juan de Lurigancho, 2017?

1.3. Justificación:

La leche humana constituye no solamente el alimento completo con todos los nutrientes apropiados para la buena nutrición de los niños lactantes y su protección contra las infecciones, sino también para el desarrollo y formación del vínculo afectivo. El recién nacido, durante los dos primeros meses de vida, experimenta un descenso fisiológico de su hemoglobina. Un niño a término y alimentado exclusivamente con leche materna, durante los primeros 6 meses de vida, tiene menor riesgo de desarrollar anemia.

En el año 2016 se aprecia una recuperación de la práctica de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses con relación al 2015. La proporción de menores de seis meses con LME era de 65.2%, en el 2015, y aumentó a 69.8% en el 2016, a nivel nacional. Si bien, entre los países de América Latina, el Perú tiene una alta tasa de lactancia materna exclusiva, entre los menores de 6 meses, lo cual es una práctica culturalmente aceptada. Entre los factores que influirían al abandono se encuentran limitada la regularización de la comercialización y distribución de sucedáneos de la leche materna, el aumento de los partos por cesárea y el aumento de la participación de la mujer en actividad laboral. ⁽¹²⁾

Sin embargo, las decisiones de la mujer relacionado con la práctica de la lactancia materna forman parte de un fenómeno complejo en el que intervienen múltiples factores que han sido descritos en numerosas publicaciones científicas tanto nacionales como internacionales en ellas se puede encontrar algunos factores que persisten de manera frecuente en el entorno de la madre como su actitud, sus expectativas, ideas, conocimientos y creencias son muy importantes al inicio de la misma.

Siendo así que cuando el bebé acaba de nacer y la lactancia comienza a instaurarse, el apoyo de la familia y su entorno es fundamental para que la madre continúe con la práctica de la lactancia materna esto fomentará a que la madre dé el pecho, lo cual le facilitará las tomas a demanda y le dará soporte durante el día y la noche para que pueda amamantar a su bebé. ⁽¹³⁾

Pese a los grandes esfuerzos que se han realizado para identificar los motivos por los cuales las madres no dan de lactar, además de todo el conocimiento que se tiene en relación con los beneficios de la lactancia materna, cada vez más esta práctica se vuelve menos común, lo que afecta el estado nutricional y de salud de los niños y niñas, la seguridad alimentaria y de manera general la economía y productividad de un país, por ello que el objetivo de este trabajo de investigación es determinar los motivos de abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil.

1.4. Objetivo

1.4.1. Objetivo General

Determinar los motivos de abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil que acuden a consultorios externos del Hospital San Juan de Lurigancho ,2017.

1.4.2. Objetivos específicos:

- Identificar las características sociodemográficas de la población de estudio.
- Precisar los motivos familiares del abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil.
- Identificar los motivos laborales del abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil.
- Identificar los motivos personales del abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

2.1.1. Nacionales

Villanes K. (2012). En su investigación “Abandono de la lactancia materna exclusiva en madres añosas”, tuvo por objetivo determinar la relación entre el abandono de Lactancia Materna Exclusiva y las madres añosas comparadas con las madres no añosas en el Servicio de Neonatología del Hospital Arzobispo Loayza de enero a diciembre del 2012. Material y método es un estudio de cohorte, analítico, observacional y retrospectivo. Los principales resultados muestran las causas de abandono de LME en madres añosas muestran tendencia: hiposecreción láctea 24%, Trabajo 19.2%, Lesiones de mama 6.4%; en comparación con las madres no añosas también el Grado de instrucción secundaria 62.3%, Superior 23%, Primaria 13.1%, Analfabeta 1.6%. Concluye que los resultados de este estudio ser madre añosa fue significativamente más riesgoso para el abandono de lactancia materna exclusiva. ⁽¹⁴⁾

Rojas R. (2014). En su investigación “Prácticas hospitalarias y características biosociales para el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres que asisten al Centro de Salud Juan Pérez Carranza diciembre 2013 - febrero 2014”, tuvo por objetivo determinar la influencia de las prácticas hospitalarias y características biosociales en el abandono de la lactancia materna exclusiva en las madres que asisten a los servicios del Centro de Salud Juan Pérez Carranza. Material y método se trata de un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo explicativo, de corte transversal. Los principales resultados el abandono de la LME recae principalmente en razones significativas de la influencia de la ausencia de apoyo de la pareja, de la familia, bajo nivel de estudio, Primíparas y en adolescentes. Concluye que las razones de carácter biológico como leche materna limitada y presencia de grietas en el seno, son los que más influyen para el abandono de la lactancia materna exclusiva, le siguen los motivos de carácter social como es “el trabajo”; asimismo se encontró que muchas de las “prácticas hospitalarias” favorecen al abandono de la lactancia materna exclusiva, como la estancia hospitalaria prolongada, la falta de información acerca de los beneficios de la lactancia. Además, también lo hacen

las madres que no reciben apoyo por parte de su pareja ni familia, las de estudios básicos, ama de casa, solteras, las primíparas, las adolescentes y jóvenes, las que no han tenido educación maternal y las que, en su anterior parto, la alimentación del bebe fue mixta y artificial. ⁽¹⁵⁾

Lihim J. (2014). En su investigación “Tendencia y factores asociados a lactancia materna exclusiva en el Perú: Estudio basado en datos de ENDES 1996 – 2011”, tuvo por objetivo describir las tendencias y factores asociados a la Lactancia materna exclusiva en el Perú en el periodo 1996 – 2011. Material y método es un estudio descriptivo de diseño de investigación transversal. Los principales resultados muestran un cumplimiento de la LME menor del 50% en la Costa, a diferencia de la Sierra y Selva, donde se observa un cumplimiento mayor en todos los periodos de estudio, de acuerdo al nivel educativo materno y paterno, se observó un menor cumplimiento de LME en aquellos padres con más años de estudio o mayor grado alcanzado. De acuerdo al nivel educativo materno y paterno, se observó un menor cumplimiento de LME en aquellos padres con más años de estudio o mayor grado alcanzado. Finalmente, para el año 2011, el inicio precoz de LM, el nivel educativo de la madre y el uso de biberón se asociaron significativamente a LME. Concluye que los factores sociodemográficos asociados de forma significativa a LME fueron el residir en la Sierra y un menor nivel educativo de la madre. Los factores asociados a maternos LME fueron el inicio precoz de LM y menor edad del niño. El uso del biberón fue el factor mayormente asociado a una baja prevalencia de LME. ⁽¹⁶⁾

Quispe M. y et al. (2015). En su investigación “Características y creencias maternas asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva”. Tuvo por objetivo determinar las características y creencias maternas relacionadas con el abandono de la lactancia materna exclusiva. Métodos: estudio observacional, descriptivo y transversal en 239 madres que culminaron el parto y acudieron al Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Niño del Hospital Regional del Departamento de Ica (Perú). En los resultados el abandono de la lactancia materna exclusiva se observó en 69 (28,87 %) madres que tenían 23 a 34 años de edad en promedio. Las creencias inadecuadas: “Dar de lactar es doloroso”, “El biberón es la mejor forma de controlar la alimentación de mi bebé” y “Dar pecho daña mi imagen corporal”,

así como la discrepancia de las madres con las afirmaciones “La lactancia materna exclusiva es suficiente para satisfacer el hambre de mi bebé” y “La lactancia materna exclusiva es suficiente para engordar a mi bebé”, se asoció con mayor proporción de abandono de la lactancia materna exclusiva. Concluye que las creencias e influencias maternas inadecuadas sobre la lactancia materna están ligadas al abandono de la lactancia materna exclusiva. (17)

García Carrión, Luis Alberto (2015). En su investigación sobre el “Nivel de conocimientos de las madres de niños menores acerca de la lactancia materna exclusiva. Centro de salud materno infantil Tahuantinsuyo Bajo”. El Objetivo: Evaluar el nivel de conocimiento de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva. El tipo de estudio descriptivo, se realizó en el Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo - Independencia en el mes de enero 2015, con una muestra de 60 madres. Técnica e Instrumento: cuestionario. El nivel de conocimientos de las madres fue medio en el 51.7%, bajo en el 41.7% y alto en el 6.7%. El grupo etario que prevaleció fue el de 25 a 29 años con el 38.3%, la edad más frecuente de los niños fue 5 a 6 meses con el 43.4%. Conclusión: Un alto porcentaje de madres presentó un nivel bajo de conocimientos acerca de la lactancia materna exclusiva. Por tanto, se necesita el desarrollo y establecimiento de programas que permitan educar a esta población y a futuras madres lactantes. (18)

2.1.2. Internacionales

Jácome J. (2012). En su investigación “Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en el área de salud 2, Enero – agosto 2012”. Tuvo por objetivo establecer los factores de riesgo que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna. Material y método fue de tipo cualitativo, aplicando investigación de campo, con un nivel tipo descriptivo. Los principales resultados se evidenció que los factores que influyen en las madres para un cese precoz en el desarrollo de lactancia materna son la ocupación materna (trabajo o estudios), ya que al tener un rol protagónico en el sustento económico del hogar adujeron falta de tiempo para realizar lactancia materna exclusiva, así como también madres que retoman estudios y dejan de lado la responsabilidad de

amamantamiento; edad materna (madres adolescentes siguen teniendo un porcentaje significativo en la sociedad, que se evidencia no solo en el país sino también en la región); estabilidad conyugal, las madres con parejas estables denotan una mayor frecuencia en la realización lactancia materna exclusiva, la presencia paterna en el núcleo familiar brinda un aspecto psicológico positivo en la madres; el desconocimiento sobre lactancia materna se denota en relación directa con su no desarrollo. Concluye que el 52.9% de madres ejecutan una lactancia materna según lineamientos de la Organización Mundial de la Salud siendo las causas por las que las madres optaron por iniciar una lactancia artificial o mixta fueron: ocupación materna, (laboral, estudiantil), el abandono de la pareja y apoyo, baja producción de leche, y en menor porcentaje mastalgia y grietas en los pezones. ⁽¹⁹⁾

López B. & Martínez L. (2013). En su investigación “Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín”. Tuvo por objetivo identificar los motivos del abandono temprano de la lactancia materna en la ciudad que se tomó como referencia para el estudio. Material y método la investigación se basó en un estudio descriptivo transversal. En los resultados se obtuvo que 30,7% no le dio de lactar al niño desde el nacimiento, el 27,4% a partir del primer mes; los motivos se vieron a causa de que el bebé la rechazó 13,2%, problemas con LM 45,9% actividades ocupaciones 16,2%, 40% se queja de dolor y el 20% presentaron grietas en el pezón; como reemplazo complementario a la leche materna, fue principalmente fórmulas infantiles e artificiales. En conclusión, entre los principales motivos para el abandono temprano de la lactancia materna, se encontraron: la percepción sobre una inadecuada producción de leche, el rechazo por parte del bebé, dolor al dar de lactar, las grietas en el pezón y las actividades maternas que impiden continuar con la lactancia, entre otros. ⁽²⁰⁾

Gorrita R. y et al. (2014). En su investigación “Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna”. Tuvo por objetivo identificar en las madres, los niveles de vulnerabilidad al estrés y de ansiedad como estado, y su relación con el éxito de la lactancia materna. Material y método fue un estudio prospectivo y descriptivo. Se estudiaron 101 madres y sus hijos de 13 consultorios del Policlínico "Luis Augusto Turcios Lima", de San José de las

Lajas, Mayabeque, entre el 1ro. De febrero de 2012 y el 30 de enero de 2013. Los principales resultados fueron el 76,2 % de madres estaba en el rango de 20 a 35 años, 89,8 % tenían pareja estable, el 50,5 % nivel preuniversitario y el 41,4 % de ellas padecían de asma bronquial. La vulnerabilidad al estrés y la desesperación e impotencia como estado se encontraban al final del tercer trimestre en el 46,5 y 56,4 % respectivamente. El 49,5 % de las madres ofreció lactancia materna exclusiva por 4 o 5 meses, y el 27,7 % hasta los 6 meses. Lograron mejores índices de lactancia materna exclusiva a los 4, 5 y 6 meses aquellas con menores niveles de vulnerabilidad al estrés y de estado de ansiedad. Concluye que existe una estrecha relación entre los niveles de estrés y desesperación e impotencia y el éxito de la lactancia materna. ⁽²¹⁾

Cárdenas, M. y et al. (2014). En su investigación “Perfil biopsicosocial de la madre y su relación con el abandono de lactancia materna exclusiva”. Tuvo por objetivo establecer si existe relación entre el perfil biopsicosocial de la madre y el abandono de la lactancia materna exclusiva. Material y método fue enmarcada dentro del diseño cuantitativo, de tipo correlacionar de corte transversal. Los principales resultados fue la edad, el aspecto psicológico, las costumbres de la madre guardan relación estadísticamente significativa con el abandono de la lactancia materna exclusiva. Concluye que los factores biopsicosociales como son la edad, la paridad, el aspecto psicológico, la cultura se puede convertir en obstáculo para que la madre practique una lactancia materna exclusiva y el aspecto social como es el status social no tiene relevancia para el abandono de lactancia materna exclusiva al igual que la procedencia de la madre. ⁽²²⁾

Borre YM y et al (2014) En Colombia en el año 2014, realizaron la investigación sobre: “Lactancia materna exclusiva ¿La conocen las madres realmente?”, objetivo identificar los conocimientos que poseen las madres sobre lactancia materna exclusiva y las técnicas de amamantamiento, para lo que se realizó un estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, en el que se encuestaron 90 madres que acudieron al Centro de Salud 11 de Noviembre de Santa Marta (Colombia) encontrándose que el 85.6% posee conocimientos adecuados sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva. El 48.9% conoce la técnica de amamantamiento adecuada, mientras que el 51.1% restante no tiene idea de ello. ⁽²³⁾

2.2 Base Teórica

2.2.1 Anatomía y fisiología de la Glándula mamaria

La glándula mamaria es de origen ectodérmico y constituye la característica fundamental de los mamíferos, quienes alimentan a sus crías con el producto de su secreción, la leche. En casi todos los mamíferos la vida del recién nacido depende de la capacidad de su madre para amamantarlo, por lo tanto, una lactancia adecuada es esencial para completar el proceso de la reproducción y la supervivencia de la especie. En general la leche de una especie no permite asegurar la supervivencia de las crías de otra especie.

En la mujer, la glándula mamaria se encuentra en la estructura anatómica denominada mama. La histología de la glándula mamaria es prácticamente la misma en todas las especies: un parénquima glandular, compuesto de alveolos y ductos, y un estroma de soporte. Cada célula alveolar se comporta como una unidad de secreción, produciendo leche completa, sintetizando y transportando desde el plasma sanguíneo las proteínas, grasas, hidratos de carbono, sales minerales, anticuerpos y el agua, que son los principales constituyentes de la leche. El proceso de síntesis y de secreción es similar en todas las especies. La composición química de la leche y la disposición anatómica del sistema de almacenamiento de la leche en la glándula mamaria varía en las diversas especies.

A. Anatomía de la Mama

Las glándulas mamarias están presentes en ambos sexos. En el hombre se mantienen rudimentarias toda la vida, en cambio en la mujer están poco desarrolladas hasta antes de la pubertad, cuando empieza el proceso de maduración. El máximo desarrollo de estas glándulas se produce durante el embarazo y especialmente en el período posterior al parto, durante la lactancia.

Las mamas están situadas en la parte anterior del tórax y pueden extenderse en medida variable por su cara lateral. Su forma varía según características personales, genéticas y en la misma mujer de acuerdo a la edad y paridad.

La mayor parte de la masa de la mama está constituida por tejido glandular y adiposo. Durante el embarazo y la lactancia el tamaño de la mama aumenta debido al crecimiento del tejido glandular.

La base de la glándula mamaria se extiende, en la mayoría de los casos, desde la segunda hasta la sexta costilla, desde el borde externo del esternón hasta la línea axilar media. El área súper externa de cada glándula se extiende hacia la axila y se denomina "prolongación axilar". La cara profunda de la mama es ligeramente cóncava y se encuentra en relación con el músculo pectoral mayor, el serrato anterior y la parte superior del oblicuo externo del abdomen. La mama está separada de estos músculos por la aponeurosis profunda. Entre ambas hay un tejido areolar laxo denominado espacio retro mamario, éste permite que la mama tenga cierta movilidad sobre la aponeurosis profunda que cubre al plano muscular.

La cara superficial de la mama está cubierta por piel. Aproximadamente en el centro de esta cara se encuentra el pezón que está en relación al cuarto espacio intercostal en la nulípara. La base del pezón está rodeada por una zona de piel hiperpigmentada, de 2.5 cm. denominada areola. El pezón contiene numerosas fibras musculares lisas, en su mayoría de tipo circular, las que se contraen al estimularlo mecánicamente, originando la erección del pezón. La areola posee numerosas glándulas sebáceas, entre ellas es posible reconocer algunas que durante el embarazo y la lactancia determinan levantamientos de la piel de la areola, denominadas glándulas de Montgomery, éstas contienen estructuras histológicas similares a la parte glandular de la mama y producen una secreción grasa que lubrica el pezón y la areola. Bajo la areola se ubican las dilataciones de los conductos galactóforos llamadas senos lactíferos, que acumulan leche y el niño debe exprimir al mamar.

B. Estructura de la glándula mamaria

La glándula mamaria está formada por tres tipos de tejidos: glandular de tipo túbulo-alveolar, conjuntivo que conecta los lóbulos, y adiposo que ocupa los espacios interlobulares. El tejido celular subcutáneo rodea la glándula sin que exista una cápsula claramente definida, desde éste se dirigen hacia el interior

numerosos tabiques de tejido conectivo. Estos tabiques constituyen los ligamentos suspensorios de la mama o ligamentos de Cooper.

Un conjunto de quince a veinte lóbulos mamarios conforma la glándula mamaria, cada uno con su aparato excretor, que se abre en el pezón por medio de un conducto lactífero. Los lóbulos mamarios están constituidos por numerosos lobulillos que se encuentran unidos entre sí por tejido conectivo, vasos sanguíneos y por su sistema excretor, los conductos lactíferos.

Los lobulillos están formados por diez a cien acinos, cada cual con su conducto excretor denominado conducto terminal. Los acinos están estructurados por un conjunto de células secretoras que producen la secreción láctea y conforman una cavidad a la cual vierten esta secreción, están rodeados de células epiteliales y capilares sanguíneos de singular importancia en el proceso de secreción y eyección de la leche.

El sistema de conductos lactíferos que vacía la glándula mamaria es el siguiente: el acino se vacía a través de un conducto terminal, el cual converge con sus congéneres para formar el conducto lobulillar, que recoge la secreción láctea de todos los acinos de un lobulillo. Los conductos lobulillares se reúnen para formar el conducto interlobulillar, que, al unirse con otros conductos de este tipo, forma el conducto lobular o segmentario, de mayor calibre que los anteriores, que se dirige al pezón y antes de llegar a él, bajo la areola mamaria, se dilata formando el seno lactífero, el que se angosta nuevamente al desembocar en el pezón.

Los conductos están revestidos por epitelio cuboideo o cilíndrico. Por fuera de este epitelio, entre él y la membrana basal, existe una capa de células mioepiteliales muy ramificadas, que envuelven a los conductos y acinos. En los conductos de mayor tamaño el epitelio consta de dos o más capas de células que cerca del orificio externo del pezón se transforman en epitelio plano estratificado.

La estructura de la glándula mamaria varía con la edad y es influenciada por el embarazo y la lactancia. Antes de la pubertad, la mama posee unos pocos conductos rudimentarios cubiertos en su interior epitelio plano y envuelto en

tejido conectivo. Después de la pubertad, debido a la influencia de las hormonas ováricas, especialmente los estrógenos, los conductos se comienzan a ramificar y en sus extremos se forman pequeñas masas sólidas, esféricas, de células poliédricas, que constituirán los alveolos. Durante el estado de reposo, el epitelio glandular está separado del estroma vascularizado vecino por una fina zona de fibroblastos, a través de los cuales no penetran vasos. Esta unión epitelio-estromal, posiblemente, ejerce un control sobre el paso de sustancias a las células secretoras. Los alveolos activos sólo aparecen durante el embarazo, período en el cual, los conductos se ramifican y en su parte terminal se forma un lumen que aumenta de tamaño a medida que se va cargando de secreción.

Simultáneamente aumenta la cantidad de tejido adiposo y la irrigación de la mama. En las últimas semanas del embarazo la secreción adquiere características especiales y se denomina calostro. Algunos días después del parto aparece la verdadera secreción láctea, la que distiende los alveolos que en ese momento están tapizados por una sola capa de células cilíndricas bajas. A medida que aumenta la cantidad de secreción, las células se aplanan, desapareciendo los espacios intercelulares o desmosomas. Durante el período de secreción el citoplasma de las células es basófilo, al microscopio electrónico se observan mitocondrias, lisosomas y ribosomas libres. Encima del núcleo, que se sitúa en la parte más basal de la célula, está el aparato de Golgi al que acompañan grandes vacuolas proteicas y lipídicas.

Después de la menopausia la glándula mamaria se atrofia y los elementos celulares de los alveolos y conductos degeneran, y disminuyen en número. ⁽²⁴⁾

C. Fisiología mamaria

Descontando el conocimiento previo de la anatomía y estructura de la Glándula Mamaria (GM), y considerando a la lactancia como parte integral del ciclo reproductivo describimos las 3 etapas de su funcionamiento con relación a dicho ciclo. Sin embargo, es bueno recordar que la posibilidad de respuesta glandular se manifiesta, ya desde el nacimiento, con la reacción del recién nacido a las hormonas maternas con ingurgitación y aun secreción, independientemente de su sexo. Hay 3 etapas principales de la actividad mamaria:

- 1) Mamogénesis o desarrollo de la GM: crecimiento mamario iniciado en la etapa embrionaria, continuada en la pubertad con el establecimiento del eje hipófisis-ovario-útero y culminado con el acelerado crecimiento en la etapa proliferativa durante el embarazo.
- 2) Lactogénesis, producción o síntesis: iniciación de la secreción de leche que empieza durante el embarazo y se incrementa con el parto
- 3) Galactopoyesis: proceso que permite la conservación de la lactancia establecida, comienza pocos días después del parto y continúa ante la persistencia del estímulo, especialmente la succión y el vaciamiento. Nos referiremos especialmente a aquellas 2 etapas que dan sustento fisiológico a las indicaciones que se dan a la madre en el inicio y el sostén de la lactancia.

Lactogénesis

La preparación de la GM para la producción se inicia en el 1er trimestre de la gestación donde por acción estrogénica se forman nuevos conductos. El inicio de producción de leche o Lactogénesis ocurre en los primeros días después del parto (2 a 5 días). La expulsión de la placenta es el acontecimiento fisiológico crítico para el inicio de la lactancia, al desaparecer las hormonas placentarias y disminuir bruscamente, en pocos días, el nivel de estrógenos y progesterona, y por ende su acción bloqueante de la Prolactina (PRL). La acción inhibidora de la progesterona, una vez establecida la Lactancia, desaparece por desaparecer de la GM los receptores específicos para esta hormona.

Para el establecimiento de la Lactancia es necesaria la presencia de PRL hormona producida por las células lactotropas de la hipófisis anterior en respuesta a estímulo hipotalámico y responsable del comportamiento materno en estudios animales.

Los valores sostenidos de PRL dependen de una equilibrada relación entre el ambiente hormonal materno, (caída de estrógenos y progesterona y liberación de PRL), el estímulo de la succión del pezón y la aréola por el bebé y la remoción de la leche secretada por la glándula, proceso que puede diferir en cada mama. La secreción de PRL, es controlada a nivel hipotalámico no solo por factores estimulantes, si no también inhibidores. La dopamina o FIP (factor inhibidor de

prolactina), actuando sobre las células lactotrofas de la hipófisis anterior, inhibe la secreción de PRL, por el contrario, las drogas que impiden su síntesis o bloquean su acción producen aumento de secreción.

El mecanismo de acción de la PRL se da induciendo al ARN mensajero de transferencia para la síntesis de la proteína de la leche, y actuando sobre la lactoalbúmina para la síntesis de la lactosa. Otras hormonas como el cortisol, la insulina, las hormonas tiroideas, paratiroides y la hormona de crecimiento apoyan el efecto lactogénico de la PRL. Después del primer trimestre los niveles de PRL de la mujer que amamanta son similares a las otras mujeres que no lo hacen, mostrando un mecanismo de sostén de la Lactancia poco conocido y probablemente dependiente de reflejos y/o sustancias producidas en la misma glándula.

La Oxitocina (OC), producida y almacenada en la hipófisis posterior es responsable del reflejo eyecto-lácteo, que actúa sobre las células mioepiteliales que rodean los alvéolos glandulares. Su acción a nivel del músculo uterino es responsable del efecto positivo sobre la natural y más rápida involución de éste, que se observa en el puerperio de las madres que amamantan, y tiene efecto protector sobre la mujer al disminuir la intensidad de la pérdida de sangre y la frecuencia de las hemorragias puerperales.

Galactopoyesis

Se denomina así a la 3ra. Etapa de mantenimiento de la secreción láctea ya establecida. Si bien la PRL es la hormona galactopoyética más importante y su inhibición por un agonista dopaminérgico, como la bromocriptina suprime la Lactancia, su rol fisiológico exacto en el mantenimiento de la Lactancia no está totalmente aclarado, y es motivo de nuevos estudios desde que se ha podido separar PRL de la hormona de crecimiento hipofisario (HCH).

El proceso secretor de la glándula mamaria es mantenido por el frecuente y completo vaciamiento de la glándula. La compresión de las células secretoras ocasionada por acumulación de leche en el interior de los alvéolos mamarios interrumpe el proceso secretor por compresión de las células secretoras.

Recientemente se ha descrito una sustancia proteica presente en la leche residual que podría tener acción inhibidora local de la secreción láctea. El amamantar mantiene en la mujer niveles elevados de PRL por tiempo más prolongado. La succión del pezón y la aréola con la puesta al pecho del bebé, la intensidad de la succión, la frecuencia de la misma, y la duración están relacionadas con los niveles plasmáticos de PRL. El reflejo neurohormonal es desencadenado por la succión al estimular las abundantes terminaciones nerviosas libres que se encuentran en la zona del pezón y la aréola y que a su vez tienen interconexiones con el sistema nervioso central a través de vías sensitivas aferentes y con el sistema nervioso autónomo.

Factores hormonales parecen influir la inervación sensitiva local del pezón y la aréola, ya que su sensibilidad aumenta después del parto. El estímulo llega desde esta zona ricamente inervada, a través de los nervios torácicos 4o, 5o, y 6o a la asta posterior de la médula espinal y de allí a las neuronas ubicadas en la eminencia media del hipotálamo provocando la liberación de PRL, la que por vía sanguínea actúa sobre los alvéolos de la glándula mamaria estimulando la secreción láctea.

La elevación del nivel de PRL plasmática tiene su peak a los 20 a 30 minutos de succión. Se necesitan mamadas frecuentes en las 24 horas. Para mantener elevado sobre la basal el nivel de PRL: 6 a 8 mamadas en 24 horas. Y por lo menos 1 durante la noche. A lo largo del primer año del bebé los niveles de PRL descienden a medida que disminuye la frecuencia de las mamadas con la incorporación de sólidos.

La frecuencia de las mamadas está relacionada con el efecto inhibidor de la ovulación que hace de la LM el método natural de espaciamiento de nacimientos. (MELA: Método de lactancia amenorrea) La producción de leche es solo una parte del proceso, su eyección, se produce a través del reflejo de eyección, mediado por Oxitocina (OC).

La leche acumulada en los alvéolos y conductos lobulillares puede ser extraída cuando a través del estímulo de las células mioepiteliales llega a los senos lácteos ubicados a la altura de la aréola. El reflejo de eyección sigue un camino similar al reflejo de producción hasta las neuronas hipotalámicas ubicadas en los núcleos supraópticos y paraventriculares, que a través de la hipófisis posterior

determinan la liberación de Oxitocina al torrente sanguíneo, la cual actúa a nivel de los receptores específicos para OC ubicados en las células mioepiteliales de los alvéolos mamarios, produciendo su contracción y evacuación hacia los senos lactíferos.

El tiempo promedio entre el comienzo de la succión y la eyección es de 1 minuto. Los receptores para Oxitocina se encuentran también en el músculo uterino y de allí que durante la mamada se produzcan contracciones que favorecen la involución uterina puerperal y disminuyen el sangrado y que son referidas como “entuetos” por las púerperas. El reflejo de eyección o vaciamiento responde no solo a los estímulos táctiles y mecánicos del pezón y la aréola por la succión, sino que también es influido, especialmente en el postparto, por estímulos visuales, auditivos y olfatorios. Hay factores psicológicos, stress, miedo, etc. que actúan a través de mecanismos neurohormonal, mediados por epinefrina a nivel de la célula mioepiteliales y por norepinefrina a nivel central y pueden inhibir la eyección. Al mismo tiempo estas hormonas (PRL y OC) afectan el estado psicofísico de la madre. ⁽²⁵⁾

2.2.2 Lactancia materna

La lactancia materna es un tipo de alimentación que consiste en que un bebé se alimente con la leche de su madre. La leche, justamente, es un alimento de características únicas que permite que la madre transmita sus mecanismos de defensa al recién nacido, mientras que el acto de amamantar logra fortalecer la relación madre-hijo.

Para poder alimentar al recién nacido, las mamas de la madre se preparan durante el embarazo para producir leche. La mujer debe prepararse para lactar a su hijo, cuidando sus pezones para fortalecerlos.

Durante los primeros días de lactancia, la mujer produce un líquido amarillento y espeso llamado calostro. El calostro es una sustancia preláctea que contiene proteínas, vitaminas, sales minerales, leucocitos y corpúsculos de calostro. Esta posee propiedades laxantes y provee al bebé de anticuerpos que lo inmunizan contra ciertas enfermedades.

A partir del quinto día de lactancia, la leche materna va aumentando su concentración de grasas y vitaminas hasta convertirse en leche madura, lo que ocurre al décimo día. Esta leche es poco transparente y de color blanco azulado, contiene lactosa, lactoalbúmina, vitaminas y minerales, hormonas y lípidos.

Otras de las ventajas de la lactancia es que permite a la madre recuperar su equilibrio hormonal, previene el cáncer de mama y proporciona satisfacción afectiva a la madre y al bebé.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida. Se mantendrá, introduciendo alimentación complementaria lenta y progresivamente desde los seis meses, hasta que la madre decida dejar de amamantar.

La madre lactante requiere una dieta balanceada para garantizar una mejor leche. Debe cuidarse del consumo de drogas, del alcohol, de medicamentos, y de cualquier sustancia, cuyos efectos no estén claros y conocidos. Existen casos en que la lactancia natural no es posible cuando la madre presenta enfermedades de SIDA, sífilis, herpes simple, o que esté recibiendo quimioterapia, etc. Se recomienda en ese caso la lactancia artificial (leche artificial).⁽²⁴⁾

2.2.3 Lactancia materna exclusiva (LME)

La lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres.» El examen de los datos científicos ha revelado que, a nivel poblacional, la lactancia materna exclusiva durante 6 meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes. Posteriormente deben empezar a recibir alimentos complementarios, pero sin abandonar la lactancia materna hasta los 2 años o más.

Para que las madres puedan iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, la OMS y el UNICEF recomiendan:

- Que la lactancia se inicie en la primera hora de vida
- Que el lactante solo reciba leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua
- Que la lactancia se haga a demanda, es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche
- Que no se utilicen biberones, tetinas ni chupetes.

La leche materna es la primera comida natural para los lactantes. Aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida, y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año.

La leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades. Estos efectos son mensurables tanto en las sociedades con escasos recursos como en las sociedades ricas. ⁽²⁶⁾

2.2.4 Tipos de leche materna:

Los diferentes tipos de leche que se producen en la glándula mamaria son: el calostro, la leche de transición, la leche madura y la leche del destete.

A. Calostro

Durante los primeros 4 días después del parto se produce el calostro, fluido amarillento y espeso de alta densidad y escaso volumen. Durante los primeros días se produce un volumen de 2 a 20 ml por cada toma, cantidad suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. El calostro contiene menor cantidad de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc. El betacaroteno le confiere el color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado. Contiene 2,9 g/100ml de

grasa, 5,7g/100ml de lactosa y 2,3 g/100ml de proteína. Produce 57 Kcal. /100 ml. ⁽²⁴⁾

El calostro está adaptado a las necesidades específicas del neonato porque sus riñones inmaduros no pueden manejar grandes cantidades de líquidos y además facilita la evacuación de meconio, evita la hiperbilirrubinemia neonatal. Además, contiene enzimas intestinales como la lactasa y otras enzimas que ayudan en la digestión intestinal ya que estas están inmaduras en el recién nacido, contiene una gran cantidad de inmunoglobulina A (IgA), que, junto a la lactoferrina y a una gran cantidad de linfocitos y macrófagos, confieren al recién nacido una eficiente protección contra los gérmenes y alérgenos del medio ambiente estas inmunoglobulinas cubren el endotelio del tubo digestivo evitando la adherencia de los patógenos. ⁽²⁷⁾

B. Leche de transición.

Entre el 4-6 día se produce un aumento brusco en la producción de leche que sigue posteriormente aumentando hasta alcanzar un volumen de 600- 700 ml día entre los 15 y 30 días postparto, Esta leche es de composición intermedia y va variando día a día hasta alcanzar la composición de la leche madura.

C. Leche madura.

La leche materna madura tiene una gran variedad de elementos, de los cuales sólo algunos son conocidos. La variación de sus componentes se observa no sólo entre mujeres, sino también en la misma madre, a distintas horas del día, entre ambas mamas, entre lactadas, durante una misma mamada y en las distintas etapas de la lactancia.

Estas variaciones no son aleatorias, sino funcionales. Cada vez está más claro que están directamente relacionadas con las necesidades del niño. Cuando la lactancia está en regresión, la leche involuciona y pasa por una etapa calostrada antes de desaparecer totalmente.

El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700 a 900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto, y aproximadamente 500 ml/día en el segundo semestre. Aporta 75 Kcal. / 100 ml. ⁽²⁸⁾

2.2.5 Importancia de la lactancia materna

El amamantamiento es importante para la salud a corto y a largo plazo de los niños y de las mujeres. Tanto la acción de amamantar como la composición de la leche materna son importantes. El amamantamiento favorece el vínculo afectivo entre madre e hijo y el desarrollo físico y emocional del niño.

La madre disfruta de la lactancia, mejora su autoestima y disminuye su riesgo de cáncer de mama, ovario y de osteoporosis. La leche materna proporciona los nutrientes ideales para el niño, lo protege de infecciones y muerte, así como de algunas enfermedades a largo plazo. ⁽²⁹⁾

2.2.6 Duración de la lactancia materna exclusiva

La OMS y el MINSA recomiendan para la alimentación del niño(a) que la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, seguida alimentación complementaria hasta los 2 años para así favorecer a un adecuado crecimiento y desarrollo.

2.2.7 Beneficios de la lactancia materna

La lactancia materna es la forma natural de alimentación de la especie humana que proporciona al recién nacido, el alimento ideal para su crecimiento y desarrollo, además de ejercer una influencia biológica y afectiva inigualable, tanto en el niño como en la madre.

Por tener la concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa, además de las enzimas que facilitan su digestión, la leche materna es de muy fácil absorción, aprovechándose al máximo todos sus nutrientes, sin producir estreñimiento ni sobrecarga renal. Ningún alimento es mejor que la leche materna en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de sus nutrientes.

La composición de la leche se va adecuando a las necesidades del niño, a medida que éste crece y se desarrolla. Permite una maduración progresiva del sistema digestivo, preparándolo para recibir oportunamente otros alimentos. ⁽²⁴⁾

Beneficios para el niño:

- Efecto protector del síndrome de muerte súbita.
- Mejor desarrollo psicomotor, emocional y social.
- Menor incidencia de desnutrición infantil.
- Menor incidencia de alergias e infecciones respiratorias y digestivas.
- Menor incidencia de enfermedad celíaca e infecciones urinarias.
- Protección contra Diabetes Mellitus, obesidad e hipercolesterolemia y contra algunas formas de cáncer.
- Protección contra infecciones del oído medio en la primera infancia.
- Menor incidencia de problemas dentales y mal oclusión.
- Menor incidencia de maltrato infantil y abandono, por los lazos afectivos que se crean.
- No requiere suplemento vitamínico y mineral, ni agua u otros líquidos mientras tome pecho exclusivo.

Beneficios para la madre:

- La intensa unión e interdependencia de la madre con su hijo que amamanta, produce en ella un sentimiento de valoración de sí misma y un equilibrio emocional que promueven su desarrollo integral como mujer.
- Retracción del útero por el estímulo de succión inmediatamente después del parto, la Oxitocina producida, además de estar destinada a la eyección de la leche, actúa simultáneamente sobre el útero contrayéndolo para evitar el sangramiento y reducirlo a su tamaño previo.
- La Oxitocina sigue actuando sobre el útero mientras la madre amamanta, produciendo también una recuperación a largo plazo.
- Recuperación del peso: una lactancia adecuada permite que la mayoría de las madres pierdan progresiva y lentamente el excedente de peso que tienen de reserva precisamente para enfrentar la lactancia. Las hormonas de la lactancia (prolactina) hacen que la mujer que amamanta tenga un aspecto físico más bello, vital y armónico.

- Recuperación de los pechos la estimulación y el vaciamiento frecuente de los pechos, evita la congestión de ellos y reduce los depósitos de grasa acumulados para la lactancia, ayudando con ello a mantener la elasticidad y firmeza de sus estructuras.
- La lactancia cumple un importante rol en la prevención del cáncer de mama y ovario, reduciendo el riesgo de estas enfermedades. ³⁰⁸⁾

2.2.8 Técnica de la lactancia materna:

La leche pasa de la madre al niño mediante la combinación de una expulsión activa y una extracción activa por parte del bebe. El niño, para realizar una succión efectiva del pecho, necesita crear una tetina con este. Esta tetina se forma, aproximadamente, con un tercio de pezón y dos tercios de areola y mama. En la succión del pecho, la lengua del bebe ejerce un papel fundamental, siendo el movimiento de la lengua en forma de ondas peristálticas de delante hacia atrás, el que ejerce la función de “ordeñar” los senos lactíferos, que es donde se acumula la leche una vez que esta se ha producido.

Posiciones para amamantar

La madre puede dar el pecho recostada o sentada. Cualquiera que sea la postura que adopte la madre, lo más importante es que el niño quede con su boca de frente a la altura del pecho, sin que tenga que girar, flexionar o extender el cuello debe introducir en su boca pezón y aréola.

- Posición del niño con la madre acostada:

Madre e hijo se encuentran en decúbito lateral, frente a frente. La cara del niño debe estar enfrentada al pecho y el abdomen del niño pegado al cuerpo de su madre. La madre apoya su cabeza sobre una almohada doblada. La cabeza del niño se apoya en el antebrazo de la madre.

- Posiciones del niño con la madre sentada:

El niño está recostado en decúbito lateral sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta.

- Posición de cuna cruzada:

La madre sujeta el pecho con la mano del mismo lado que amamanta, en posición de “U”. La otra mano sujeta la cabeza del niño por la espalda y la nuca.

Esta postura necesita una almohada para colocar el cuerpo del bebé a la altura del pecho. Esta postura permite deslizar al niño de un pecho a otro sin cambiar de posición, por eso es útil cuando el niño tiene preferencia por un pecho.

- Posición de canasto o de fútbol americano:

El niño se coloca por debajo del brazo del lado que va a amamantar, con el cuerpo del niño rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del niño con la mano del lado que amamanta, sujetándole por la nuca.

- Posición sentada:

El niño se sienta vertical frente al pecho, con sus piernas bien hacia un lado o bien montando sobre el muslo de la madre. La madre sujeta el tronco del niño con el antebrazo del lado que amamanta.

Cuidado de las mamas

La ducha diaria es la medida higiénica correcta y suficiente. Secar bien las areolas y pezones evita que las mamas queden húmedas. Para cuidar la integridad del pezón se puede utilizar productos naturales o exprimir y dejar secar la propia leche que tiene sustancias antisépticas y reparadoras. ⁽³¹⁾

2.2.9 Integración de la lactancia materna en la vida personal de la mujer

La lactancia se realiza durante el período postparto, que es un estado de transición desde la etapa de estrecha relación que hay entre la madre y su hijo/a durante el embarazo hacia un período de mayor autonomía para ambos. El período postparto es esencial para el desarrollo de los niños, para la recuperación de la madre, para el aprendizaje de las funciones parentales y para que se establezca el vínculo afectivo entre los recién nacidos y sus padres. En este período ocurren cambios importantes en la fisiología de la madre, hasta que retorna a una condición semejante a la que tenía antes del embarazo.

Una definición amplia de la duración del postparto debe incluir la duración de la lactancia y los aspectos biológicos y psicosociales que caracterizan este proceso. Si bien la madre experimenta la recuperación de su aparato genital en las primeras semanas, mientras está amamantando permanece en un estado endocrinológico muy diferente al del embarazo y al de su condición pre gestacional. Además, se mantiene una demanda nutricional semejante a la del

embarazo y su forma de vida experimenta cambios profundos en relación a las demandas de afecto y cuidado de su hijo/a.

Por esto, debe considerarse con especial atención a la madre durante todo el período de lactancia y el tiempo que necesita para recuperar la condición endocrina y nutricional que tenía antes de embarazarse. Este período es variable y puede durar algunos meses y aún más de un año si la lactancia es prolongada. Durante toda esta etapa la madre requiere cuidados especiales, nutrición adecuada a los requerimientos y apoyo del personal de salud.

Cambios fisiológicos

La primera etapa

Los cambios neuro-endocrinológicos que experimenta la madre en la primera etapa postparto permiten que se establezca la lactancia y facilitan su recuperación fisiológica. Durante los primeros días después del parto desaparecen de la circulación materna las hormonas que se producían en la placenta durante el embarazo y que mantenían inhibida la secreción de leche. Se producen grandes cantidades de prolactina (hormona encargada de estimular la producción de leche) y de Oxitocina (hormona responsable de la eyección de la leche durante la succión y de estimular las contracciones uterinas que facilitan la involución uterina). El ovario está deprimido, ya que la hipófisis no produce suficientes gonadotrofinas para estimularlo. Durante las primeras semanas postparto, se producen también cambios en la anatomía del aparato genital y en otros aspectos de la fisiología de la mujer.

Las etapas siguientes

Mientras dura la lactancia, el estímulo de la succión mantiene la fisiología de la madre en sintonía con las necesidades del niño/a. La succión mantiene elevados los niveles de prolactina e inhibe la secreción de la hormona luteinizante (que es la encargada de producir la ovulación). Como el ovario está inhibido, no hay secreción de progesterona y los estrógenos se mantienen muy bajos y hay un período de amenorrea e infertilidad de duración variable a diferencia de las mujeres que no amamantan, quienes presentan la primera ovulación entre cuatro

y ocho semanas después del parto. A medida que disminuye la frecuencia de succión y el/la lactante comienza a recibir otros alimentos se producen nuevos cambios en la fisiología de la madre quien, poco a poco, va recuperando una condición de su aparato reproductivo y de sus órganos endocrinos semejante a la que tenía antes del embarazo. Se inician nuevamente los ciclos menstruales, con la consiguiente recuperación de la fertilidad. La madre se recupera paulatinamente del desgaste nutricional del embarazo y la lactancia. Por ejemplo, hay una pérdida de calcio en los huesos o pérdida de masa ósea durante el embarazo y la lactancia que se recupera entre seis y doce meses después del destete, cuando la madre reciba calcio suficiente en la dieta. Es importante que el intervalo entre los embarazos sea suficientemente prolongado para permitir esta recuperación, especialmente en las mujeres que no tienen un buen estado nutricional y que no tienen una dieta bien balanceada.

Aspectos psicológicos y sociales

La lactancia y el postparto pueden ser una experiencia difícil para las mujeres por las demandas del recién nacido, el deseo de cumplir con las funciones maternas de la mejor manera posible, (lo que compite con otras funciones de la mujer dentro o fuera de la casa) y por la inseguridad que las mujeres tienen con frecuencia acerca de la manera en que deben cumplir estas funciones maternas.

Un período de cambios

En esta etapa, la mujer experimenta cambios profundos anatómicos, fisiológicos, en la relación con la pareja y con la familia y, en general, en la forma en que se desarrolla la vida diaria. Se puede sentir más vulnerable, ya que los cambios están asociados a nuevas emociones, sentimientos y responsabilidades y a nuevos intereses y prioridades a corto y largo plazo. Esto es muy notable en las primeras semanas en que la madre tiende a tener su atención centrada en su hijo o hija y difícilmente cambia su foco de atención a otros temas. La vida de una mujer y de una pareja jamás vuelve a ser la misma después de haber tenido un hijo/a y al hacerse cargo de la lactancia y de las responsabilidades que eso significa.

En algunos casos, las mujeres experimentan diversos grados de alteraciones psíquicas que pueden llegar a constituir un cuadro serio, como es la depresión postparto. Por estas razones, las mujeres se benefician con el apoyo del personal de salud y de su red social.

Las expectativas

La cultura y la construcción social de lo que son los roles maternos influyen en las expectativas que tiene la mujer y quienes la rodean con respecto a su desempeño. En general, las mujeres tienen muchas expectativas con respecto a lo que significa ser una buena madre: abnegada, tierna, sacrificada, dando lo mejor de sí para sus hijos.

La transición a ser madre, que ocurre en el período postparto, es de importancia vital para ella, para su autoestima, su satisfacción personal y la construcción de una identidad positiva de sí misma.

Muchas mujeres se sienten tensas porque tienen temor a no cuidar bien al lactante, no saber cómo amamantarlo, cómo interpretar el llanto, cómo cuidarlo si se enferma. Algunas mujeres tienen también temor a no tener leche suficiente, ya que no saben cómo se estimula la secreción láctea ni los cambios que experimenta la lactancia a lo largo del tiempo. La respuesta a las demandas de los recién nacidos está muchas veces modificada por las preguntas: ¿Qué debo hacer?, ¿Hay que dejarlo llorar?, ¿La estaré malcriando?

Como lo expresaron algunas madres entrevistadas después de su primer parto: "Yo me imaginaba que era más fácil, no creía que un niño dependía tanto de una y requería tanta atención. Al principio es más difícil, una no sabe cómo tomarlo, cómo bañarlo", "Yo pensaba que era lindo ser mamá, que todo era puro amor por el niño y todo era color de rosa. La realidad es más fuerte, porque hay que crecer mucho para ser buena mamá y también hay muchas cosas que hacer". Las mujeres entrevistadas expresaron claramente su necesidad de recibir información y orientación sobre la lactancia y cómo cuidar bien al recién nacido, de tener comprensión y apoyo de parte del personal de salud con sus dudas y equivocaciones, y de sentirse acompañadas y apoyadas por sus parejas y familiares cercanos.

El significado de la lactancia para la madre

Una buena lactancia se asocia a sentimientos de logro y satisfacción personal, aumento de la autoestima y aprobación social por el desempeño de la madre. Como lo expresaron mujeres entrevistadas durante un programa de fomento de la lactancia: "Yo creía que no valía nada, que no sabía nada. Al aprender que era tan importante para el niño, empecé a valorarme yo también" "Ahora sé algo que no sabía, que puedo aprender y hacer algo bien", "Lo que he aprendido del niño, se lo digo a mi esposo y ahora él está orgulloso de mí", "Lo que más me gusta es darle pecho a mi niña, me pasa algo tan rico.", "Nunca pensé que sería tan bueno, el niño está bien y lo quiero tanto", "Me siento completa, siento al niño tan cerca, estoy tan contenta". En estos aspectos, los proveedores de salud pueden prestar un apoyo enorme a las madres a través de educación y desarrollo de la confianza en sí mismas.

Los costos de la lactancia para la madre

Es oportuno recordar que la lactancia demanda tiempo y esfuerzo de la mujer, se asocia a un gasto nutricional importante para la madre, reduce en forma transitoria las oportunidades laborales y otras actividades de la madre e implica una postergación transitoria del cuidado de otros miembros de la familia y de sí misma. El gasto en energía para producir la leche y la actividad física destinada a cuidar del hijo/a generan cansancio, al que se agrega la falta de sueño suficiente por las demandas del lactante durante la noche.

Las madres que amamantan frecuentemente a su hijo/a (más de 7 veces por día) tienen mayor probabilidad de tener una lactancia prolongada. Cada episodio de succión dura alrededor de 20 minutos y, así, la mujer invierte más de dos horas del día tan sólo en alimentar a su hijo/a. La producción de leche implica un gasto de energía que se estima en 800 Kcal. Por litro de leche y la madre también aporta los nutrientes que contiene la leche, lo que representa un riesgo nutricional si ella no recibe un aporte adicional.

Los conflictos

En la vida diaria, puede haber conflicto entre la lactancia y el deseo de ser buenas madres para el recién nacido/a y otras funciones de la mujer como cuidar otros hijos si los hay, atender a la pareja, realizar los trabajos domésticos, el

trabajo fuera de la casa, actividades de desarrollo personal o de autocuidado, necesidad de descanso o demandas del grupo social. No es raro el conflicto emocional que generan los otros miembros del grupo familiar al enfrentar la dedicación de la madre al recién nacido/a. Tampoco son raros los conflictos de la mujer que tiene que postergar otros intereses o actividades por la demanda de tiempo y energía que representa la lactancia. Además, está siempre presente el cansancio físico debido al gasto de energía que significa la lactancia y a la falta de sueño suficiente por las demandas del lactante durante la noche. Las mujeres no tienen que sentirse culpables por sus conflictos de intereses en el período postparto, sino apoyadas por los proveedores de servicios en la búsqueda de soluciones.

Lo ideal es que los conflictos se solucionen sin que se deteriore el cuidado de los recién nacidos y sin que la madre tenga que esforzarse más de lo que puede. Los padres y otros adultos en la familia pueden ayudar en la atención de otros niños y para permitir que la madre pueda descansar en algunos momentos durante el día. Por esto, es importante que el personal de salud destine actividades educativas, no sólo a las madres, sino también a los padres o familiares para que tomen conciencia de las necesidades de las mujeres y de lo que pueden hacer para aliviarlas.

La relación con la pareja y la participación del padre

La relación con la pareja puede cambiar, especialmente después del primer parto. En ocasiones aparecen celos por parte del padre, quien reclama a la mujer porque el niño/a ocupa todo su tiempo y lo hace sentirse desplazado a un segundo lugar. Las mujeres consideran inevitable su preocupación centrada en el hijo/a y esta doble exigencia afectiva puede ser fuente de tensión en la relación de pareja. Es distinta la relación de pareja cuando el padre se siente involucrado en la atención del niño/a y participa en los cuidados y manifestaciones de afecto y alegría. Esto constituye un estímulo para la mujer y hace más fáciles los cambios que, inevitablemente, se producen en la relación. Las mujeres valoran mucho la ayuda y apoyo que reciben de sus parejas en esta etapa. No se trata sólo de ayuda en las tareas concretas ni de que esto beneficie solamente a la madre. Uno de los roles importantes del padre, en la crianza de sus hijos en las primeras etapas del postparto, es la contención afectiva de la madre. Mientras

más tranquila y contenta se sienta la mujer, mejor y más fácil será su interacción con su hijo/a. Así, el padre contribuye al bienestar y crecimiento de los recién nacidos, facilitando un ambiente emocional adecuado.

Por otra parte, el padre tiene un papel esencial en el desarrollo psicomotor y social de sus hijos ya que él aporta estímulos sensoriales, cognitivos y afectivos que son complementarios o diferentes a los que entrega la madre. Esta variedad de estímulos enriquece el mundo interior de los niños y les ayuda a apreciar la diversidad del mundo que les rodea. Además, ambos padres perciben a sus hijos en forma diferente. Así, el niño o niña desarrolla una imagen más completa de sí, viendo reflejadas diferentes facetas de su personalidad. El padre y la madre representan una diferente identidad sexual y tienen diferentes perspectivas según su género, lo es un elemento esencial en la socialización de las niñas y los niños y en el desarrollo de su identidad como personas sexuadas. Idealmente, las diferentes perspectivas de ambos padres deben expresarse en un ambiente colaborativo, donde los conflictos se resuelvan en forma constructiva.

Uno de los grandes problemas en nuestra cultura es la ausencia del padre en el cuidado y educación de sus hijos. En parte, los hombres consideran que su rol esencial es ser proveedores en lo económico y que no les corresponden a ellos las tareas relacionadas con los hijos o el hogar. En parte, las mujeres los excluyen porque sienten que el hogar es su territorio y argumentan que los hombres no saben hacerlo bien. Para la vida de pareja y el desarrollo de los hijos, es importante que ambos padres compartan los roles y tareas e, incluso, los intercambien con flexibilidad.

Por estas razones, los proveedores de servicios de salud deben apoyar la relación de pareja y el vínculo entre el padre y su hijo o hija. Una manera de hacerlo es estimulando su participación en las actividades de salud de la madre y el niño/a.

La madre sola

Hay que recordar que muchas mujeres están sin pareja en el momento del parto. Ellas viven una situación muy difícil, especialmente si son muy jóvenes y no

cuentan con suficiente apoyo de su grupo familiar. Los proveedores de servicio pueden ayudarles en esta etapa, ofreciendo comprensión y apoyo emocional y motivándolas a compartir su experiencia con otras mujeres en situación similar.

El grupo familiar

En esta etapa, cambian las relaciones en el grupo familiar. Si hay otros hijos, suelen reaccionar con celos y agresión, conductas regresivas o comportamientos sorprendentemente adultos. Ambos padres deben estar atentos a estas manifestaciones y responder a las demandas de cariño que así se expresan. Otros adultos de la familia pueden ser de gran ayuda, haciéndose cargo de algunas funciones que entran en conflicto con la atención de los niños, como las tareas domésticas, o encargándose de entregarles afecto y entretención mientras la madre tiene que destinar mucho tiempo al lactante. ⁽³²⁾

2.2.10 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

1. Descanso pre y post natal.

Es uno de los primeros derechos concedidos a favor de una madre en actividad laboral. La norma que la sustenta es la Ley N° 26644, la cual faculta a una trabajadora gestante a gozar de 45 días de descanso prenatal y 45 días de descanso postnatal. La norma permite, además, diferir el goce del descanso pre natal total o parcialmente, y acumularlo con el post natal a decisión de la madre. Asimismo, tenemos el reglamento de la norma (aprobado por D.S. N° 005-2011-TR) de aplicación en los sectores público y privado. Esta última norma se encarga de regular aspectos como el descanso adicional por nacimiento múltiple, los requisitos para el goce del descanso pre natal, el aplazamiento del descanso pre natal, las incidencias sobre los cambios en la fecha probable de parto, la posibilidad de hacer uso del descanso vacacional en forma inmediata, entre otros.

2. Permiso por lactancia materna.

Regulado actualmente por la Ley N° 27240. Esta norma le concede a la madre trabajadora, al término del período post natal, el derecho a una hora diaria de permiso por lactancia materna hasta que su hijo cumpla el año de edad. Un dato

importante: este permiso por lactancia materna se considera como efectivamente laborado para todo efecto legal, incluyéndose el goce de la remuneración correspondiente.

3. Implementación de lactarios.

La Ley N° 29896 estableció la obligación de implementar lactarios en instituciones de los sectores público y privado en las que laboren 20 o más mujeres en edad fértil. Lamentablemente a la fecha, son pocas las empresas e instituciones públicas que han implementado estos lactarios en sus espacios de trabajo, ya que la mencionada ley no se encuentra reglamentada pese a que fue promulgada en julio del año 2012.

Sobre el particular, la directora de Familia y Comunidad del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), Teresa Hernández Cajo, reveló hace pocos días que, pese a que actualmente hay en todo el país alrededor de 500 empresas privadas y 1.834 entidades públicas que cuentan con más de 20 trabajadoras en edad fértil, la cifra nacional de lactarios implementados es de apenas 716 (31%). En el caso de Lima, en los últimos cuatro años solo se implementaron 453 lactarios: 186 en instalaciones públicas y 267 en empresas privadas.

4. Protección a la mujer gestante en situaciones de riesgo.

Mediante la Ley N° 28048 se estableció que las mujeres gestantes tienen el derecho de solicitar al empleador no realizar labores que pongan en peligro su salud y/o la del desarrollo normal del embrión y el feto durante el período de gestación. El empleador, después de tomar conocimiento de lo solicitado, debe asignar a la mujer gestante labores que no pongan en riesgo la salud y/o desarrollo normal del embrión y el feto durante el período de gestación, sin afectar sus derechos laborales. Esta norma fue reglamentada por el D.S. N° 009-2004-TR.

5. Subsidios por maternidad y lactancia.

La Ley N° 26790, Ley de modernización de seguridad social en salud, y su posterior modificación dispuesta por la Ley N° 28791 establecen los derechos de subsidios.

De esta manera la norma otorga el subsidio por maternidad, que es el monto en dinero al que tienen derecho las aseguradas regulares en actividad y de regímenes especiales y agrarias, a fin de resarcir el lucro cesante como consecuencia del alumbramiento y de las necesidades del cuidado del recién nacido. Se otorgará por un periodo de 90 días, pudiendo distribuirse en los períodos inmediatamente anteriores o posteriores al parto, conforme lo elija la madre, a condición de que durante esos períodos no realice trabajo remunerado. El subsidio por lactancia, según el D.S. N° 020-2006-TR se otorga en dinero, con el objeto de contribuir al cuidado del recién nacido, de acuerdo con las normas que fija Es salud. En caso de parto múltiple se reconoce un subsidio adicional por cada hijo.

6. Protección contra el despido nulo.

Uno de los supuestos de nulidad de despido regulados en el D. Leg. N° 728, Ley de Fomento del Empleo, era aquel que tenía como motivo el embarazo de una trabajadora. En su versión primigenia el inciso e del artículo 65 de esta norma consideraba como nulo el despido producido dentro de los 90 días anteriores o posteriores al parto.

Sin embargo, luego de ser duramente criticada –debido a que limitaba la protección frente al despido a un período de tiempo bastante corto– se decidió modificarla mediante la Ley N° 27185. Según la nueva redacción, será considerado despido nulo cuando éste se produzca en cualquier momento del período de gestación o dentro de los 90 días posteriores al parto. Se presume que el despido tiene por motivo el embarazo, si el empleador no acredita en este caso la existencia de causa justa para despedir.

Se señala, además, que, para hacer efectiva dicha protección, la trabajadora deberá notificar al empleador documentalmente del embarazo en forma previa al despido. ⁽³³⁾

2.3 Hipótesis

El presente estudio no requiere hipótesis, por ser un estudio descriptivo. Dicho estudio no pretende demostrar o comparar teorías existentes.

2.4 Definición operacional de términos

Según el presente trabajo se están considerando los siguientes factores:

- Edad: Se consideró con la clasificación de Mujeres en edad fértil (MEF) según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), las mujeres que tienen entre 15 y 49 años se encuentran en edad fértil, lo cual permite obtener información respecto a algunos aspectos relevantes de su fecundidad.³¹
- Grado de instrucción: El nivel de escolaridad de la madre determinará la capacidad para ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento, adquirir nuevas conductas a lo largo de su existencia tanto en ámbitos individuales como colectivos, convirtiéndose de esta manera en un factor bastante importante cuando se trata de la comprensión y entendimiento de cualquier información relacionado con la lactancia materna exclusiva.
- Estado civil: Se denomina a la situación o condición jurídica en la que se encuentran las madres con relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto. Algunos estudios mencionan que las madres casadas presentaron mayores porcentajes de lactancia materna exclusiva; El apoyo familiar es uno de los pilares fundamentales de la mantención de la lactancia materna, por el contrario, la falta de apoyo paterno y el hecho de que las mujeres solteras son los pilares económicos de su familia serían las causas que llevarían al no continuar con la práctica de lactancia materna eligiendo los sucedáneos de la leche humana como parte de la alimentación de sus hijos.
- Ocupación: El apoyo a las madres en su lugar de trabajo, a fin de facilitarles la lactancia natural, es también un aspecto fundamental para la protección de la lactancia materna. La existencia de un entorno laboral favorable a la lactancia, que proporcione facilidades para la extracción de leche, flexibilidad de horarios o incluso la posibilidad de amamantar en el lugar de trabajo, junto con la ampliación de la prestación por maternidad,

son determinantes positivos para aumentar las tasas de lactancia materna.

- Paridad: Se considera la cantidad de hijos consanguíneos de cada una de las mujeres de la población de estudio.³²
- Factores familiares: Se considera el apoyo que recibe la paciente tanto por su pareja y/o familiares la presencia de abandono de su pareja y la Violencia intrafamiliar (Violencia basada en género) predispone al abandono de la lactancia materna exclusiva en las pacientes. En cuanto a la influencia negativa cuentan las frases o mensajes desfavoreciendo la lactancia materna exclusiva. Creencias, mitos o costumbres familiares originan desaliento en la paciente que a su vez influye en el abandono de la lactancia materna exclusiva.
- Factores laborales: Las leyes y normas de nuestro país apoyan la lactancia materna exclusiva favoreciendo su práctica. Una de ellas es la Ley N° 29896, Ley que establece la implementación de los lactarios en las instituciones del sector público y del sector privado. Como también la Ley 26644 en su Artículo 1º refiere que la trabajadora gestante tiene derecho a gozar de 45 días de descanso prenatal y postnatal, pudiendo diferir total o parcialmente el descanso prenatal. Sin embargo, la influencia del horario de trabajo mayores a 8 horas disminuye la producción de leche, si esta no es extraída en un lapso de tiempo de entre 3 a 4 horas que es el “Tiempo de vida” de la prolactina.
- Factores personales: El stress, la depresión, la influencia negativa del entorno, disminuyen la producción de leche. El desconocimiento de la importancia y el valor proteico de la leche materna origina que las madres acudan a usar otro tipo de alimentación en sus recién nacidos, pensando incluso que las fórmulas artificiales son mejores que la lactancia materna. Es de vital importancia que durante el control prenatal la gestante reciba orientación y consejería en lactancia materna exclusiva, previniendo así la formación de grietas en el pezón, dolor al momento de dar lactar y la complicación más frecuente la Mastitis que es una infección inflamatoria del pecho, la cual puede acompañarse o no de infección. Así mismo explicarles sobre la duración de la LME y su importancia vital para la duración de ella.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	INSTRUMENTO DE MEDICION
CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICA	Edad	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la realización del estudio.	Cuantitativa	Razón	- 15 - 19 años - 20 - 34 años - 35 a 49 años	Encuesta
	Grado de instrucción	Período medido en años escolares que una persona ha permanecido en el sistema educativo formal.	Cualitativa	Ordinal	- Primaria incompleta - Primaria completa - Secundaria incompleta - Secundaria completa - Técnico completo - Técnico incompleto - Universitario incompleto - Universitario Completo	Encuesta
	Estado Civil	Persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo.	Cualitativa	Nominal	- Soltera - Conviviente - Casada - Viuda - Divorciada - Separada	Encuesta
	Ocupación	Empleo u oficio	Cualitativa	Nominal	- Ama de casa - Estudiante - Dependiente - Independiente	Encuesta
	Paridad	Número de gestaciones	Cuantitativa	Nominal	- Primigesta - Segundigesta - Multigesta	Encuesta

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	INSTRUMENTO DE MEDICION
FACTORES FAMILIARES	Apoyo de la pareja y familiares en los quehaceres	Realizar una actividad o una labor junto con la colaboración de la pareja y/o familiares más cercanos.	Cualitativa	Nominal	- Si - No	Encuesta
	Abandono de la pareja	Renunciar a ejercer un cierto derecho o a la falta de cumplimiento de una obligación legal para con otra persona.	Cualitativa	Nominal	- Si - No	Encuesta
	Violencia familiar	Es la acción u omisión que el integrante de un grupo familiar ejerce contra otro y que produce un daño no accidental en el aspecto físico o psíquico.	Cualitativa	Nominal	- Si - No	Encuesta
	Influencia negativa de familiares	Poder de una persona o cosa para determinar o alterar la forma de pensar o de actuar de alguien. Se contempla mitos y/o creencias negativas.	Cualitativa	Nominal	- Si - No	Encuesta

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	INSTRUMENTO DE MEDICION
FACTORES LABORALES	Retorno al trabajo y/o estudio	Acción de regresar o volver al sitio de donde labora y/o estudia.	Cualitativa	Nominal	- 45 días - 60 días	Encuesta
	Duración de la jornada laboral	Adaptación a la duración y distribución de la jornada de trabajo.	Cualitativa	Ordinal	- Solo 6 horas - Hasta 8 horas - 12 horas	Encuesta
	Hora de lactancia	Un derecho establecido por ley que permite que la madre pueda ausentarse una hora al día de su puesto de trabajo por lactancia.	Cualitativa	Nominal	- Si - No	Encuesta
	Presencia de lactarios	Son ambientes donde la madre puede extraer su leche materna y poder conservarla adecuadamente.	Cualitativa	Nominal	- Si - No	Encuesta

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	INSTRUMENTO DE MEDICION
FACTORES PERSONALES POR DESCONOCIMIENTO	Desconocimiento de los beneficios nutricionales y alimenticios	Falta de información sobre la lactancia materna.	Cualitativa	Nominal	- Si - No	Encuesta
	Desconocimiento de la leche materna como único alimento	Falta de información sobre la leche materna.	Cualitativa	Nominal	- Si - No	Encuesta
	Recibió consejería y/o charlas sobre lactancia materna	Información recibida en el proceso de gestación.	Cualitativa	Nominal	- Si - No	Encuesta
	Desconocimiento duración de la lactancia materna exclusiva	Falta de información sobre los meses que la madre debe de dar de lactar a su bebe	Cualitativa	Nominal	- Si - No	Encuesta
FACTORES PERSONALES POR COMPLICACIONES	Complicaciones durante la lactancia	Proceso patológico que surge durante la lactancia materna.	Cualitativa	Nominal	- Grietas - Dolor - Mastitis	Encuesta
	Complicaciones psicológicas	Son actitudes consecuentes de las madres al momento de la lactancia materna.	Cualitativa	Nominal	- Stress - Desesperación - Depresión post parto	Encuesta

CAPITULO III: DISEÑO METODOLOGICO

3.1 Tipo de investigación

El presente estudio de investigación fue de tipo prospectivo descriptivo y de corte transversal.

- Según Javier Medina (2006), define prospectivo como una disciplina para el análisis de sistemas sociales, que permite conocer mejor la situación presente, identificar tendencias futuras.
- Según Danhke (1989), afirma que los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar.
- Según Sampiari (2003), el diseño no experimental se divide tomando en cuenta el tiempo durante se recolectan los datos, como el diseño transversal, donde se recolectan datos de un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir variables y su incidencia de interrelación en un momento dado.

3.2 Ámbito de investigación

La presente investigación se realizará en mujeres en edad fértil que acuden a consultorios externos del Hospital San Juan de Lurigancho, con un nivel de complejidad II – 2 que lo cataloga como un hospital de Mediana Complejidad, ubicado en la Avenida Canto Grande paradero 11 en el distrito de San Juan de Lurigancho – Lima Perú.

3.3 Población y muestra

3.3.1 Población

Se utilizaron datos estadísticos del mismo hospital donde el universo de partos eutócicos (vía vaginal) de mujeres en edad fértil fueron de 1795 en el año 2016. Se usó la fórmula de muestra probabilística para determinar el tamaño de la muestra.

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

N = Tamaño de la población

n = Tamaño necesario de la muestra

Z = 1.96 seguridad 95%

p = Prevalencia estimada 5% = 0.05

q = 1 – p = complemento (1 – 0.05 = 0.95)

d = Error de estimación = margen de error

Calculando Hospital San Juan de Lurigancho

$$n = \frac{1795 (1.96)^2 \times 0.05 \times 0.95}{(0.03)^2 \times 1794 + (1.96)^2 \cdot 0.05 \times 0.95}$$

$$n = 182$$

3.3.2 Muestra

La muestra se trabajará con 182 mujeres en edad fértil que acudan al Hospital San Juan de Lurigancho, tomando en cuenta el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión.

3.3.3 Criterios de inclusión

- Mujeres en edad fértil de 15 a 49 años
- Mujeres que su parto haya sido vaginal.
- Mujeres que están en lactancia materna exclusiva
- Mujeres cuyos hijos son menores o igual a 6 meses de vida
- Mujeres que su parto haya sido atendido en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017.
- Mujeres que deseen aplicar la encuesta.
- Adolescentes con consentimiento firmado por padres.

3.3.4 Criterios de exclusión:

- Mujeres en edad fértil que no deseen realizar la encuesta.
- Mujeres que su parto haya sido cesarea
- Puérperas Hospitalizadas
- Pacientes psiquiátricas.
- Puérperas patológicas.

3.4 Técnica e instrumento de recolección de datos

3.5.1 Técnica

La técnica empleada para la recolección de datos fue la encuesta a las mujeres en edad fértil del Hospital San Juan de Lurigancho, por ser el más adecuado para cumplir con los objetivos del estudio.

- **Autorizaciones:** Se solicitó el permiso del Director General Mc. Aldo Calero Hijar del Hospital San Juan de Lurigancho, para la encuesta aplicada de los motivos de abandono de la lactancia materna exclusiva.
- **Proceso de selección:** Se aplicaron los criterios de selección a los participantes que los cumplan, estos serán identificados por los recolectores de datos.
- **Proceso de consentimiento informado:** El proceso fue verbal y físico presentando un consentimiento a su familiar o ella misma, explicando a cada participante el objetivo del estudio y que los resultados obtenidos son estrictamente confidenciales.

- **Registro de información:** Se entregó a cada participante las encuestas, se realizó una espera de 10 minutos para la recolección de encuestas. La recolección de datos se efectuó entre el mes de agosto y septiembre del 2017, a razón de 182 formularios al mes y entre los días lunes a sábado de 7:00 am – 17:00 pm.
- **Despedida:** Posteriormente a la recolección de la información, se procedió a agradecer a los participantes por el apoyo.
- **Revisión de documentos:** Se revisó que cada uno de los ítems se encuentren adecuadamente registrados, al finalizar la revisión se constató con la firma de la encuesta.
- **Instrumentos de recolección de datos:** Encuesta de los motivos de abandono de la lactancia materna exclusiva.

3.5.2 Instrumento

El Instrumento será un cuestionario que están divididos en IV partes.

Parte I: Variable de característica sociodemográfico que consto de cinco ítems. Dentro de los datos generales encontramos preguntas relacionadas con los objetivos específicos que involucran a los factores sociodemográficos (edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación y paridad)

Parte II: Variable de motivos familiares que consto de seis ítems. Dentro de ellos se tuvo preguntas que incluyeron varios enunciados que fueron respondidas con SI, si fue correcto, NO si fue incorrecto; tales como apoyo de la pareja y la familia en los quehaceres, abandono de la pareja e influencia negativa por parte de los familiares y violencia intrafamiliar.

Parte III: Variable de motivos laborales que consto de cuatro ítems. Los cuales incluyeron varios enunciados que fueron respondidas con SI, si fue correcto, NO si fue incorrecto; tales como tiempo de retorno al trabajo o estudio, duración de la jornada laboral, hora de lactancia y presencia de lactarios.

Parte IV: Variable de motivos personales que consto de seis ítems esta variable fue dividida en dos partes la primera en conocimiento y la segunda en complicaciones. Los cuales incluyeron varios enunciados que fueron respondidas con SI, si fue correcto, NO si fue incorrecto; tales como el desconocimiento de los beneficios nutricionales de la lactancia materna exclusiva, la duración de la leche materna, desconocimiento de la leche materna como único alimento y la consejería y/o charlas educativas de esta. En la segunda parte tendremos las complicaciones patológicas (stress, desesperación e impotencia y depresión post parto) y complicaciones psicológicas (dolor al dar de mamar, grietas en el pezón y mastitis).

3.5.3 Validez y confiabilidad del instrumento

Para la encuesta se realizó una validez externa del instrumento mediante juicio de expertos; presentando la encuesta a cinco expertos en el área por lo cual nos brindaron opiniones para mejorar el instrumento; también, se realizó una prueba piloto en el “Hospital Nacional Hipólito Unanue” encuestando a 20 mujeres para evaluar la confiabilidad del instrumento se efectuó el coeficiente Kuder-Richardson obteniendo un coeficiente de 0.66 que manifiesta una alta confiabilidad.

3.6 Procesamiento y análisis de datos

Los datos fueron revisados, codificados e ingresados a una base datos creada en el programa estadístico SPSS versión 22.0 (Programa estadístico para las ciencias sociales), y Microsoft Excel para obtener gráficos y tablas para su análisis posterior.

3.7 Aspectos éticos

Para el recojo de datos se aplicó el consentimiento informado el cual está basado en el respeto a las personas velando por su dignidad y manteniendo la confidencialidad, veracidad y privacidad explicándoles a los participantes el objetivo de la investigación y la importancia de su participación, para que de esta forma no se sientan como sujetos utilizados con fines propios del investigador.

IV. RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. Resultados

Tabla N° 1

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN MUJERES EN EDAD FERTIL QUE ACUDEN A CONSULTORIOS EXTERNOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2017.

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	n = 182	%
EDAD		
15 - 19 años	52	28.6
20 - 34 años	100	54.9
35 - 49 años	30	16.5
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Primaria incompleta	5	2.7
Primaria completa	6	3.3
Secundaria incompleta	58	31.9
Secundaria completa	32	17.6
Técnica superior incompleta	31	17
Técnica superior completa	20	11
Universitaria incompleta	12	6.6
Universitaria completa	18	9.9
ESTADO CIVIL		
Soltera	49	26.9
Casada	39	21.4
Conviviente	38	20.9
Divorciada	17	9.3
Viuda	13	7.1
Separada	26	14.3
OCUPACION		
Ama de casa	62	34.1
Estudiante	33	18.1
Independiente	32	17.6
Dependiente	55	30.2
PARIDAD		
Primigesta (1 hijo)	73	40.1
Segundigesta (2 hijos)	66	36.3
Multigesta (+ de 3 hijos)	43	23.6

Fuente: Propia de la investigadora, 2017.

Interpretación:

En los resultados de la **Tabla N° 1**, se puede visualizar que a la población encuestada se evaluó características sociodemográficas, y se obtuvieron los siguientes resultados: el 54.9% (100) de las mujeres tienen edades entre los 20 a 34 años, es decir se encuentran dentro del grupo de las madres jóvenes. El 31.9% (58) de ellas tenía nivel secundario incompleto, al estado civil se constató que el 26.9% (49) de las MEF tienen un estado civil de solteras, el 34.1% (62) de ellas se desempeñaba a las labores del hogar, es decir son amas de casa. En cuanto a la paridad de las mujeres el porcentaje más predominante fueron primigestas con un 40.1% (73).

Tabla N° 2

FACTORES FAMILIARES EN MUJERES EN EDAD FERTIL QUE ACUDEN A CONSULTORIOS EXTERNOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2017.

FACTORES FAMILIARES	n = 182	%
APOYO DE LA FAMILIA		
Si	116	63.7
No	66	36.3
ABANDONO DE LA PAREJA		
Si	100	54.9
No	82	45.1
APOYO DE LA PAREJA		
Si	86	47.3
No	96	52.7
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR		
Si	50	27.5
No	132	72.5
INFLUENCIA NEGATIVA DE LA LACTANCIA MATERNA		
Si	61	33.5
No	121	66.5

Fuente: Propia de la investigadora, 2017.

Interpretación:

En los resultados de la **Tabla N° 2**, se puede visualizar que a la población encuestada se evaluó factores familiares, y se obtuvieron los siguientes resultados: Apoyo de la familia un 63.7% (116) en comparación a un 36.3% (66) no contaron

con el mismo apoyo, sin embargo, un 54,9% (100) fueron abandonadas por su pareja en comparación a un 45,1% (82) que no fueron abandonadas, siendo así que el 52,7% (96) no tuvieron el apoyo de la pareja en comparación a un 47,3% (86) si obtuvieron el apoyo necesario. Sin embargo, se demostró que un 72.5% (132) de las mujeres encuestadas no sufrieron de violencia intrafamiliar en comparación a un 27.5% (50) que sufrieron de violencia, por ende, hay un 66,5% (121) de las mujeres que no se dejaron llevar por la influencia negativa de experiencias de familiares en comparación a un 33.5% (61) que si le tomaron importancia a esta.

Tabla N° 3

FACTORES LABORALES EN MUJERES EN EDAD FERTIL QUE ACUDEN A CONSULTORIOS EXTERNOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2017.

FACTORES LABORALES	N°	%
RETORNO AL TRABAJO		
45 días	40	46.0
60 días	23	26.4
90 días	24	27.6
TOTAL	87	47.8
RETORNO AL ESTUDIO		
45 días	12	36.4
60 días	10	30.3
90 días	11	33.3
TOTAL	33	18.1
DURACION DE JORNADA		
6 horas	25	28.7
8 horas	43	49.4
12 horas	19	21.8
HORA DE LACTANCIA EN EL TRABAJO		
Si	36	41.4
No	51	58.6
PRESENCIA DE LACTARIOS EN EL TRABAJO		
Si	26	29.9
No	61	70.1
TOTAL	87	100

Fuente: Propia de la investigadora, 2017.

Interpretación:

En los resultados de la **Tabla N° 3**, se puede visualizar que a la población encuestada se evaluó factores laborales, y se obtuvieron los siguientes resultados: En 45 días retomaron su trabajo un 46% (40) en comparación con las mujeres que retomaron sus estudios con un 36.4% (12), seguido de un 27.6% (24) que retomaron a los 90 días su trabajo en comparación con un 33.3% (11) que retomaron sus estudios. En cuanto a la duración de su jornada de trabajo, se evidencio que el 49.4% (43) laboraban 8 horas, sin embargo, se demostró que el 58.9% (51) no contaban con su hora de lactancia, por ende, se evidencio que el 70.1% (61) no cuentan con un lactario.

Tabla N° 4

FACTORES PERSONALES EN MUJERES EN EDAD FERTIL QUE ACUDEN A CONSULTORIOS EXTERNOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2017.

FACTORES PERSONALES	n = 182	%
POR DESCONOCIMIENTO		
BENEFICIOS NUTRICIONALES		
Si	137	75.3
No	45	24.7
ÚNICO ALIMENTO DURANTE LOS 6 MESES		
Si	170	93.4
No	12	6.6
DURACIÓN DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA		
Si	137	75.3
No	45	24.7
INFORMACIÓN RECIBIDA DE LACTANCIA MATERNA		
Si	132	72.5
No	50	27.5
POR COMPLICACIONES		
PATOLÓGICA		
Dolor al dar de mamar	102	56
Grietas en el pezón	45	24.7
Mastitis	35	19.2
PSICOLÓGICA		
Stress	62	34.1
Desesperación e impotencia	79	43.4
Depresión	41	22.5

Fuente: Propia de la investigadora, 2017.

Interpretación:

En los resultados de la **Tabla N° 4**, se puede visualizar que a la población encuestada se evaluó factores personales, y se obtuvieron los siguientes resultados a nivel de desconocimiento un 75.3% (137) conoce sobre los beneficios nutricionales de la leche materna a comparación de un 24.7% (45) que desconoce del tema, sin embargo, un 93.4% (170) tiene la certeza de la leche materna como único alimento en los seis primeros meses a comparación de un 6.6% (12) que no lo considera como único alimento, con respecto a la duración de la lactancia materna exclusiva respondieron acertadamente un 75.3% (137) a comparación de un 24.7% (45) que no acertaron, teniendo en cuenta que el 72.5% (132) recibieron información sobre la lactancia materna exclusiva a comparación de un 27.5% (50) que reportaron que aún le falta recibir información del tema. En cuanto a las complicaciones patológicas de la MEF, se evidencio que un 56% (102) se aquejaban de dolor al dar de mamar, en comparación de un 24.7% (45) mujeres que presentaron grietas en el pezón, sin embargo, se evidencio que un 43.4% (79) de las mujeres sintieron desesperación e impotencia durante el periodo de la lactancia, en comparación de un 34.1% (62) que se sintieron estresadas en este periodo de la lactancia.

DISCUSION

En la investigación titulada “Motivos de abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil que acuden a consultorios externos del Hospital San Juan de Lurigancho, 2017” el 45% de las mujeres cumplieron con la lactancia materna exclusiva a comparación de un 55% de ellas que por motivos familiares y laborales dejaron la lactancia materna exclusiva.

En relación con los factores sociodemográficos se encontró que el promedio de la edad de las mujeres en edad fértil fue en jóvenes con un 54.9% y un 28.6% edad adolescente similares a los estudios de Quispe M y et al ⁽¹⁷⁾ Según el nivel de instrucción la mayoría de las mujeres se encuentran con secundaria incompleta con 31.9%, estos resultados coinciden con Villanes K. ⁽¹⁴⁾ en su estudio “Abandono de la lactancia materna exclusiva en madres”. Lo cual se debe que para las madres no le es fácil reincorporarse a los estudios escolares, muchas de ellas no lo concluyen y toman otro rol que es de madre.

Respecto a la ocupación, más de la mitad de la población estudiada son amas de casa, su estado civil soltera y una paridad de primigesta, estos resultados son similares al estudio Rojas R. ⁽¹⁵⁾ en su investigación “Prácticas hospitalarias y características biosociales para el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres que asisten al Centro de Salud Juan Pérez Carranza diciembre 2013 - febrero 2014”, donde indica que más de la mitad del estudio son amas de casa, solteras y primigesta.

Acerca de los factores familiares el 64% cuenta con apoyo familiar estos resultados son diferente al estudio de Rojas R. ⁽¹⁵⁾ quien menciona que el 85% de las madres no cuentan con el apoyo familiar lo cual hace hincapié para el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva.

Sin embargo, un 55% de las madres fueron abandonadas por su pareja en el periodo de la lactancia materna exclusiva por lo tanto no contaron el apoyo respectivo, estos resultados son similares al estudio de Jácome J. ⁽¹⁹⁾ en su investigación “Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en el área de salud 2, Enero – agosto 2012”. Lo cual se debe a que la falta de estabilidad conyugal en la madre denota una baja frecuencia en la realización de la

lactancia materna exclusiva, ya que se sabe que la presencia paternal en el núcleo familiar brinda siempre un aspecto psicológico positivo en la madre

Más de la mitad de las encuestadas se encontró que el 67% de ellas no se dejaron influenciar negativamente de experiencias familiares e amistades sobre la lactancia materna estos resultados coinciden con Quispe M. y et al ⁽¹⁷⁾ en su estudio “Características y creencias maternas asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva”, donde las creencias inadecuadas: “Dar de lactar es doloroso”, “El biberón es la mejor forma de controlar la alimentación de mi bebé” y “Dar pecho daña mi imagen corporal”, así como la discrepancia de las madres con las afirmaciones “La lactancia materna exclusiva es suficiente para satisfacer el hambre de mi bebé” y “La lactancia materna exclusiva es suficiente para engordar a mi bebé”, se asoció con mayor proporción de abandono de la lactancia materna exclusiva.

Respecto a los factores laborales se encontró que un 47.8% de las encuestadas retomaron al ámbito laboral y un 18.1% retomaron a sus estudios estos resultados coinciden con Jácome J. ⁽¹⁹⁾ cuyos resultados evidenció que los factores que influyen en las madres para un cese precoz en el desarrollo de lactancia materna son la ocupación materna (trabajo o estudios), ya que al tener un rol protagónico en el sustento económico del hogar adujeron falta de tiempo para realizar lactancia materna exclusiva, así como también madres que retoman estudios y dejan de lado la responsabilidad de amamantamiento, llegando a la conclusión de que este sería un factor importante de las madres para el abandono de la lactancia materna exclusiva.

Por otro lado, el 59% de las mujeres no contaban con el apoyo de lactancia lo cual muchas empresas deberían de tomar en cuenta la ley N° 27240 donde se resalta el derecho a una hora diaria de permiso por lactancia materna hasta que su hijo cumpla el año de edad, sin embargo, un 70% de las empresas no cuentan con un lactario lo cual también está en la ley N° 29896 para la implementación de estos.

Mientras que en los factores personales más de la mitad de las mujeres encuestadas dieron un buen resultado al nivel de conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna estos resultados coinciden con Borre YM y et al ⁽²³⁾ en su estudio “Lactancia materna exclusiva ¿La conocen las madres realmente?” cuyo

resultado evidencio que el 85.6% posee conocimientos adecuados sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva y el 48.9% conoce la técnica de amamantamiento adecuada. Esto se debe a que el personal profesional está enfocado en las madres y en el conocimiento de la lactancia materna.

Más de la mitad de las encuestadas se encontró que el 56% se aquejan de dolor al dar de mamar, mientras que el 25% de ellas presentaron grietas en el pezón y el 19% sufrió de mastitis estos resultados coinciden con López B. & Martínez L. ⁽²⁰⁾ en su estudio “Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín” cuyo resultado reflejo que el 40% se aqueja de dolor y el 20% presentaron grietas en el pezón lo cual concluyo que los principales motivos para el abandono temprano de la lactancia materna, fueron la percepción sobre una inadecuada producción de leche, el rechazo por parte del bebé, dolor al dar de lactar, las grietas en el pezón y las actividades maternas que impiden continuar con la lactancia, es por ello que su reemplazo complementario a la leche materna, fue principalmente fórmulas infantiles e artificiales evitando una favorable lactancia materna exclusiva.

Según las complicaciones psicológicas de las madres en el proceso de la lactancia materna se enfatizan en la desesperación e impotencia con un 43.4% seguido a un 34% que sintieron estrés durante el periodo de lactancia estos resultados no coinciden con Gorrita R. y et al. ⁽²¹⁾ en su estudio “Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna” donde el 46,5% se encontró en la desesperación e impotencia y 56,4% de estrés lo cual termino concluyendo que los mejores índices de lactancia materna exclusiva a los 4, 5 y 6 meses son aquellas con menores niveles de vulnerabilidad al estrés y desesperación e impotencia. Esto se debe a que la falta de apoyo moral e psicológicamente a la madre es muy importante debido a que se vuelven mucho más vulnerables y al sentir que sus hijos no se satisfacen de ellas provocan el abandono de la lactancia materna.

CONCLUSIONES

- Los motivos de abandono de la lactancia materna exclusiva se evidencio en los factores familiares y laborales.
- La característica sociodemográfica en mujeres en edad fértil corresponde a la edad entre los 20 a 34 años, con un grado de instrucción de secundaria incompleta, en cuanto al estado civil con madres solteras con una ocupación de ama de casa y con una paridad primigesta.
- Los motivos familiares de las mujeres en edad fértil se reflejaron en el apoyo de la familia, sin embargo, el abandono de la pareja y la falta de apoyo de este no favorece al cumplimiento de la lactancia materna exclusiva.
- Se encontró que, en los motivos laborales, la gran mayoría de las mujeres regresaron a su ámbito laboral en 45 días laborando 8 horas, sin embargo, no cuentan con la hora de lactancia ni mucho menos con ambientes lactarios.
- Se halló que más de la mitad de las mujeres en edad fértil tienen el conocimiento necesario sobre los beneficios de la lactancia materna para sus hijos.
- En las complicaciones patológicas se halló que la mitad de las mujeres se aquejan del dolor que sienten al dar de mamar evidenciándose así en las complicaciones psicológicas acompañadas de desesperación e impotencia al no sentir satisfacción en sus hijos.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda la elaboración de programas educativos en el que enfatizen la importancia de la lactancia materna exclusiva desde la atención prenatal.
- Continuar con la difusión de los beneficios de la lactancia materna exclusiva con el fin de incrementar el porcentaje de madres y niños beneficiados.
- Involucrar al profesional obstétrico para su participación en la promoción y apoyo de prácticas de lactancia materna exclusiva.
- Generar espacios donde el personal de salud brinde asesoría constante a las mujeres en edad fértil, como parte de la promoción de la salud acerca de los problemas de lactancia con el fin de apoyarlas y evitar el abandono precoz de la lactancia materna.
- Promover la participación de las parejas y familiares de la madre en actividades de psicoprofilaxis Obstétrica.
- Enfatizar a las empresas que cumplan con la ley N° 29896 para la ampliación de lactarios en ellas y el apoyo de la lactancia materna exclusiva en sus trabajadoras.

REFERENCIA

1. Alvares P. Propuesta de intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna exclusiva en adolescentes embarazadas de Santo Tomás Ajusco. Instituto nacional de salud pública: 2013
2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el niño pequeño. Asamblea Mundial de la Salud; 2002
3. Kramer MS, Kakuma R. La duración optima de la Lactancia Materna exclusiva: Una revisión sistemática. OMS, Ginebra, Suiza; 2002
4. OMS. Indicadores para evaluar las prácticas de Lactancia materna. Ginebra, Suiza; 1991.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas sanitarias mundiales, 2012. [Revisado: 07 de junio del 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82062/1/WHO_HIS_HSI_13.1_spa.pdf.
6. Ibáñez N. Denantes M. Revisión General: La prevalencia de la Lactancia materna en los países industrializados. Revista de Epidemiología. Publicado: Medien 2012
7. Velásquez A. Rojas J. Lactancia Materna un derecho universal. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. 2013
8. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Lactancia Materna/Nutrición. [Revisado 07 de junio del 2017]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html.
9. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Lactancia Materna en México. [Revisado 07 de junio del 2017]. Disponible en: <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2014/01/31/941338>.
10. Ministerio de Salud (MINSA). Somos Lecheros. [Revisado 08 de junio del 2017]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/lactancia/?op=6>.
11. OPS (Organización Panamericana de la Salud). La Lactancia Materna y el Cumplimiento del código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna en el Perú. 1º ed. Perú: OMS/OPS/UNICEF/MINSA; 2011. [Revisado 08 de junio del 2017]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/sct/049721/049721.pdf>

12. Plan nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país, periodo 2014 – 2016. MINSA NORMAS LEGALES 2017. [Revisado: 01 de julio del 2017]. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2017/RM_249-2017-MINSA.PDF
13. Aguilar, María; Fernández, Miguel. Lactancia Materna Exclusiva. Facultad de Medicina UNAM. 2012.
14. Villanes K. Abandono de la Lactancia Materna exclusiva en madres añosas [Tesis Pre grado]. Perú. Universidad de San Martín de Porres. 2015
15. Rojas R. Prácticas hospitalarias y características biosociales para el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres que asisten al Centro de Salud Juan Pérez Carranza diciembre 2013 - febrero 2014 [Tesis Doctoral]. Perú. Universidad Mayor de San Marcos. 2014
16. Lihim J. Tendencia y factores asociados a lactancia materna exclusiva en el Perú: Estudio basado en datos de ENDES 1996 – 2011 [Tesis Pre grado]. Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. 2014.
17. Quispe M. y et al. Características y creencias maternas asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva. Perú. Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica. 2015.
18. García Carrión, Luis Alberto. Nivel de conocimiento de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva. Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo. Lima. Enero 2015.
19. Jácome J. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en el área de salud 2, Enero – agosto 2012 [Tesis Pre grado]. Universidad técnica de Ambato. 2012.
20. López, B., & Martínez, L. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. 2013
21. Gorrita R. y et al. Estrés y ansiedad materna y su relación con el éxito de la lactancia materna. Cuba. 2014
22. Cárdenas, M. y et al. Perfil biopsicosocial de la madre y su relación con el abandono de lactancia materna exclusiva. Venezuela. Universidad de Carabobo, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería. 2014.

23. Borre YM, Cortina C y González G. "Lactancia materna exclusiva ¿La conocen las madres realmente?". Revista Cuidarte de la Universidad de Santander. Colombia. 2014
24. Información sobre lactancia materna. Guía de lactancia materna. 2010. [Revisado: 01 de julio del 2017]. Disponible en: <https://guiadelactanciamaterna.wordpress.com/lactancia-materna/fisiologia-de-la-lactancia/>
25. Ageitos M. Fisiología de la lactancia materna. 2012. [Revisado: 01 de julio del 2017]. Disponible en: <http://ecaths1.s3.amazonaws.com/puerineo2/Lactancia%20Materna%20Ageitos%20M.pdf>
26. Organización Mundial de la Salud (OMS). Lactancia materna exclusiva. [Revisado: 01 de julio del 2017]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
27. Manual de lactancia Materna. Asociación Española De Pediatría. España 2010
28. Cecilia Schellhorn H. Verónica Valdés L. Manual de Lactancia Materna. Ministerio de Salud. Chile.
29. Rodríguez García, Rosalía y Lois Schaef. Nuevos Conceptos de Lactancia, Promoción y Educación de los Profesionales de la Salud. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP).
30. Ministerio de Salud (MINSA). Su Salud es Primero/Niño/Lactancia Materna. 2015. [Revisado: 12 de julio del 2017]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/Nino/nino-lactancia.asp>
31. Ministerio de Salud (MINSA). Manual de Lactancia materna. Contenidos técnicos para profesionales de salud. 2010. [Revisado: 12 de julio del 2017] Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf
32. OMS, UNICEF. Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural: La Función Especial de los Servicios de Maternidad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

33. Manual de Lactancia materna. MINSA. [Revisado: 12 de julio del 2017]. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2010_Manual%20de%20Lactancia%20Materna.pdf
34. Gaceta jurídica. La ley. [Revisado: 12 de julio del 2017]. Disponible en: <http://laley.pe/not/2677/conoce-los-6-derechos-de-toda-madre-trabajadora/>
35. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) .2014. [Revisado: 12 de julio del 2017]. Disponible en: <http://www.regionlalibertad.gob.pe/ineiestadisticas/libros/libro24/cap06.pdf>
36. Ministerio de Salud (MINSA). Manual de Lactancia materna. Contenidos técnicos para profesionales de salud. 2010. [Revisado: 12 de julio del 2017]. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf

ANEXOS

ANEXO 1: “MOTIVOS DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE ACUDEN A CONSULTORIOS EXTERNOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2017.

Problema General	Objetivo General	Hipótesis de la Investigación	Variables	Metodología	Población y Muestra	Técnica e instrumento
¿Cuáles son los motivos de abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil que acuden a consultorios externos del Hospital San Juan de Lurigancho, 2017?	Determinar los motivos de abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil que acuden a consultorio externo del Hospital San Juan de Lurigancho ,2017.	No requiere hipótesis por ser un estudio descriptivo de corte transversal.	<ul style="list-style-type: none"> -Características sociodemográficas <ul style="list-style-type: none"> a. Edad b. Grado de instrucción c. Estado civil d. Ocupación e. Paridad - Factores familiares <ul style="list-style-type: none"> a. Apoyo de la pareja y familiares b. Abandono de la pareja c. Violencia familiar d. Influencia negativa de familiares - Factores Laborales <ul style="list-style-type: none"> a. Retorno al trabajo y estudio b. Duración de la jornada laboral c. Hora de lactancia d. Presencia de lactarios - Factores Personales <ul style="list-style-type: none"> a. Desconocimiento de los beneficios nutricionales de LME. b. Desconocimiento de la leche materna como único alimento. c. Desconocimiento de la duración de la LME. d. Información recibida. e. Complicaciones patológicas. f. Complicaciones psicológicas. 	<p>Tipo de estudio:</p> <p>La presente investigación es un diseño Descriptivo de corte transversal.</p>	<p>Población:</p> <p>Se utilizaron datos estadísticos del mismo hospital donde el universo de partos eutócicos (vía vaginal) de mujeres en edad fértil fueron de 1795 en el año 2016.</p> <p>Muestra:</p> <p>La muestra estuvo conformada por 182 mujeres en edad fértil que acudan al Hospital San Juan de Lurigancho.</p>	<p>Técnica:</p> <p>La técnica utilizada fue la entrevista – encuesta, aplicada a mujeres en edad fértil que acudieron al Hospital San Juan de Lurigancho. Se incluyó las características más relevantes la MEF, asimismo las variables a estudiar, dando respuestas a los objetivos planteados.</p> <p>Instrumento:</p> <p>Para la recolección de datos se elaboró un formulario de 17 preguntas para toda aquella MEF seleccionada al azar que reuniera los criterios de inclusión, previa firma de un consentimiento</p>
	<p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar los motivos sociodemográficos asociado al abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil. - Determinar los motivos laborales asociado al abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil. - Precisar los motivos familiares asociado al abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil. - Identificar los motivos personales asociado al abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil. 					

ANEXO 2:

ENCUESTA

Motivos asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva

Estimada paciente la presente investigación tiene por objetivo conocer los motivos asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva, teniendo en cuenta que la encuesta es anónima, le solicito a usted que responda con la mayor sinceridad posible. Le agradezco de antemano su colaboración. Muy agradecida.

MARQUE Y LLENE SEGÚN CORRESPONDA

I. Factores Sociodemográficas

1. Edad:
2. Grado de Instrucción:
Primaria: Completa () Incompleta ()
Universitaria: Completa () Incompleta ()
Secundaria: Completa () Incompleta ()
Técnica superior: Completa () Incompleta ()
3. Estado civil:
Soltera () Conviviente () Viuda ()
Casada () Divorciada () Separada ()
4. Ocupación:
Ama de casa () Estudiante () Independiente () Dependiente ()
5. Paridad:
Primigesta () Segundigesta () Multigesta ()
(1hijo) (2 hijos) (+ de 2 hijos)

II. Motivos Familiares de abandono de la LME

6. ¿Recibió algún apoyo de un familiar en los quehaceres de la casa, para favorecer la lactancia? SI () NO ()
7. ¿Recibió algún apoyo en los quehaceres del hogar durante la lactancia por parte de su pareja? SI () NO ()
8. ¿¿Recibió algún tipo de mito, creencia o costumbre que señalan dejar de lactar? SI () NO ()
9. ¿Recibió algún tipo mensajes o frases negativas por parte de sus familiares acerca de la lactancia? SI () NO ()

10. ¿Fue abandonada por su pareja durante el proceso de Lactancia? SI () NO ()
11. ¿Tuvo algún tipo de violencia física, psicológica o sexual por parte de su pareja durante la lactancia? SI () NO ()

III. Motivos Laborales de abandono de la LME: Si usted tiene algún tipo de trabajo o estudio

12. ¿En cuánto tiempo retorno a sus estudios? _____
13. ¿En cuánto tiempo retorno al trabajo después del parto? _____
14. ¿Cuánto tiempo (horas) labora usted actualmente?
a) 6 Horas b) 8 horas c) 12 horas
15. ¿Cuenta con el apoyo de la hora de lactancia en su trabajo? Si () No ()
16. ¿Cuenta su trabajo con un lactario? (ambiente especial para extracción de leche materna y conservación de las misma) Si () No ()

IV. Motivos Personales de abandono de la LME por desconocimiento

17. ¿Conoce usted los beneficios nutricionales de la lactancia materna? SI () NO ()
18. El único y mejor alimento para el recién nacido es la leche materna SI () NO ()
19. Recibió consejo o charlas sobre lactancia materna durante el embarazo. SI () NO ()
20. ¿Por cuánto tiempo se debe dar leche materna exclusiva al recién nacido?
a) 1 mes b) 3 meses c) 6 meses

IV.I Motivos Personales de abandono de la LME por complicaciones patológicas.

21. Durante la lactancia materna, presento usted alguna de estas complicaciones (marque la respuesta)
a) Dolor al dar de mamar
b) Grietas en el pezón
c) Mastitis (infección en la mama)
22. Presento usted alguno de estos cambios durante la lactancia. (marque su respuesta)
a) Stress
b) Desesperación e impotencia
c) Depresión (post parto)

- Dejo de dar de lactar por alguna de estos motivos: ¿Cuál? _____

MUCHAS GRACIAS

ANEXO 3:

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Buenos días Sra. Estamos realizando un estudio acerca de la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil, el cual nos ayudaría mucho su participación. Lo que queremos alcanzar con este estudio es conocer cuáles son los motivos de abandono de la lactancia materna exclusiva. El estudio está empezando y estamos completando una encuesta entre ustedes para obtener la información. La entrevista tomará alrededor de 10 minutos. Toda la información que obtengamos se mantendrá estrictamente confidencial y sus respuestas y sus datos personales nunca serán revelados. También, usted no está obligada a responder las preguntas, y es posible detener la entrevista en cualquier momento.

Esto no es para criticar a nadie, así que por favor no se sienten presionada para dar una respuesta específica y no sienta vergüenza si usted no sabe la respuesta a una pregunta. Nos gustaría que usted conteste las preguntas con sinceridad y sin pena. No dude en responder a las preguntas a su propio ritmo y expresarse con sus propias palabras.

¿Tiene usted alguna pregunta o alguna inquietud que le podamos aclarar?

Si está de acuerdo podemos empezar a llenar la encuesta: Si_____ No_____

Firma de la MEF participante: _____

ANEXO 4:

ESCALA DE CALIFICACION

Estimado (a):

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

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

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

SUGERENCIAS:

.....
.....
.....
.....

.....

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO(A)

ANEXO 5:

JUICIO DE EXPERTOS

1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.
3. La estructura del instrumento es adecuado.
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.
6. Los ítems son claros y entendibles.
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.

Datos de calificación:

1: de acuerdo 0: desacuerdo

CRITERIOS	JUECES					VALOR P
	J1	J2	J3	J4	J5	
1	1	1	1	0	1	4
2	1	1	1	0	1	4
3	1	1	1	1	1	4
4	1	1	1	0	1	4
5	1	1	1	1	1	5
6	1	0	1	1	1	4
7	1	1	1	1	1	5
TOTAL	7	6	7	4	7	30

ANEXO 6:

Prueba de Concordancia entre los Jueces:

$$b = \frac{T_a}{T_a + T_d} \times 100$$

PROCESAMIENTO:

Ta: N° TOTAL DE ACUERDO DE JUECES

Td: N° TOTAL DE DESACUERDO DE

$$b: \frac{31}{31 + 4} \times 100 = 0.88 = 95\%$$

Según Herrera:

El resultado de la prueba nos muestra una
Concordancia entre los jueces de

EXCELENTE VALIDEZ



0,53 a menos	Validez nula
0,54 a 0,59	Validez baja
0,60 a 0,65	Válida
0,66 a 0,71	Muy válida
0,72 a 0,99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta

ANEXO 7:

PRUEBA PILOTO

HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE																
ENCUESTADAS	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14		SUMA
1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1		10
2	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1		9
3	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1		11
4	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0		8
5	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0		4
6	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1		11
7	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0		7
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		14
9	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0		8
10	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1		12
11	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1		12
12	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1		10
13	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1		9
14	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1		11
15	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1		12
16	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0		4
17	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0		8
18	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1		12
19	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1		11
20	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0		4
P	0.65	0.65	0.65	0.65	0.75	0.65	0.65	0.7	0.55	0.55	0.6	1	0.65	0.65	s_t^2	8.344737
q=(1-p)	0.35	0.35	0.35	0.35	0.25	0.35	0.35	0.3	0.45	0.45	0.4	0	0.35	0.35		
Varianza P*q	0.2275	0.2275	0.2275	0.2275	0.188	0.2275	0.2275	0.21	0.2475	0.2475	0.24	0	0.2275	0.2275	suma de p*q	2.9525

ANEXO 8:

TEST Q-RICHARDSON

Suma de p*q

K	14
$\sum Pp*q$	8.344737
St^2	2.9525

$$r_n = \frac{k}{k-1} \cdot \frac{S_t^2 - \sum p \cdot q}{S_t^2}$$

Donde:

K = Número de ítems del instrumento.

P = Porcentaje de personas que responden correctamente cada ítem.

Q = Porcentaje de personas que responden incorrectamente cada ítem.

St^2 = Varianza total del instrumento.

Datos: $k=10$; $\sum p \cdot q = 1,16$; $S_t^2 = 8,33$

$$r_n = \frac{16}{16-1} \cdot \frac{8,33-1,16}{8,33} =$$

$$r_n = 1,06 \cdot 0,861$$

$$r_n = 0,912$$

$$R_n = \frac{14}{14-1} \times \frac{8,34-2,95}{8,34}$$

$$R_n = \frac{14}{13} \times 0,64$$

$$R_n = 1,07 \times 0,64$$

$$R_n = 0,6848$$

KR = 0-6914

TIENE ALTA CONFIABILIDAD

Cuadro 4: Interpretación del Coeficiente de Confiabilidad

Rangos	Magnitud
0,81 a 1,00	Muy Alta
0,61 a 0,80	Alta
0,41 a 0,60	Moderada
0,21 a 0,40	Baja
0,01 a 0,20	Muy Baja

Fuente: Ruiz 2000, p. 70