

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO
DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO DE LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN GRADO ACADÉMICO EN
MUJERES DE 18 A 41 AÑOS QUE ASISTIERON AL
CURSO DE PREPARACIÓN PARA EL PARTO,
EN UN HOSPITAL CLASE A,
ÁREA METROPOLITANA,
ENERO, 2017**

SUSTENTANTE

WENDY ERAS OBANDO

SAN JOSÉ, COSTA RICA

2017

Agradecimiento

Agradecer primeramente a Dios por permitirme crecer como persona y profesional al largo de los años, además por estar presente en cada paso a lo largo de mi carrera.

Agradecer infinitamente a mi familia, que son un pilar fundamental en esta etapa. A Idalie Obando, mi madre, que para ella es este triunfo, por su apoyo incondicional, por guiarme, aconsejarme y alentarme siempre. A Verny Eras, mi padre, por creer en mí y siempre considerarme capaz de desenvolverme en esta profesión.

A mis abuelos, Egérico Eras y María Zamora, por tolerarme todos estos años, y permitirme formar parte especial en su casa. Ericka Eras, mi tía por ser una luz en mi camino y siempre hacerme sentir bien, aunque las circunstancias no lo fueran.

A mis amigos, quienes siempre estuvieron conmigo en cada momento de la carrera, por soportarme en esos momentos no tan buenos que se presentaron a lo largo del proceso.

Finalmente, a mi tutora Mcs. Laura Chaverri por guiarme con tanta paciencia durante todo este proceso, por decirme mis fortalezas y ayudarme a mejorar mis debilidades. Por siempre hablarme con tanta franqueza.

Wendy Eras Obando.

Dedicatoria.

A Dios, por estar siempre presente en todo el proceso, agradecerle también por regalarme una madre excepcional y un padre amoroso, además de una familia que me llena de amor en cada momento de mi vida. Este triunfo es para todos ellos que formaron parte en toda esta trayectoria, especialmente a mi mamá.

Asimismo, a mis amigos que siempre se mantuvieron constantes durante toda mi carrera, y durante este proceso.

Wendy Eras Obando.

TABLA DE CONTENIDO

Agradecimiento.....	3
Dedicatoria.....	4
INTRODUCCIÓN.....	12
CAPÍTULO I: MARCO CONTEXTUAL	
1.1 Planteamiento del problema.....	17
1.2 Justificación de la investigación.....	22
1.3 Redacción del problema central.....	25
1.4 Objetivos.....	30
1.4.1 Objetivo general.....	30
1.4.2 Objetivos específicos.....	30
1.5 Alcances y limitaciones.....	31
1.5.1 Alcances de la investigación.....	31
1.5.2 Limitaciones de la investigación.....	31
CAPÍTULO II: CONTEXTO HISTÓRICO Y TEÓRICO	
2.1 Contexto histórico.....	33
2.1.1 Antecedentes internacionales de lactancia materna.....	33
2.1.2 Antecedentes nacionales de lactancia materna.....	41
2.1.3 Antecedentes del Curso de Preparación para el Parto de Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.....	45
2.2 Marco teórico.....	50
2.2.1 Perspectiva sociocultural de la lactancia materna.....	50
2.2.2 Generalidades de la lactancia materna exclusiva.....	62
2.2.3 Rol del profesional de enfermería en la promoción de la lactancia materna exclusiva.....	75
2.2.4 Teorizante de enfermería: Ramona Mercer.....	79

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación.....	84
3.2 Área de estudio.....	84
3.2.1 Población.....	84
3.2.2 Muestra.....	85
3.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	85
3.3.1 Criterios de inclusión.....	85
3.3.2 Criterios de exclusión.....	86
3.4 Fuentes de información.....	86
3.4.1 Fuentes primarias.....	86
3.4.2 Fuentes secundarias.....	86
3.5 Técnicas e instrumentación de datos.....	87
3.5.1 Cuadro de operacionalización de variables.....	89

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.1. Análisis e interpretación de datos.....	92
--	----

CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

5.1. Conclusiones.....	123
5.2. Recomendaciones.....	124

BIBLIOGRAFÍA

5.3 Bibliografía citada.....	127
------------------------------	-----

ANEXOS

5.4 Anexo 1: Declaración jurada.....	139
5.5 Anexo 2: Carta de tutor.....	140
5.6 Anexo 3: Carta de lector.....	141

5.7 Anexo 4: Carta de filólogo.....	142
5.8 Anexo 5: Cuestionario de aplicación.....	143
5.9 Anexo 6: Valor agregado para enfermería en la investigación.....	148
6.0 Anexo 7: Resultado de prueba de confiabilidad del instrumento	
Alpha Cronbach.....	149

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°1. Costa Rica: Porcentaje de niños que iniciaron lactancia materna por año 1990-2010.....	19
Figura N°2. Porcentaje de niños y niñas que recibieron lactancia materna exclusiva, por edad antes de los 6 meses de los años 2002, 2006 y 2010	20
Figura N°3. Distribución porcentual según rango de edad, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017.....	92
Figura N°4. Distribución porcentual según estado civil, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017.....	94
Figura N°5. Distribución porcentual según provincia de residencia, mujeres que asistieron al curso de preparación para el parto, HCG, 2017.....	95
Figura N°6. Distribución porcentual según cantidad de hijos, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017.....	97
Figura N°7. Distribución porcentual según tiempo que brindó lactancia materna, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017.....	102
Figura N°8. Distribución porcentual según razón de utilización de fórmula infantil, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017.....	103
Figura N°9. Distribución porcentual según razón por la que no utiliza fórmula infantil, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017.....	104

Figura N°10. Distribución porcentual según complicaciones durante el amamantamiento, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017.....	106
Figura N°11. Distribución porcentual según apoyo en técnicas de amamantamiento, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017.....	107
Figura N°12. Distribución porcentual según referencia del nivel de comodidad con amamantar en público, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017.....	109
Figura N°13. Distribución porcentual según conocimiento de la definición de lactancia materna exclusiva, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017.....	112
Figura N°14. Distribución porcentual según conocimiento de recomendación sanitaria del periodo de lactancia materna exclusiva, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017.....	112
Figura N°15. Distribución porcentual según edad de introducción de alimentos sólidos, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017.....	113
Figura N°16. Distribución porcentual según frecuencia de amamantamiento durante los primeros 2-3 meses, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017.....	115
Figura N°17. Distribución porcentual según principales beneficios de la lactancia materna, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017.....	116
Figura N°18. Distribución porcentual según decisión de la práctica de lactancia materna exclusiva, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017.....	119

Figura N°19. Distribución porcentual según recomendaciones a una madre que inicia periodo de lactancia, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017.....120

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Distribución porcentual según grado académico y lactancia materna exclusiva, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017.....	93
Tabla N°2. Distribución porcentual según la ocupación, mujeres que asisten al curso de preparación para el parto, HCG, 2017.....	96
Tabla N°3. Distribución porcentual según información brindada e impacto generado por parte del Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017.....	99
Tabla N°4. Relación entre lactancia materna exclusiva y utilización de fórmulas infantiles antes de los 6 meses de vida del niño(a), mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017.....	100
Tabla N°5. Relación entre el grado académico universitario e impacto generado por el CPP, mujeres que asisten al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017.....	101
Tabla N° 6. Distribución porcentual según grado de satisfacción respecto al amamantamiento, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017.....	108
Tabla N°7. Distribución porcentual según consideración social respecto al amamantamiento en público, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 201.....	111
Tabla N°8. Distribución porcentual según asistencia a la Clínica de Lactancia Materna, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017.....	117
Tabla N°9. Distribución porcentual según calificación otorgada al servicio de la Clínica de Lactancia Materna, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017.....	117

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se han dado grandes cambios socioculturales en lo que respecta a la posición de la mujer en su rol. Por ejemplo, el estilo de vida de las mismas, con la incorporación cada vez más frecuente al trabajo, las facilidades de la tecnología, el acceso a redes de comunicación masiva, y los cambios del comportamiento, influyen en la toma de decisiones relacionado con el ejercicio de la maternidad y lo que ella conlleva.

La lactancia materna exclusiva está estrechamente relacionada con la educación y formación de criterios con los que cuenta la madre, depende directamente de la decisión propia y el rol maternal que desea desempeñar. Excluyendo de éstos entornos las complicaciones de salud que podrían ocurrir durante el proceso.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia define lactancia materna como: “el proceso de alimentación del niño o niña con la leche que produce su madre, siendo éste el mejor alimento para cubrir sus necesidades energéticas de macro y micro nutrientes. Es la forma más idónea de alimentación”(1).

En concordancia, Mohamed afirma: “la lactancia materna proporciona una protección notablemente superior a la artificial frente a las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias del niño, principales causas de mortalidad en las poblaciones con escasos recursos económicos”(2).

Asimismo, la lactancia materna exclusiva es la alimentación a base de leche materna, sin la introducción de ningún otro alimento líquido o sólido durante un

período de 6 meses. Diversas investigaciones demuestran que con solo el hecho de mantener una lactancia materna exclusiva, se reduciría en promedio 1,5 millones de muertes anuales en infantes menores de 5 años.

Pese a dicha evidencia, la lactancia materna exclusiva en la mayoría de países no es considerada parte fundamental para la salud mundial materno-infantil. Además, es obviada la relevancia que posee en el desarrollo de una nación, excluyendo leyes y estrategias que la promueven.

La carencia de información, autoconfianza, un sistema de apoyo inadecuado y el estilo de vida de la madre durante la lactancia, son algunos de los componentes que afectan directamente el periodo de lactancia materna exclusiva. Byrd considera: “en general el amamantamiento es una habilidad aprendida y las mujeres necesitan conocimientos para alimentar al seno con seguridad, sobre todo a su primer hijo”(3).

Un mayor acceso a información educativa sobre las ventajas de esta práctica, profesionales comprometidos, políticas y una red de apoyo más allá del nacimiento, es más probable que las madres tomen la decisión de lactar al niño de forma natural y con la menor cantidad de limitantes posibles.

No obstante, la comercialización de sucedáneos de la leche materna junto con la influencia social de las grandes casas farmacéuticas, genera confusión y dudas, al mismo tiempo que el desconocimiento de las madres sobre el tema, hace que el proceso se obstaculice y en el peor de los casos, que ni siquiera se dé.

Por tanto, resulta un valioso aporte conocer cuál es la situación actual en Costa Rica de la práctica de lactancia materna exclusiva, así como la evaluación de los servicios de enfermería, que fortalecen su ejercicio y fomento.

El propósito de la investigación, es conocer cuáles son los factores que interfieren en el proceso de lactancia materna exclusiva, según el grado académico en mujeres de 18 a 41 años que asisten al Curso de Preparación para el Parto, en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, enero, 2017.

De esta manera, la investigación consta de 5 capítulos con distintos abordajes, descritos a continuación:

CAPÍTULO I

El marco contextual aborda las generalidades del trabajo realizado tales como; el planteamiento del problema que habla sobre la lactancia materna en Costa Rica, describiendo y valorando su desarrollo a través de los años, basada en documentos tanto nacionales como internacionales, por otro lado, establece una serie de objetivos los cuales se postulan con el fin de abordar la tesis, junto con sus respectivas variables. Además el documento justifica de manera concisa la importancia, relevancia social, el impacto y de manera detallada la problemática en la cual está centrada la investigación.

CAPÍTULO II

Incluye los antecedentes y contexto teórico, en la primera sección se exponen de manera contundente investigaciones científicas que sustentan la problemática de la tesis. Además, se describe ampliamente la población de estudio.

Asimismo, mediante información veraz y concisa se extiende la perspectiva social y los beneficios que posee la lactancia materna exclusiva, al igual que el papel del profesional de enfermería en cuanto a la promoción del amamantamiento.

CAPÍTULO III

Este capítulo contempla el marco metodológico, en el cual de forma concisa y contundente se describe el tipo de investigación realizada, además incluye los criterios tanto de inclusión como de exclusión, las fuentes de información y describe el instrumento que fue utilizado.

CAPÍTULO IV

Esta sección consta del análisis e interpretación de los datos, obtenido mediante la tabulación e interpretación de resultados posterior a la aplicación del instrumento de estudio.

CAPÍTULO V

En este apartado se realizan las conclusiones oportunas según los resultados obtenidos, asimismo siguiendo con los lineamientos en los objetivos planteados al inicio de la investigación, por ende, las recomendaciones relacionadas a las necesidades de la población de estudio.

CAPÍTULO I
MARCO CONTEXTUAL

1.1 Planteamiento del problema

Costa Rica posee con uno de los sistemas de prestación de servicios de salud más efectivos a nivel latinoamericano. Además, para el 2015 registra la tasa de mortalidad infantil más baja de todo el decenio.

Asimismo, cuenta con leyes y políticas que tienen como objetivo incentivar la lactancia materna con el fin de fomentar su práctica y de esta manera, continuar mejorando la salud de la población infantil.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud plantea como política de salud pública que la lactancia materna exclusiva: “debe brindarse durante los primeros seis meses de vida, seguida de una combinación de lactancia materna continua, una alimentación apropiada y adecuada con otros alimentos”(4).

Desafortunadamente, a pesar de las promulgaciones emitidas por las entidades sanitarias y la sólida evidencia científica a favor de la misma, socioculturalmente la lactancia materna exclusiva fracasa en la mayoría de los casos por factores intrínsecos y extrínsecos fuertemente arraigados.

Por lo tanto, resulta importante enfocarse en estrategias que impacten la perspectiva de la población respecto al amamantamiento exclusivo, además de la disponibilidad y acceso en los centros de salud para la instrucción sobre el proceso, técnicas y beneficios de dicho proceso.

En primera instancia desde la perspectiva social, en ocasiones el amamantamiento no es aceptado como un don “natural”, del que cualquier mujer

es capaz, sino que se le anteponen obstáculos como la influencia de sucedáneos de la leche materna, profesionales de salud que recomiendan su interrupción, indicaciones de ablactación temprana, influencia de la familia, y pérdida de la confianza en el proceso como tal.

Aunado a ello, de lograrse una lactancia efectiva al poco tiempo, diversos factores influyen en el abandono precoz, la falta de motivación y la sustitución por otras prácticas de alimentación.

Rojas (citado por Gonzáles y Fallas) considera que: “la incertidumbre de la embarazada hacia la lactancia materna, y la desinformación del personal de salud respecto al tema y las prácticas hospitalarias que promueven el distanciamiento de la madre e hijo, son causa del abandono de la lactancia materna exclusiva”(5).

Es un hecho que la lactancia materna constituye una práctica que se entremezcla con un proceso de enseñanza y aprendizaje, desarrollado a través de las relaciones interpersonales con familiares, trabajadores de la salud y con la sociedad.

En Costa Rica, se han realizado estudios para determinar las prácticas relacionadas con la lactancia materna a través de los años. Haciendo una revisión retrospectiva, a partir de 1975 existen datos que brindan información acerca del comportamiento de la lactancia, contabilizándose hasta el 2010 un total de 15 encuestas donde se incluye la variable lactancia.

Uno de los más sobresalientes lo llevó a cabo el Instituto Nacional de Estadística y Censo, por medio de la Encuesta Nacional de Hogares, en la cual se incluyó el

módulo de lactancia materna cada 4 años durante 20 años. (1990, 1994, 1998, 2002, 2006 y 2010) Dicha encuesta ha dado seguimiento al porcentaje de niños que reciben lactancia materna.

Como se observa en la siguiente figura, el indicador presenta una leve tendencia a aumentar desde 1990, estabilizándose en los últimos 8 años, con un valor superior al 95%.

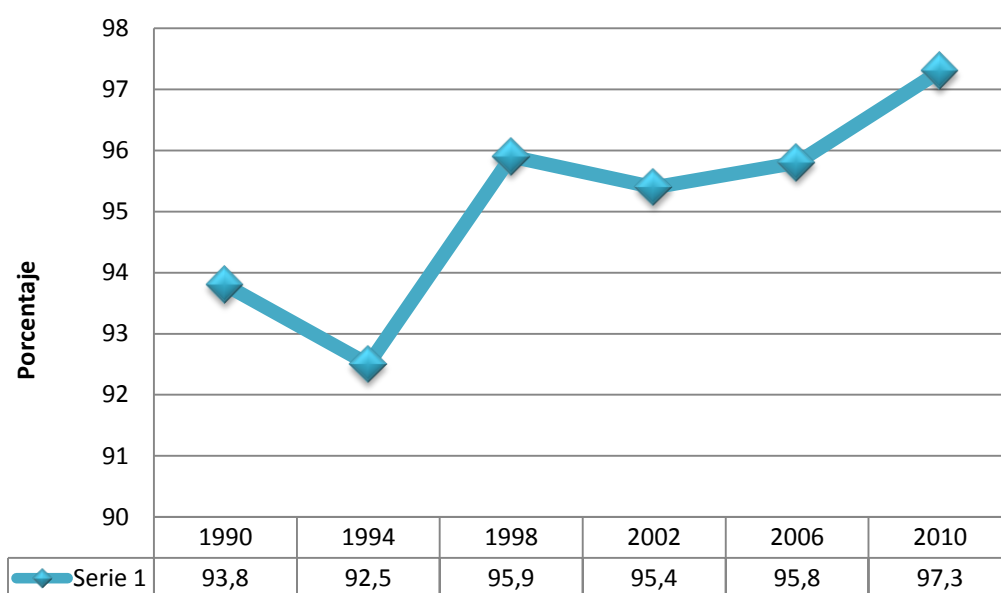


Figura N° 1 Costa Rica: Porcentaje de niños que iniciaron lactancia materna por año 1990-2010. Fuente: Elaboración propia a partir de datos tomados de: 1990 y 1994 (Morice), 1998 (Machado), 2002, 2006 y 2010 (Encuesta Nacional de Hogares y Propósitos Múltiples).

Tal y como se menciona anteriormente, se observa un incremento paulatino en cuanto al inicio de la lactancia materna, no obstante, no sucede lo mismo con la lactancia materna exclusiva, la cual se mantiene en números poco favorecedores.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Hogares y Propósitos Múltiples realizada en 2010, en Costa Rica, “el 21,2% de los niños y niñas recibieron lactancia

materna exclusiva al menos hasta los 6 meses de edad, en cumplimiento efectivo del derecho de lactancia materna exclusiva recomendado por la Organización Mundial de la Salud” (6).

Asimismo, la siguiente figura revela los datos de niños(as) menores de 6 meses que recibieron lactancia materna exclusiva en el período 2002-2010, mostrando también el indicador de la Organización Mundial de la Salud.

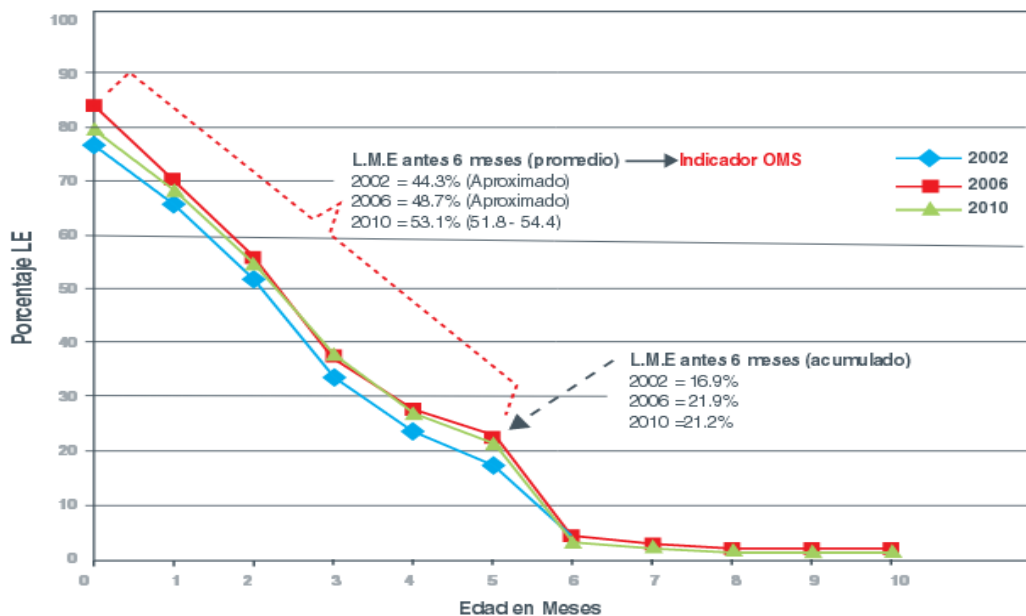


Figura N° 2 Porcentaje de niños y niñas que recibieron lactancia materna exclusiva, por edad antes de los 6 meses de los años 2002, 2006 y 2010. Fuente: Análisis del módulo de lactancia materna. Encuesta Nacional de Hogares 2010.

De esta manera, y debido a que la lactancia materna se vincula a múltiples factores modificables, se han diseñado planes y estrategias para fomentar el amamantamiento exclusivo como práctica idónea en niños menores de 6 meses.

Como órgano destacado, la Organización Mundial de la Salud mediante el Plan de Aplicación Integral sobre Nutrición Materna del Lactante y del Niño Pequeño,

propone como meta mundial que para el año 2025 la tasa de lactancia materna exclusiva alcance el 50% (7).

Al respecto, diversos autores y organizaciones han expuesto el porcentaje de deserción en cuanto la práctica de lactancia materna exclusiva, que a pesar de que cada región muestra diferencias significativas, en general los resultados no son muy alentadores.

Por ejemplo, en el 2011 en un estudio realizado por Valenzuela en la ciudad de México, el porcentaje de abandono en este país era de 61% aproximadamente, cifra que ha ido en aumento en el último decenio (8).

Crowel (citado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) manifiesta que: “los prejuicios y mitos son los principales obstáculos para la lactancia materna e influyen en que solo uno de cada siete niños en México sea amamantado”(9).

Si bien es cierto existen excepciones con tasas de amamantamiento exclusivo que sobrepasan la meta mundial propuesta para el 2025, alrededor del mundo se repliegan los altos porcentajes de deserción de lactancia materna exclusiva, incluso en países desarrollados.

En el continente Europeo aproximadamente el 76% de las madres españolas opta por brindar lactancia materna a sus hijos durante las primeras horas, sin embargo para el 2012 se revela que un 60% de esta población abandona el proceso de amamantamiento exclusivo antes de los 6 meses de edad del niño. Junto a España se encuentra Estados Unidos con cifras similares(10).

Lo anterior refleja que el proceso de lactancia materna es una problemática sustancial, que estadísticamente evidencia el descenso de dicha práctica y no solamente en países en vías de desarrollo, sino a nivel global.

1.2 Justificación e importancia

La lactancia materna exclusiva posee grandes beneficios para el niño, la madre, la familia y la sociedad. Además, brinda los nutrientes óptimos para el crecimiento y desarrollo del infante, convirtiéndose en la alimentación recomendada por excelencia durante los primeros seis meses de vida.

Al respecto, Lozano afirma que: “la lactancia natural mejora el vínculo madre-hijo, aumenta la autoestima, transmite seguridad e implica una relación afectiva peculiar que permite generar satisfacción y placer en la mujer. Pero, además, la leche materna es más económica, está siempre disponible a la temperatura adecuada, sin necesidad de esterilizarla, y no hay errores en la preparación ni en la manipulación” (11).

Lo anterior pone en evidencia como la lactancia materna es la fuente esencial de alimento de un niño, proporcionando beneficios físicos y psicológicos a corto, mediano y largo plazo.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia afirma: “la lactancia materna es una inversión milagrosa. Es una solución universal, de baja tecnología, de gran impacto y muy rentable para salvar las vidas de los bebés; sin embargo, no ha recibido la atención que debería a nivel mundial”(12). Pese a ello, tanto a

nivel mundial como nacional la tasa de lactancia materna exclusiva se encuentra por debajo de las cifras deseadas.

En este sentido Quispe afirma: “el inadecuado conocimiento sobre la importancia y beneficios de la leche materna en la nutrición a esta edad, podría estar condicionada por intervenciones educativas ineficaces durante el parto o seguimiento del binomio madre-niño como parte de la consejería”(13).

En cuanto al fomento, divulgación y principalmente, el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva, el profesional de enfermería desempeña un rol sumamente importante al ejecutar programas de educación y proveer herramientas para la promoción del amamantamiento como práctica de salud pública.

La cantidad y calidad de la información brindada a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, son la base para una lactancia materna exitosa, basada en una técnica adecuada, el conocimiento de sus múltiples beneficios, y el compromiso individual para su ejercicio.

No obstante, investigaciones realizadas demuestran que la lactancia materna es abandonada mucho antes de los 6 meses de vida, incrementando el riesgo de muerte súbita del niño, desnutrición, déficit de vitaminas y minerales, mayor riesgo de padecer enfermedades infecciosas y gastrointestinales, entre otras.

Navarro, en una investigación sobre los factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras expone que: “El 42.3% de las madres abandonaron temprano la lactancia materna. Los factores de riesgo

fueron: tener conocimientos malos sobre lactancia materna, la ausencia del antecedente de haberla practicado en un hijo previo, tener un plan de duración de la misma de 0 a 3 meses”(14). Asimismo, se puede evidenciar que los principales factores asociados a la deserción de la lactancia exclusiva fue la falta de información sobre esta práctica.

En Costa Rica, de acuerdo con Calvo: “al igual que muchos otros países mantiene una prevalencia baja de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, lo cual nos muestra un panorama desalentador”(15).

Hoy en día, está científicamente comprobado que la lactancia materna posee un sinnúmero de ventajas comparada con los sucedáneos de la leche materna, sin embargo, existen factores del entorno que entorpecen el proceso.

Un factor determinante que interfiere en el proceso de lactancia materna exclusiva es la utilización masiva de sucedáneos de la leche materna, incluso profesionales de salud recomiendan la sustitución de la leche natural materna por las fórmulas artificiales.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud plantea que: “la comercialización agresiva e inadecuada de estos y otros productos alimenticios que compiten con la leche materna continúa minando los esfuerzos por mejorar las tasas de lactancia natural”(16).

Estas prácticas suelen afectar negativamente las decisiones de las madres y la capacidad para amamantar a los infantes de manera óptima. El Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna y las

posteriores resoluciones de la Asamblea de la Salud son instrumentos fundamentales para regular y reducir las prácticas inadecuadas de comercialización.

Por lo tanto, es indispensable generar un cambio en la población donde se refuerce el hecho que la lactancia materna no solo es una fuente de vida y salud, sino un derecho fundamental de los infantes.

En este contexto, proporcionar datos actualizados sobre la situación real acerca de la lactancia materna exclusiva en el país es de gran importancia, por lo que este estudio busca revelar la importancia de brindar información a las mujeres en edad reproductiva, madres gestantes y lactantes, para así fomentar el autoconcepto y empoderarlas con conocimiento para una decisión positiva al momento de realizar la práctica de amamantamiento.

1.3 Redacción del problema central

La lactancia materna es un acto natural de la especie humana, sin embargo, se ha convertido en una decisión fuertemente influenciada por factores de índole sociocultural. Por lo tanto, en la actualidad las madres necesitan apoyo activo para instaurar y mantener un amamantamiento adecuado.

Figuera, et al, exponen que la lactancia materna está condicionada por: “la interacción de factores biológicos, sociodemográficos, económicos, culturales, sociales y familiares de la atención clínica y por las estrategias de mercadeo de las casas productoras de leches artificiales”(17).

Está demostrado que uno de los principales factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, es la regulación, legislación y vigilancia del cumplimiento del Código de Sucedáneos de la Leche Materna, a nivel nacional e internacional.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia mediante un informe sobre el cumplimiento del código de sucedáneos de la leche materna, que se realizó en el 2016 recomienda: “prohibir toda publicidad y otras formas de promoción de los productos designados como sucedáneos de la leche materna al público en general, incluidos el contacto con las mujeres embarazadas y las madres y la promoción a través de Internet, las redes sociales y otros medios electrónicos de comunicación”(16).

Esta misma entidad expone que aproximadamente 32 países cuentan con la legislación como mecanismo de vigilancia, sin embargo, solo unos pocos funcionan plenamente en aspectos de regulación.

Por otra parte, el nivel educativo de la madre puede, en ocasiones, favorecer o interferir como un factor determinante en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva, debido a que el desconocimiento y la influencia social varían de acuerdo a los factores individuales y sociales. Al mismo tiempo, existe una carga laboral y económica que puede obstaculizar dicho proceso.

De esta forma, según el análisis del módulo de lactancia materna, impartida por la Encuesta Nacional de Hogares hace seis años, encontró que: “las mujeres con nivel educativo más alto fueron las que presentaron las lactancias más cortas.”(6).

Por tanto, el grado de instrucción de la madre representa un factor determinante para que las mujeres lleven a cabo el proceso de lactancia materna exclusiva según los lineamientos internacionales y la educación brindada antes, durante y después del mismo.

Es así como en relación con este contexto, tanto a nivel internacional como nacional se han implementado una serie de estrategias y programas, tratando de fomentar y educar a la población sobre dicha práctica.

La Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, crearon la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, el cual como recomendación de salud pública mundial propone:

“Durante los seis primeros meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos. A partir de ese momento, a fin de satisfacer sus requisitos nutricionales en evolución, los lactantes deberían recibir alimentos complementarios adecuados e inoocuos desde el punto de vista nutricional, sin abandonar la lactancia natural hasta los dos años de edad, o más tarde”(18).

Asimismo, el Plan de Aplicación Integral sobre Nutrición Materna del Lactante y del Niño Pequeño, plantean como meta mundial 2015-2025 aumentar a un 50% la lactancia materna exclusiva. Lo cual implica que se registre un aumento anual aproximado del 2.3%.

En Costa Rica se han constituido diversos programas de atención enfocados a la salud integral femenina. Entre ellos destacan el Programa de Atención Integral a la Mujer, que abarca aspectos de atención prenatal y postnatal, preparación psicofísica para el parto, anticoncepción, vacunación en edad reproductiva, entre otras.

En consecuencia, veinticuatro hospitales y nueve clínicas de la Caja Costarricense del Seguro Social, cuentan con salas de lactancia materna. Además, existen instituciones públicas y establecimientos autónomos que propician espacios para la lactancia materna.

En su memoria institucional el Ministerio de Salud de Costa Rica 2014, manifiesta como desafío nacional: “conocer el estado de situación real de la lactancia materna y sus factores condicionantes en nuestro país para la definición de políticas, planes y proyectos”(19).

No obstante, según estudios de esta misma entidad, la Comisión Nacional de Lactancia Materna no cuenta con suficientes recursos humanos, financieros y materiales para conocer datos estadísticos actualizados que visualicen la situación real entorno a la práctica de la lactancia en diversos escenarios.

Tomando en cuenta lo anterior, la problemática presente a raíz de la carencia de datos actuales que reflejen la situación en la cual se encuentra Costa Rica respecto a la lactancia materna exclusiva, la interrogante que pauta la presente investigación es:

¿Cuáles son los factores que influyen en el proceso de lactancia materna exclusiva según grado académico en mujeres de 18 a 41 años que asisten al Curso de Preparación para el Parto, en un hospital clase A, área metropolitana, Enero, 2017?

1.4 Objetivos

14.1 Objetivo general

Determinar los factores que influyen en el proceso de lactancia materna exclusiva según grado académico en mujeres de 18 a 41 años que asisten al Curso de Preparación para el Parto, en el Hospital Calderón Guardia, durante el periodo 2015.

1.4.2 Objetivos específicos

Caracterizar sociodemográficamente la población de mujeres que asisten al Curso de Preparación para el Parto del Hospital Calderón Guardia, durante el período 2015.

Identificar los factores socioculturales y biológicos que interfieren en el proceso de lactancia materna exclusiva en mujeres de 18 a 41 años que asisten al Curso de Preparación para el Parto, Hospital Calderón Guardia, en el período 2015.

Establecer la relación entre el proceso de lactancia materna exclusiva y el grado académico de las madres entre 18 y 41 años que asisten al Curso de Preparación para el Parto, en el período 2015.

1.5 Alcances y limitaciones

1.5.1 Alcances de la investigación

- Se logra involucrar a las madres en la promoción de la lactancia materna exclusiva, así como motivarlas en la participación de causas que apoyan la lactancia a nivel nacional, como la donación de leche materna.
- Se descubre que gracias a la educación, calidad de información y motivación de las madres se siguen los lineamientos planteados por los entes de salud pública.

1.5.2 Limitaciones de la investigación

- Al ser una entrevista telefónica, y pese a que se trató de contactar en distintas horas del día y fines de semana, un 25% de las mujeres no se pudo contactar por las siguientes razones: números telefónicos no correspondían a la persona correcta, otras se negaron a participar de la encuesta y un escaso número no pudo ser contactada.

CAPÍTULO II
CONTEXTO HISTÓRICO Y TEÓRICO

2.1 Contexto histórico

2.1.1 Antecedentes internacionales sobre la práctica de lactancia materna exclusiva

Datos recientes, expuestos por la Organización Mundial de la Salud sobre la lactancia materna exclusiva de 21 países muestran que: “en promedio, el 13% de los lactantes son amamantados exclusivamente durante los primeros 6 meses”(20). La tasa media de la lactancia materna exclusiva sigue encontrándose muy por debajo de la recomendación global, aunque varía considerablemente dependiendo del área geográfica.

No obstante, durante años se han implementado diferentes iniciativas para el fomento, promoción y apoyo de la lactancia materna exclusiva. A continuación, se exponen algunas de las más sobresalientes a nivel mundial.

Una de las primeras estrategias creada con el objetivo de proteger la lactancia materna mediante la reglamentación de las prácticas de comercialización sobre sucedáneos a nivel mundial, fue el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en 1981.

Ocho años después, en 1989 fue postulada en Ginebra Suiza, la iniciativa denominada: “Diez pasos para una feliz lactancia materna”, por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la cual resume las 10 acciones que se deben realizar en los servicios de maternidad y hospitales amigos del niño y la madre, incluyendo a los profesionales en salud que brindan atención a la familia en proceso de embarazo y amamantamiento (21).

En 1991, dichas instancias crean la iniciativa “Hospital Amigo del Niño” cuyo objetivo primordial es: “proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de maternidad, asegurando que estos establecimientos sigan los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural”(22).

Otro de los esfuerzos más destacadas para el fomento de la lactancia natural materna, es la “Declaración de Innocenti” creada en 1990, en Florencia Italia, en el Hospital Degli Innocenti, donde un grupo de expertos establecieron distintos objetivos a cumplir para el año 1995, muchos de los cuales se han logrado a la fecha.

Sin embargo, declara que: “las prácticas de alimentación inapropiadas, es decir la alimentación sub-óptima o la ausencia de lactancia materna y la alimentación complementaria inadecuada, continúan representando la principal amenaza para la salud y la supervivencia infantil en todo el mundo”(23).

En 2003 en Singapur, la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, expone: “las madres y los lactantes constituyen una unidad biológica y social; también comparten los problemas de malnutrición y de mala salud”(24) .

En concordancia, la Asamblea Mundial de la Salud y la Junta Ejecutiva del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (citado por Araya y Suárez), encontraron que: “tras un estudio exhaustivo de dos años, se determinaron datos científicos y epidemiológicos sobre los factores fundamentales que influían en las prácticas de alimentación de los lactantes, los niños y niñas pequeños, siendo los principales

factores de destete precoz la inadecuada información, falta de apoyo familiar y alta comercialización de sucedáneos”(25).

Por otra parte, la Comisión Europea mediante la Estrategia de Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna propuesta en el 2004, refiere: “los bajos índices y el abandono precoz de la lactancia conlleva importantes implicaciones adversas sociales y sanitarias para las mujeres, los niños, la comunidad y el medio ambiente, resultando un gasto mayor en disposición de cuidados de salud nacional y un aumento de las desigualdades en salud” (26).

Asimismo, propone la recolección de datos estadísticos para obtener información sobre variables sociales y personales de las madres respecto a la lactancia materna.

En América del Sur, Uruguay para el 2004, mediante la iniciativa de lactancia materna como estrategia para mejorar la salud, el crecimiento y la nutrición del lactante y del niño pequeño, evidenció que los tiempos de lactancia se han extendido en un 47% en los niños entre 2 y 15 meses, cumpliendo con las recomendaciones y prácticas de las organizaciones de salud pública (27).

En contraparte, en 2007 en México, Barrera, Gardoso, et al, en una investigación acerca de “factores de riesgo maternos y familiares que influyen en el abandono de la lactancia materna”, reveló que el 59% de las mujeres abandonaron la lactancia materna antes de los 6 meses. Dentro de las causas principales se encuentran, familias extensas, madres solteras, mujeres trabajadoras, entre otras (28).

Aguilar, et al, en un estudio sobre la “determinación de factores de riesgo asociados al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en lactantes menores de 6 meses” realizada en el 2008 en la ciudad de Matanzas Cuba, encontraron que: “el primer mes fue el momento de mayor deserción 63 %, donde predominaron las madres menores de 20 años y las mayores de 30 años”(29).

Más recientemente, Cárdenas, en el 2010, mediante una investigación sobre el perfil biopsicosocial de la madre y su relación con el abandono de la lactancia materna exclusiva realizada en Venezuela; expone dentro de las principales conclusiones: “las madres que abandonaron la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses tienden a presentar una ocurrencia menor de las características psicológicas positivas que las del grupo que no abandonan”(30).

En el continente Europeo, en España, Roig, Martínez, et al, en el 2010; mediante una investigación acerca de los factores asociados al abandono de lactancia materna durante los primeros 6 meses, llegaron a la conclusión de que: “el éxito de la lactancia materna está muy vinculado a la existencia de una experiencia positiva anterior”(31).

Por lo que dichos autores recomiendan priorizar los recursos de apoyo profesional, tomando en cuenta al grupo de madres sin experiencia anterior en lactancia materna o con una experiencia anterior negativa. Esto para no entorpecer los futuros procesos de amamantamiento.

Candó, et al, en el 2011 en una investigación efectuada en Venezuela acerca de los factores socioculturales y psicológicos vinculados a la lactancia materna

exclusiva, cuya muestra fue de 96 madres de lactantes ubicadas en la clínica Simón Bolívar; hallaron que: “49 madres abandonaron la lactancia materna antes de cumplir los 4 meses el lactante, y de ellas predominaron las de 20 a 35 años” (32).

Si bien es cierto, en múltiples investigaciones la edad no es un factor determinante para el éxito de la lactancia materna exclusiva, el estudio anterior lo considera como variable principal para el fracaso de la misma.

Por otra parte, en Argentina para el 2012, las prácticas de salud pública sostienen: “la lactancia materna es uno de los factores que contribuye sosteniblemente a disminuir las tasas de morbimortalidad materno infantil”(33). Por tanto, el fomento de la lactancia constituye un componente fundamental para la estrategia en Atención Primaria en Salud.

En consecuencia, este país fomenta la lactancia materna al punto de implementarla como una estrategia de atención primaria, para así captar la mayor cantidad de población incluido el binomio madre-hijo.

Ese mismo año en España, Roig en su proyecto de investigación denominado: “el abandono prematuro de la lactancia materna: incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia”, manifiesta como resultados generales que: “el abandono posterior, cuando la lactancia materna se convierte en una práctica más fácil y natural, está relacionado con el retorno de la madre al trabajo remunerado, que en España suele ser a las dieciséis semanas posparto”(34).

Sin embargo, en el continente Americano en Santiago, Chile para el 2012, en un estudio transversal llamado factores asociados a la lactancia materna exclusiva Niño, Silva y Atalah, investigaron dos grupos de mujeres en período de lactancia, uno asistente del sector público y otro del privado, demostrando en su publicación que: “casi un 25% de las madres suspendió la lactancia materna exclusiva antes de tres meses y el 46% la mantuvo hasta los 6 meses. Aunque hubo destete más precoz en el sistema privado, las diferencias no fueron significativas” (35).

Pino, López, et al, en 2013 en un estudio transversal llamado “factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva”, realizado en Chile; encontraron los siguientes hallazgos: “el 90,1% indicó recibir información acerca de lactancia materna, de las cuales 54,8% la recibió durante la gestación; 56,8% refirió no haber proporcionado lactancia materna exclusiva durante el período recomendado”(36).

Como conclusión general, la mayoría de madres a pesar de haber recibido algún tipo de instrucción e información respecto a la lactancia materna abandonan esta práctica antes de lo estipulado por las entidades de salud pública.

En México, mediante la Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018, se propone como principales objetivos a futuro el promover la lactancia materna exclusiva, así como fomentar la práctica de amamantamiento. A pesar de las estrategias puestas en práctica, cuenta con una de las tasas de lactancia materna exclusiva más bajas a nivel latinoamericano con un 14.4% (37).

En el 2015, en Perú, Quispe, Oyola, et al, en un estudio observacional y descriptivo, denominado: “Características y creencias maternas asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva”; resumen que el abandono de la lactancia materna exclusiva se observó en un 28,87%, dentro de las causas expresadas por las madres entrevistadas fue que el niño se llenaba rápidamente, el retorno de la mujer al trabajo, que no se producía leche materna, entre otras (13).

Asimismo, se estudiaron las creencias de la madre respecto a la lactancia materna exclusiva, y dentro de estas destacan: dar de lactar es doloroso, el biberón es la mejor forma de controlar la alimentación del bebé, dar a pecho daña la imagen corporal, la leche materna no es suficiente para satisfacer al niño y que la lactancia materna no es suficiente para engordar al bebé.

Acto seguido, en 2015 la Organización Mundial de la Salud en Suiza, crea el Plan de Aplicación Integral sobre Nutrición Materna, del Lactante y del Niño Pequeño, la cual realiza una revisión estadística donde revela que las tasas de lactancia materna a nivel mundial han aumentado a un 38%.

Según los datos del informe de Nutrition in the First 1,000 Days, State of the World's Mothers, España es el país con menor incidencia de lactancia materna exclusiva. Manifestando que se encuentra por debajo de lo recomendado por las entidades de salud pública, exponiendo que: “solo el 76% de las madres en España optan por la lactancia materna tras el nacimiento del bebé” (38).

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud en el 2015 publica que: “en 2006-2012, se estima que sólo el 25% de los recién nacidos en la Región Europea fueron amamantados en forma exclusiva durante los primeros 6 meses”(20).

Además, Estados Unidos está dentro de la categoría más baja de los países desarrollados con un 75% de madres que lacta a sus hijos al nacer y permanece con la práctica materna mucho menos del promedio.

No obstante, los países del norte de Europa son los que cuentan con registros de lactancia materna más altos, dentro de los cuales se encuentran: Noruega, Suecia y Eslovenia con 99%, 98% y 95% respectivamente.

Sin embargo, los datos son variables a nivel mundial, dentro de los países en vías de desarrollo aquellos que cuentan con una alta tasa de lactancia materna exclusiva son Malí con 38% y Perú un 64%, este último alcanzando y superando la meta mundial propuesta para 2025 (7).

En contraparte, los países subdesarrollados con las tasas de lactancia materna exclusiva más bajas a nivel mundial son República Dominicana y Surinam, ambos con cifras muy por debajo de las recomendaciones mundiales.

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en República Dominicana: “alrededor del 7.8% de los niños de cero a cinco meses está siendo alimentado con leche humana exclusivamente y apenas el 12 % de 0 a 3 tres meses la recibe”(39).

Esta misma entidad revela estadísticas generales de Surinam, reflejando que los niños lactados exclusivamente con leche materna hasta los 6 meses son aproximadamente un 2.8% de la población (40).

Por último, Gorrita, Ortiz, et al, en el 2016 en Cuba, realizan una investigación sobre el tiempo de lactancia materna exclusiva y estructura familiar. Respecto a la lactancia materna exclusiva revelan que: “a pesar de que en el primer mes esta cifra fue del 98,3 %, descendió muy rápidamente hasta alcanzar solo un 16,6 % al sexto mes”(41).

Puede visualizarse como la situación actual de la lactancia materna exclusiva es decreciente, y se mantiene en cifras desfavorables para la población mundial materno-infantil, y a pesar que muchos países cumplen con cifras positivas en cuanto a la tasa de lactancia materna, los mismos no se replican a nivel mundial.

2.1.2 Antecedentes nacionales sobre la lactancia materna exclusiva

En Costa Rica hace aproximadamente 30 años no existía explícitamente una ley o estrategia de protección hacia la madre y niño lactante. Como resultado las cifras de lactancia materna exclusiva eran bastante limitadas.

En 1990, en una investigación elaborada por la Caja Costarricense de Seguro Social y Ministerio de Salud Pública junto con la colaboración de otras instituciones gubernamentales, se realiza un estudio sobre la “Situación Actual de Lactancia Materna en Costa Rica entre 1985 y 1991”, donde se encuentra que: “el 24.9% de los niños inicia la introducción de alimentos diferentes a la leche materna antes del mes de edad y a los 4 meses este valor alcanza el 65%”(42).

Fernández y Muñoz en 1993, realizan una investigación sobre los factores que influyen en la interrupción temprana de lactancia materna, hallando que un: “64.8% de los niños, se les había suspendido la lactancia materna exclusiva antes de los 2 meses de edad, independientemente de la paridad materna”(43).

En dicha investigación se somete como variable de estudio la escolaridad materna relacionado al hecho de brindar lactancia materna exclusiva a los niños, como conclusión se obtuvo que: “independientemente de la escolaridad, se deduce que el 73.1% de las madres no le daban leche materna a sus hijos”(43).

Sin embargo, la alta tasa de letalidad infantil sumada a las cifras desalentadoras en cuanto a lactancia materna, el país ha implementado estrategias, programas y legislación en pro de dicha práctica. Uno de los primeros esfuerzos fue la Ley de Fomento de Lactancia Materna N°7430, la cual se implementó y quedó aprobada legalmente en 1994 y plantea una nutrición segura y suficiente para los lactantes, mediante la educación familiar y la protección de la lactancia materna.

Actualmente, leyes como: la Ley General de Administración Pública, Ley General de Salud, el Código de Trabajo, el Código de la Niñez y Adolescencia, entre otros, apoyan la lactancia de diferentes maneras.

No obstante, las cifras en cuanto a lactancia materna exclusiva, no son alentadoras. A continuación, se presentan estudios que evidencian dicha situación.

En 2004, Gríos y García, realizan una investigación denominada; “Conocimientos y actitudes de la población adolescente hacia la lactancia materna”, con una

muestra de 178 adolescentes, encontraron que: “las adolescentes que han estado expuestas a modelos que han amamantado, tienen una actitud más positiva al amamantamiento”(44).

Además, se toman en cuenta las precepciones sobre los problemas y beneficios del amamantamiento, denotando que las madres de las adolescentes son importantes figuras de decisión respecto al amamantamiento.

En el 2006, el Instituto Nacional de Estadística y Censo realiza un análisis sobre la situación actual de lactancia materna en el país, revelando que: “un 3% de los niños y niñas recién nacidos no reciben lactancia materna al nacer, y el descenso en la alimentación con lactancia exclusiva se presenta de los 2 meses hasta los 4 meses y luego después de los 6 meses”(45).

Calvo en el 2009 mediante un artículo sobre los factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento; en el cual concluye: “el amamantamiento está influenciado por múltiples variables que de una u otra manera afectan a la decisión de las madres de brindar o no pecho a sus hijos” (15).

En 2009 fue aprobada legalmente la Política Pública de Lactancia Materna, la cual tiene como principal objetivo: “maximizar la salud integral de las madres, niños y niñas, jóvenes, familias y población en general”(46). Además, ésta política se sustenta con pautas emanadas tanto por organizaciones internacionales como entes públicos costarricenses.

Asimismo, en el 2010 se lleva a cabo el análisis del Módulo de Lactancia Materna, por parte del Instituto Nacional de Estadística y Censo, en el cual se expone que solo el 21.8% de los niños y niñas recibieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.

Araya y Suárez en el 2013, efectúan un estudio sobre los Conocimientos y Prácticas de la lactancia materna, de un grupo de madres que brindan lactancia natural y su familia, quienes asisten a la consulta de Crecimiento y Desarrollo Integral de Niños y Niñas, en el EBAIS de Puerto Jiménez de Golfito, donde exponen como resultado: “un 60% dijo que se debe brindar lactancia natural materna exclusiva hasta los seis meses, asimismo una señaló que lo sabía sin embargo, a los dos meses iniciaba la ablactación, y el otro 40% expresó otras edades no recomendadas”(25) .

Por otro lado, Vargas en el 2014, investigó sobre el Análisis de sobrevivencia aplicados en la determinación de factores asociados a la duración de la lactancia materna en Costa Rica entre los años 2002 y 2006, donde concluye: “en niños que iniciaron lactancia materna en ambos años de estudio se encontró que la mitad recibió lactancia materna exclusiva al menos 2 meses; sin embargo, el uso de lactancia materna exclusiva se reduce considerablemente desde el primer mes de vida de los niños, y muy pocos fueron alimentados con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses”(47).

Sin embargo, las representaciones sociales repercuten en la decisión de la madre para iniciar y/o mantener la lactancia materna, viéndose esta variable en diversos estudios a nivel nacional.

2.1.3 Antecedentes del Curso de Preparación para el Parto, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.

Hace un siglo aproximadamente, la única fuente de información relacionada al proceso de embarazo o parto con la que contaban las mujeres embarazadas, eran las experiencias vividas o anécdotas de madres que ya habían pasado por esta etapa. Debido a que el acceso a centros médicos era limitado y catalogado en ocasiones como un lujo para la clase adinerada.

No obstante, la alta tasa de mortalidad materno-infantil refería una llamada de atención para los centros de salud, ya que la mayoría de partos se llevaban a cabo en el hogar y era atendida por matronas con experiencia sobre la labor y parto, sin embargo, no se contaba con un adecuado manejo del dolor durante el parto.

En 1914, el médico inglés Grantly Dick Read sostenía que el dolor en el parto no era inevitable pero que era causado en gran parte por el miedo. Para eliminar tal miedo desarrolló el concepto de parto natural, en el que se manejaba la triada temor-tensión-dolor. Donde la mujer embarazada siente temor al parto por desconocimiento, a consecuencia de ese temor, tensión, angustia y preocupación, se enfatiza en el dolor que ha de sentir.

Por ello la preparación para el parto en esta teoría incluye la educación de la mujer en fisiología y anatomía de la reproducción, fisiología del parto, entrenamiento en respiración, relajación y conservación de buenas condiciones físicas.

Sin embargo, para los años 50 las mujeres acudían con mayor frecuencia a centros hospitalarios y se inicia la medicación para la inducción del parto o incluso para el alivio del dolor mediante fármacos, y por esta causa las mujeres no podían ser partícipes de su proceso de parto, y las experiencias se veían truncadas.

Ya para los años 60 se inician las clases para el parto utilizando Lamaze, el método psicoprofiláctico, método de obstetricia. Este método substituyó las viejas respuestas de miedo y dolor a las sensaciones de las contracciones uterinas, por nueva respiración y respuestas musculares.

Las clases incluían información sobre la anatomía y fisiología del parto, además durante éste proceso se enfatizaba en técnicas de relajación y respiración. Para el método de Lamaze se involucra a la pareja, al cual se le otorgaba un papel indispensable en la labor de parto, ya que gestionaba como un entrenador durante la preparación y el trabajo de parto, apoyo social, concentrándose en sensaciones diferentes a las contracciones del parto.

Actualmente se practica el parto natural sin violencia, también conocido como método de Leboyer. En esta teoría se postula que los bebés deben nacer en cuartos pequeños, silenciosos y levemente iluminados, sin usar fórceps, sin anestesia regional y sin cortar el cordón umbilical inmediatamente. Actualmente se recomienda cortar el cordón umbilical 2-3 minutos posterior al nacimiento, ya que

al llegar más sangre al bebé, se traduce en mayor aporte de hierro, aumento de la hemoglobina y un mayor efecto antioxidante.

Por lo tanto, la educación para la salud es indispensable en el proceso de embarazo, parto y postparto, es decir, a nivel general sigue siendo la principal herramienta como medio de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

La Real Academia Nacional de Medicina define educación para la salud como: “proceso de formación orientado a adquirir los conocimientos, actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva, lo que capacita a la población para evitar los problemas derivados de la pérdida de salud y controlar las situaciones de riesgo, adoptando formas de vida saludables”(48).

Dentro de la educación para la salud se encuentra la salud prenatal, dirigida hacia las mujeres en edad reproductiva para fomentar el autocuidado y favorecer una experiencia positiva en relación al embarazo.

A nivel nacional, la educación prenatal sigue siendo en gran parte desconocida por un porcentaje de la población, por lo que se requiere educación efectiva para que los profesionales de salud apoyen a las mujeres embarazadas y a sus parejas en la preparación para el nacimiento y lactancia materna, con el fin que los recursos suplan las necesidades de los padres y sus recién nacidos (49).

Desafortunadamente, no toda la población tiene acceso y/o conoce los métodos de educación prenatal en el país, ya que las mujeres que habitan en el perímetro

del área metropolitana y geográficamente se ubican en zonas de pobreza tienen limitado acceso a centros de salud, e incluso algunas no cuentan con seguro social.

Es por ello que la educación prenatal busca estimular el aprendizaje y potencial creativo de los niños(as) durante la gestación y nacimiento; tiene una concepción integral del ser humano desarrollado emocional, mental y socialmente.

Como parte de esta educación se encuentra el Curso de Preparación para el Parto, con un enfoque integral de la mujer y su período de gestación, así como el rol que cumple la madre dentro de la sociedad y su proceso de lactancia materna. A nivel nacional se cuenta con dos opciones formales para tener acceso al Curso de Preparación para el Parto: entidades públicas o privadas.

Específicamente el país cuenta con varias instituciones que brindan el Curso de Preparación para el Parto, como la Universidad de Costa Rica, el Hospital Max Peralta Jiménez, Hospital México, Hospital Calderón Guardia, entidades privadas como el Hospital Clínica La Católica, Hospital Clínica Bíblica y otras.

Por su parte el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia cuenta con más de 10 años de proporcionar el Curso de Preparación para el Parto, el cual está dirigido hacia mujeres adultas y adolescentes en periodo de gestación y sus parejas o acompañantes, que lleven un control prenatal dentro del área de atracción geográfica del centro médico.

Durante el año se imparten 7 cursos, con una duración de 6 clases distribuidas los sábados de 8am-12md (4 horas), durante los meses de febrero a noviembre, el mismo es proporcionado por dos enfermeras obstetras con vasta experiencia en el campo materno-infantil, laboralmente activas dentro del centro hospitalario.

El curso abarca una amplia temática sobre el proceso de embarazo, parto y postparto, por ejemplo: cambios físicos y emocionales así como los cuidados básicos durante el embarazo, desarrollo fetal por semanas, labor, parto y cesárea, lactancia materna, ventajas complicaciones, redes de apoyo, proceso de ablactación, ejercicios durante el embarazo, signos de alerta, entre otros más.

El recibir esta información durante el Curso de Preparación para el Parto tiene múltiples beneficios para el niño(a), la madre y su pareja. El principal beneficio para el neonato es la oxigenación que recibe en la primera respiración, ya que las contracciones del trabajo de parto lo estimulan de tal forma que puede respirar mejor en el momento del nacimiento y estar más activo los primeros días de vida.

Para la madre, el parto se asocia a un estrecho vínculo con el niño y favorece a que el proceso de la lactancia materna sea menos complejo por la calidad de información recibida, dispone a un estado emocional óptimo, lo que favorece positivamente el vínculo afectivo. Además, la calidad del curso evita, en muchos casos, complicaciones e intervenciones innecesarias.

2.2 Marco teórico

2.2.1 Perspectiva sociocultural sobre la lactancia materna

Históricamente, existen registros acerca de la lactancia materna en documentos desde el año 2000 A.C, destacándose desde ese momento como uno de los métodos más ventajosos para la sobrevivencia infantil.

Sin embargo, la lactancia en la antigüedad, se asociaba a las nodrizas, mujeres que se dedicaban a brindar amamantamiento exclusivo. Las mismas, trabajaban para las familias adineradas que tenían hijos cuyas madres no querían amamantarlos por el “desgaste” que suponía dicha práctica o sencillamente por razones socioculturales.

Por ejemplo; Hernández, plantea: “en Roma a pesar de que se fomentaba la práctica de lactancia, esta era asociada al envejecimiento prematuro, desgaste, y dilatación de los pechos”(50).

En Egipto, se consideraba un honor practicar la lactancia materna porque las nodrizas eran muy apreciadas, al respecto Aguilar menciona: “las nodrizas eran elegidas en los harenes y gozaban de muchos privilegios, pues una vez que nacía el infante era dado a su nodriza para que ella lo criara, lo educara y lo mimara”(51).

Este proceso era realizado bajo normas estrictas, dentro de las cuales Hernández destaca: “recibían un salario durante el tiempo que permanecían dando pecho, así como alojamiento y pensión completa”(50).

No obstante, en la Edad Media las familias europeas siempre contrataban a una mujer para que realizara el proceso de lactancia materna, el período de contratación era de 3 años aproximadamente. Sin embargo, para el siglo XII este período se extiende hasta los 4 años de edad del infante.

Posteriormente, en el Renacimiento, (siglo XV) cuando se empieza a documentar algunas enfermedades infantiles contagiadas a través de la leche materna, y malas prácticas higiénicas, generan cambios en el proceso de lactancia materna, promoviéndose más bien un movimiento de apoyo a la lactancia materna. Así, la leche humana se definió y defendió como el alimento más saludable para el infante, asociándose a su vez, a una menor mortalidad infantil.

Aunado a ello, para el siglo XX se produce una conciliación y un reconocimiento social del niño. Las nodrizas, y las madres inician el amamantamiento de sus propios hijos, además, se empieza a manejar la concepción del vínculo materno. En años más recientes surgen avances que favorecen la disminución de la mortalidad infantil, así como a la prevención de enfermedades infecciosas.

Ya en el siglo XXI, la lactancia es considerada la mejor opción para el lactante llegando a considerarse como un hecho que:

“la leche materna ha sido el primer y único alimento disponible para el lactante durante la evolución de la especie humana por lo que, de modo semejante a otros mamíferos, es razonable asumir que su composición está específicamente adaptada para cubrir los requerimientos del recién nacido y del lactante durante esta etapa de rápido crecimiento, desarrollo

y maduración en el que coexisten una elevada demanda de nutrientes esenciales específicos y una inmadurez funcional de la mayoría de los órganos”(52).

Actualmente, la lactancia es fomentada por los distintos entes mundiales de salud como indispensable para el recién nacido y hasta los dos años de vida. Sin embargo, culturalmente existen variaciones marcadas entre países regiones incluso de un mismo continente.

De esta manera, la concepción hacia la lactancia materna tiene que ver con creencias, tradiciones y acceso a la información, rol de las instituciones de salud, casas farmacéuticas e incluso hasta la posición individual de la misma.

Por ejemplo, en el continente Africano, en Senegal: “por cultura y tradición, las madres senegalesas no suelen ofrecer su calostro a su bebé recién nacido y, durante este momento, es alimentado por otra mujer de la comunidad hasta que a la madre se le pasa esa fase”(53).

En Kenia y el Congo, los sucedáneos de la leche materna rara vez son utilizados debido a la falta de recursos, por ello la lactancia materna es bien aceptada y extendida, hasta un destete aproximado a los 3 años de edad.

En Malí, la lactancia materna más que una necesidad, es vista como un lazo afectivo entre madre e infante, y aunque ésta no se brinda de manera exclusiva, el periodo de lactancia se extiende hasta los 2 o 3 años. En estas culturas

usualmente se realiza un período de ablactación entre el primer y segundo mes de nacido.

No obstante, en años más recientes el papel que juegan las casas farmacéuticas ha provocado un choque cultural debido a grandes las donaciones de leche artificial, a las regiones más empobrecidas del continente africano.

En el continente asiático, en Camboya, China y Vietnam los alimentos están categorizados por fríos y calientes según su naturaleza. Durante el embarazo, se realiza una dieta estricta organizada por meses de gestación, esto con la creencia de no perjudicar la salud del niño durante y después del embarazo.

Sin embargo, en China es poco común el amamantamiento, ya que en ese contexto cultural la lactancia materna: “está llena de controversia, y el argumento en contra de la práctica está envuelto en capas de creencias y conceptos tradicionales erróneos. A esto se suma el marketing agresivo de la fórmula infantil y la falta de instalaciones públicas para dar cabida a las madres que amamantan; este es un país con una pequeña proporción de madres que entienden las ventajas de lactancia”(54).

En concordancia, China se ha convertido en uno de los principales actores en el mercado de fórmulas infantiles: “con una población de unos 50 millones de niños de hasta 3 años, en 2010 la República Popular China se convirtió en el mercado más grande del mundo para fórmulas infantiles de leche en polvo en términos de valor” (55), exportando anualmente hasta 78 000 toneladas de fórmulas infantiles aproximadamente.

En otros países asiáticos, específicamente Japón y Hong Kong se fomenta la lactancia materna exclusiva en conjunto con el método del colecho, ambos aceptados para facilidad tanto de la madre como para el infante, al mismo tiempo que previene el síndrome de muerte súbita en neonatos (56).

Además, en India la lactancia materna no es elegida por la mayoría de las madres, debido a creencias religiosas. Por razones propiamente culturales, las mujeres deben permanecer cubiertas la mayoría del tiempo. Asimismo, no es aceptado amamantar en lugares públicos, y cuando es en casa debe ser en un lugar retirado.

En el continente Europeo, el apoyo social del amamantamiento es prácticamente nulo tanto en los espacios públicos como privados, Aguayo expone al respecto: “el biberón ha reemplazado a la imagen del niño al pecho. En este contexto, en el que, a pesar de los esfuerzos realizados en defensa de la lactancia natural, la forma de alimentación predominante y más visible es la lactancia artificial”(57).

Ese mismo autor sostiene que: “la pérdida de la cultura de la lactancia materna, el mecanismo de transmisión de conocimiento y experiencias acerca del amamantamiento no solo se ha perdido, sino que ha sido reemplazado por el cuerpo de conocimientos relativos a la lactancia artificial”(57).

Según el estudio de Alimentación Infantil de Suiza, publicado por la Oficina Federal de Seguridad Alimentaria: “el 95% de las madres crían y amamantan a sus hijos tras el parto. Y el 62% los alimentan exclusivamente con leche materna durante los tres o cuatro primeros meses”(58).

Por lo tanto, a pesar que más de la mitad de las madres amamantan exclusivamente al niño con leche materna, Suiza se encuentra situado estadísticamente entre los países con menor tasa de lactancia materna a nivel europeo.

En contraparte, los países nórdicos, específicamente Noruega, cuenta con el mayor índice de lactancia materna exclusiva, hecho que se relaciona con el periodo de “licencia por maternidad”, el cual es de 56 semanas, donde se beneficia por completo el binomio madre-hijo.

Al respecto, Bastida, expone: “en Noruega la lactancia es casi cuestión de Estado. Las madres lo viven como algo normal, algo que, simplemente, tienen que hacer. Ya en el hospital las madres reciben indicaciones y ayuda para poder hacerlo de manera exitosa, incluso un vídeo en las habitaciones explica cómo, por qué y hasta cuándo amamantar”(59).

Además, Noruega cuenta con una “cultura de lactancia materna” imperante, la práctica es vista con normalidad, el estado se encarga que se cumplan las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud, por lo cual el amamantamiento se brinda de una manera aceptada y honesta.

Noruega y Finlandia, por lo tanto son los países con mayor promoción de lactancia materna exclusiva, ya que poseen legislación, aceptación y promoción del proceso en general.

Por otra parte, en el continente Americano organizaciones como Breastfeeding en Estados Unidos, recomienda a todas las madres amamantar a sus hijos y promover la práctica de lactancia materna exclusiva como una norma cultural y biológica.

Sin embargo, se plantean grandes obstáculos para las madres trabajadoras en Estados Unidos, la licencia por maternidad es muy corta, no brinda beneficio salarial a la madre en ese período, y existe una marcada influencia de las casas farmacéuticas que promueven el uso de fórmulas lácteas.

Fernández manifiesta: “las madres trabajadoras en Estados Unidos se ven abocadas a recurrir a diferentes bajas y periodos vacacionales para cubrir sus necesidades como madre y poder disfrutar de las primeras semanas del recién nacido”(60).

Un esfuerzo para “favorecer” la lactancia es la ley “Family and Medical Leave Act”, la cual extiende el beneficio de 12 semanas para permanecer junto con el infante, pero solamente si la empresa a la que pertenece la madre tiene más de 50 empleados, y aun así, no recibirá salario alguno por parte del Estado.

En México, la lactancia materna no es una práctica común entre las madres, este país posee una de las tasas más bajas a nivel mundial, Crowley destaca: “los prejuicios y mitos son los principales obstáculos para la lactancia materna e influyen en que solo uno de cada siete niños en México sea amamantado”(61).

Lastimosamente, a pesar de tener un inicio relativamente aceptado de lactancia materna, la lactancia materna exclusiva es prácticamente nula, culturalmente se cree que la leche materna no es lo suficientemente “buena” para el desarrollo adecuado de los niños, por lo tanto las madres a las pocas semanas introducen líquidos y alimentos a sus hijos.

Asimismo, en Brasil existe una preocupación particular respecto a la lactancia materna, por lo que este país es pionero en: “la creación de un Banco de Leche Materna destinada a suplir el amamantamiento de niños de hasta 6 meses de vida y que por distintas razones sus progenitoras no han podido amamantar, además han ingresado al Parlamento varios proyectos de ley que tienen relación con la educación y el fomento de la lactancia materna y del etiquetado de productos sustitutos a esta” (62).

Según las estadísticas, Brasil es el país con la red más grande de bancos de leche materna en América Latina, causando un impacto social para la cultura a favor de la lactancia materna.

Sin embargo, no ha resultado suficiente, por ello se fundó el Proyecto de Promoción de la Lactancia Materna, que se basa en visitas domiciliarias por parte de funcionarios de salud capacitados en el área, para que las madres se sientan acompañas y guiadas en el proceso de amamantamiento.

En Cuba, el Ministerio de Salud Pública de éste país revela que menos de la mitad de la población infantil recibe lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad. D’ Emilio (citada por Fariña) señala: “esta cifra tiene mucho que ver con

pautas culturales en las familias que pueden cambiarse con el apoyo de todos, fundamentalmente los médicos de la familia, las organizaciones comunitarias y los medios”(63).

En el caso de Costa Rica, el impacto cultural repercute de manera sustancial en la práctica, a pesar de los esfuerzos de las entidades de salud públicas por crear apertura de espacios, tratar de capacitar a la pareja gestante para una lactancia ideal y velar por los derechos de los niños, la lactancia materna exclusiva está por debajo de lo esperado.

La Comisión Nacional de Lactancia Materna sostiene la importancia de: “instar a las empresas comercializadoras, empresarios, comerciantes, profesionales de la salud, agentes de salud, prestadores de servicios de salud públicos y privados, entre otros, a promover la lactancia materna y respetar los derechos de las mujeres que amamantan a sus hijos”(64).

No obstante, las creencias poseen un rol importante en el desarrollo adecuado del proceso de lactancia materna, ya que al desconocer los beneficios de la leche materna, se inicia de manera precoz al proceso de ablactación, y por ende la utilización de sucedáneos de la leche materna.

Sin embargo, las normas culturales para la alimentación infantil han cambiado dramáticamente en los últimos años. En la actualidad, con la incorporación cada vez mayor de la mujer en el ámbito laboral, la poca apertura de espacios para amamantar, la escasa información respecto al tema, la fuerte influencia de las casas farmacéuticas que fomentan la utilización de sucedáneos de la leche

materna, así como la ablactación temprana, amenazan la lactancia materna y disminuye sustancialmente su práctica.

A pesar que la lactancia materna es tan antigua, aún no se ha arraigado socialmente como una práctica indispensable para la vida. Por esto, Puente considera: “las principales causas de abandono dependientes de la madre y el niño, son debidos a factores biológicos, e influencias familiares, extra familiares, e incluso culturales”(65).

Las representaciones sociales tienen influencia cultural marcada y estereotipada que influye directa o indirectamente en el individuo y la familia. Muscovici (citado por Mora) define la representación social como: “una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos” (66).

Por ende, la lactancia materna es considerada una de las tantas representaciones sociales que conforman la persona como individuo social, ya que posee carácter histórico y sociocultural.

Otro aspecto relacionado con la lactancia es el conocimiento, ya que éste condiciona muchas veces el éxito del amamantamiento. Cabrera (citado por Gonzáles y Fallas), indica que: “la práctica de la lactancia materna, al igual que muchas otras conductas, se encuentra determinada por una diversidad de factores, y entre ellos los conocimientos, las creencias y las actitudes serían, desde la perspectiva comportamental, los factores básicos para evaluar los resultados de las diferentes prácticas de salud”(5).

Numerosos estudios han demostrado que el desconocimiento de las madres hacia la práctica de amamantamiento exclusivo genera percepciones o creencias inadecuadas, las cuales repercuten en la duración o mantenimiento de la misma, tales como: que la leche materna no alimenta porque es solo agua, que es necesario complementarla con otro tipo de alimentación, entre otras.

Al respecto, Sabina plantea: “las mujeres que suspenden la lactancia materna exclusiva antes que sus hijos cumplan los 2 meses de vida, pertenecen en un mayor porcentaje a las que no recibieron adiestramiento para lactar”(67).

Este autor considera además, que la instrucción previa favorece el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva, al igual que la disminución de temores que posea la madre lactante durante el período de embarazo, parto y postparto.

En algunos estudios se hace alusión a la influencia del grado académico de la madre respecto al proceso de lactancia materna exclusiva. Por ejemplo, Méndez, et al revelan: “el grado de escolaridad que determinó un tiempo de lactancia materna exclusiva insuficiente con mayor porcentaje fue preparatoria y secundaria terminada”(68).

No obstante, Pino, et al exponen: “el nivel educacional no influyó en la mantención de la lactancia materna, pero se debe destacar que las madres con educación media mantienen en mayor proporción la lactancia materna exclusiva 49%, por el contrario, las madres con estudios universitarios, no lactaron a sus hijos”(36).

El conocimiento empírico tiene gran relevancia, ya que permite a las mujeres de diferentes generaciones compartir creencias, costumbres, actitudes, experiencias, tradiciones y formas de percibir el fenómeno.

Según lo anterior, Losa, et al, plantean: “la abuela materna o paterna, dependiendo de la sociedad y su cultura, podrían ser una red de apoyo o de abandono de la lactancia materna”(69).

La interacción social, específicamente entre generaciones durante el periodo de amamantamiento es una costumbre que se mantiene a través de los siglos. Las madres suelen formar su propio criterio del proceso, tomando en cuenta vivencias cercanas.

Pérez y Valdés, enfocan el hecho que la lactancia materna no es responsabilidad solamente de la madre, sino también de la familia, y que en su mayoría la educación se enfoca en la mujer gestante. Por lo cual proponen: “se realice un plan de acción dirigido a los familiares de la futura madre, con el objetivo de mejorar el índice de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad”(70).

Por tanto, el papel de la familia no se puede obviar, ésta es la institución básica de la sociedad y cumple una importante función transmisora de valores éticos y culturales, así como el desarrollo psicosocial de sus integrantes.

Las mujeres que cuentan con apoyo de la familia o una pareja, tiene menor riesgo de abandonar la lactancia materna antes de los 6 meses, o de iniciar una

ablactación temprana. Gorrita et al, manifiesta: "una relación estable es importante en la proyección de la gestación, en la positiva aceptación psicológica del niño y en el apoyo emocional y económico a la madre; factores que influyen en la lactancia"(71).

Por último, socioculturalmente se habla del instinto materno, sin embargo, éste es considerado un mito de la concepción social, ya que la mujer no siempre va a tener un conocimiento certero o una guía básica que le facilite el proceso. Palomar, considera que la maternidad es un: "fenómeno marcado por la historia y el género, compuesto de discursos y prácticas sociales que conforman un imaginario"(72).

Badinter (citado por Palomar) manifiesta que: "este imaginario tiene actualmente, como piezas centrales, dos elementos que lo sostienen y a los que parecen atribuírsele, generalmente, un valor de esencia: el instinto materno y el amor maternal"(72).

Por lo tanto, la maternidad y su entorno no solamente se deben conceptualizar desde el punto de vista reproductivo y biológico, ya que el peso del contexto sociocultural mantiene gran relevancia.

2.2.2 Generalidades de la lactancia materna exclusiva

La Organización Mundial de la Salud define la lactancia materna exclusiva como: "dar al lactante únicamente leche materna; no se le dan otros líquidos ni sólidos, ni siquiera agua"(73). Además, esta entidad recomienda que los infantes reciban

lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptimos.

En relación con lo anterior, la revista The Lancet en un artículo, sostiene que: "la lactancia materna es una piedra angular para la supervivencia, la salud, el crecimiento y el desarrollo de los niños y contribuye a un futuro más próspero y sostenible"(74).

Haciendo una revisión general sobre lactancia, conocer y entender la anatomía y funcionamiento de la glándula mamaria es un pilar sustancial para que la práctica del amamantamiento llegue a niveles óptimos.

Como órgano, la mama se sitúa por encima de los músculos pectorales. Se compone de tejido graso, glandular y fibroso de soporte, junto con vasos sanguíneos, linfáticos y nervios.

La glándula mamaria está formada por 15 a 20 lóbulos de tejido glandular, estos drenados por un conducto galactóforo que desembocan en el pezón de manera independiente. Cada conducto posee una porción dilatada llamado seno galactóforo donde se acumula una pequeña cantidad de leche en las madres lactantes. Estos conductos desembocan en el pezón. La punta del pezón está fisurada y los conductos galactóforos se abren por ellos (75).

Además, la producción de leche materna es un proceso que inicia durante el embarazo en respuesta a varias hormonas. Una vez establecida, la lactancia puede mantenerse siempre que la glándula mamaria continúe recibiendo el adecuado estímulo.

Durante el embarazo, la placenta produce estrógenos y progesterona. Además de realizar varias funciones para mantener el embarazo, estas hormonas preparan las mamas físicamente para la lactancia. Las mamas aumentan de tamaño y se forman los alveolos (glándulas que producen la leche) y los conductos galactóforos.

Hacia el final del embarazo se produce la prolactina, hormona que se libera mediante la glándula pituitaria anterior y es responsable de la síntesis de leche. Al finalizar el embarazo, el nivel de prolactina aumenta 10 veces más.

La producción de leche materna depende de forma directa del estímulo de la succión del bebé, es decir, al succionar, se estimula la producción continua de prolactina que, a su vez, estimula aún más la producción de la leche. Cuanto más larga y vigorosa sea la alimentación, más leche se producirá. Así, incluso gemelos o trillizos pueden alimentarse con leche materna sin ninguna dificultad.

En resumen, la producción de leche materna es denominada lactogénesis, y tiene tres fases o estadios: la Lactogénesis I, se da al comienzo del embarazo, tiene lugar entre las diez y doce semanas antes del parto, es un compuesto rico en lactosa, proteínas e inmunoglobulinas. La lactogénesis II, también denominada: comienzo de la secreción láctea; ocurre en los primeros días postparto, incrementan los niveles de leche de 30 a 150 ml diarios, hasta alcanzar los 300 ml entre el día cinco y seis postparto.

Finalmente, la lactogénesis III (Galactopoyesis, establecimiento y mantenimiento de la secreción láctea), este último estadio se establece por el reflejo de succión

de la lactación; el mecanismo inicia con la estimulación desencadenando la secreción y producción de prolactina (51).

Asimismo, la leche materna posee la capacidad de adaptación para cada etapa de desarrollo del niño, proporcionando la cantidad, nutrientes y beneficios para la capacidad gástrica y de absorción cambiantes.

Por lo tanto, la leche materna no tiene una composición estática y sus constituyentes cambian durante el período de lactancia. Al principio, la leche es más acuosa y es rica en proteínas, minerales, vitaminas hidrosolubles y lactosa. Al finalizar es de color más blanco, con más grasa y vitaminas liposolubles.

Maldonado en el 2004, plantea que la glándula mamaria produce diferentes tipos de leche, expuestos a continuación (76):

Calostro: esta se produce durante los primeros 4 días después del parto, fluido amarillento y espeso de alta densidad y escaso volumen. En estos primeros días se produce un volumen de 2-20 ml por toma, suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido.

Leche de transición: es la leche que se produce entre el 4 y 15 día postparto. Entre el 4-6 día se produce un aumento brusco en la producción de leche (subida de la 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.

Leche madura: tiene una gran variedad de componentes nutritivos y no nutritivos. El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700-900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto.

Las variaciones de composición son fundamentales durante todo el periodo de lactancia, principalmente el calostro, ya que posee propiedades únicas e indispensables para el bienestar del neonato. Por ejemplo, ayuda a la expulsión del meconio, protege de ictericia neonatal, acelera la maduración intestinal, entre otras funciones (77).

En el contexto mundial actual, y debido a las múltiples ventajas evidenciadas científicamente de la lactancia materna exclusiva, esta constituye el eje primordial para diversas organizaciones relacionadas con salud pública materno-infantil, ya que debido a sus propiedades y composición nutricional, posee la capacidad de proteger la vida de los infantes ante situaciones extremas.

Por ello, la lactancia materna exclusiva es considerada una de las cuatro estrategias más importantes de la Organización Mundial de la Salud para mejorar la supervivencia de lactantes y niños.

En cuanto a los beneficios, estos se extienden más allá del infante, hacia la madre, la familia y la sociedad. En los países en vías de desarrollo, donde el medio ambiente suele estar muy contaminado, la lactancia materna contribuye a la supervivencia durante este periodo, gracias a una menor incidencia de infecciones gastrointestinales.

Aunado a ello, los beneficios de la lactancia exclusiva para los infantes son numerosos, en este caso las ventajas de consumir leche materna durante los primeros 6 meses de vida del niño, favorece el área intelectual, de crecimiento y desarrollo, así como protección contra diversas enfermedades.

En cuanto a las ventajas metabólicas, Vera afirma: “la disminución de la muerte súbita en lactantes, la reducción de la incidencia de diabetes, de linfomas, sobrepeso, obesidad e hipercolesterolemia y asma”(78), con el consumo de leche materna de manera exclusiva.

Además, Lozano manifiesta: “los bebés amamantados tienen mejor desarrollo psicomotor y social durante el primer año de vida y obtienen mayores puntuaciones en los test cognitivos y de coeficiente intelectual en la etapa escolar, más evidentes cuanto más se ha prolongado el amamantamiento”(52).

La leche de la madre también proporciona ventajas nutricionales, ya que contiene la proporción adecuada de proteínas, grasas, hidratos de carbono, minerales y vitaminas que el bebé necesita durante los primeros meses de vida para conseguir un crecimiento adecuado.

Igualmente puede proporcionar hasta un tercio de la energía y proteínas que el infante necesita en su segundo año de vida, además de poseer propiedades inmunológicas asombrosas, por la protección contra enfermedades en edades tempranas e incluso para su vida adulta.

La lactancia 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.

En consecuencia, Blázquez afirma: “la leche materna es un líquido vivo, que protege al lactante contra infecciones, factores antiinflamatorios, factores específicos antibacterianos, antivíricos y antiprotozoarios y por la naturaleza interactiva de las Inmunoglobulinas IgA”(79).

El Manual de Lactancia para Profesionales de Salud, afirma al respecto: “por tener la concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa, la leche materna es de muy fácil digestión. Se aprovechan al máximo todos sus nutrientes y no produce estreñimiento ni sobrecarga renal”(80).

En relación con lo anterior, Delgado (citado por Alarcón y Alvarado), manifiesta que la lactancia materna: “previene la enterocolitis necrotizante, disminuye episodios y severidad de enfermedades diarreicas en el primer año y fortalece el sistema inmunológico”(81).

Asimismo, inmunológicamente, “la leche de mujer contiene anticuerpos y otros factores antiinfecciosos que protegen al lactante amamantado frente a diarreas, catarros, bronquitis, neumonía, otitis, meningitis e infecciones de orina”(11).

El Ministerio de Salud Pública de Chile, plantea: “durante al menos 3 meses el niño necesita tener contacto físico regular y constante con su madre para organizar sus propios ritmos basales y su estado de alerta. Disminuye el riesgo de

apneas prolongadas, de asfixia por aspiración e incluso de la muerte súbita del lactante”(82).

En cuanto a los beneficios para la madre, la Academia Americana de Pediatría plantea: “la lactancia materna aumenta el nivel de oxitocina, lo que disminuye las hemorragias posparto y acelera la involución uterina; las madres recuperan con más rapidez el peso que tenían antes del embarazo; se retrasa la reanudación de la ovulación con mayor distanciamiento entre los partos”(11).

La lactancia materna exclusiva favorece una adecuada involución uterina reduce, el riesgo de sufrir atonía uterina, disminuye la probabilidad de hemorragia y anemia postparto.

Aunado a ello, la Women’s Health Initiative, encontró que: “las mujeres con una historia de lactancia acumulada de 12 a 23 meses tuvieron una significativa reducción de la hipertensión, hiperlipidemia, enfermedad cardiovascular y diabetes” (83).

También se ha observado que amamantar al infante de manera exclusiva, reduce el riesgo de padecer cáncer de mama y ovario, debido a que la estimulación hormonal que se produce de manera sostenida durante los primeros 6 meses.

Thompson considera la lactancia como una de las interacciones más íntimas para la madre y su hijo, éste manifiesta: “la madre y el bebé empiezan a desarrollar un vínculo de afecto duradero conocido como vinculación afectiva”(84).

Otra gran ventaja de la lactancia, es que mejora la vinculación afectiva, proporcionando la oportunidad de un contacto frecuente directo piel a piel, lo que a la vez estimula el tacto del bebé y es considerado un medio de comunicación.

Para la madre, la lactancia materna brinda mayor comodidad, ya que no debe preocuparse por las medidas higiénicas para preparar la alimentación del infante, debido a que la leche materna tiene la temperatura perfecta, no debe ser calentada ni preparada, a diferencia de las fórmulas sustitutas.

No obstante, junto a los beneficios para la madre y el niño existen también ventajas económicas, familiares y medioambientales que repercuten en la sociedad. Destaca que es un alimento que no necesita fabricarse, ahorra energía y evita contaminantes medioambientales, además del importante ahorro económico a nivel familiar.

La lactancia natural también impacta en el desarrollo de una nación, según Schultink: “invertir en la lactancia materna tiene un impacto significativo en la salud de mujeres y niños y en las economías de los países ricos y pobres”(74).

En concordancia, el director ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Anthony Lake, manifiesta: “La lactancia materna debe ser valorada como un beneficio que no solo es bueno para los bebés, las madres y las familias, sino también como un ahorro para los gobiernos a largo plazo”(85).

La leche materna es un recurso natural y renovable, ambientalmente importante, ecológicamente viable. Desarrolla una función biológica vital en el control de crecimiento de la población al espaciar los nacimientos. “Contribuye a una

disminución de la contaminación ambiental, por los desechos de las latas, biberones y recipientes desechables, además de contribuir con una disminución de la demanda de energía, por producción y transporte de productos relacionados con la lactancia artificial”(78).

Amamantar es un acto ecológico, cada vez que una madre alimenta a su hijo con leche industrializada, produce cientos de latas que a su vez contiene múltiples químicos que pueden adherirse a la leche en polvo.

Aguilar manifiesta al respecto: “la producción de leche de vaca, en polvo o al natural, conlleva a criar miles de vacas de forma industrial y la consecuente muerte de nuestra flora”(51).

Sin dejar de lado la liberación de gases tóxicos al ambiente, resultado de la fabricación de biberones, tetillas y otros productos, que en su mayoría no son reciclables ni biodegradables, además de los envases utilizados para su almacenamiento.

No obstante, las casas farmacéuticas promocionan agresivamente la utilización de sucedáneos de la leche materna. Anualmente, una familia consume en promedio entre 30 y 40 latas de leche artificial para alimentar a un solo niño, además de las tetillas para biberones y los gastos adicionales para la desinfección e higiene de los utensilios.

La alimentación con sucedáneos de leche materna también trae consigo algunas repercusiones negativas, ya que por su composición es naturalmente irritante para

la capacidad gastrointestinal del infante y su sistema digestivo en general, pudiendo ocasionar estreñimiento y cólicos más frecuentemente.

Sin embargo, existen condiciones en las cuales la lactancia natural se dificulta, por ejemplo; la nutrición del niño pretérmino, anomalías propias de la mama o patologías de la glándula mamaria, contraindicaciones médicas o salud de la madre.

En el caso de los niños pretérmino, el cuerpo se prepara fisiológicamente para la producción de un tipo de leche especial durante ese período, Maldonado plantea: “las madres que tienen un parto pretérmino, producen durante un mes una leche de composición diferente, que se adapta a las características especiales del prematuro. Esta leche tiene un mayor contenido en proteínas, grasas, calorías y cloruro sódico”(76).

Existen otras condiciones especiales en el periodo de lactancia, como las anomalías anatómicas de la glándula mamaria, como la hipoplasia de una o ambas glándulas mamarias, mama tubular, pezones que no protruyen o invertidos, incluso que la elasticidad de la mama no es adecuada, por lo cual produce dolor a la hora de la “subida de la leche” y la succión es casi imposible de tolerar.

Hernández, expone que la cirugía previa al embarazo puede ocasionar efectos adversos durante el amamantamiento: “si ha habido daño o lesión nerviosa puede desaparecer la sensación táctil sobre el pezón o la areola, y en caso de sección de los conductos galactóforos habrá agalactia”(86).

En la mamoplastia reductiva se han realizado estudios con el fin de observar si existe dificultad en la lactancia, sin embargo, no se ha encontrado ninguna asociación en el proceso de amamantamiento. Por otra parte, en el agrandamiento de las mamas, un estudio reveló que más de la mitad de las madres sometidas a implantes mamarios sufrió de hipogalactia (19).

Ahora bien, las madres mastectomizadas unilateralmente no poseen imposibilidad física para brindar lactancia materna, Hernández manifiesta: “cuando ocurre la ausencia de una de las mamas, la otra es capaz de suministrar la alimentación adecuada a infante (86).

En caso de quimioterapia o radioterapia reciente, es recomendable suspender temporalmente la lactancia hasta poseer plena seguridad de eliminación terapéutica. Sin embargo, el cáncer de mama diagnosticado en periodo de embarazo o lactancia es mínimo (1% al 3%).

Por otra parte, aunque se han extendido todos los beneficios que la lactancia materna exclusiva implica a nivel global, existen ciertas condiciones que hacen que esta práctica no se pueda brindar.

Dentro de las contraindicaciones generales de la lactancia materna están: madres portadoras del virus de inmunodeficiencia humana, leucemia humana de células T, el consumo de heroína, cocaína y marihuana.

Con respecto al virus de inmunodeficiencia adquirida, la tasa de transmisión durante el embarazo es de 5 a 10%, y durante el proceso de lactancia materna exclusiva aumenta hasta un 20 y 35% (87).

Asimismo, Viñas considera que una contraindicación del amamantamiento es la negativa de la madre, y plantea: “se ha de informar y aconsejar la lactancia materna, pero nunca imponerla ni culpabilizar a la madre que decide dar biberón”(88).

Además, madres que hayan sido diagnosticadas con alguna tumoración que requiera tratamiento radiactivo y/o medicamentoso intensivo, se recomienda no brindar lactancia materna al infante por los efectos que pueda ocasionarle al niño.

No obstante, aunque en ocasiones la lactancia natural no es posible, existen métodos al alcance de las madres para brindar leche materna a los niños y no recurrir a una alimentación artificial o a una ablactación temprana.

En síntesis, la Organización Mundial de la Salud, la Academia Americana de Pediatría y el comité de Lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría, a partir de evidencias avaladas con datos científicos y epidemiológicos, recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y conjuntamente con otros alimentos hasta la edad de 2 o más años.

Estas recomendaciones no solamente van dirigidas hacia la población gestante o en periodo de lactancia, sino también a los profesionales en salud, por ende son de vital importancia en la capacitación, fomento y orientación especializada.

La leche materna es un alimento único, cuya composición mejora la calidad de vida del niño en muchos aspectos, a corto, mediano y largo plazo. La lactancia disminuye la tasa de mortalidad infantil significativamente, fomenta un vínculo

especial y es la manera más saludable y económica de alimentar a un niño durante sus primeros 6 meses de vida.

Por estas razones, la promoción de la lactancia materna debería ser una prioridad sanitaria. Si tal práctica se promoviera con mayor eficacia y se protegiera a las mujeres de la comercialización agresiva de los sucedáneos de la leche materna, se lograría disminuir los índices de muchas enfermedades, desnutrición y retraso del crecimiento.

2.2.3 Rol del profesional de enfermería en la promoción de la lactancia materna exclusiva

La promoción de la salud es percibida como un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud y así poder mejorarla, destinada a promover el desarrollo humano y la calidad de vida. Según Baldi, para tal fin se requiere: “el esfuerzo coordinado de los sectores políticos, laborales, industriales y médicos”(89).

Según la Organización Mundial de la Salud, la promoción de la salud: “constituye un proceso político y social que abarca no solamente las acciones dirigidas direccionalmente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual” (90).

Por lo tanto, es un proceso dinámico que evoluciona constantemente, busca involucrar a los individuos en su cotidianidad, en la escuela, el trabajo, el hogar, entre otros. La finalidad de este proceso es promover el alcance del máximo nivel

de bienestar tanto físico como social y mental, no solamente la ausencia de enfermedad.

De esta manera, el profesional en enfermería cumple un papel fundamental en la promoción de la salud, formando parte del proceso que busca cubrir la necesidad tanto de individuos como comunidades, mediante acciones orientadas a mantener un estado de salud óptimo.

Aunado a ello, se conceptualiza que: “el cuidado profesional de enfermería es el conjunto de acciones sistematizadas, organizadas, medibles, documentadas y evaluables. Basadas en teoría científica, modelos y teorías de enfermería”(91).

Enfermería, en la promoción de la salud impacta desde sus cuatro áreas de acción: docente, asistencial, investigativa y administrativa. Cada una de ellas vital para la calidad de atención.

A nivel comunitario, el rol del enfermero (a) se debe enfocar a desarrollar y difundir programas educativos estructurados para fortalecer el sistema de salud. Así como el accionar en docencia impartiendo instrucción en cada comunidad.

No obstante, dentro de la promoción de la salud se establece la alimentación saludable como un elemento sustancial en la salud como un todo, en la que influye la calidad de los alimentos y los hábitos alimenticios, para obtener un mayor desempeño del ser humano, con lo cual se alcanza una nutrición equilibrada.

De esta manera, la lactancia materna inicia con la promoción misma desde el primer momento en el que el profesional de salud tiene contacto con personas en

edad reproductiva, aprovechando cualquier oportunidad para introducir “la cultura de lactancia materna”.

La instrucción previa y constante es indispensable para obtener una real apertura hacia la lactancia materna exclusiva, facilitando su instauración, pero principalmente su mantenimiento.

Los padres informados acerca de la lactancia materna, ya sea mediante los cursos de preparación para el embarazo, parto y postparto, redes de apoyo especializadas en educación prenatal, en general, suelen valorar y favorecer la lactancia.

“Debido a los numerosos beneficios que posee la lactancia materna tanto para la madre como para el niño, los profesionales sanitarios deben llevar a cabo las adecuadas intervenciones para promocionar la lactancia materna, con el fin de favorecer su instauración y mantenimiento de manera eficaz”(92).

En la actualidad está más que probado que la lactancia materna constituye el mejor alimento y la más perfecta protección contra infecciones que existe para los lactantes. Es evidentemente superior a cualquier otra forma de alimentación durante los primeros seis meses de vida.

Junto con la promoción de la lactancia materna exclusiva, se trabaja la prevención de la enfermedad, ambas de la mano, dado que la leche materna contiene todos los requerimientos necesarios para brindar salud y protección al infante, tanto en su niñez como en la etapa adulta.

No obstante, Pacheco plantea: “la promoción requiere cambios en los hábitos de la población, lo cual no es tarea fácil, sobre todo en el caso de la lactancia materna, la cual está enormemente influenciada por factores culturales, económicos, educativos y sociales”(92).

No obstante, a pesar de la existencia de varios programas, en pro de la lactancia materna, esta no ha tenido avances significativos en la mayoría de las regiones del mundo. Las limitantes están relacionadas principalmente al pobre proceso de transmisión de la información a la población, y el poco apoyo sociocultural.

En concordancia, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia expone algunas de las razones por las cuales la lactancia materna fracasa: “la falta de confianza de las madres en su capacidad de producir leche, reforzada por la generación anterior que practicó la lactancia artificial; conceptos errados sobre la imposibilidad de trabajar y amamantar; y la falta de conocimientos del equipo de salud que mantienen recomendaciones y prácticas que interfieren con el establecimiento de la lactancia”(93).

Por esta razón, la labor del profesional de enfermería está centrada en transmitir conocimiento veraz y oportuno, para que la madre y la familia lactante logren un proceso de amamantamiento exitoso.

El profesional de enfermería en conjunto con el equipo interdisciplinario de salud debe unificar conocimientos que fomenten la lactancia materna, y transmitir no solo conocimiento, sino también confianza a la madre.

Finalmente, es difícil cambiar o erradicar prácticas que se generan con mucha anterioridad, por esta razón el rol del profesional de enfermería es modificar paulatinamente las acciones respecto a la lactancia materna exclusiva y así generar cambios en la población y crear una cultura de lactancia materna, para mejorar la salud tanto del binomio madre-hijo, como la de toda la población en general.

2.2.4 Teorizante de enfermería

La teorizante de enfermería que mejor se adapta a la presente investigación es la teoría de adaptación del rol materno (convertirse en madre), expuesta por Ramona Mercer en el año 1960.

El rol materno es un proceso interactivo que se produce a lo largo del tiempo, en el cual, la madre crea un vínculo con su hijo, aprendiendo tareas nuevas acerca de su cuidado, al mismo tiempo que experimenta placer y gratificación al hacerlo.

Según Marriner (citada por Alvarado), el proceso de adopción del rol materno y/o convertirse en madre cuenta con cuatro estadios(94):

Anticipatorio: el estadio de anticipación empieza durante la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo. La madre aprende las expectativas del rol, fantasea sobre él, establece una relación con el feto que está en el útero y se inicia la adopción del rol.

Es aquí donde la madre busca fuentes de información para generar un aprendizaje de su proceso de gestación, formación de criterio, iniciativa en la toma de decisiones acerca de su rol.

Formal: empieza cuando el niño nace e incluye el aprendizaje del rol y su activación. Las conductas de rol se orientan por medio de las expectativas formales y consensuadas de los otros en el sistema social de la madre.

Este estadio es por ejemplo, cuando la madre toma la decisión de brindar lactancia materna al su hijo(a), recopila la información obtenida durante su proceso de gestación y la pone en práctica. Puede guiarse mediante grupos de apoyo de otras madres que se encuentran en la misma fase e ir formulando su propia concepción del proceso.

Informal: empieza cuando la madre desarrolla sus propias maneras de realizar el rol no transmitidas por el sistema social. La mujer hace que el nuevo rol encaje en su estilo de vida, basándose en experiencias pasadas y en objetivos futuros.

Personal o de identidad de rol: se produce cuando la mujer interioriza el rol. La madre experimenta un sentimiento de armonía, confianza y competencia en el modo en que lleva a cabo su función. La madre se empodera de su proceso, autonomía y autoconcepto, en este caso propicia el proceso de lactancia y su participación activa.

Dicha teoría se enfoca en la importancia que tienen distintos factores cuando influyen en la adopción del rol por parte de la madre. Para fines de esta

investigación: cómo influyen los factores socioeconómicos y biológicos en la adaptación del proceso de lactancia materna exclusiva de las madres lactantes.

Además, el cuidado materno-perinatal es uno de los ámbitos de enfermería donde se ejerce un rol fundamental durante todo el proceso de embarazo, parto, postparto y cuidados del neonato, integrando un enfoque holístico hacia las necesidades de la mujer, el niño y su familia, relacionadas al contexto sociocultural al cual pertenecen.

Mercer, en su teoría sobre la “Adopción del Rol Matero”, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, y otras entidades de la comunidad como elementos a considerar.

Es un hecho, que el profesional de enfermería cumple un rol indispensable en el proceso de lactancia materna, como educador y promotor de la salud, informando, orientando y facilitando el proceso.

La promoción de la salud como actividad clave en los diferentes ámbitos en los que participan los profesionales de enfermería, se vincula con la teoría de Ramona Mercer quien afirma que los enfermeros son los que mantienen una interacción más prolongada con las mujeres en el ciclo de maternidad. Por lo tanto, brindar información verídica y eficaz a la población es indispensable para lograr una lactancia exclusiva hasta los 6 meses.

El amamantamiento se ve implícito en los determinantes sociales de la salud, debido a que involucra los sistemas internos que funcionan para la producción láctea, el medio ambiente, el entorno, el niño, la madre, el ambiente, el estilo de vida donde se considera la toma de decisiones, los hábitos de vida y la decisión misma de dar lactancia materna.

Además, en todo proceso, como lo es la lactancia materna exclusiva, la motivación es un factor determinante, así como el apoyo que la madre posee por parte de su pareja y/o su familia. La identidad materna, la autoestima y autoconcepto son factores vitales dentro de la adopción del rol materno y de convertirse en madre.

Finalmente, la lactancia materna exclusiva es la base para una sociedad sana, enfocarse en una promoción correcta y eficaz es la mejor vía para generar un cambio en la cultura.

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo cuantitativo, debido a que se realiza de forma secuencial y probatoria, siguiendo un riguroso orden mediante etapas. Además, la recolección de los datos se fundamenta en la medición de variables, mediante procedimientos estandarizados y científicamente aprobados, finalmente los datos serán analizados a través de métodos estadísticos.

En cuanto al estudio, este es transeccional, ya que considera las variables en un momento único. Además, es una investigación no experimental porque no se manipulan intencional o deliberadamente ninguna de las variables.

Con respecto al diseño este es descriptivo, debido a que busca especificar las características de los sujetos de estudio así como del proceso de análisis, dicho estudio solamente pretende recolectar información de manera independiente, o conjunta sobre las variables, sin embargo, no procura relacionarlas entre sí (95).

3.2 Área de estudio

3.2.1 Población

La población es el conjunto de individuos que poseen características en común en determinado momento. Una población es finita cuando tiene un número limitado de sujetos, e infinita cuando no se puede contabilizar todos los elementos que existe pues este es ilimitado.

Para fines de la presente investigación, la población es finita, debido a que se trabaja con 105 mujeres que asisten al Curso de Preparación para el Parto,

durante el período 2015, en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia., cuya información se obtiene mediante una base de datos con información retrospectiva.

La base de datos, contiene información general sobre las mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, la cual cuenta con los números telefónicos de las madres y su acompañante, está siendo relevante ya que la encuesta a aplicar es vía telefónica.

3.2.2 Muestra

Para objeto del presente estudio, no se utiliza muestra, ya que se trabaja con el total de mujeres que se encuentran en la base de datos.

3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión son aquellas características que el sujeto o elemento debe poseer para formar parte de la población, y los criterios de exclusión son las características que hacen que el sujeto sea excluido de la población (96).

Los criterios de inclusión y exclusión son indispensables en una investigación, debido a la relevancia que posee el detallar las características del participante de estudio, ayudando a pautar una línea de la población a investigar.

3.3.1 Criterios de inclusión

- Mujeres que asistieran al Curso de Preparación el Parto, en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, en el año 2015.
- Mujer mayor o igual a 18 años y menor o igual a 41 años.

3.2.2 Criterios de exclusión

- Mujeres que asistieran al Curso de Preparación el Parto, en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, durante el período 2015 categorizadas como de alto riesgo.
- Mujeres que asistieran al Curso de Preparación el Parto, en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, durante el período 2015 que permanezcan internadas durante 2 semanas o más.
- Mujeres que asistieran al Curso de Preparación el Parto, en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, durante el período 2015 que sean adolescentes.

3.4 Fuentes de información

3.4.1 Fuentes primarias

Se establece como fuente de estudio primaria de esta investigación la base de datos con información personales de las mujeres de 18 a 41 años que asisten al Curso de Preparación para el Parto del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, durante el período 2015.

3.4.2 Fuentes secundarias

Las fuentes secundarias comprenden todo el material bibliográfico utilizado, procedente de libros tanto físicos como electrónicos, revistas y artículos de oriundez científica de las distintas bibliotecas Nacionales, tales como la Biblioteca de la Universidad Hispanoamericana (CENIT), Biblioteca de Salud de la Universidad de Costa Rica, Universidad Iberoamericana y Biblioteca Nacional de

Salud y Seguridad Social (BINASSS). Asimismo, se toman en cuenta páginas web como Scielo, Medigraphic, Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y google académico.

3.5 Técnicas e instrumentación de datos

Un instrumento de recolección de datos es un recurso metodológico que se materializa mediante un dispositivo o formato, que se utiliza para obtener, registrar o almacenar los aspectos relevantes de una investigación.

En este estudio el cuestionario es el método a utilizar, este consiste en una serie de preguntas.

Los cuestionarios se pueden aplicar de dos maneras fundamentales: autoadministrado y por entrevista, la entrevista puede ser personal o vía telefónica.

La recolección de datos para la presente investigación, es mediante entrevista telefónica, debido a que agiliza el proceso, el lapso de tiempo es menor, existe mayor confort para el encuestado, ya que puede estar en la comodidad de su propio espacio y hay flexibilidad en cuanto al momento de la entrevista. Además, en la presente investigación se obtiene una base de datos retrospectivos, la cual cuenta con los números telefónicos de las mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto en el año 2015, impartido en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.

Según Hernández: “las entrevistas telefónicas son la forma más rápida de realizar una encuesta. Junto con la aplicación grupal de cuestionarios es la manera más económica de aplicar un instrumento de medición, con la posibilidad de asistir a los sujetos de la muestra”(95).

El cuestionario tiene un Alpha Cronbach de 0.6, coeficiente que sirve para medir la confiabilidad de un instrumento, es una media de las correlaciones entre las variables que forman parte de la escala. Para realizar este cálculo se toman en cuenta las preguntas 9, 11, 14 y 26; que están relacionadas con la lactancia materna y cumplen la estructura binaria según la respuesta. (Ver anexo 6)

Asimismo, es necesario el cumplimiento de las normas de bioética, por lo cual dicho instrumento de recolección es utilizado meramente para fines educativos, de confidencialidad y con la autorización de los sujetos de estudio.

3.6 Cuadro de operacionalización de variables

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumento
Caracterizar sociodemográficamente la población de mujeres que asisten al curso de preparación para el parto del Hospital Calderón Guardia, durante el año 2015.	Aspectos sociodemográficos	Características asignadas a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tamaño de la familia [...] Esto se hace para cada miembro de la población(97).	Conjunto de variables en los que conforman una población. Siendo estos indispensables para la descripción social y de salud de cada individuo de una población.	Sociales Laborales Demográficas	-Edad -Grado académico -Estado civil -Cantidad de hijos -Ocupación -Provincia de residencia	Pregunta de la N° 1 a la 6.
Identificar los factores socioculturales que interfieren en el proceso de lactancia materna exclusiva en mujeres de 18 a 41 años que asisten al curso de preparación para el parto, del Hospital Calderón Guardia, durante el periodo 2015.	Factores socioculturales	Los factores socioculturales, actúan no solamente en forma independiente, sino que se interrelacionan con los físicos y biológicos para formar el panorama total en que se desarrolla el fenómeno epidemiológico(98)	Un elemento sociocultural se relaciona exclusivamente con las actividades que puedan servir para la vida comunitaria, donde los individuos interactúan entre ellos y otras sociedades.	Educativas Personales De salud	- Curso de Preparación para el Parto -Apoyo en la estancia hospitalaria - Lactancia materna exclusiva -Periodo de lactancia -Utilización de fórmula infantil -Satisfacción sobre el amamantamiento -Complicaciones en el proceso	Pregunta de la N° 7 a la 18

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumento
				Culturales	<ul style="list-style-type: none"> -Brindar pecho en público -Percepción social del amamantamiento 	
<p>Establecer la relación entre el proceso de lactancia materna exclusiva y el grado académico de las madres entre 18 y 41 años que asisten al curso de preparación para el parto, del Hospital Calderón Guardia, en el periodo 2015.</p>	Conocimiento	<p>El conocimiento es lo que hace que un individuo pueda utilizar herramientas para aprovechar la información de que dispone y producir un resultado buscado de valor agregado(99).</p>	<p>Capacidad que posee un individuo para comprender el entorno y poder actuar sobre el mismo. Como también la habilidad de comprender conceptos, temas e información, gracias a su capacidad intelectual.</p>	<p>Conocimiento</p> <p>Experiencias</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Definición de lactancia materna exclusiva -Periodo de lactancia materna exclusiva - Ablactación -Horario de alimentación al niño -beneficios de lactancia materna -Reiterar proceso de lactancia materna exclusiva -Recomendaciones 	<p>Pregunta de la N° 19 a la 27.</p>

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.1 Análisis e interpretación de datos

A continuación, se presenta el análisis de datos obtenido mediante la aplicación de una encuesta a 79 mujeres de las 105 encuestadas, que asisten al Curso de Preparación para el Parto del Hospital Calderón Guardia, durante el año 2015, acerca de factores socioculturales y biológicos que influyen en el proceso de lactancia materna exclusiva.

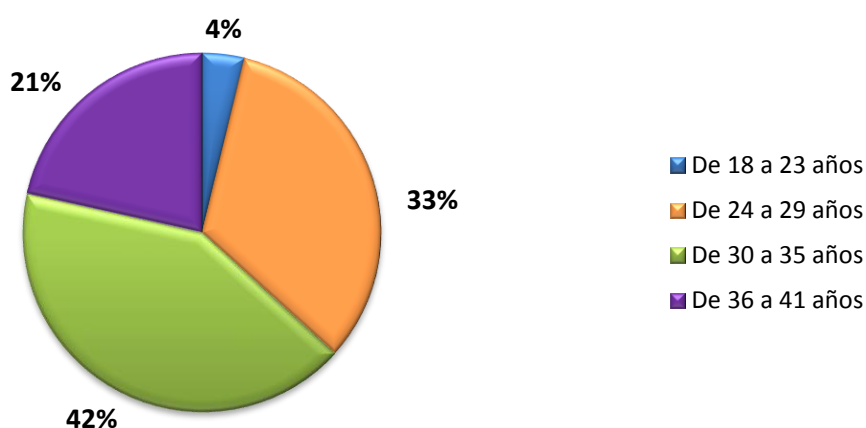


Figura N°3 Distribución porcentual según rango de edad, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017. Fuente: Elaboración propia.

La figura N° 3 muestra que el 63% de la población tiene entre 30 y 41 años, 33% de 24 a 29 años y el 4% restante de 18 a 23 años.

Lo anterior refleja que las madres con un rango de edad superior a los 30 años, son las que acuden con mayor frecuencia al curso brindado por el Hospital Calderón Guardia para informarse sobre el proceso de embarazo y lactancia, lo cual implica un efecto positivo, ya que la capacidad de autonomía en su proceso se refleja en la práctica.

En relación con esto Labrada refiere: “a medida que avanza la edad, la mujer toma conciencia de la importancia de su rol como madre y aumentan las posibilidades de prolongar la lactancia materna exclusiva” (100). Asimismo, coincide que las madres más jóvenes tienen una brecha social y familiar que interfiere en un adecuado proceso de lactancia, además la influencia cultural.

*Tabla N°1
Distribución porcentual según grado académico y lactancia materna exclusiva,
mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el
Parto, HCG, 2017.*

Grado Académico	Cantidad de mujeres	Lactancia materna exclusiva			
		Sí	%(fr)	No	%(fr)
Primaria incompleta					
Primaria completa					
Secundaria incompleta	4	2	2%	2	2%
Secundaria completa	16	8	10%	8	10%
Universitaria incompleta	15	7	9%	8	10%
Universitaria completa	44	34	44%	10	13%
Total	79	49	65%	30	35%

Fuente: Elaboración propia, 2017.

De acuerdo con la tabla anterior, 59 mujeres poseen un grado académico universitario, 16 es bachiller en educación media y 4 secundaria incompleta.

Más de la mitad de las mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, poseen un alto grado académico, lo cual influye de manera positiva, ya que el nivel de escolaridad adquirido por las madres está relacionado con el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna.

Además, Labrada hace inferencia que el grado de escolaridad materno y la utilización de la lactancia son directamente proporcionales, ya que a medida que aumenta el nivel de escolaridad de la madre se incrementa el número de mujeres que lactan a sus hijos (100).

Se relaciona el grado de escolaridad con la autonomía, y capacidad de búsqueda informativa para la toma de decisiones en cuanto a su proceso de lactancia materna exclusiva, ya que en materia de salud, a mayor nivel educativo existe una mayor oportunidad de acceso a información, lo cual desencadena un mayor control de la salud propia y colectiva.

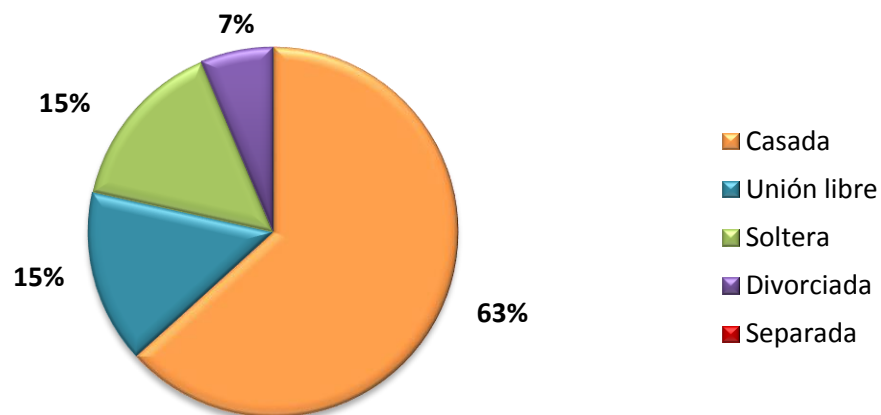


Figura N°4 Distribución porcentual según estado civil, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017. Fuente: Elaboración propia.

En la figura 4 se observa que el 63% de las mujeres encuestadas son casadas, 15% conviven en unión libre, 15% es soltera, y 7% divorciada.

Destaca como la población estudiada cuenta con una pareja estable, lo cual implica un factor positivo para el proceso de lactancia. Varias investigaciones afirman que el éxito de la lactancia materna exclusiva depende del nivel y calidad

de apoyo emocional que la mujer posea durante este período. Así como el tener una relación estable es importante durante proceso de gestación, ya que influyen en la aceptación del niño (68).

Al respecto, Pino en el 2013 afirma que las mujeres que cuentan con el apoyo emocional, informativo y económico de una pareja tienen mayor posibilidad de brindar un proceso de lactancia materna exclusiva, e iniciar una correcta ablactación (36).

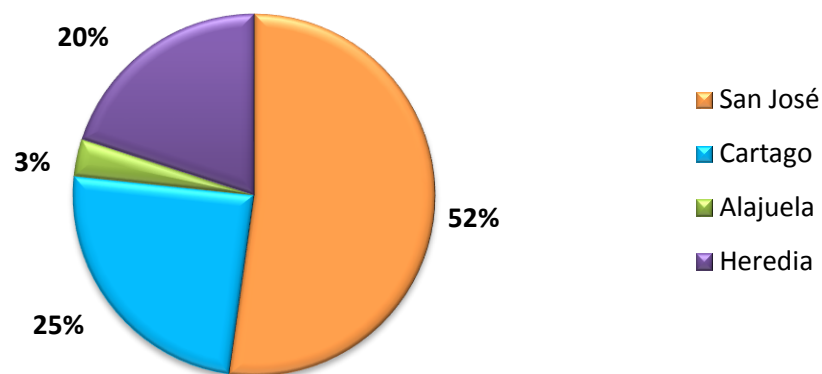


Figura N°5 Distribución porcentual según provincia de residencia, mujeres que asistieron al curso de preparación para el parto, HCG, 2017. Fuente: Elaboración propia.

La figura anterior expone la cantidad de mujeres encuestadas según el área de residencia, observándose que un 77% aproximadamente corresponde al área de atracción del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia: San José 52% y Cartago 25%, con un 23% de otras zonas, en este caso Alajuela 3% y Heredia 20%.

En relación a este hecho, se vincula la accesibilidad de la población a centros de salud clase A, donde existe mayor disposición de charlas educativas impartidas

por profesionales capacitados, además de la variedad de opciones en cuanto a salubridad que representa habitar en la Región Central del país.

Geográficamente los datos varían de un estudio a otro, sin embargo, en la presente investigación al ser una población la cual es atendida en un Hospital Central del casquillo metropolitano, es considerado como factor protector de la lactancia.

Por su parte Suarez, en una investigación realizada en Austrias concluye que: “el ámbito territorial y el carácter urbano-rural de la localidad de residencia se manifiestan como factores condicionantes de la probabilidad de lactar” (101).

*Tabla N° 2
Distribución porcentual según la ocupación, mujeres que asistieron al curso de preparación para el parto, HCG, 2017.*

Ocupación	Cantidad de mujeres	%(fr)
Empleada pública	21	27%
Empleada del sector privado	32	40%
Estudiante	8	10%
Ama de casa	18	23%
Total	79	100%

Fuente: Elaboración propia, 2017.

La tabla N° 2 muestra que el 67% de las mujeres encuestadas son laboralmente activas, siendo su distribución: empleada del sector privado 40%, empleada del sector público 27%. Respecto al 33% restante: 20% se dedican a labores domésticas y 10% son estudiantes.

La incorporación de la mujer al trabajo así como su respectiva remuneración, aumenta el acceso a la educación prenatal y a los servicios de salud, debido a la facilidad para obtener información relacionada al proceso de gestación y/o postparto.

Estudios relacionados encuentran como factor negativo la reincorporación de las madres al ámbito laboral, ya que implican lapsos extensos en que no pueden brindar pecho al niño(a), lo que favorece a la aparición de complicaciones sanitarias, si la mujer no cuenta con un espacio adecuado para la extracción le leche (102).

Sin embargo, Pino en una investigación realizada en Chile en el 2013, respalda el hecho que el que la madre retorne a las actividades laborales no tiene porqué influir negativamente el adecuado proceso de lactancia del niño (36).

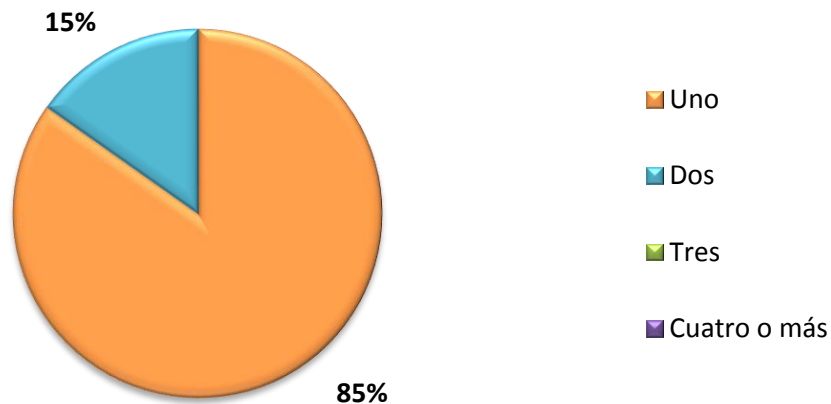


Figura N°6 Distribución porcentual según cantidad de hijos, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017. Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la paridad, el 85% de las mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto en el período estipulado en la investigación, tienen

solamente un hijo(a), es decir, la gesta por la cual realizaron el curso, el otro 15% tiene dos hijos(as).

El número de hijos está directamente relacionado a un factor sociocultural, dado que las mujeres según grado académico, situación laboral e influencia social tienden a tener pocos hijos, los estudios revelan que dicho fenómeno responde a demandas de estudio (postergar la maternidad después de los 3 años), realización profesional, exigencia laboral, edad al primer hijo y decisión propia principalmente.

En relación con este suceso, estudios estadísticos proyectan que en aproximadamente diez años habrá una tasa de 12,7 nacimientos por cada mil habitantes, lo que implica una disminución de la tasa de natalidad del 17%.

Especialistas en fertilidad señalan que uno de los grandes problemas de este fenómeno es la limitación biológica de las mujeres, que además se ha visto acentuada por los estresantes y exigentes estilos de vida que tienen, además se observan muchos más casos de menopausia precoz debido a que las mujeres toman la decisión de concebir después de los 30 años cuando tengan una estabilidad económica, profesional y personal (103).

*Tabla N° 3
Distribución porcentual según información brindada e impacto generado por parte
del Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017.*

Información brindada	Cantidad de mujeres	%(fr)	Impacto generado	Cantidad de mujeres	%(fr)
Muy buena	61	77%	Mucho	61	77%
Buena	12	15%	Poco	12	15%
Regular	3	4%	Muy poco	2	3%
Escasa	3	4%	Ninguno	4	5%
Total	79	100%	Total	79	100%

Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la tabla N° 3 se hace relación entre la información recibida a través del Curso de Preparación para el Parto, y el impacto que generó el mismo respecto a la lactancia materna. El 77% indica que la información fue muy buena, al igual que el impacto generado se cataloga como mucho, el 15% consideran que la información es buena y el impacto poco, un 4% manifiesta que la información fue regular y 3% muy poco impacto. Finalmente, un 4% plantea que la información fue escasa y un 5% que no generó ningún impacto en su proceso de lactancia.

La relación entre la información recibida y el impacto que genera, da como resultado final que la mayoría de mujeres encuestadas inician y mantienen el proceso de lactancia materna.

Marín en el 2013 plantea que: “los motivos de abandono temprano han cambiado, porque ahora es clave que la madre tenga el conocimiento necesario para aumentar la producción de leche materna, la orientación por parte de personal

entrenado y que le brinden a esta las condiciones laborales que se lo permitan” (104).

Este hecho deja ver que el sector de salud debe dar seguimiento en periodo postparto a las mujeres lactantes, reforzando lo aprendido anteriormente, y brindando asesoría clara e individual. Se ve reflejada la labor del primer nivel de atención, la cual se caracteriza por ser el primer contacto, brindar cuados continuos, coordinados y amplios, además del enfocarse en la atención de la persona y no de la enfermedad (105).

*Tabla N° 4
Relación entre grado académico universitario e impacto generado por el CPP,
mujeres que asisten al Curso de Preparación
para el Parto, HCG, 2017*

Grado Académico	Cantidad de mujeres	%(fr)	Impacto generado	Cantidad de mujeres	%(fr)
Universitario	59	100%	Mucho	45	76%
			Poco	10	17%
			Muy poco		
			Ninguno	4	7%
Total	59	100%	Total	59	100%

Fuente: Elaboración propia, 2017.

La tabla N° 4 muestra el grado universitario, así como el impacto de la información brindada durante el Curso de Preparación para el Parto, en el cual el 76% manifiestan que el impacto fue mucho, 17% poco y 7% ninguno.

Junto con la tabla N° 1 y 3 se sustenta que el grado académico, la calidad de información y el modo de interiorizarla, sí genera un impacto en el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva, en esta investigación se comprueba tal hecho.

*Tabla N° 5
Relación entre lactancia materna exclusiva y utilización de fórmulas infantiles
antes de los 6 meses de vida del niño(a), mujeres que asistieron al
Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017.*

	Lactancia materna exclusiva (%)	Utilización de fórmula infantil (%)
Sí	61%	34%
No	39%	66%
Total	100%	100%

Fuente: Elaboración propia, 2017.

De las 79 mujeres encuestadas, el 61% practicó la lactancia materna de manera exclusiva, mientras el 39% restante tuvo una lactancia mixta antes de los 6 meses de vida del niño(a). Asimismo, el 66% decidió no utilizar ningún sucedáneo de la leche materna o complemento alimenticio, y el 34% utilizó específicamente fórmula infantil.

Los datos obtenidos muestran que el 60% de la población encuestada mantuvo lactancia exclusiva con leche materna durante los primeros 6 meses. Lo cual refleja que el Curso de Preparación para el Parto genera un impacto positivo, debido a que el mantenimiento de esta práctica está estrictamente relacionado a la calidad de información recibida durante el período de gestación, y a la educación proporcionada en el puerperio inmediato.

Por otro lado, 3 de cada 10 mujeres no pudo brindar lactancia materna exclusiva, la mayoría asociado a problemas de salud o bien, por recomendación médica.

Tanto en la literatura como en la investigación, se identifica que aunque la mayoría de mujeres encuestadas conocen los beneficios de la leche materna, se ven presionadas a suministrar otros productos por recomendación de un profesional de salud, influyendo a la vez los temores y distintos actores sociales.

Silva en el 2014 revela que: “se introduce con mayor frecuencia la leche en polvo u otras fórmulas lácteas, que están disponibles y son relativamente baratas; este hecho, se une al fuerte patrón cultural común en las madres latinas que dan otra leche a sus hijos” (106).

Así como estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud en el 2015 indican que la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida tiene más ventajas en comparación con la lactancia materna exclusiva durante un periodo más corto (3-4 meses), como la prevención 1.5 millones de muertes en niños menores de 5 años. Hecho que justifica la promoción de la lactancia materna por parte de los entes globales de Salud (73).

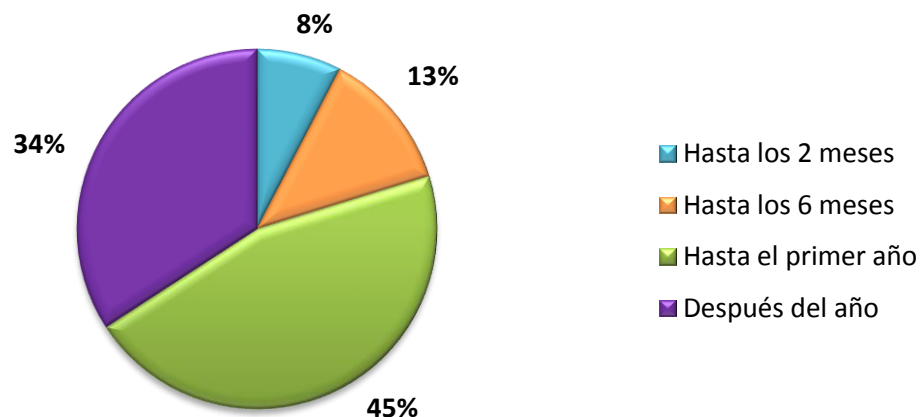


Figura N°7 Distribución porcentual según tiempo que brindó lactancia materna, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017. Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al periodo de amamantamiento, el 79% del total de la población brindó lactancia materna después de los 6 meses, el 13% hasta los 6 meses y el 8% hasta los 2 meses de edad del niño(a).

Lo anterior revela que aproximadamente el 92% de las mujeres encuestadas, proporcionan lactancia materna siguiendo las recomendaciones de las autoridades de salud, es decir, prolongando la práctica más allá de 6 meses. Además, la educación proporcionada por profesionales especializados genera un impacto que beneficia la lactancia materna.

Por otra parte, el 8% restante no brindó lactancia materna exclusiva, a pesar de haber recibido la misma educación y recomendaciones sanitarias de la práctica. Al respecto Barrera sostiene que este factor se relaciona con situaciones ajenas a una decisión materna, como por ejemplo: condiciones de salud de la madre o el niño(a) (28).

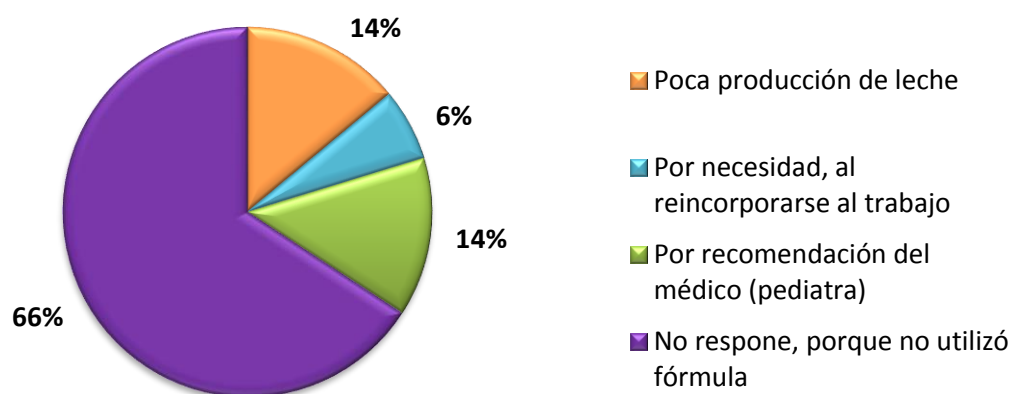


Figura N°8 Distribución porcentual según razón de utilización de fórmula infantil, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017. Fuente: Elaboración propia.

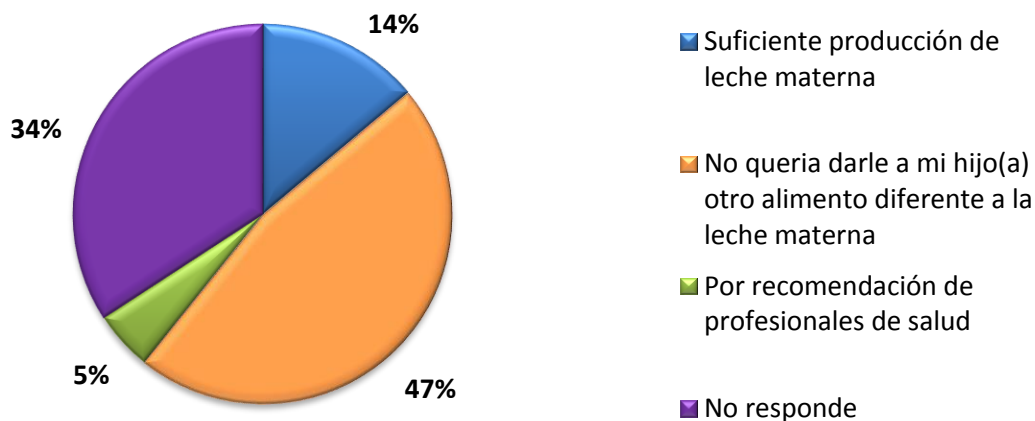


Figura N°9 Distribución porcentual según razón por la que no utiliza fórmula infantil, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017. Fuente: Elaboración propia.

En la figura N° 8 se reflejan las razones por las cuales las mujeres brindan fórmula infantil al niño(a) antes de los 6 meses. El 66% brindó lactancia materna exclusiva. De las que sí utilizaron sucedáneos el 14% indica poca producción de leche materna, 14% recomendación médica y el 6% restante lo asocia a la reincorporación al trabajo.

Por otra parte, en la figura N° 9 se exponen razones por las cuales no se introducen sucedáneos de leche materna, donde el 47% releva que la principal razón de no utilizar fórmula es por decisión propia. El 34% que si utilizó algún tipo de fórmula infantil fue por recomendación médica, 14% no utiliza sucedáneos por buena producción de leche y por recomendación de profesionales en salud 5%.

Se evidencia que 6 de cada 10 mujeres deciden no utilizar fórmula antes de los 6 meses de vida del infante, relacionándose a la autonomía que posee la madre en su proceso de amamantamiento, el empoderamiento que posee la mujer respecto

a la información que obtiene y la credibilidad en los beneficios que posee para su hijo(a).

La lactancia materna es un acto natural, pero al mismo tiempo es un comportamiento aprendido. Numerosas investigaciones han demostrado que las madres y otros cuidadores necesitan apoyo activo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de lactancia materna (107).

No obstante, el 34% suministra algún sucedáneo de la leche materna, relacionado a recomendación médica por poca producción de leche o alguna problemática asociada al proceso en sí. Este hecho recalca el impacto que posee el profesional de salud en materia de lactancia.

Instituciones de salud pública coinciden en que una recomendación médica, sumado la inseguridad de la madre, dudas y estereotipo social, da como resultado el abandono precoz de la lactancia materna. La disponibilidad y el uso de fórmulas infantiles pueden suponer un obstáculo importante, sobre todo cuando no se cuenta con la adecuada regulación en la promoción de la leche artificial y donde se puedan conseguir fácilmente preparados para lactantes en el marco de programas públicos de salud o nutrición (16).

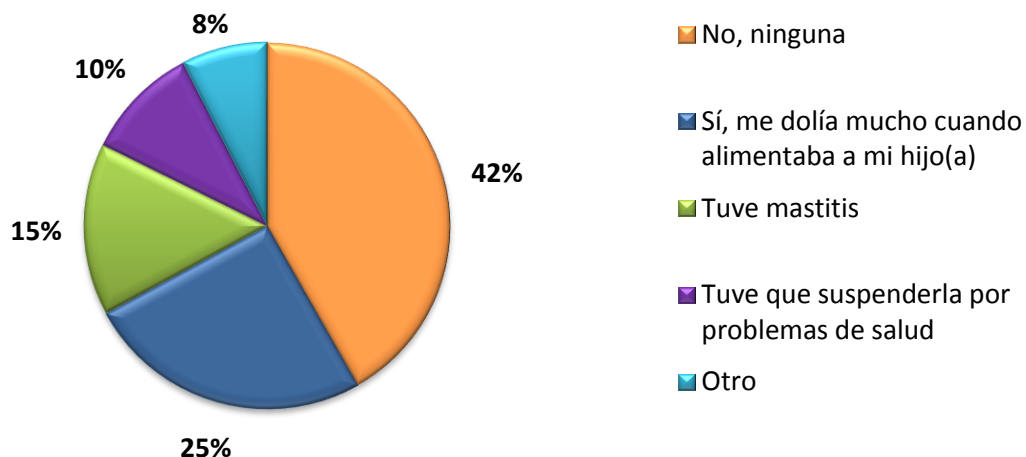


Figura N°10 Distribución porcentual según complicaciones durante el amamantamiento, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017. Fuente: Elaboración propia.

Mediante la figura se representan algunas de las complicaciones que sufren las madres durante el proceso de lactancia, donde 42% manifiesta no haber sufrido molestias considerables más de las habituales, el 25% revela tener mucho dolor a la hora de brindar el pecho, 15% tuvo mastitis, 10% suspende temporalmente la lactancia por problemas de salud ya sea maternos, y/o del niño(a) y el 8% restante expone otra situación.

La mayoría de las mujeres no presentó complicaciones a lo largo del proceso de lactancia materna, lo que se asocia al hecho de haber recibido información sobre las técnicas de amamantamiento, extracción, cuidados y prevención de complicaciones.

En contraparte, 1 de cada 10 madres presentaron mastitis, lo cual se relaciona directamente con la falta de estimulación de la glándula mamaria, mala técnica de amamantamiento, mucha producción de leche materna y la nula extracción de la

misma. Valenzuela en el 2011, expone que las principales causas de abandono son las molestias, complicaciones como agrietamiento del pezón e incomodidad durante los primeros 2 meses de vida del niño(a) (8).

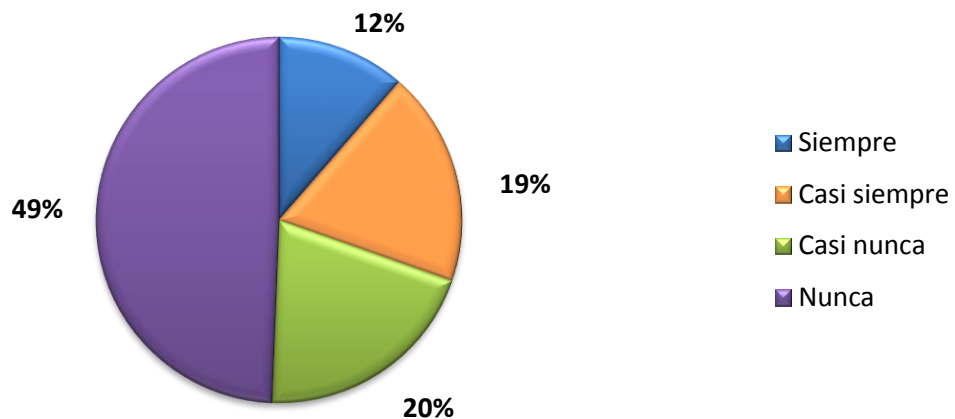


Figura N°11 Distribución porcentual según apoyo en técnicas de amamantamiento, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017. Fuente: Elaboración propia.

Casi la mitad de la población encuestada (49%), indica que nunca recibió información relacionada con técnicas de amamantamiento durante su estancia hospitalaria, 20% casi nunca, 19% casi siempre y el 12% siempre.

Según lo anterior, la minoría de mujeres refiere haber recibido información relacionada a las técnicas de amamantamiento durante su estancia hospitalaria. Al respecto, Labrada considera que: “el desconocimiento de las técnicas de amamantamiento puede dar al traste con la duración de la lactancia materna, causando ansiedad en la madre que tiende a ofrecer otros alimentos al niño bajo la creencia errónea de que no tiene leche suficiente”(100).

Niño en el 2012, plantea que para llevar a cabo las actividades de educación sobre lactancia materna, hay que considerar la adopción de diversos métodos, como educación individual, grupal y bases, seguimiento y orientación. Además, los profesionales sanitarios deberían recibir formación previa así como formación continua sobre cómo ayudar a las madres a prevenir y tratar los problemas comunes de la lactancia materna, sus beneficios y hallazgos más significativos (35).

*Tabla N°6
Distribución porcentual según grado de satisfacción respecto al amamantamiento, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017.*

Grado de satisfacción	Cantidad de mujeres	%(fr)
Muy alto	55	70%
Alto	7	9%
Intermedio	16	20%
Bajo	1	1%
Muy bajo	0	0%
Total	79	100%

Fuente: Elaboración propia, 2017.

La tabla anterior muestra que de las 79 mujeres encuestadas, 55 sienten un grado de satisfacción muy alto con respecto a su proceso de amamantamiento, 16 intermedio, 7 alto y 1 bajo.

La mayoría de las madres (79%) refieren sentirse orgullosas, satisfechas y felices, consideran que es una experiencia única e inolvidable, la describen como una sensación de amor, calma y plenitud, la cual favorece el vínculo afectivo con su hijo(a).

La lactancia no es solamente un acto físico y/o biológico, están implícitos muchos aspectos emocionales. Para el niño, por ejemplo brinda contención, seguridad, confort, representa una muestra de cariño. Para la madre, satisfacción, orgullo, ya que a la lactancia materna no solo es un alimento, sino que brinda consuelo, seguridad y protección (108).

Por otra parte, un 21% expresan haber sufrido problemas y complicaciones durante el proceso las cuales no permitieron disfrutarlo plenamente. La hipogalactia es la causa más frecuente por la cual las madres dejan la lactancia materna exclusiva (34).

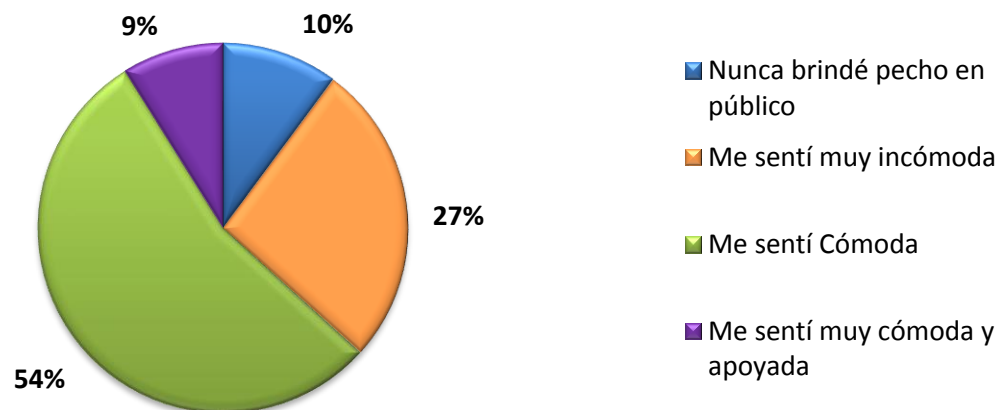


Figura N°12 Distribución porcentual según referencia del nivel de comodidad con amamantar en público, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017. Fuente: Elaboración propia.

La figura N° 12 muestra que el 54% de las participantes refiere sentirse cómoda brindando pecho en un lugar público, 27% muy incómoda, 10% refirió no haber brindado pecho en público y 9% se sintió cómoda y apoyada.

Quispe en el 2015 en una investigación en Perú, expone que: “lactancia materna responde a un hecho biológico, pero inevitablemente está sujeta a influencias sociales, económicas y culturales” (13).

Además, considera que la comodidad de la madre en cuanto al hecho de brindar pecho en público, está íntimamente relacionado con su seguridad y confianza en la práctica misma. Los lugares públicos deben adaptarse a las necesidades de las madres y sus hijos(as) para facilitar la participación de la mujer en la vida pública y activa.

Por otra parte, casi la totalidad de la población expresa que aunque es incómodo proporcionar alimentación de pecho a sus hijos en público, lo hacen porque conocen y creen que es lo más adecuado y lo mejor para el infante. Aunque revelan que la poca accesibilidad a lugares cómodos y equipados para poder brindar lactancia se vuelve un factor en contra, y prefieren hacerlo en espacios privados, sin agentes externos que pueda perturbar la intimidad.

Una minoría de la población manifiesta sentir incomodidad cuando amamanta en público por las miradas y comentarios inapropiados de las personas en diferentes lugares. Por este motivo algunas madres prefieren no brindar pecho cuando no se encuentran fuera del hogar.

Tabla N°7
Distribución porcentual según consideración social respecto al amamantamiento en público, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017.

Consideración social	Cantidad de mujeres	%(fr)
Muy bueno	4	5%
Bueno	26	33%
Regular	39	49%
Malo	7	9%
Muy malo	3	4%
Total	79	100%

Fuente: Elaboración propia, 2017.

En cuanto a la consideración social, el 49% estima que el amamantamiento en público es regular, 33% bueno, 9% malo, 5% muy bueno y 4% muy malo.

La mayoría de las mujeres encuestadas consideran que la sociedad percibe el amamantamiento en público como una práctica necesaria y saludable para el infante, siempre y cuando la madre se cubra el pecho al brindar la alimentación.

Expertos en el campo de investigación aseguran que desde la perspectiva social la lactancia materna es vista desde diferentes puntos de vista, tanto la percepción natural como la conducta inapropiada. A nivel nacional las legislaciones que protegen la lactancia lo catalogan como un derecho del niño de ser alimentado cuando éste lo requiera necesario.

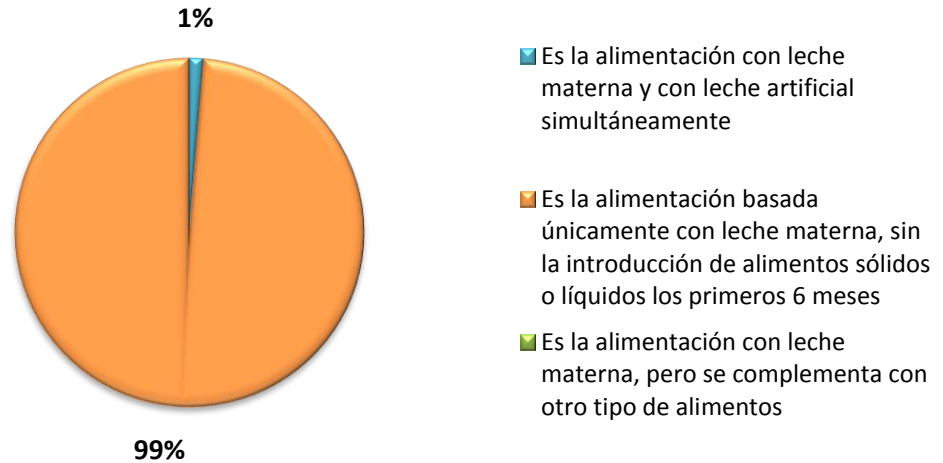


Figura N°13 Distribución porcentual según conocimiento de la definición de lactancia materna exclusiva, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017. Fuente: Elaboración propia.

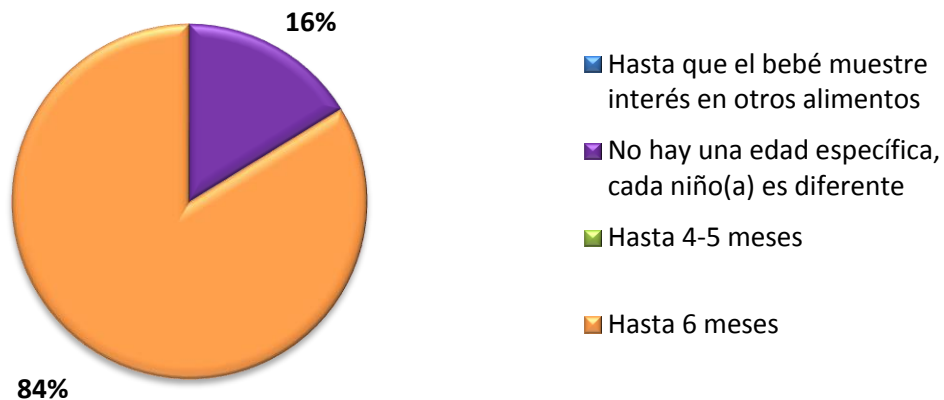


Figura N°14 Distribución porcentual según conocimiento de recomendación sanitaria del periodo de lactancia materna exclusiva, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017. Fuente: Elaboración propia.

La figura N° 13 muestra que casi el 100% de las mujeres conocen la definición de la lactancia materna exclusiva, en tanto que solo 1% cree que es la administración de leche artificial y materna de manera simultánea. La figura N° 14 refleja que el 84% conoce la definición por parte de las entidades de salud, 16% reciben información mediante medios de comunicación (internet, televisión, revistas, etc.).

La mayoría de las madres conoce que es la lactancia materna exclusiva, siendo un factor positivo que facilita el empoderamiento, la autonomía, el control y la responsabilidad.

Busto en una investigación realizada en Cuba, plantea que el empoderamiento de las madres se logra con la educación correcta y oportuna, asegurando las mejores decisiones pro de la lactancia materna. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de información, apoyo familiar y apoyo por parte del sistema de atención de salud (29).

Por otra parte, hay un 16% que considera que lo ideal es iniciar una dieta complementaria cuando el niño se encuentre listo fisiológicamente para aceptar alimentos diferentes a la leche de la madre. Aunque los entes de salud pública recomiendan hacerlo a partir de los 6 meses, que es cuando el niño(a) posee una adecuada capacidad gástrica.

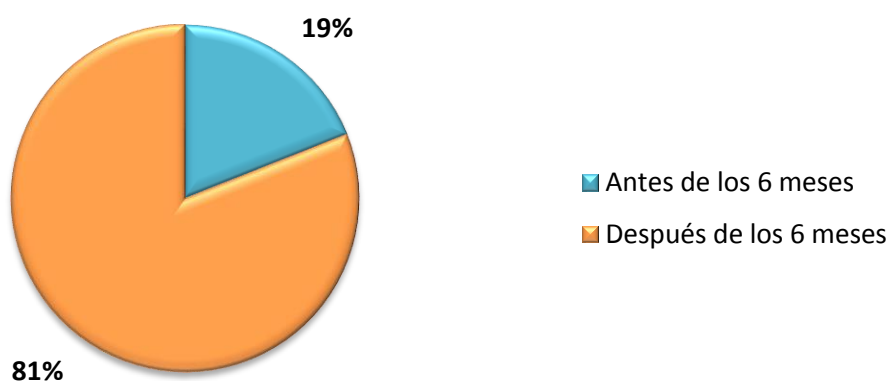


Figura N°15 Distribución porcentual según edad de introducción de alimentos sólidos, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017. Fuente: Elaboración propia.

En la figura anterior se observa que el 81% de las madres proporcionó otro tipo de alimento diferente a la leche materna después de los 6 meses edad del niño(a), y el 19% restante realizó una ablactación temprana.

A través de la investigación se observa que aproximadamente 8 de cada 10 mujeres realizó la ablactación según las recomendaciones internacionales, lo cual revela que existió adecuada información y por ende, la ablactación se dio a la edad óptima.

Durante el Curso de Preparación para el Parto se proporciona información actualizada para las mujeres y sus parejas sobre la lactancia materna, posiciones de amamantamiento, alimentación saludable, almacenamiento, complicaciones y manejo de las mismas. No obstante, los profesionales en salud deben dar seguimiento para que la madre se sienta más segura y apoyada durante cada etapa del proceso, es decir, completa a todos los niveles de atención desde la promoción de la salud, brindar bases, seguimiento y apoyo a la madre lactante.

Las entidades de salud refieren que cuando la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante hay que añadir alimentos complementarios a su dieta. Esta alimentación debe introducirse en el momento adecuado, lo cual implica que los niños empiecen a recibir otros alimentos, además de la leche materna, a partir de los 6.

Silva expone que no se deben ignorar los riesgos de la introducción precoz de la alimentación complementaria, ya que: “la mayoría de las veces la experiencia indica que los alimentos complementarios no son adecuados por su baja

biodisponibilidad de micronutrientes, y en otras ocasiones, tienen una baja densidad energética o son muy diluidos, lo cual redonda en no cubrir con efectividad la demanda nutricional del niño y en particular la de hierro” (106).

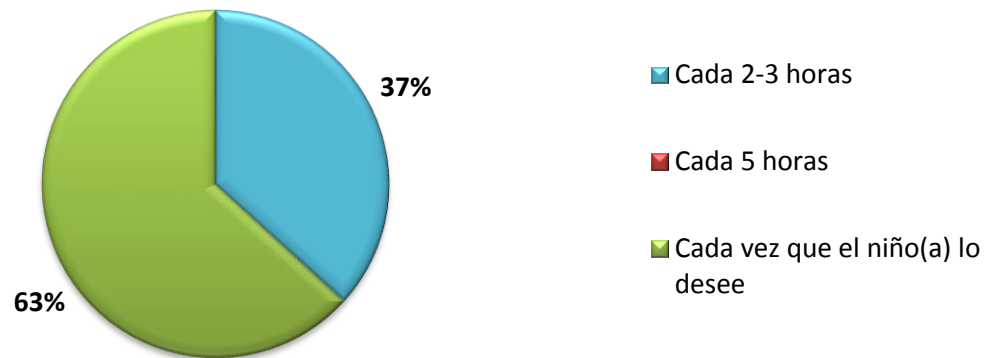


Figura N°16 Distribución porcentual según frecuencia de amamantamiento durante los primeros 2-3 meses, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017. Fuente: Elaboración propia.

La figura N° 16 da a conocer que el 63% de las mujeres encuestadas brindó alimentación a libre demanda, el 37% cada 2-3 horas.

Si bien establecer horarios al recién nacido es una decisión meramente personal, los entes de salud recomiendan brindar al niño(a), específicamente durante los primeros 2-3 meses, alimentación al pecho cada vez que este lo desee.

Aznar demuestra que la alimentación a libre demanda es: “un aspecto práctico muy importante para que el amamantamiento tenga éxito. Tratar de establecer horarios rígidos de alimentación en un niño amamantado es antifisiológico, ya que la succión frecuente estimula la producción de prolactina, lo cual permite que la producción de leche se mantenga en niveles óptimos” (102).

La mayoría de las madres que asistió al Curso de Preparación para el Parto proporcionó lactancia a demanda, hecho que favorece tanto la producción como el vínculo madre-hijo(a).

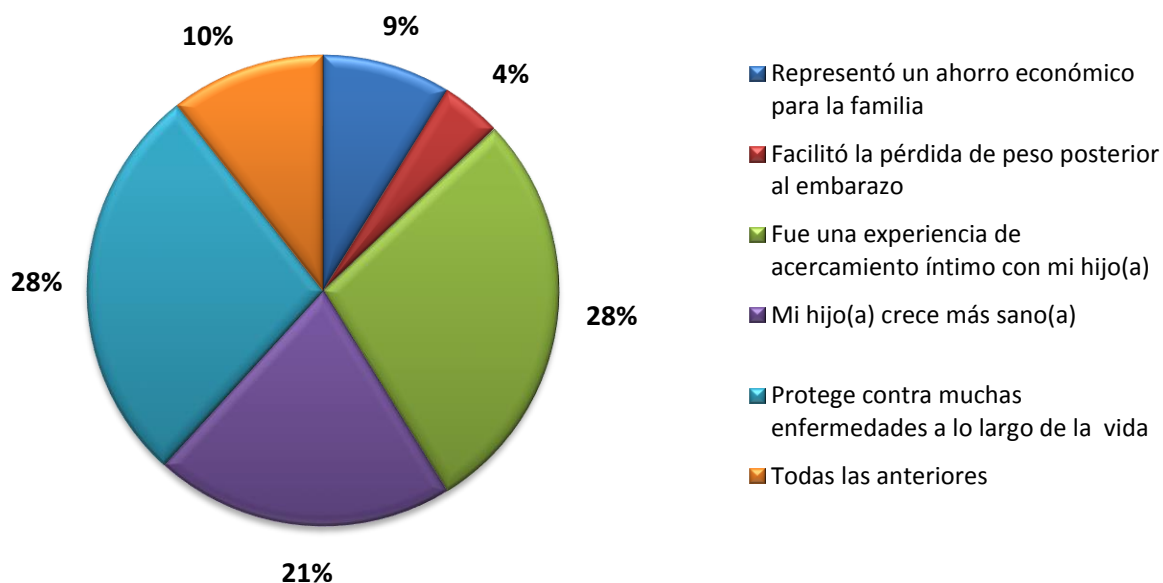


Figura N°17 Distribución porcentual según principales beneficios de la lactancia materna, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017. Fuente: Elaboración propia. Nota al pie: Pregunta de respuesta múltiple.

En relación a los beneficios de la lactancia materna exclusiva, las 79 mujeres afirman conocerlos, el 59% considera que beneficia el adecuado crecimiento y al mismo tiempo lo protege contra enfermedades, 28% considera que crea un vínculo afectivo más fuerte, 9% que representa ahorro económico y 4% favorece la pérdida de peso.

El haber recibido información previa sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva influye positivamente, ya que las madres reflejan que les ayudó a interiorizar la decisión de llevar a cabo esta práctica.

Gamboa infiere que el conocimiento sobre los beneficios que la lactancia materna exclusiva está asociado con la iniciación temprana y la duración de la misma, y al inicio tardío de fórmulas lácteas. Estudios muestran que las madres consideran que la leche materna es beneficiosa para el niño y resaltan los aspectos inmunológicos y para la salud (109).

*Tabla N°8
Distribución porcentual según asistencia a la Clínica de Lactancia Materna,
mujeres que asistieron al Curso de Preparación
para el Parto, HCG, 2017.*

Asistencia	Cantidad de mujeres	%(fr)
Sí	47	60%
No	32	40%
Total	79	100%

Fuente: Elaboración propia, 2017.

*Tabla N°9
Distribución porcentual según calificación otorgada al servicio de la Clínica de Lactancia Materna del HCG, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017.*

Calificación de experiencia	Cantidad de mujeres	%(fr)
Muy buena	34	43%
Buena	8	10%
Regular	3	4%
Muy malo	2	3%
No responde	32	40%
Total	79	100%

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 8 refleja que el 60% de las mujeres encuestadas asistieron a la Clínica de Lactancia Materna del Hospital Calderón Guardia, mientras el otro 40% no lo hizo. El cuanto a la calificación otorgada a la clínica (tabla N° 9) de ese 60% que si utilizó el servicio, 43% la considera muy buena, 10% buena, 4% regular y 3% muy mala.

La mayoría califica como muy buena la atención y educación proporcionada en la Clínica, donde el apoyo brindado por los funcionarios de salud fue oportuna, cálida e indispensable para el éxito del proceso de lactancia materna exclusiva.

Adicionalmente, la clínica atiende casos de niños que puedan presentar alteraciones en el proceso de amamantamiento o en su desarrollo, da seguimiento a todas aquellas condiciones de riesgo en los niños nacidos en el Centro Hospitalario y en la red de servicios y brinda atención individual o grupal.

Debido a que en la Clínica de Lactancia Materna se abordan temas como la utilización de implementos de extracción de leche materna, posiciones correctas sobre amamantamiento, adecuada alimentación durante la lactancia, recomendaciones sobre cómo actuar ante la poca producción de leche y las inquietudes frecuentes que poseen las madres primigestas, las madres consideran que es un gran apoyo para su proceso.

Por otra parte, un 3% cataloga el desempeño de la Clínica como deficiente o muy malo, ya que algunas madres expresan que el trato fue despreocupado, hubo recomendaciones sobre utilizar fórmulas infantiles, lo cual interfiere con la convicción de las mujeres asistentes.

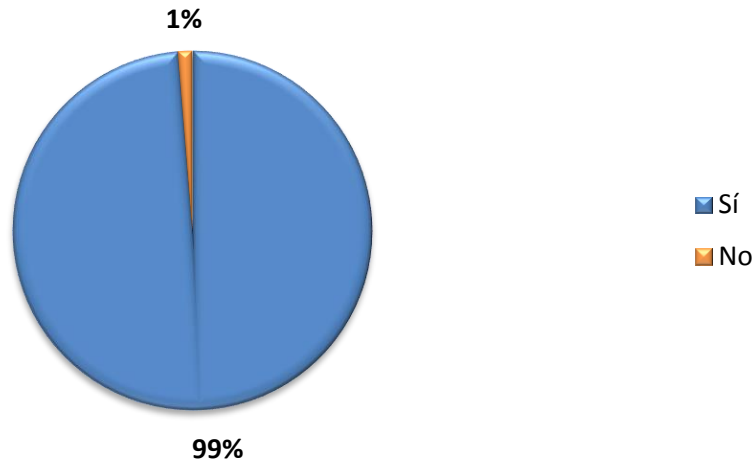


Figura N°18 Distribución porcentual según decisión acerca de la práctica de lactancia materna exclusiva en un nuevo embarazo, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017. Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la decisión de las madres sobre el proceso de lactancia materna en un hijo posterior 99% refirió que volvería a practicarla, mientras el 1% refiere que el proceso fue desgastante y no volvería a someterse a él.

Casi la totalidad de las mujeres afirma estar motivada hacia una lactancia materna exclusiva, lo que genera un impacto positivo y por ende como resultado de madres satisfechas, orgullosas y conformes con su proceso.

Un estudio realizado por Mazonett, en Colombia revela que el proceso de lactancia se relaciona directamente con experiencias previas. De manera que si la misma fue satisfactoria posiblemente se desee repetir la práctica. Por el contrario, si la experiencia durante el embarazo y/o lactancia no fue desfavorable, con sentimientos de frustración por complicaciones, problemas de salud, presión social, entre otras, hace que las madres no deseen repetir esa experiencia (110).

En un segundo embarazo no existe garantía que el amamantamiento sea similar al anterior, pero las madres refieren que aunque es un proceso doloroso vale la pena y ellas lo harían nuevamente por el conocimiento de los beneficios que éste tendría para su hijo(a).

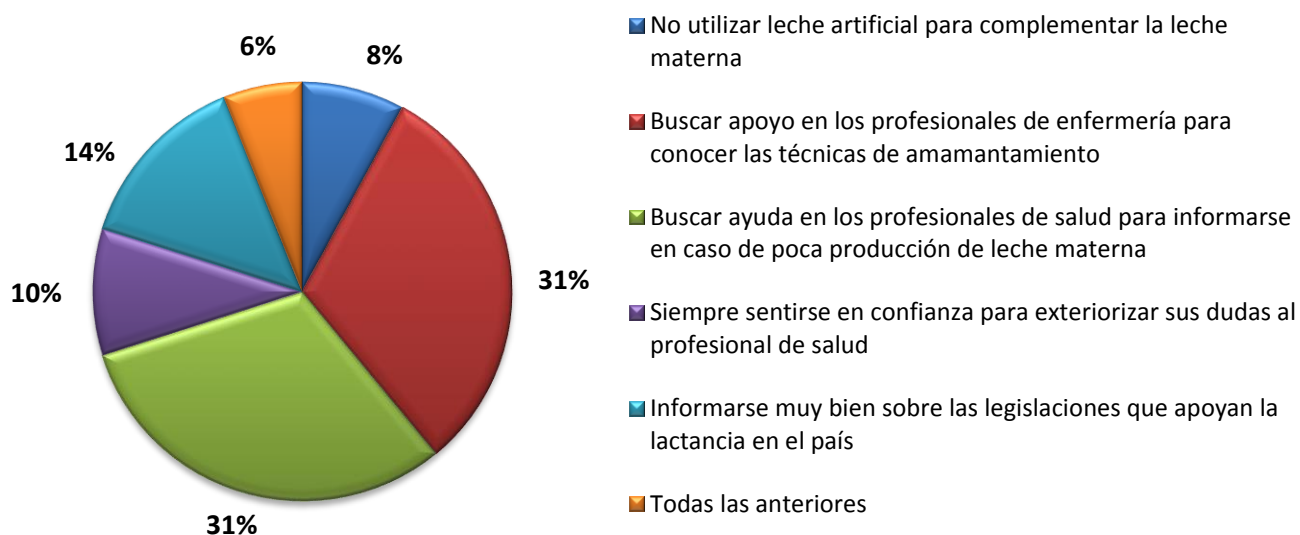


Figura N°19 Distribución porcentual según recomendaciones a una madre que inicia periodo de lactancia, mujeres que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, HCG, 2017. Fuente: Elaboración propia. Nota al pie: Pregunta de respuesta múltiple.

En relación con las recomendaciones de las mujeres del estudio hacia otras mujeres que inician su proceso de lactancia el 31% recomienda buscar apoyo en profesionales de salud para informarse sobre técnicas para el amamantamiento, 31% sobre cómo actuar ante la poca producción de leche, 14% sobre las legislaciones que protegen la lactancia materna, 10% tener la confianza para exteriorizar dudas al profesional de salud, 8% no complementar la leche materna con fórmulas infantiles y 6% considera que todas son muy importantes.

La mayoría de las mujeres encuestadas considera que los grupos de apoyo, o el compartir sus experiencias con mujeres que estén pasando por su mismo proceso e incluso con experiencias anteriores es indispensable para su confianza y seguridad en el proceso, manifiestan que la compañía de madres con sus mismas dificultades las ayuda a no sentirse solas durante los primeros meses del bebé (1-3 meses).

La evidencia hasta la fecha muestra que la educación constante es crucial para el buen desempeño de la lactancia, además que los grupos de madres en etapa de lactancia brindan espacios para exteriorizar experiencias, dudas y logros. Muchos de los problemas que enfrenta una madre lactante no son médicos por naturaleza y pueden ser resueltos por otra madre con experiencia.

Incluso el Centro de las Naciones Unidas para la Infancia considera que al reunirse con otras madres aprenden de la experiencia de cada una y, además, la escucha les facilita la identificación de sus propias necesidades y las anima a pedir ayuda (111).

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Posterior al análisis de la información recolectada para la presente investigación, se llega a las siguientes conclusiones, según los objetivos del estudio.

- De acuerdo con las características sociodemográficas de la población, el 63% de la población tiene entre 30 y 41 años, 75% tiene un grado máximo universitario completo, 52% residen en San José, 63% son casadas, 67% son laboralmente activas, y un 85% tiene solamente un hijo(a).
- En relación a los factores socioculturales identificados en el estudio: 54% de las mujeres encuestadas refiere sentirse cómodas brindando pecho en lugares públicos, 49% regular según la consideración social. En cuanto la duración de la lactancia materna 79% más de 6 meses, 61% brindó lactancia materna exclusiva, 34% utilizó fórmulas, 81% introduce alimentos sólidos después de los 6 meses, 99% brindaría lactancia materna exclusiva y 61% recomienda buscar ayuda de profesionales capacitados y que apoyen la lactancia materna.
- En relación a los factores biológicos identificados a través del estudio: 42% manifiesta no haber sufrido molestias considerables más de las habituales. Sin embargo, muchas de las mujeres refieren haber sentido dolor, y un mínimo porcentaje, problemas de salud que les impide seguir con el proceso de lactancia.
- En cuanto a la relación entre el grado académico y la lactancia materna exclusiva: el 75% de las mujeres posee un nivel académico universitario, de

las cuales 53% brinda lactancia materna exclusiva, 76% considera que el Curso de Preparación para el Parto posee mucho impacto en la lactancia, 77% que la calidad de información brindada en el curso es muy buena, además, 60% asisten a la Clínica de Lactancia materna y 43% califican la atención como muy buena.

- Según el nivel de conocimiento: el 99% asegura conocer la definición de la lactancia materna exclusiva, 84% las recomendaciones de salud, 63% la frecuencia de alimentación del bebé y 100% conoce los beneficios de la lactancia materna exclusiva.
- En la presente investigación se determina que los factores que influyen en el proceso de lactancia materna exclusiva según grado académico en mujeres de 18 a 41 años que asisten al Curso de Preparación para el Parto, en el Hospital Calderón Guardia, durante el periodo 2015, son:
 - Sociales.
 - Biológicos.
 - Culturales.
 - Personales.

5.2. Recomendaciones

Con base en los resultados obtenidos en la investigación, se presentan las siguientes recomendaciones.

Para los profesionales de enfermería que coordinan el Curso de Preparación para el Parto:

- Proponer aumentar el tiempo destinado a la clase lactancia materna, ya que las mujeres consideran que este tema debe ser más extenso, para abarcar las dudas y complicaciones más frecuentes durante este proceso.
- Proporcionar talleres prácticos de seguimiento relacionados a las diferentes técnicas de amamantamiento y extracción de leche materna, para fomentar la seguridad de la madre sobre el proceso.
- Proporcionar información sobre los Bancos de Leche Materna que existen en el país, además de como acudir a ellos en caso necesario.
- Coordinar planes de capacitación para los funcionarios de salud para dar seguimiento postnatal al binomio madre-hijo en período de lactancia.
- Coordinar e implementar un control estadístico de las prácticas de lactancia en el Primer Nivel de Atención, para un seguimiento prenatal y posnatal, con el fin de conocer la realidad nacional.

Para el Comité de Investigación de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana:

- Fomentar y motivar a los estudiantes de la carrera de enfermería a optar por realizar el proceso de investigación (tesis), para así dar un seguimiento al tema de lactancia materna en pequeños grupos del país, con el fin de conocer su situación actual.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía citada

1. LACTANCIA.pdf [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2016]. Disponible en: <https://www.unicef.org/venezuela/spanish/LACTANCIA.pdf>
2. Guía para una lactancia materna feliz - Guia_lactancia_materna.pdf [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_lactancia_materna.pdf
3. Bredbenner B. Wardlaw Perspectivas en Nutrición. 8.^a ed. Mexico D.F.: McGraw-Hill; 2010.
4. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. En: The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2002 [citado 30 de mayo de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/yscom/es/index.html
5. Gonzales, B. Adriana, Fallas, S. Yanin. Representaciones sobre el amamantamiento y la lactancia materna, en un grupo de mujeres gestante y su acompañante, que asisten al curso de preparación integral para el embarazo, parto y postparto, impartido en la oficina de Bienestar y Salud de la Universidad de Costa Rica, segundo semestre, 2013. [San José]: Universidad de Costa Rica; 2014.
6. Análisis del módulo de lactancia materna. Encuesta Nacional de Hogares. 2010 [Internet]. [citado 5 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.unicef.org/costarica/docs/cr_pub_Analisis_Modulo_Lactancia_Materna.pdf
7. Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. OMS. [Internet]. [citado 4 de agosto de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130456/1/WHO_NMH_NHD_14.1_spa.pdf?ua=1
8. Valenzuela JAF, Caldera EM, Ham EIS. Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. Rev Pediatría México [Internet]. 2011 [citado 23 de marzo de 2017];13(2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/conapeme/pm-2011/pm112b.pdf>
9. UNICEF. Centro de prensa - La lactancia materna puede salvar la vida a millones de niños y niñas y prevenir enfermedades graves: UNICEF- México [Internet]. [citado 22 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.unicef.org/mexico/spanish/noticias_29440.htm

10. elmundo.es. El 60% abandona la lactancia antes de los seis meses | Mujer | elmundo.es [Internet]. [citado 22 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/10/05/mujer/1349449868.html>
11. American Academy of Pediatrics. Beneficios de la lactancia materna para la madre [Internet]. HealthyChildren.org. [citado 1 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.healthychildren.org/spanish/ages-stages/baby/breastfeeding/paginas/benefits-of-breastfeeding-for-mom.aspx>
12. Lactancia materna y alimentación complementaria [Internet]. UNICEF. [citado 31 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_breastfeeding.html
13. Quispe Ilanzo MP, Oyola García MCAE, Navarro Cancino M, Silva Mancilla JA. Características y creencias maternas asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva. (Spanish). Charact Matern Beliefs Assoc Cessat Exclus Breastfeed Engl. octubre de 2015;41(4):582-92.
14. Navarro-Estrella M, Duque-López MX, Pérez T y, Antonio J. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. Salud Pública México. agosto de 2003;45(4):276-84.
15. Calvo, Q. Cindy. Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. octubre de 2008;(No. 15):8.
16. UNICEF, others. Comercialización de sucedáneos de la leche materna: aplicación del código internacional: informe de situación 2016: resumen. 2016 [citado 4 de abril de 2017]; Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/206011>
17. Figuera FAC, Latorre JFL, Carreño JAP. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. Rev Hacia Promoc Salud. 2011;16(1):56–72.
18. World Health Organization. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003.
19. Ministerio de Salud Pública. Memoria Institucional. Ministerio de Salud, 2014. Costa Rica; 2015. 208 p.
20. World Health Organization. European Region has lowest global breastfeeding rates [Internet]. 2015 [citado 20 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/news/news/2015/08/who-european-region-has-lowest-global-breastfeeding-rates>

21. Organización Mundial de la Salud. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.; 1998. 112 p.
22. Organización Mundial de la Salud. La Iniciativa hospital amigo del niño en América Latina y el Caribe: Estado actual, retos y oportunidades [Internet]. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud.; 2016. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18829/9789275318775_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
23. Declaration de innocenti. Florencia. 2005 [Internet]. [citado 4 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/lactarios-institucionales/pdf/declaration_innocenti.pdf
24. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño. Singapur. OMS/UNICEF. 2003 [Internet]. [citado 4 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/g_s_infant_feeding_spa.pdf
25. Araya Murillo AA, Suárez Ortega MS. Conocimientos y prácticas sobre la lactancia materna, en un grupo de madres que brindan lactancia natural y su familia, quienes asisten a la consulta de Crecimiento y Desarrollo Integral de Niños y Niñas, en el EBAIS de Puerto Jiménez de Golfito, en el 2013. [Costa Rica]: Universidad de Costa Rica; 2013.
26. OMS/UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.; 1989. 37 p.
27. Lactancia materna: una estrategia para mejorar la salud, el crecimiento y la nutrición del lactante y del niño pequeño. 2004 Uruguay [Internet]. [citado 25 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_media_lactancia_uy2004.pdf
28. Barrera AG, Cardoso EM, Aguilera FM, Castro MB. Factores de riesgo maternos y familiares que influyen en el abandono de la lactancia materna. Rev Espec Méd-Quirúrgicas. 2007;12(1):53–57.
29. Aguiar RB, Farreras MEC, Denis IB, Pavón LF, Rodríguez B. Determinación de factores de riesgo asociados al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en lactantes menores de 6 meses. Rev Médica Electrónica. 15 de mayo de 2008;30(3):273-9.
30. Cárdenas MH, Montes E, Varon M, Arenas N, Reina R. Perfil biopsicosocial de la madre y su relación con el abandono de lactancia materna exclusiva. Enferm Glob. octubre de 2010;(20):0-0.

31. Factores asociados al abandono de la lactancia materna en los primeros 6 meses de vida. 2010 [Internet]. [citado 24 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_12.pdf
32. Candó B, Caridad R, Sarría S, Lidia O, Rodríguez Rodríguez D, Ulloa P, et al. Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la lactancia materna exclusiva. Rev Cuba Med Gen Integral. junio de 2011;27(2):254-60.
33. Centro de salud amigo de la madre y el niño. Argentina. 2012. [Internet]. [citado 4 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://datos.dinami.gov.ar/produccion/nutricion/material/A03.pdf>
34. El abandono prematuro de la lactancia materna: incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia - Tesis_Oliver.pdf [Internet]. [citado 24 de agosto de 2016]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/23524/1/Tesis_Oliver.pdf
35. Niño M R, Silva E G, Atalah S E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Rev Chil Pediatría. abril de 2012;83(2):161-9.
36. Pino V, Luis J, E L, Ángel M, I M, Pilar A, et al. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. Rev Chil Nutr. marzo de 2013;40(1):48-54.
37. Estrategia nacional de lactancia materna 2014-2018. México. [Internet]. [citado 4 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/ENLM_2014-2018.pdf
38. SINC. La lactancia materna es más eficiente durante los tres primeros meses del bebé [Internet]. 2014 [citado 20 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.agenciasinc.es/Noticias/La-lactancia-materna-es-mas-eficiente-durante-los-tres-primeros-meses-del-bebe>
39. UNICEF. Recursos - Lactancia Materna [Internet]. [citado 20 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.unicef.org/republicadominicana/resources_21274.htm
40. UNICEF. Estadísticas generales de Surinam [Internet]. UNICEF. [citado 20 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/suriname_statistics.html
41. Gorrita Pérez RR, Reyes DO, Hernández LA. Tiempo de lactancia materna exclusiva y estructura familiar. (Spanish). Durat Exclus Breastfeed Fam Struct Engl. enero de 2016;88(1):43-54.
42. Chaves S. Situación actual de Lactancia Materna en Costa Rica. 1985-1991. Caja Costarricense del Seguro Social; 1985.

43. Fernández, C, J, Gorgy Muñoz Martínez. Factores que influyen en la interrupción temprana de la lactancia materna en el área de atracción del «Centro Integrado Francisco Bolaños» Heredia de Enero a Octubre, 1993. [San José, Costa Rica]: Universidad de Costa Rica; 1993.
44. Gríos, D. Carla. Conocimientos y actitudes de la población adolescente hacia la lactancia materna para direccionar las acciones estratégicas de promoción de la lactancia materna. Universidad Estatal Distancia.; 2004.
45. del Valle PB. A la cola en innovación: un informe elaborado por la EOI evidencia el atraso actual de Andalucía en ID, aunque la dinámica para los próximos años se torna positiva. Andal Económica. 2002;(137):96.
46. Política Pública de lactancia materna, Costa Rica. 2009 [Internet]. [citado 27 de mayo de 2016]. Disponible en:
https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/politica_lactancia_materna.pdf
47. Vargas, V Leslie. Análisis de sobrevida aplicados a la determinación de factores asociados a la duración de la lactancia materna en Costa Rica, 2002 y 2006. [San José]: Universidad de Costa Rica; 2014.
48. Diccionario de Términos Médicos. Real Academia Nacional de Medicina. Madrid: EDITORIAL PANAMERICANA; 2011. 1731 p.
49. Guía de Atención Integral a las mujeres niños y niñas en el periodo prenatal, parto y postparto. [Internet]. [citado 23 de marzo de 2017]. Disponible en:
<http://www.binasss.sa.cr/libros/guiaprenatal09.pdf>
50. Genealogía histórica de la lactancia materna [Internet]. [citado 30 de agosto de 2016]. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2745761.pdf>
51. Aguilar C. Lactancia Materna. Madrid: ELSEVIER; 2005. 664 p.
52. de la Torre ML. Beneficios de la lactancia materna. Jano Med Humanidades. 2006;(1594):45.
53. Barbosa, L. La lactancia materna en el corazón de África [Internet]. [guiainfantil.com](http://www.guiainfantil.com). [citado 9 de octubre de 2016]. Disponible en:
<http://www.guiainfantil.com/blog/alimentacion/lactancia/la-lactancia/>
54. UNICEF. Buscando espacios para amamantar en China [Internet]. UNICEF. [citado 9 de octubre de 2016]. Disponible en:
http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/china_70055.html

55. El Mercado Chino de Fórmulas Infantiles de Leche en Polvo [Internet]. [citado 31 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://copal.org.ar/wp-content/uploads/2015/06/mercado-de-la-leche-en-polvo-formulas-infantiles.pdf>
56. AlbA. Lactancia materna y prevención del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) | Alba Lactancia Materna [Internet]. [citado 1 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-6-lactancia-y-crianza/colecho-lactancia-y-sindrome-de-muerte-subita-del-lactante-smsl/>
57. Aguayo Maldonado J, Pasadas del Amo S. La lactancia materna en Andalucía: resultados del estudio de prevalencia de la lactancia materna en Andalucía y los factores asociados a su duración en el primer año de vida. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2005.
58. Isobel Leybold-Johnson. Zúrich tendrá los primeros 'profesores en lactancia' [Internet]. SWI swissinfo.ch. [citado 29 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.swissinfo.ch/spa/ciencia/z%C3%BArich-tendr%C3%A1-los-primeros--profesores-en-lactancia-/41557278>
59. Armando. El mejor lugar para ser madre es Noruega [Internet]. Bebés y más. 2010 [citado 30 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.bebesymas.com/noticias/el-mejor-lugar-para-ser-madre-es-noruega>
60. Fernández, D. La licencia por maternidad en Estados Unidos [Internet]. guiainfantil.com. [citado 30 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.guiainfantil.com/articulos/embarazo/la-licencia-por-maternidad-en-estados-unidos/>
61. UNICEF. La lactancia materna puede salvar la vida a millones de niños y niñas y prevenir enfermedades graves: UNICEF- México [Internet]. [citado 30 de noviembre de 2016]. Disponible en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/noticias_29440.htm
62. La Lactancia Materna en Brasil en el marco de la normativa sobre licencias maternales [Internet]. [citado 1 de noviembre de 2016]. Disponible en: <https://www.camara.cl/camara/media/seminarios/postnatal/1.pdf>
63. D' Emilio. Lactancia materna, un acto de vida y amor [Internet]. Granma.cu. [citado 1 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2016-02-10/lactancia-materna-un-acto-de-vida-y-amor-10-02-2016-22-02-15>

64. Ministerio de Salud Pública. El derecho de las mujeres a amamantar a sus hijos: comunicado del Ministerio de Salud y la Comisión Nacional de Lactancia Materna. [Internet]. [citado 3 de diciembre de 2016]. Disponible en: <https://costarica.campusvirtualsp.org/el-derecho-de-las-mujeres-amamantar-sus-hijos-comunicado-del-ministerio-de-salud-y-la-comision>
65. Puente, Alvelar, Losada R, Falcón. ¿Por qué las madres adolescentes abandonan la lactancia materna exclusiva? [Internet]. [citado 3 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.revicubalimentanut.sld.cu/Vol_20_2/RCAN_Vol_20_2_Pages_280_286.htm
66. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici [Internet]. [citado 1 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/34106/33945>
67. Almaguer Sabina P, Fonseca Hernández M, Corona Martínez L, Guerra Cabrera C, Roteta Dorado A, Sánchez Martínez E. Comportamiento de la lactancia materna exclusiva en niños de madres con y sin adiestramiento previo. *Medisur*. 2011;9(3):223–231.
68. Méndez, J. N, García Rojas Vázquez LE, Reyes Barretero DY, Trujano Ramos LA, García Rojas Vazquez LE. Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna en un programa de apoyo para la misma en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán, en el periodo de Septiembre a Noviembre del 2014. *FACTORS Affect Abandon Breastfeed SUPPORT PROGRAM SAME Hosp WOMEN MORELIA MICHOACAN PERIOD Sept Novemb 2014*. diciembre de 2015;32(6):2618-21.
69. Losa-Iglesias ME, Rodríguez-Vázquez R, Bengoa-Vallejo RB de. The Grandmother's Role in Breastfeeding. *Aquichan*. 2013;13(2):270–279.
70. Pérez García DR, Valdés Ibargollín MA. Acciones de salud sobre la familia para incrementar la lactancia materna exclusiva. (Spanish). *Fam Health Actions Increasing Exclous Breastfeed Engl*. octubre de 2015;19(4):240-3.
71. Gorrita Pérez Remigio R, Rodriguez Yenisley Ravelo, Hernandez Elisa Ruiz, Martinez MO. Morbilidad y lactancia materna exclusiva en el primer semestre en relación con una intervención educativa. (Spanish). *Morb Exclous Breast Feed First Semester Relat Educ Interv Engl*. septiembre de 2015;21(3):526-39.
72. Vereá CP. Maternidad: historia y cultura. *Rev Estud Género Ventana*. 2015;3(22):35–68.
73. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna exclusiva [Internet]. WHO. 2015 [citado 31 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/

74. UNICEF. Lactancia Materna salva vidas. Cuba [Internet]. [citado 1 de diciembre de 2016]. Disponible en:
https://www.unicef.org/cuba/media_32378.html
75. Keith M L, Arthur D F, Anne A MR. Anatomía Humana. Barcelona; 2013.
76. Maldonado JA, ANSÓTEGUI JA, Díaz Gomez M, Papí Adolfo AG. Lactancia materna: Guía para profesionales. [Internet]. Madrid: MONOGRAFÍAS DE LA A.E.P.; 2004. 442 p. Disponible en:
https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf
77. Composicion de la leche materna,.pdf [Internet]. [citado 31 de octubre de 2016]. Disponible en:
http://www.unizar.es/med_naturista/lactancia%203/Composicion%20eche%20materna,.pdf
78. García AH, Domínguez YS, Estrada AR, Alfonso D, Montiel IP. Recomendaciones actuales de la lactancia materna. Pediatría [Internet]. 1996 [citado 23 de marzo de 2017];73(2). Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2007/sp074h.pdf>
79. Blázquez García. Ventajas de la lactancia materna. Medicina Naturista; 2000.
80. Katherine J, Tapia A. Investigación de la prueba de la acidez como parámetro clasificatorio de rechazo o aceptación de la leche materna en mujeres que acuden a donar al banco de leche del hospital general provincial docente de riobamba durante el período de febrero 2015 a julio 2015. [Internet] [B.S. thesis]. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo, 2015.; 2015 [citado 23 de marzo de 2017]. Disponible en:
<http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/1327>
81. Unapucha B, Jhoana E. Implementar una guía educativa para la creación de bancos caseros de leche materna en madres que realizan funciones laborales fuera del hogar y que son atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga en el período abril-agosto del 2016 [Internet] [B.S. thesis]. 2016 [citado 23 de marzo de 2017]. Disponible en:
<http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/5056>
82. Schellhorn C, IHANM–UNICEF VVLC, Achurra SX, IBFAN N, Alvear J, de la Sociedad C de L, et al. Lactancia materna, contenidos técnicos para profesionales de la salud. [citado 23 de marzo de 2017]; Disponible en:
http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2010_Manual%20de%20Lactancia%20Materna.pdf

83. Academia Americana de Pediatría. Amamantamiento y uso de la leche humana. [Internet]. Academia Americana de Pediatría; 2012. Disponible en: www.ihan.es/cd/documentos/AAP_BF_2012_esp.pdf
84. Thompson Janice. Nutrición. Madrid: PEARSON; 2008.
85. UNICEF. Hay que facilitar que las madres amamenten a sus hijos. [Internet]. 2012 [citado 31 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.unicef.org/costarica/media_23902.htm
86. Hernández, Bernardello, Aristodemo, Barros. Hormonas y Glándulas mamarias. Venezuela: McGraw-Hill; 2006.
87. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, UNICEF. Transmisión del VIH a través de la lactancia. Washington, DC: Organización Pnamericana de la Salud; 2004.
88. Rodríguez ESC, de Pediatría Extrahospitalaria SE. Pediatría Integral Fundada en 1995. [citado 10 de abril de 2017]; Disponible en: <http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/03/Pediatria-Integral-XV-10.pdf>
89. Dixie Baldi Esquivel. PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA. Revista Enfermería Actual en Costa Rica. marzo de 2009;N°15:8.
90. Organizacion Mundial de la Salud. Promoción de la salud. Glosario. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.; 1998. 34 p.
91. Acámbaro HGD. .: FUNCIONES Y ROL DE LA ENFERMERA EN LA LACTANCIA MATERNA [Internet]. . 2014 [citado 3 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://lactanciamaternahga.blogspot.com/2014/10/funciones-y-rol-de-la-enfermera-en-la.html>
92. Éxito en la Lactancia Materna - PachecoMartinezS.pdf [Internet]. [citado 3 de noviembre de 2016]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5230/PachecoMartinezS.pdf?sequence=1>
93. Unicef Lactancia [Internet]. [citado 3 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.unicef.cl/lactancia/mod06/index.html>
94. Alvarado L, Guarín L, Cañón-Montañez W. Adopción Del Rol Maternal De La Teorista Ramona Mercer Al Cuidado De Enfermería Binomio Madre-Hijo: Reporte De Caso En La Unidad Materno Infantil [Internet]. Revista CUIDARTE. 2011 [citado 8 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533178015>

95. Hernandez, Sampieri. Metodología de la investigación. Sexta. Mexico D.F.: McGraw-Hill; 2014. 600 p.
96. Burns N. Investigación en enfermería. 3.^a ed. Madrid: ELSEVIER; 2004. 543 p.
97. ¿Qué es FACTORES DEMOGRÁFICOS? definición de FACTORES DEMOGRÁFICOS (Black's Law Diccionario)? [Internet]. [citado 24 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://espanol.thelawdictionary.org/factores-demograficos/>
98. Factores Socioculturales a considerar en la Interpretación de las Enfermedades Psico-Sociales [Internet]. [citado 24 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1976/pdf/Vol44-1-1976-5.pdf>
99. Peter B. Conocimiento: la ventaja competitiva. Blue Eagle Group; 2005. 85 p.
100. Labrada P, C M de la, Vivanco del Río M, González G, María R, Guibert Reyes W. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. Rev Cuba Med Gen Integral. agosto de 1999;15(4):397-402.
101. Gil PS, Lorenzo JA, Díaz AL, Rodríguez DM, Suárez MM. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias. Gac Sanit. 2001;15(2):104–110.
102. Aznar FE, Salazar S, Delgado X, Cani T, Cluet de Rodríguez I. Evaluación del conocimiento de las madres sobre Lactancia Materna: Estudio Multicéntrico en las áreas metropolitanas de Caracas y Maracaibo. Arch Venez Pueric Pediatría. diciembre de 2009;72(4):118-22.
103. Gaceta L. «La mujer tiene menos hijos y lo hace mucho más tarde que antes» - La Gaceta [Internet]. [citado 4 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.lagaceta.com.ar/nota/408429/informacion-general/mujer-tiene-menos-hijos-lo-hace-mucho-mas-tarde-antes.html>
104. López Marín BE, Martínez LJ, Zapata NJ. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. 2013 [citado 23 de marzo de 2017]; Disponible en: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/handle/10495/5087>
105. García Laborda A, Rodríguez Rodríguez JC. Factores personales en la relación terapéutica. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría. 2005;(96):29–36.
106. Silva R, Dolores M, Pouymiró Brooks Y, Nicó D, Alejandra Y. Lactancia materna exclusiva a menores de seis meses pertenecientes al Policlínico Docente Municipal de Santiago de Cuba. MEDISAN. febrero de 2014;18(2):226-34.

107. OMS | Lactancia materna exclusiva [Internet]. WHO. [citado 4 de abril de 2017]. Disponible en:
http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
108. Patronato Nacional de la Infancia PANI Costa Rica - Patronato Nacional de la Infancia PANI Costa Rica [Internet]. [citado 5 de abril de 2017]. Disponible en:
http://www.pani.go.cr/index.php?option=com_content&view=article&id=426:lactancia-materna-un-derecho-humano&catid=36:noticias
109. D G, Magaly E, López B N, G P, Esperanza G, P G, et al. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS RELACIONADOS CON LACTANCIA MATERNA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL EN UNA POBLACIÓN VULNERABLE. Rev Chil Nutr. marzo de 2008;35(1):43-52.
110. Mazenett, G. Factores relacionados con el hábito de lactancia materna en mujeres de 15 a 44 años del distrito de Cartagena [Internet]. [Bogotá de, Colombia]: Universidad Nacional de Colombia; 2012. Disponible en:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/9899/1/598037.2012.pdf>
111. Grupos de apoyo a la lactancia. UNICEF [Internet]. [citado 4 de abril de 2017]. Disponible en:
https://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_LMgalm.PDF

ANEXOS

Anexo 1: Declaración jurada

DECLARACIÓN JURADA

Yo Wendy Eras Obando, mayor de edad, portador de la cédula de identificación número 304710753, egresada de la carrera de Enfermería, de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de este acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura en Enfermería, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: Factores que influyen en el proceso de lactancia materna exclusiva según grado académico en mujeres de 18 a 41 años que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, en un Hospital clase A del área metropolitana, enero, 2017, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que estos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advirtiendo que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José a los 17 días del mes de febrero del año dos mil diecisiete.

 304710753
Firma del estudiante
Cédula de identidad

Anexo 2: Carta de tutor

CARTA DEL TUTOR

San José, 20 de mayo, 2017

Dirección de Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimados(as) señor(as):

La estudiante Wendy Eras Obando, cédula de identidad número: 304710753, me ha presentado, para efectos de revisión final, el trabajo de investigación denominado "*Factores que influyen en el proceso de lactancia materna exclusiva según grado académico en mujeres de 18 a 41 años que asistieron al Curso de Preparación para el Parto, en un hospital clase A del área metropolitana, enero 2017*", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciada en Enfermería.

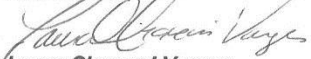
En mi calidad de tutor, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante la revisión, he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

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

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

En virtud de la calificación obtenida, se da por aprobado y finalizado el proceso final de revisión de trabajo de tesis.

Atentamente,



Laura Chaverri Vargas
Cédula de identidad: 2-0544-0224
Carné Colegio Enfermeras: 5294

Anexo 3: Carta de lector

San José, 26 abril 2017.

Msc.
Zaida Rodríguez Cordero
Carrera de Enfermería, Dirección.
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

La estudiante **WENDY ERAS OBANDO**, ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN GRADO ACADÉMICO EN MUJERES DE 18 A 41 AÑOS QUE ASISTIERON AL CURSO DE PREPARACIÓN PARA EL PARTO, EN UN HOSPITAL CLASE A, ÁREA METROPOLITANA, ENERO, 2017** el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y, la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación.

He verificado que se han hecho las modificaciones correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo cuenta con mi aval para continuar con el proceso.

Atentamente,



Msc. María Cecilia Astúa Vega.
Lectora metodológica.
Cédula de identidad 3-213-890
Teléfono 89518851
maryastua@gmail.com

Anexo 4: Carta de Filólogo



EDUCATESIS, hace constar que se realizó la revisión del presente trabajo, se analizó la construcción de párrafos, vicios del lenguaje, ortografía, puntuación y otros relacionados a la Corrección de Estilo, sin alterar la intencionalidad del autor y el enfoque del tema. Por lo tanto, **CERTIFICA**, la revisión y corrección de la tesis para optar por el Grado Académico de:

Licenciatura de Enfermería
Universidad Hispanoamericana.

Tema:

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN
GRADO ACADÉMICO EN MUJERES DE 18 A 41 AÑOS QUE ASISTIERON AL
CURSO DE PREPARACIÓN PARA EL PARTO,
EN UN HOSPITAL CLASE A,
ÁREA METROPOLITANA,
ENERO, 2017.

Elaborado por: **WENDY ERAS OBANDO.**

Se extiende la presente en San José, 26 de abril del 2017.

Atentamente:

LICDA. JACQUELINE RÍOS A.
COORDINADORA GENERAL DE FILÓLOGOS
EDUCATESIS
C/616



Anexo 5: Cuestionario de aplicación

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA CUESTIONARIO DE APLICACIÓN ESCUELA DE ENFERMERÍA

Estimado participante, a continuación se presenta un formulario, que forma parte del trabajo final de graduación, para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería de la estudiante Wendy Eras Obando.

La información que proporcione será de gran valor para la investigación, el formulario tiene una duración aproximada de 7 minutos, se garantiza total confidencialidad, al mismo tiempo se le agradece su participación.

Instrucciones generales: Marque con una X la respuesta pertinente o la que considere que se acerque más a su opinión personal. Solamente se permite una respuesta por pregunta, excepto cuando ésta indique lo contrario.

I Parte: Datos generales

1. Edad:

- De 18 a 23 años
- De 24 a 29 años
- De 30 a 35 años
- De 36 a 41 años

2. Último grado académico alcanzado:

- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Universitaria incompleta
- Universitaria completa

3. Estado civil:

- Casada
- Unión libre
- Soltera
- Divorciada
- Separada

4. Provincia de residencia actual:

- San José
- Cartago
- Alajuela
- Heredia

5. Ocupación actual:

- Empleada pública
- Empleada del sector privado
- Estudiante
- Ama de casa

6. ¿Cuántos hijos tiene?

- Uno
- Dos
- Tres
- Cuatros o más

II Parte: Factor sociocultural y lactancia materna

7. ¿Cómo fue la información brindada en el curso de preparación para el parto, respecto a la lactancia materna?

- Muy buena, me sentí muy segura y apoyada durante mi proceso de lactancia
- Buena, me ayudó en el proceso de amamantamiento
- Regular, creo que pudo ser mejor
- Escasa, la información respecto a ese tema no fue lo suficientemente amplia

8. ¿Qué impacto generó el asistir al curso de preparación para el parto, en su proceso de lactancia materna?

- Mucho, la información brindada fue vital para el éxito en mi proceso de lactancia
- Poco, el tema de lactancia no fue lo suficientemente extenso
- Muy poco, obtuve mayor información por otros medios
- Ninguno, no marcó diferencia en mi proceso de lactancia

9. ¿Brindó usted lactancia materna exclusiva, es decir, sin utilizar ningún otro tipo de alimento diferente a la leche materna hasta los 6 meses de vida del niño(a)?

- Sí
- No

10. ¿Cuánto tiempo prolongó su periodo de lactancia materna?
- Hasta los 2 meses
 - Hasta los 6 meses
 - Hasta el primer año
 - Después del primer año
11. ¿Brindó usted fórmula infantil en los primeros 6 meses de vida a su hijo? (Si su respuesta es negativa pase a la pregunta número 13)
- Sí
 - No
12. ¿Cuál fue la principal razón por la que utilizó la formula infantil durante los primeros 6 meses de vida de su hijo(a)?
- Porque tuve poca producción de leche materna
 - Por necesidad, al reincorporarme a mis funciones laborales
 - Por recomendación del médico (Pediatra)
13. ¿Por qué decidió no utilizar fórmulas durante los primeros 6 meses de vida del niño(a)?
- Porque tuve suficiente producción de leche
 - Porque no quería darle a mi hijo(a) otro alimento diferente a la leche materna
 - Por recomendación de profesionales en salud
 - Otro
14. ¿Durante su proceso de lactancia, tuvo alguna complicación?
- No, ninguna
 - Sí, me dolía mucho cuando alimentaba a mi hijo(a)
 - Tuve mastitis
 - Tuve que suspenderla por problemas de salud
 - Otro
15. ¿Durante su estadía en el hospital, recibió apoyo en cuanto a la técnica de amamantamiento por parte de los funcionarios de salud?
- Siempre
 - Casi siempre
 - Casi nunca
 - Nunca

16. ¿Cuál es su grado de satisfacción hoy, con respecto al amamantamiento?

- () Muy alto, me siento muy orgullosa y satisfecha
- () Alto, tuve una experiencia bonita
- () Intermedio, tuve complicaciones que no me permitieron disfrutar plenamente del proceso
- () Bajo, me sentía muy adolorida la mayoría del tiempo
- () Muy bajo, no me gustó la experiencia

17. ¿En su experiencia, cuál era su nivel de comodidad cuando daba el pecho a su hijo en un lugar público?

- () Nunca brindé lactancia materna el público
- () Me sentí muy incómoda
- () Me sentí cómoda
- () Me sentí muy cómoda y apoyada

18. ¿Según su opinión, como cree usted que la sociedad considere el que una madre amamante a su hijo(a) en público?

- () Muy bueno, es algo natural y no debe ser motivo de prejuicios
- () Bueno, pero la madre debería cubrirse muy bien el pecho durante el amamantamiento
- () Regular, está bien pero debería darse pecho en un baño o un espacio privado
- () Malo, es algo poco higiénico para el bebé, ya que no existe el aseo que habría en su hogar
- () Muy malo, es una práctica indecente, no debería darse pecho en público

III Parte: Lactancia materna exclusiva y grado académico

19. ¿Según su conocimiento, cuál es la definición de lactancia materna exclusiva?

- () Es la alimentación con leche materna y con leche artificial simultáneamente
- () Es la alimentación basada únicamente con leche materna, sin la introducción de alimentos sólidos o líquidos
- () Es la alimentación con leche materna, pero se complementa con otro tipo de alimentos

20. Según las autoridades de salud, la lactancia materna exclusiva se recomienda por un periodo de:

- () Hasta que el bebé muestre interés en otros alimentos
- () No hay una edad específica, cada niño(a) es diferente
- () Hasta los 4-5 meses
- () Hasta los 6 meses

21. ¿A qué edad agregó alimentos sólidos en la alimentación de su hijo?

- () Antes de los 6 meses
- () Después de los 6 meses

22. ¿Durante los primeros 2-3 meses, con qué frecuencia se debe brindar el pecho?

- Cada 2-3 horas
- Cada 5 horas
- Cada vez que el niño(a) lo desee

23. De los siguientes beneficios de la lactancia materna, cuáles cree usted que son los más importantes: (Puede marcar más de una opción)

- Representó un ahorro económico para mi familia
- Me facilitó la pérdida de peso posterior al embarazo
- Fue una experiencia de acercamiento íntimo con mi hijo(a)
- Siento que mi hijo(a) crece más sano
- Lo/ la protege contra muchas enfermedades a lo largo de su vida

24. ¿Durante el periodo de amamantamiento, requirió asesoría por parte de la Clínica de Lactancia Materna del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia? (Si su respuesta es negativa pase a la pregunta 26)

- Sí
- No

25. ¿Cómo califica su experiencia en la Clínica de Lactancia Materna?

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

26. ¿En un siguiente embarazo, usted decidiría brindar lactancia materna exclusiva a su hijo(a)?

- Sí, porque es una experiencia única e inolvidable
- No, porque no me gustaría pasar nuevamente por este proceso

27. ¿Qué recomendación daría usted a una madre que está iniciando el periodo de lactancia materna? (Puede marcar más de una opción)

- No utilizar leche artificial para complementar la leche materna
- Buscar apoyo de los profesionales en enfermería para conocer las técnicas de amamantamiento
- Buscar ayuda profesional de salud para informarse que hacer en caso de poca producción de leche materna
- Siempre sentirse en confianza para exteriorizar sus dudas a los profesionales de salud
- Informarse muy bien sobre las legislaciones que apoyan la lactancia en el país

Anexo 6: Valor agregado para enfermería en la investigación.

Experiencias de las madres sobre el amamantamiento	
Mi pediatra me recomendó darle fórmula al bebé porque no subía de peso.	Me apasioné con el proceso de lactancia gracias a la educación que recibí.
Hace falta más propaganda, más visibilidad de mamás amamantando.	Una siempre quiere darle lactancia al bebé pero las cosas son muy difíciles.
Debí informarme más porque no supe cómo actuar ante las recomendaciones de mi pediatra.	Al asistir al curso me sentí más preparada para el proceso de lactancia y pude lograr la lactancia exclusiva.
Vender la idea de la leche materna.	Amar la lactancia y creer fielmente en ella.
Decirle a la mamá que la lechita suya es lo mejor que se le puede dar al bebé.	Preferí cambiar de pediatra que cambiar mi proceso de lactancia.
La lechita mía es el mayor regalo que le puedo dar a mi hijo.	Las enfermeras me ayudaron a quitar de mi mente los mitos que tenía de la lactancia.
Es la mejor sensación del mundo, sentir ese calorcito de mi bebé, es el momento más hermoso del mundo, aunque es muy duro éste proceso, pero vale la pena.	Nadie nunca debe juzgar a una madre por no darle lactancia al bebé. Una quiere hacer todo por la salud del niño pero a veces la situación no lo permite.
Gracias al curso del parto tuve una hermosa experiencia porque la enfermera siempre me dijo que por más difícil que fuera al inicio nunca dejara esto porque es lo más valioso para mi hijo.	Las enfermeras me motivaron a buscar cada vez más educación sobre la lactancia y así prepararme con el tema, fundaciones y brindar ayuda a madres que lo necesitan. Yo hago todo para que la lactancia siga brillando.

Fuente: elaboración propia, a base experiencias en ña recolección de datos.

Anexo 7: Resultado de prueba de confiabilidad del instrumento

Alpha Cronbach

Test scale = Mean (unstandardized items)

Average

Item	Obs	Sign	item-test correlation	item-rest correlation	interitem covariance	alpha
p9	80	-	0.8875	0.7153	.019462	0.2895
p11	80	+	0.9067	0.7643	.0160865	0.2434
p14	80	+	0.5879	0.2032	.0776899	0.7365
p26	80	-	0.1596	0.0655	.1075422	0.7109
Test scale				.0551951	0.6349	

Fuente: Programa STATS, Universidad Hispanoamericana