



BUAP

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL REGIONAL NÚM. 36

**“IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA PARA INCIDIR
POSITIVAMENTE EN LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DEL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 36”**

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en:

Pediatría:

Presenta:

Dr. Giovanni Díaz Martínez

Asesor metodológico:

Dra. Socorro Méndez Martínez

Asesor experto:

Dr. Omar Alejandro Martínez Fernández



H. Puebla de Zaragoza. Noviembre 2017

Número de registro nacional SIRELCIS :R-2017 -2102 - 51



FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL REGIONAL NÚM. 36

**“IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA PARA
INCIDIR POSITIVAMENTE EN LA LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA DEL HOSPITAL
GENERAL REGIONAL NO. 36”**

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en:

Pediatría:

Presenta:

Dr. Giovanni Díaz Martínez

Asesor metodológico:

Dra. Socorro Méndez Martínez

Asesor experto:

Dr. Omar Alejandro Martínez Fernández



H. Puebla de Zaragoza. Noviembre 2017

Número de registro nacional SIRELCIS :R-2017 -2102 - 51

A mi familia.

Soy afortunado de haber nacido en esta familia.

Agradezco de todo corazón el apoyo y respaldo brindados.

Sin ustedes, este sueño no habría sido posible.

Gracias papá, estoy orgulloso de ti, porque veo al maestro, al amigo, al colega, a un ejemplo de hombre, espero algún día ser más grande que tú.

Gracias mamá, las palabras no bastan para expresarte mi admiración. Eres el ejemplo de madre. Tan grande fue tu amor por mí, que inclusive renunciaste a tus sueños con tal de verme crecer. Toda la vida estaré en deuda contigo.

A mis hermanas. Son mi motivación para seguir adelante, para procurar ser un buen hijo, ejemplo para ustedes y mejor persona. A las personas que me han forjado, que me han enseñado, y que han invertido un poco de su tiempo en mis logros. Agradezco de todo corazón. Siempre tendré presente a quienes aún tienen fe en mí.

Sinceramente.

Giovanni Díaz Martínez



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL**

CARTA DE AUTORIZACION DE IMPRESIÓN

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL PUEBLA
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 36
PUEBLA, PUEBLA, 14 DE NOVIEMBRE DEL 2017
AUTORIZACION DE IMPRESIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD**

LOS ASESORES

DRA. SOCORRO MENDEZ MARTÍNEZ

DR. OMAR ALEJANDRO MARTINEZ FERNANDEZ

DE LA TESIS TITULADA

**"IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA PARA INCIDIR POSITIVAMENTE
EN LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DEL HOSPITAL GENERAL
REGIONAL NO. 36**

**REALIZADA POR EL MEDICO RESIDENTE
DR. GIOVANNI DIAZ MARTINEZ
DE LA ESPECIALIDAD DE
PEDIATRIA**

**HACEMOS CONSTAR QUE ESTE TRABAJO CIENTIFICO HA SIDO REVISADO
Y AUTORIZADO CON EL NUMERO DE REGISTRO NACIONAL R - 2017 - 2102
- 51 PROPORCIONADO POR EL SISTEMA DE REGISTRO EN LINEA DE LA
COMISION DE INVESTIGACION EN SALUD (SIRELCIS)**

AUTORIZAMOS SU IMPRESIÓN

Dr. Omar A. Martínez Fernández



**Neurólogo Pediatra
Ced. Prof. 5936466
Ced. Esp. 1916722**

DR. OMAR ALEJANDRO MARTINEZ FERNANDEZ

Dra. Socorro Méndez Martínez
EXPERTO



**COORDINACIÓN AUXILIAR MÉDICA
DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CED. ESP. 4584580
IMSS MAT. 11279974**

**DRA SOCORRO MENDEZ MARTINEZ
ASESOR METODOLOGICO**



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **2102** con número de registro **17 CI 21 114 027** ante COFEPRIS
HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUM 36, PUEBLA

FECHA **08/09/2017**

DR. OMAR ALEJANDRO MARTINEZ FERNANDEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

IDENTIFICACIÓN DE AREAS DE MEJORA PARA INCIDIR POSITIVAMENTE EN LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 36

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

| |
|------------------|
| Núm. de Registro |
| R-2017-2102-51 |

ATENTAMENTE

DR.(A). ERNESTO CORONA ALVARADO

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2102

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO DEL ÁREA DE LA SALUD

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL EN PUEBLA
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36

TESIS

**IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA PARA INCIDIR POSITIVAMENTE
EN LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DEL HOSPITAL GENERAL
REGIONAL NO. 36**

INVESTIGADOR RESPONSABLE
DR. OMAR ALEJANDRO MARTÍNEZ FERNÁNDEZ
CATEGORIA: NEURÓLOGO PEDIATRA
MATRICULA: 99368657
ADSCRIPCIÓN: HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 36
CORREO ELECTRÓNICO: travis10572000@gmail.com
TELÉFONO: 2227363923

INVESTIGADOR ASOCIADO
DRA. SOCORRO MÉNDEZ MARTINEZ
CATEGORIA: NEONATOLOGA PEDIATRA
MATRICULA: 11279974
COORDINACIÓN AUXILIAR MÉDICA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD,
DELEGACION PUEBLA
CORREO ELECTRÓNICO: socorro.mendez@imss.gob.mx
TELEFONO: 2224338841

INVESTIGADOR ASOCIADO
R3P GIOVANNI DIAZ MARTINEZ
CATEGORIA: MEDICO RESIDENTE DE PEDIATRIA
MATRICULA: 99186692
SEDE: H.G.R. NO. 36 SAN ALEJANDRO, PUEBLA
CORREO ELECTRÓNICO: giovanni.diaz.martinez@hotmail.com
TELEFONO: 248 102 6449

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| 1. ANTECEDENTES..... | 10 |
| 1.1 ANTECEDENTES GENERALES..... | 11 |
| 1.2 ANTECEDENTES ESPECIFICOS..... | 12 |
| 2. JUSTIFICACIÓN..... | 14 |
| 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 16 |
| 4. HIPÓTESIS..... | 16 |
| 5. OBEJTIVOS..... | 16 |
| 5.1 OBJETIVOS GENERALES..... | 16 |
| 5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS..... | 16 |
| 6. MATERIAL Y MÉTODOS..... | 16 |
| 6.1 TIPO DE ESTUDIO..... | 16 |
| 6.2 UBICACIÓN TEMPORAL..... | 16 |
| 6.3 ESTRATEGIA DE TRABAJO..... | 16 |
| 6.4 MARCO MUESTRAL..... | 17 |
| 6.4.1 UNIVERSO DE ESTUDIO..... | 17 |
| 6.4.2 SUJETOS DE ESTUDIO..... | 17 |
| 6.4.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN..... | 17 |
| 6.4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSION..... | 17 |
| 6.4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSION..... | 17 |
| 6.4.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACION..... | 17 |
| 6.5 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO..... | 18 |
| 6.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA..... | 18 |
| 6.7 VARIABLES Y ESCALA DE MEDICIÓN..... | 19 |
| 6.8 DEFINICIÓN DE VARIABLES..... | 19 |
| 6.9 METODOS DE RECOLECCION DE DATOS..... | 20 |
| 6.10 TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS..... | 20 |
| 6.11 ANALISIS DE DATOS..... | 21 |
| 7. LOGISTICA..... | 23 |
| 7.1 RECURSOS HUMANOS..... | 24 |
| 7.2 RECURSOS MATERIALES..... | 24 |
| 7.3 RECURSOS FINANCIEROS..... | 24 |
| 7.4 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES..... | 24 |
| 8. ASPECTOS ETICOS..... | 25 |
| 9. RESULTADOS..... | 26 |
| 10. DISCUSION..... | 35 |
| 11. CONCLUSIONES..... | 36 |
| 12. PROPUESTAS DE MEJORA..... | 36 |
| 13. FORATLEZAS Y DEBILIDADES..... | 37 |
| 14. ANEXOS..... | 38 |
| 15. BIBLIOGRAFIA..... | 45 |

RESUMEN

TITULO

Identificación de áreas de mejora para incidir positivamente en la lactancia materna exclusiva del Hospital General Regional No. 36

AUTORES

Dr. Omar Alejandro Martínez Fernández, Dra. Socorro Méndez Martínez, R3P Giovanni Díaz Martínez

INTRODUCCION

La leche materna es el alimento más recomendado para la nutrición del recién nacido. La Organización Mundial de la Salud¹(OMS), a nivel internacional, recomienda la leche materna como alimentación exclusiva del lactante durante al menos los primeros 6 meses de vida y como complementaria hasta 2 años de edad² (Healthy People 2010), fundamentalmente, por motivos de salud y buena nutrición del niño. La tradición de dar el pecho a los recién nacidos sufrió un importante declive en la mitad del siglo pasado, para volver a incrementarse a partir de la década de los 80, fundamentalmente por la difusión por parte de los profesionales sanitarios de los beneficios que proporciona³. La lactancia materna (LM) protege al lactante de enfermedades infecciosas, favorece su crecimiento, y fortalece el vínculo materno, además de presentar ventajas para el postparto de la madre y de disminuir la incidencia de cáncer de mama y útero^{4,5}. Incluso desde un punto de vista más social, la lactancia materna supone un ahorro económico y disminuye los residuos sólidos urbanos, por lo que contribuye a la sostenibilidad⁶. Numerosos estudios han pretendido correlacionar la lactancia materna con un mejor desarrollo cognitivo del niño. En una revisión de la bibliografía disponible sobre el tema desde 1929 hasta 2001, se encuentra que, la mayoría de los artículos señalan que la lactancia materna favorece una mayor inteligencia⁷, a pesar de que algunos autores atribuyen los beneficios de la lactancia al vínculo que crea intimidad madre/hijo y a sus lazos afectivos⁸, la mayor parte de los investigadores atribuyen estas diferencias a la presencia de ácido docosahexenoico (DHA, ácido graso omega-3), en la leche materna, en concentraciones dependientes de la ingesta materna de ácidos grasos. De hecho, se ha confirmado un mejor desarrollo cognitivo en hijos de madres suplementadas con este tipo de ácidos grasos⁹. Los ácidos grasos polinsaturados (PUFA), especialmente DHA y ácido araquidónico, están presentes en sistema nervioso central en muy altas concentraciones¹⁰, y se sugiere que tiene un papel importante en la estructura de las membranas neuronales fundamentalmente en relación con la señalización intercelular asociada a proteínas G¹¹. En base a este trasfondo, nace la premisa de perseguir el ideal de lactancia materna exclusiva y de buscar estrategias para promover su utilización en un medio en el que cada vez más, las fórmulas comerciales imperan.

OBJETIVO

Identificar áreas de mejora para incidir positivamente en la lactancia materna exclusiva del Hospital General Regional No. 36

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo, observacional y transversal, en pacientes puérperas del Hospital General Regional No. 36 (HGR No. 36), a las cuales se les aplicará una encuesta sobre la lactancia, en las primeras 6 horas postparto, durante el periodo de Agosto 2017 a Enero 2018. Las variables a estudiar serán las características generales de las pacientes, las áreas de oportunidad en el post-parto, el grado de conocimiento de las puérperas sobre lactancia, se le interrogará si planea amamantar a su recién nacido; aunado a ello, se identificarán las practicas hospitalarias sobre lactancia materna, mediante un instrumento ad hoc, en base a una entrevista semiestructurada. El tamaño de la muestra será por conveniencia y el tipo de muestreo no probabilístico, el análisis de los resultados incluirá estadística descriptiva reportando media y desviación estándar en caso de distribución normal, así como frecuencias para variables categóricas.

RESULTADOS

Se encuestaron un total de 100 puérperas durante las primeras horas posteriores al nacimiento del bebé. En base al estudio, tenemos que el tipo de familia con mayor proporción fue la nuclear simple con un 47%. En cuanto al estado socioeconómico, tenemos que el más representativo fue el estrato medio bajo con 69%. Respecto al estado civil, la unión libre fue la más frecuente con 47%. La escolaridad de la madre fue medida en años cursados, de los cuales tenemos que la mayoría corresponde a preparatoria con 60%. La condición laboral de la madre, se clasificó según si posee un trabajo o no. Resultado que la mayoría de las madres no tienen un empleo, 57%. El servicio en el que más se entrevistó puérperas fue el puerperio de bajo riesgo con 76%. El turno en el cual se entrevistó la mayor cantidad de pacientes fue el vespertino con 38%. La vía de nacimiento más empleada fue la vaginal con un total del 52%. En cuanto a las áreas de oportunidad exploradas, tenemos que la sobresaliente fue el conocimiento sobre el tema de lactancia materna con un 69%. En cuanto al conocimiento sobre la lactancia materna, tenemos que el predominante fue el vulgar o empírico con un 77%. En lo referente a continuar la lactancia en el domicilio, se observa que la mayor parte de las madres están de acuerdo: 96%. Conforme a lo obtenido sobre las prácticas hospitalarias, tenemos que la mayoría de las pacientes: 81% recibieron algún tipo de capacitación o información sobre lactancia materna. El personal que más se encuentra involucrado con la enseñanza, capacitación de la lactancia materna fue enfermería, con un 74%. Prácticamente todos los recién nacidos, sin importar su condición, fueron alimentados con fórmula, posterior al nacimiento. 100% Las puérperas comentan que, para mejorar la lactancia materna en el hospital, el factor clave sería un adecuado adiestramiento por parte del personal del área de la salud hacia ellas, en un 56%.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos de nuestra investigación, reflejan que las prácticas de la lactancia materna en el Hospital General Regional No. 36, se ven amenazadas por diversas situaciones que dificultan su realización, ejemplos muy claros: la falta de enseñanza por parte del personal médico, la alimentación con fórmulas de manera indiscriminada, la falta de organización y logística para la solución de problemas relacionados con la lactancia materna, y más importante aún, la carencia de apego hacia los diez pasos de la lactancia materna, por apego incompleto al modelo de “Hospital Amigo del Niño y de la Niña”. Situaciones que deberán trabajarse para garantizar una mejora.

1. ANTECEDENTES

1.1 ANTECEDENTES GENERALES

La lactancia materna es inherente a los mamíferos – el ser humano entre ellos – y en su ausencia ninguna de estas especies hubiese sobrevivido¹². Ha demostrado ser un factor protector contra distintas enfermedades infectocontagiosas, atópicas, cardiovasculares, leucemia, enterocolitis necrotizante, enfermedad celiaca y enfermedades inflamatorias intestinales. Asimismo, tiene un impacto positivo en el neurodesarrollo, mejorando el coeficiente intelectual y pudiendo tener una disminución del riesgo de otras condiciones como el déficit de atención, trastorno generalizado del desarrollo y alteraciones de conducta. La lactancia materna puede prevenir un 13% de la mortalidad infantil del mundo, y disminuye el riesgo de muerte súbita del lactante en un 36%¹³. Por otro lado, implica un ahorro directo en el uso de fórmulas lácteas, e indirecto en costos de salud asociados, muertes prematuras y años de vida ajustados por calidad, entre otros. El uso de fórmulas lácteas tiene riesgos inherentes asociados, ya que aumentan el riesgo de las alteraciones de la cavidad oral, tales como respiración bucal, maloclusión, alteración de la mordida y caries, de igual manera, la microbiota intestinal, la oxigenación y la termorregulación de los lactantes se ven negativamente afectadas por su uso. Independientemente, desde el enfoque que se analice, la lactancia materna trae consigo, más beneficios que desventajas, pues es bien sabido que no solo ha contribuido con la solvencia de una necesidad primaria, sino que a su vez, ha marcado el curso de la evolución y supervivencia de la especie. En términos específicos, tenemos que la LM es protectora, se asocia con un 64% de reducción de la incidencia de infecciones gastrointestinales inespecíficas y además existe un efecto protector residual hasta dos meses después de suspendida¹⁴. Por su parte aquellos lactantes alimentados con fórmula exclusiva presentan un incremento del 80% de presentar diarrea¹⁵. En relación a las enfermedades respiratorias, los niños que no fueron amamantados presentan casi quince veces más mortalidad por neumonía¹⁶; el riesgo de hospitalización por infección respiratoria baja durante el primer año de vida disminuye 72% en niños alimentados con LME por al menos 4 meses. En términos generales, se ha observado una dosis respuesta entre el tipo de lactancia (LME, lactancia mixta y fórmula exclusiva) y el riesgo de presentar enfermedades infectocontagiosas tales como diarrea, enfermedad febril aguda e infecciones respiratorias durante los primeros años de vida¹⁷. En niños sin antecedentes

familiares de atopia, la disminución del riesgo de asma, dermatitis atópica y eczema es del 27% al ser amamantados por al menos tres meses, y el riesgo de dermatitis atópica disminuye 42% en aquellos con antecedentes familiares de atopia alimentados con LME por al menos tres meses¹⁸. De igual manera, la LM tendría un rol protector contra la obesidad, hipertensión, dislipidemia y diabetes mellitus tipo 2 durante la adultez¹⁹. La duración de la lactancia está inversamente relacionada con el riesgo de sobrepeso, cada mes extra de lactancia se asocia con un 4% de disminución del riesgo²⁰. Respecto a la hipertensión, un estudio prospectivo británico que evaluó recién nacidos pretérmino y los siguió hasta la adolescencia, encontró que aquellos alimentados con leche de banco de leche presentaron significativamente menores presiones arteriales media y diastólica que aquellos alimentados con fórmula para prematuros²¹. Sobre la dislipidemia, hay revisiones de estudios de cohorte y casos-control que existe una reducción del colesterol total y LDL de 7 mg/dl por ambos grupos, en adultos que fueron amamantados en su infancia, comparado con aquellos alimentados con fórmula. Por otro lado, se tiene registro en la literatura de que la LM por seis meses o más estaba asociada a un 19% de disminución del riesgo de desarrollar leucemia durante la infancia²². En el ámbito neurológico, es más que bien sabido que contribuye al correcto desarrollo neuronal y de las series más representativas, tenemos que en niños con muy bajo peso al nacimiento, la duración de la LM se correlacionó directamente con la puntuación de coeficiente intelectual verbal y de ejecución en la escala de Welchler a los 7-8 años, según un estudio de cohorte²³. Finalmente, tenemos que si se toma en cuenta los 42 países en vías de desarrollo en los que se producen 90% de la mortalidad infantil del mundo, la LME durante 6 meses y el destete después del año de vida es la intervención más efectiva que existe, ya que tiene el potencial de prevenir más de un millón de muertes infantiles por año, lo que equivale a la prevención del 13% de la mortalidad infantil mundial. Pese a todos los beneficios que trae consigo la LM, durante el último siglo ha presentado cambios significativos, puesto que se han observado cambios importantes en los patrones de alimentación infantil, así como una disminución progresiva y significativa de la incidencia y duración de la alimentación materna, por lo que existe una preocupación de los investigadores por estudiar diversos factores, como es la dieta de la madre, para observar su relación con el crecimiento neuronal rápido, conexiones sinápticas y la mielinización del cerebro del feto, ya que se ha observado que una deficiente alimentación de la madre, puede ocasionar una reducción del tamaño cerebral, disminución del número de células cerebrales, y una organización bioquímica del cerebro inmadura o incompleta del niño. Es por ello y muchas razones más que conviene realizar estudios que se enfoquen en determinar las problemáticas que impiden una correcta LM y diseñar propuestas encaminadas a preservarla, fomentarla y promoverla, sobretodo en aquellos sitios donde los recursos son escasos y las condiciones adecuadas de salubridad y agua potable, pues la lactancia materna puede salvar la vida de los recién nacidos y en general garantizar una mejor calidad de vida.

1.2 ANTECEDENTES ESPECIFICOS

La lactancia materna es una de las estrategias más costo efectivas para prevenir la morbilidad y mortalidad infantil²⁴, puesto que la lactancia materna salva vida y reduce enfermedades infecciosas y crónicas, en especial, la LME en menores de seis meses de edad²⁵. En América Latina se podría evitar el 55% de las muertes por diarreas e infecciones respiratorias agudas si se practicara de forma exclusiva en menores de 3 meses y se continuara hasta el año de edad²⁶. Sus efectos protectores son mayores a medida que la vulnerabilidad biológica y social de los niños aumenta y evita mas enfermedades y muertes en edades más cercanas al nacimiento²⁷, además la magnitud de su protección es mayor en hogares en mayor pobreza²⁸.

Los primeros años de vida son cruciales en el crecimiento de todo ser humano, es allí donde el desarrollo emocional establece las bases de la salud mental. En estos primeros momentos existe una extrema dependencia emocional de los infantes y es por eso que su desarrollo biológico, psicológico y social no puede considerarse al margen del cuidado que se le brinda, situación que en los primeros años de vida está del lado de su madre²⁹. Es a partir de estos cuidados y de esta relación fundamental que se comienza a forjar el vínculo afectivo entre el lactante y la madre. Es por eso que el momento de la lactancia materna, es un precursor de dicho vinculo, momento esencial que no solo brinda beneficios biológicos, sino también psicológicos, económicos, y sociales³⁰.

La lactancia materna es considerada hasta el momento, el mejor alimento exclusivo que puede recibir un recién nacido hasta los 6 meses de vida. Por lo que el término lactancia materna exclusiva (LME) se emplea para llamar a los niños que solo se crían con leche materna³¹. La lactancia artificial se observa cuando la alimentación láctea es a través de fórmulas maternizadas y se conoce como lactancia mixta, cuando el bebé es amamantado con leche materna y otros tipos de leche (Sastre, Varca y Arias, 2003)³². Esto es importante, ya que de dicha situación parte la premisa de uno de los principales motivos por los cuales se tienen dificultades para continuar con la práctica habitual, pues los sucedáneos de la leche materna, día con día ganan más terreno, al ser de fácil acceso y brindar comodidad en su uso. Sin embargo, no hay que olvidar el hecho de que la LME y la adecuada alimentación complementaria (en calidad y cantidad) son dos factores que promueven un adecuado crecimiento y composición corporal³³. Por ende, es de suma importancia recalcar que existen diversos mecanismos implicados a mejorar el crecimiento, tal es el hecho que diversas publicaciones señalan que las experiencias tempranas de alimentación asociadas a la aceptación o rechazo de distintos sabores de alimentos como las frutas y verduras, pudiera estar directamente influida por el consumo de leche materna, siempre y cuando dichos alimentos hayan sido empleados de manera regular por la madre. Pese a todos los descubrimientos y avances en el campo de la lactancia, es lamentable ver como dentro de la población pocos bebés son amamantados exclusivamente, relegando todos los beneficios de la lactancia materna a un mero papel secundario, donde el argot popular impera por sobretodo hecho científico. Y es en este rubro donde nos cuestionamos ¿hacia dónde se dirige el futuro de la lactancia materna?, ¿en algún momento dará cabida la sustitución absoluta de la LM por las fórmulas comerciales?, sin duda alguna, la respuesta yace en la competencia del Sistema de Salud Nacional para dar promoción al ejercicio

de la lactancia más que a los intereses de las industrias encargadas de la producción y comercialización de los sucedáneos de la leche materna.

En la actualidad, la tendencia en muchos países, incluido México, se dirige al abandono temprano de la LME aun cuando se han realizado iniciativas para fomentarla, tales como el Código Internacional de Sucesáneos de la Leche Materna (1981), la implementación del programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre (2001) o la emisión de la normatividad por parte de la OMS para fomentar la LME (Flores, Bustos, González y Mendoza 2006; Hernández y García 2002)²⁵. Siendo los principales motivos de abandono durante los primeros 6 meses: la cuestión de que las madres, los profesionales de la salud, la familia y los miembros de la comunidad, no entienden el significado de la lactancia exclusiva y su impacto; no saben lo suficiente sobre cómo funciona la lactancia, como comenzarla, ni qué hacer cuando las madres tienen dificultades; asimismo, las madres y la comunidad, no creen que la LME sea posible o que se produzca suficiente leche; en otros ámbitos, las mismas, tiene que regresar a sus trabajos antes de los 6 meses y finalmente, uno de los cuales tienen un gran peso, la propaganda de los sucedáneos de la leche materna²⁵ compromete en gran medida el apego a las prácticas habituales, es por ello, que el abandono temprano de la lactancia materna representa un problema de salud pública, en tanto, es necesario comprender los factores de riesgo y construir alternativas para fomentarla. Pese a todos los beneficios que pudiera traer consigo la lactancia materna, tenemos que el abandono, no sólo es problemática de nuestro medio, sino que esto se extiende mas allá de los países en vías de desarrollo, para ser un tema de interés popular entre los sitios donde la calidad de vida supera muchas expectativas del desarrollo regular, y es que esto trae consecuencias desfavorables a todos los ámbitos; tan solo por mencionar a nivel económico, significa mayores costos en la alimentación del recién nacido, situación que se ve exponencialmente afectada ya que solo 37 países han aprobado leyes que reflejan todas las recomendaciones del Código Internacional de Comercialización de Sucesáneos de la Leche Materna y el 38% de los infantes reciben lactancia materna exclusiva. Por donde sea que trate de abordarse la problemática en torno a la práctica de la lactancia materna vs la introducción de sucedáneos de la leche materna, tenemos que la lactancia responde a un hecho biológico, que está sujeta a influencias sociales, económicas y culturales. Actualmente, se observa una declinación del éxito de su implementación, por lo que resultaría conveniente detectar las problemáticas específicas en nuestro medio que puedan ser susceptibles de modificación y con ello, puedan contribuir a la mejora del problema, tales como el modelo de engranajes basado en evidencia³⁴ que describe una metodología para escalar las iniciativas de promoción de la lactancia materna de forma exitosa, basado en los cinco pasos del modelo AIDED³⁵ (por sus siglas en inglés significa Evaluar, Innovar, Desarrollar, Involucrarse y Diseminar). Propone el trabajo conjunto y coordinado de los varios elementos (engranajes) en los programas de promoción de lactancia. El modelo de engranajes se utilizó para analizar los casos de México y Brasil e identificó las barreras más importantes para el éxito del programa. En nuestro país, los engranajes son de interés político, la formulación de una estrategia inicial de promoción de lactancia, una parcial legislación, un programa de promoción y protección en sus etapas de implementación por parte del Seguro Popular³⁶, no obstante, para su inicio, se

carece de otros engranajes como lo es el financiamiento y asignación de recursos para el programa nacional, un programa de entrenamiento en lactancia del personal de salud, apoyo a la investigación y evaluación de iniciativas (por ahora, prácticamente nula); una promoción y apoyo a la lactancia en medios masivos de comunicación (ausentes actualmente) y, lo neurálgico, se carece de una coordinación central intersectorial que aglutine y coordine las actividades en su conjunto. En síntesis, se muestra que la lactancia ha llegado a niveles muy bajos y está en deterioro; muy especialmente entre los más vulnerables. Ha habido un aumento en consumo de fórmulas y de otras leches no maternas así como el consumo de agua, disminuyendo la LME en menores de 6 meses. En comparación, la alimentación complementaria ha mejorado en México. Es indispensable concretar la política pública reciente en pro de la lactancia, para lo que será indispensable la participación de la Academia, los medios de comunicación masiva, la vigilancia del Código, la implementación de estrategias corresponsabilidad y rendición de cuentas de fabricantes de fórmulas infantiles y la incorporación de empleadores de mujeres, la vigilancia de una legislación laboral que apoye a las madres lactantes trabajadoras, una investigación que sustente y evalúe avances de la iniciativa y la coordinación y financiamiento del Gobierno Federal³⁷.

2. JUSTIFICACIÓN

A pesar de las mejoras en los indicadores básicos de salud neonatal en México, en la actualidad todavía persisten índices de mortalidad materno-infantil demasiado altos para el nivel de desarrollo del país. No obstante, México ya ha alcanzado el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio en 2015, disminuyendo la mortalidad infantil de 41 a 15.7 por cada 1.000 nacidos vivos entre 1990 y 2013. Esto es relevante, ya que la nutrición adecuada, además de representar un derecho de la infancia, también constituye un elemento clave para asegurar la supervivencia de los niños y garantizar que desarrollen todo su potencial. Los niños bien alimentados tienen mayor posibilidad de ser sanos, productivos y aprender con mayor facilidad. La leche humana representa el alimento ideal para el recién nacido. La recomendación actual sobre prácticas de alimentación infantil señala que la lactancia materna debe iniciar dentro de la primera hora de vida y debe ser de forma exclusiva hasta los seis meses de vida, con un máximo hasta los 2 años.

Los beneficios de la LM sobre el binomio madre e hijo han sido documentadas ampliamente en los últimos años. Además de los beneficios relacionados a la salud física y mental, la lactancia materna está relacionada con ahorros sustanciales para la familia, de los cuales la compra de fórmulas maternizadas tiene alto impacto. Los riesgos a la salud asociados con una alimentación infantil diferente a lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), tiene un costo elevado en enfermedad, muertes y recursos económicos, tanto para las familias, gobiernos y la sociedad en general. Estimaciones recientes para México indican que el costo anual de prácticas inadecuadas de la lactancia materna es entre \$745.6 y \$2,461.5 millones de dólares por año, donde un porcentaje considerable de este gasto se atribuye a la compra de fórmulas lácteas (11-38%).

Resulta increíble creer, que a pesar de los grandes beneficios de la lactancia, un gran número de mujeres en todo el mundo no amamantan a sus hijos o los alimentan

al seno materno sólo por períodos cortos. Según reportes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la OMS, en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe menos del 50% de los recién nacidos empiezan a amamantarse en los primeros 60 minutos después del parto y más del 60% de los lactantes no son alimentados exclusivamente con leche materna hasta el sexto mes. Es por ello, que el presente trabajo de investigación se da a la tarea de indagar sobre las posibles causas que pudieran dificultar la práctica de la lactancia materna en nuestro medio, ya que como bien sabemos, es un problema de salud infravalorado y poco estudiado.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La práctica de la lactancia materna se ha ido perdiendo. Actualmente, la mujer, en el curso de su vida no está familiarizada con las mejores medidas para alimentación infantil. La información que obstetras, pediatras, enfermeras, nutriólogos y otros profesionales de la salud proporcionan sobre este tema no es óptima. Los obstáculos de esta práctica de alimentación se agudizan cuando la madre se convierte en fuente de ingreso familiar, y se suspenden cuando pasa a ser la fuerza primaria de trabajo de un hogar. Al tomar en cuenta, todos los beneficios perdidos por la falta de lactancia, es que surge el interés por la creación de modelos, planes y maniobras encaminados a fomentar el rescate de tan preciada práctica, es por ello, que la Secretaría de Salud ha creado la Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018, programa que tiene por objetivo aumentar el número de niños que reciben leche materna desde su nacimiento hasta los dos años de edad. Las acciones que la componen, incluyen colocar el tema de la lactancia en la agenda diaria, fomentar acciones que ya estaban en marcha sobre el adiestramiento en las instituciones, así como alentar la capacitación de los profesionales de la salud, aunado a esto, tenemos propuestas aun más ambiciosas, tal es el caso de los conceptos de carácter internacional como el llamado “Hospital Amigo del Niño”, idea originada por la OMS y la UNICEF que orienta a los padres sobre la libre elección de cómo alimentar a sus hijos; el contacto precoz madre e hijo y el cumplimiento del código de comercialización de los sucedáneos de la leche materna; o bien, la actividad del Centro de Salud Amigo del Niño, hasta el ámbito de la certificación de los hospitales en relación a la lactancia materna. Por tales instancias, conviene explorar el trasfondo de tal problemática tan infravalorada, poco estudiada y relegada al mero ámbito estadístico. En base a dicha premisa, el presente trabajo de investigación tiene por finalidad contribuir a esclarecer cuáles son las prácticas hospitalarias y domésticas que favorecen o dificultan el establecimiento de una lactancia materna adecuada, y responder con ello, la pregunta de investigación:

¿Cuáles son las áreas de mejora para incidir positivamente en la lactancia materna exclusiva del Hospital General Regional No. 36?

4. HIPÓTESIS

Nula

No hay áreas de mejora para incidir positivamente en la lactancia materna exclusiva del hospital general regional no. 36

Alternativa

Si hay áreas de mejora para incidir positivamente en la lactancia materna exclusiva del hospital general regional no. 36

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar áreas de mejora para incidir positivamente en la lactancia materna exclusiva del Hospital General Regional no. 36

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar las áreas de oportunidad en el postparto
2. Identificar el conocimiento sobre lactancia de las madres en el postparto
3. Identificar si la madre planea amamantar a su egreso
4. Identificar las prácticas hospitalarias sobre la lactancia
5. Determinar la tipología familiar
6. Determinar el estado socioeconómico por medio de encuesta Graffar

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo por el objetivo.

Por la temporalidad es un transversal.

Por la maniobra es un estudio observacional.

Por la captación de los datos es prospectivo.

Por la conformación de los grupos es homodémico.

6.2 UBICACIÓN TEMPORAL

Se llevará a cabo en el periodo comprendido entre 01 de agosto del 2017 al 31 de Enero del 2018.

6.3 ESTRATEGIA DE TRABAJO

Se realizara un estudio transversal descriptivo para identificar las áreas de oportunidad dentro de programa lactancia materna mediante encuestas.

6.4 MARCO MUESTRAL

Se deja como muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que hasta el momento no hay revisión en la literatura que hable al respecto sobre una fórmula que pueda aplicarse al campo de estudio. Asimismo, depende en su mayor medida de la cantidad de nacimientos observados en un periodo de tiempo determinado en el lugar descrito.

6.4.1 UNIVERSO DE ESTUDIO

Pacientes del Hospital General Regional No. 36, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla.

6.4.2 SUJETOS DE ESTUDIO

Madres que atiendan su parto vía vaginal o abdominal en el HGR No. 36.

6.4.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

6.4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Mujeres dentro de las primeras 6 horas después del parto o antes del alta que sean atendidas en el HGR No. 36
2. Parto vaginal o abdominal
3. Cualquier tipo de embarazo monocigoto, dicigotico, etc.
4. Pacientes con edad comprendida entre 15 y 40 años
5. Tanto la madre como el recién nacido, no deberán tener patologías asociadas
6. Pacientes que deseen participar en el estudio

6.4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes cuyo parto haya sido atendido en otra unidad médica
2. Pacientes con retraso psicomotor
3. Pacientes que no deseen participar en el estudio

6.4.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Paciente que sea atendido en otra unidad médica y se traslade al HGR No. 36
2. Paciente que abandone el protocolo de estudio

6.5 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO

6.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se deja como muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que depende en su totalidad de la cantidad de nacimientos observados en un periodo de tiempo determinado en el HGR No. 36 que cumplan con los criterios de inclusión.

6.7 VARIABLES Y ESCALA DE MEDICIÓN

DEFINICION DE VARIABLES

| NOMBRE DE LA VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | TIPO DE VARIABLE | UNIDAD DE MEDICION |
|-----------------------|--|---|------------------------|---|
| Áreas de oportunidad | Actividades requeridas para cumplir cierto requisito y así garantizar en un mayor nivel el sistema de gestión de un proyecto | Se clasificará según Behisa en las siguientes áreas de interés: | Cualitativa Politómica | <ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimiento del tema 2. Experiencias previas 3. Habilidades presentes |
| Conocimiento | Proceso que se manifiesta por el acto de saber la percepción de una realidad, y se traduce en conceptos, imágenes y representaciones acerca de lo que existe | Se clasificará conforme su tipo. | Cualitativa Dicotómica | <ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimiento científico 2. Conocimiento vulgar |
| Lactancia | Término usado para referirse a la alimentación del recién nacido y lactante a través del seno materno. | Se clasificará conforme a los planes que tenga la madre sobre lactancia en su domicilio | Cualitativa Dicotómica | <ol style="list-style-type: none"> 1. Si va a lactar en su domicilio 2. No va a lactar en su domicilio |

| | | | | |
|--------------------------|--|---|------------------------|--|
| Prácticas hospitalarias | Se refiere a las acciones llevadas a cabo en un centro de atención a la salud por el personal ya sea medico, de enfermería o relacionado al área de la salud | Se clasificara conforme a | Cualitativa Dicotómica | <ol style="list-style-type: none"> 1. Si recibió información o adiestramiento para lactancia 2. Sino recibió información o adiestramiento para lactancia |
| Edad de la madre | Edad: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo | Se registrarán los años cumplidos | Cuantitativa | Continua |
| Tipo de familia | Familia: conjunto de ascendentes, descendentes, colaterales y afines de un linaje | Se clasificara de acuerdo a la tipología familiar de Irigoyen | Cualitativa Politomica | <ol style="list-style-type: none"> 1.Nuclear 2.Nuclear simple 3. Reconstruida 4.Monoparental 5.Extensa 6.Extensa compuesta 7. No parental |
| Género del recién nacido | Género: Identidad biológica de los seres vivos | Se identifica al individuo según sus características físicas | Cualitativa Dicotómica | <ol style="list-style-type: none"> 1. Masculino 2. Femenino |

| | | | | |
|-------------------------|--|---|------------------------|---|
| Estado socioeconómico | Posición que obtiene una persona en la sociedad a través de los recursos financieros que posee | Se determina mediante la puntuación obtenida de la escala de Graffar Méndez Castellanos | Cualitativa Polítonica | <ol style="list-style-type: none"> 1. Estrato alto 2. Estrato medio alto 3. Estrato medio bajo 4. Estrato obrero 5. Estrato marginal |
| Escolaridad de la madre | Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional | Se clasifica de acuerdo a los años cursados | Cualitativa ordinal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sin escolaridad 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Profesional |

6.8 MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La información que será recolectada en los cuestionarios abarca aquella de tipo sociodemográfica en mujeres con intención de lactar o las que ya empezaron a lactar y las prácticas hospitalarias para el inicio y establecimiento de la LM (ej. Alojamiento conjunto, consejería, cumplimiento del Código, inicio temprano de la LM, número de tetadas realizadas desde el nacimiento). Las preguntas serán dirigidas a las razones para elegir lactar: historia y prácticas de la lactancia materna, fuentes de información, consejos, y factores que podrían determinar el inicio, continuación/mantenimiento de la LM. Por último, cabe mencionar que la mayoría de las preguntas son cerradas, con la finalidad de agilizar su codificación y procesamiento. Por otro lado, las guías de entrevista fueron diseñadas para intentar cubrir información no abordada en los cuestionarios y para obtener mayor información detallada sobre ventanas de oportunidad para mejorar las prácticas de la lactancia entre mujeres. Se aplicará un instrumento de investigación que consiste en:

Un cuestionario con preguntas cerradas dirigidas a las pacientes que cursan el puerperio que atiendan su parto en las 6 horas previas, con la finalidad de captar los factores que facilitan o impiden la lactancia después del parto y dentro del hospital (Anexo 1), asimismo, se incluirá un apartado para la identificación de sugerencias/ alternativas/ ventanas de oportunidad para mejorar las prácticas de lactancia entre las mujeres (Anexo 3).

6.9 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Durante el tiempo del presente estudio, se acudirá al área destinada para alojamiento conjunto del HGR No. 36; en los días de atención rutinarios, festivos y

fin de semana de los meses de Septiembre y Octubre 2017, con la finalidad de obtener la mayor cantidad de pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y puedan ser sujetos de estudio confiables. Tras las primeras 6 horas postparto, a las pacientes que cumplan criterios, se les aplicará un cuestionario ad hoc sobre la lactancia materna, el cual aborda diversos aspectos de la misma, desde conocimientos básicos como definición hasta opiniones sobre mejora, sucedáneos de la leche materna y alternativas de alimentación. Para ello, el investigador asociado, se dará a la tarea, de entrevistar a cada paciente, bajo privacidad y previo consentimiento informado, procurando siempre, mantener la confidencialidad de los datos. Cabe mencionar, que se integrará a la labor, personal de apoyo para realizar las encuestas, las cuales tienen un promedio de tiempo de realización de 30 minutos. Dicho personal becario de la institución, tendrá un adiestramiento encaminado a resolver situaciones implicadas sobre el cuestionario y forma de aplicación. Al final del término del estudio, se recopilarán todos los datos obtenidos y se filtrarán los resultados a una base de datos para poder obtener información numérica que refleje los resultados obtenidos.

6.10 ANÁLISIS DE DATOS

Limpieza de la información.

Una vez obtenida la base de datos se procederá a realizar la limpieza de la base de datos en valores inconsistentes y poco plausibles serán eliminados, derivado a su incorrecta replicabilidad de sus resultados, pero siempre manteniendo los datos originales sin cambios como referencia.

Análisis de la información

El análisis de la información será descriptivo.

Se realizarán las estadísticas descriptivas correspondientes a la naturaleza distribucional de las variables recolectadas en cada formulario.

Se generarán y analizarán diferentes modelos para datos transversales/encuestas que permiten responder al objetivo de esta propuesta, con base en los indicadores de estudio.

El plan de análisis se llevará a cabo con base en indicadores de LM (ej. % de inicio temprano de lactancia (primera hora postparto), % mujeres que lactaron al menos una vez al bebé antes de salir del hospital, si piensa lactar al bebé en su domicilio y barreras/facilitadores de inicio de LM dentro del hospital), lineamientos de la INHAN y del Código, así como, barreras y ventanas de oportunidad para la promoción y protección de la LM durante la estancia hospitalaria y a nivel comunitario.

Con la finalidad de sistematizar los datos, la información será procesada a través del programa para análisis cualitativo SPSS V 21.

7. LOGÍSTICA

Durante el tiempo del presente estudio, se acudirá al área destinada para alojamiento conjunto del HGR No. 36; en los días de atención rutinarios, festivos y fines de semana de los meses de Septiembre y Octubre 2017, con la finalidad de obtener la mayor cantidad de pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y puedan ser sujetos de estudio confiables. Tras las primeras 6 horas postparto, a las pacientes que cumplan criterios, se les aplicará un cuestionario ad hoc sobre la lactancia materna (Anexo 1 y Anexo 2), el cual aborda diversos aspectos de la misma, desde conocimientos básicos como definición hasta opiniones sobre mejora, sucedáneos de la leche materna y alternativas de alimentación. Para ello, el investigador asociado, se dará a la tarea, de entrevistar a cada paciente, bajo privacidad y previo consentimiento informado, procurando siempre, mantener la confidencialidad de los datos. Cabe mencionar, que se integrará a la labor, personal de apoyo para realizar las encuestas, las cuales tienen un promedio de tiempo de realización de 30 minutos. Dicho personal becario de la institución, tendrá un adiestramiento encaminado a resolver situaciones implicadas sobre el cuestionario y forma de aplicación. Al final del término del estudio, se recopilarán todos los datos obtenidos y se filtrarán los resultados a una base de datos para poder obtener información numérica que refleje los resultados obtenidos.

7.1 RECURSOS HUMANOS

Se incluyen el investigador responsable apoya en la realización del protocolo, el investigador asociado realizará las encuestas pertinentes.

El investigador responsable será quien coordine la calidad de la encuesta y participará directamente para difundir los resultados y medidas de acción basadas en estos.

El investigador asociado tiene por tarea realizar y supervisar la recolección de la información mediante la aplicación de cuestionarios y estará disponible durante el periodo que dure el proyecto, para poder resolver los problemas que surjan de la recolección de datos, verificación y procesamiento de los mismos; tomando decisiones ante el surgimiento de posibles conflictos derivados de los mismos. También participará en el análisis e interpretación de los resultados (en colaboración con el experto en análisis estadístico), redactar el informe de la investigación y dar información sobre los resultados de la encuesta a las partes interesadas.

Los investigadores asociado tendrá por función aplicar los instrumentos de evaluación a la población estudiada, para lo cual, deberán ser formados previamente. El asesor experto tendrá por función coordinar las acciones solicitadas por parte del investigador, así como modificar en su momento dado, el modo operacional e instrumento de investigación.

7.2 RECURSOS MATERIALES

Comprenden el uso del material bibliográfico recopilado, hojas de recolección de datos, papelería, computadora, impresora, paquete de análisis estadístico.

7.3 RECURSOS FINANCIEROS

Para la realización de este trabajo de investigación se emplean recursos del propio investigador.

7.4 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| ACTIVIDADES | PERIODO | | | | | |
|------------------------------------|-----------|------|-----|-----|-----|-----|
| | 2017-2018 | | | | | |
| | Ago | Sept | Oct | Nov | Dic | Ene |
| ELABORACIÓN DE PROTOCOLO | ■ | | | | | |
| REGISTRO Y APROBACIÓN DE PROTOCOLO | ■ | | | | | |
| RECOLECCIÓN DE MUESTRA | | ■ | ■ | ■ | | |
| ANALISIS DE DATOS | | | | | ■ | |
| DISCUSION Y CONCLUSIONES | | | | | ■ | |
| ELABORACION DE TESIS | | | | | | ■ |

8. ASPECTOS ÉTICOS

El presente protocolo será sometido a las comisiones de ética e investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social, ante el comité de ética Nacional.

Para asegurar que esto se realice de acuerdo a los lineamientos internacionales sobre la ética en investigación científica, cada integrante del equipo que tenga contacto con los participantes del estudio o con las bases de datos provenientes del estudio de investigación, recibirán la capacitación adecuada para manejar los aspectos éticos con participantes humanos para investigación científica.

Los procedimientos que se llevarán a cabo no implican riesgo para las participantes. Los datos que provengan de esta investigación, serán confidenciales. Éstos sólo serán accesibles para fines de esta investigación. Se protegerá la confidencialidad de la información por medio de no usar el nombre o los datos personales de los participantes para que éstos no puedan ser identificados. Asimismo, no habrá ningún pago en efectivo por participar en este estudio. Tampoco habrá costo alguno por participar en él.

Por lo anterior, para la aplicación de todos los instrumentos será necesario contar con el consentimiento informado firmado por la paciente, en caso contrario, no se puede levantar ni obtener ningún tipo de información.

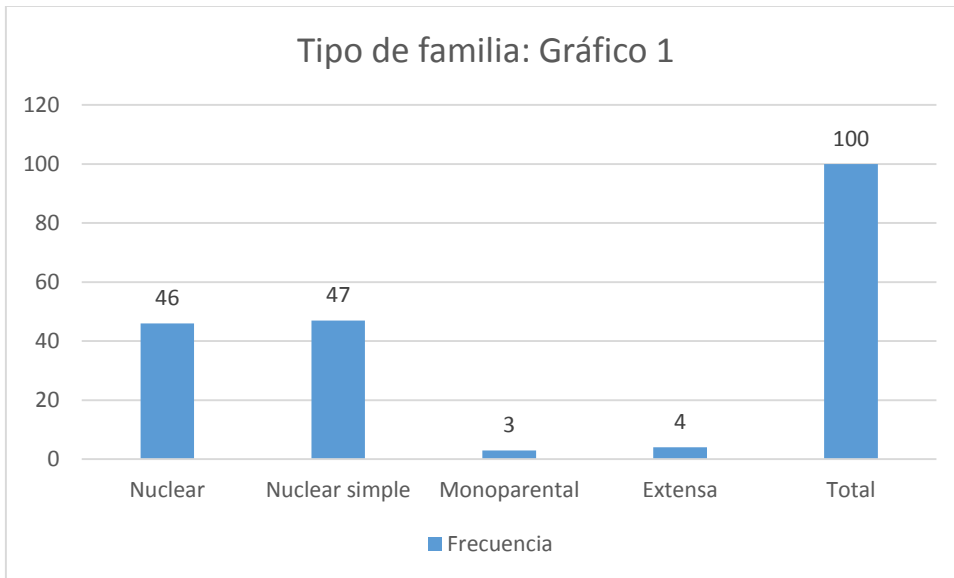
De acuerdo a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud Título II, Capítulo I, Artículos 17 y 23 (1997) se trata de una investigación de riesgo mínimo.

El desarrollo del protocolo de investigación se llevará a cabo en apego a las disposiciones y lineamientos legales contenidos en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, la Declaración de Helsinki (referente a su última versión) la cual estipula los principios éticos para la investigación en seres humanos.

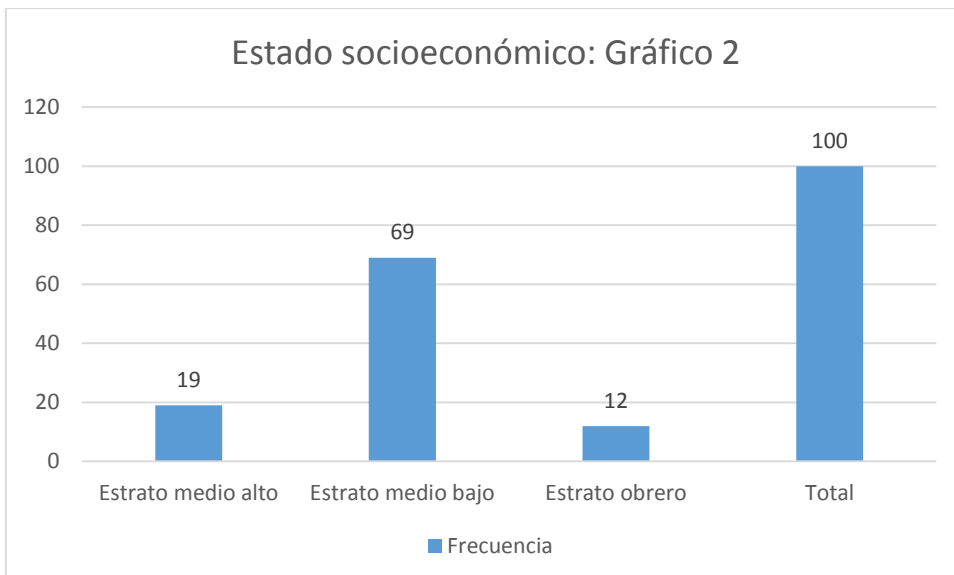
9. RESULTADOS

Se encuestaron un total de 100 púerperas durante las primeras horas posteriores al nacimiento del bebé.

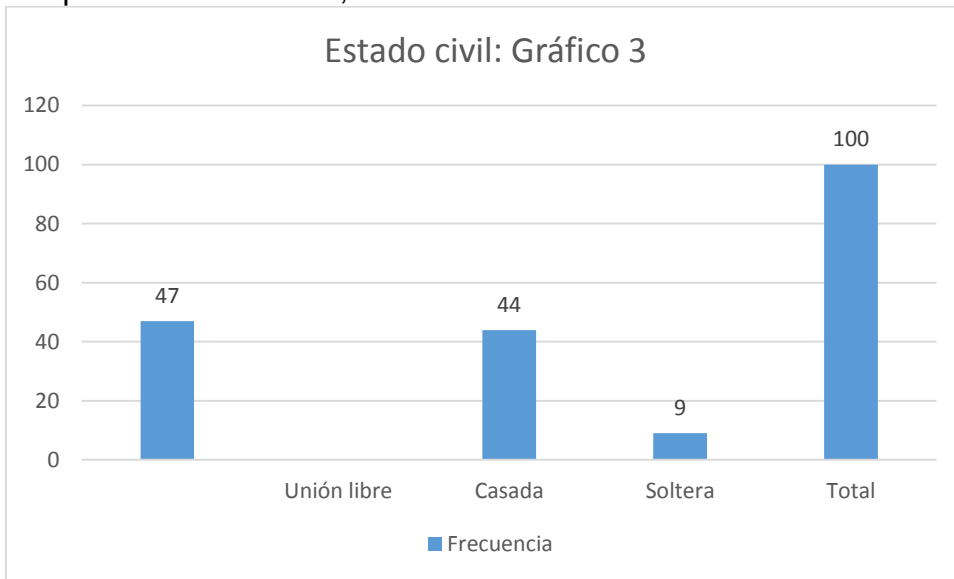
En base al estudio, tenemos que el tipo de familia con mayor proporción fue la nuclear simple con un 47% (ver gráfico 1).



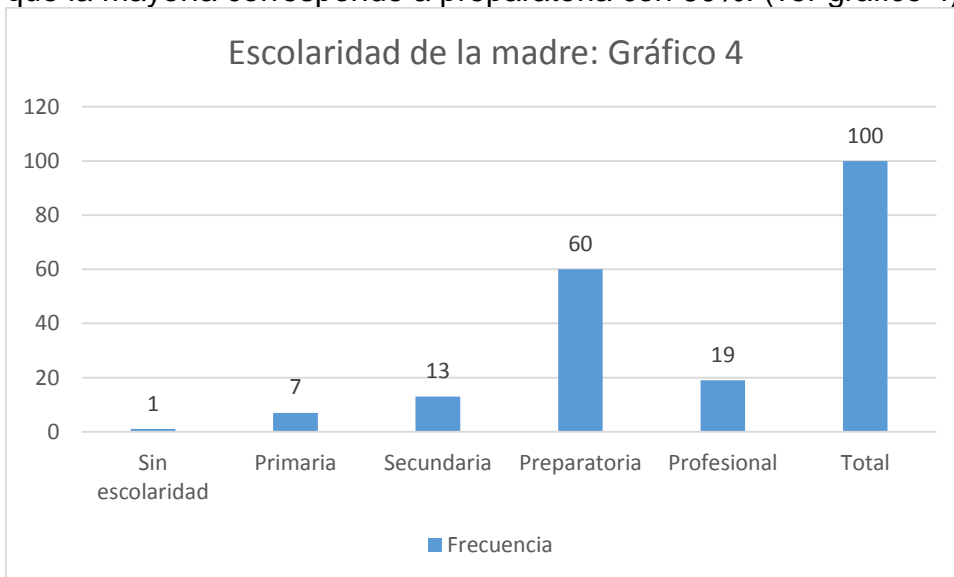
En cuanto al estado socioeconómico, tenemos que el más representativo fue el estrato medio bajo con 69% (ver gráfico 2).



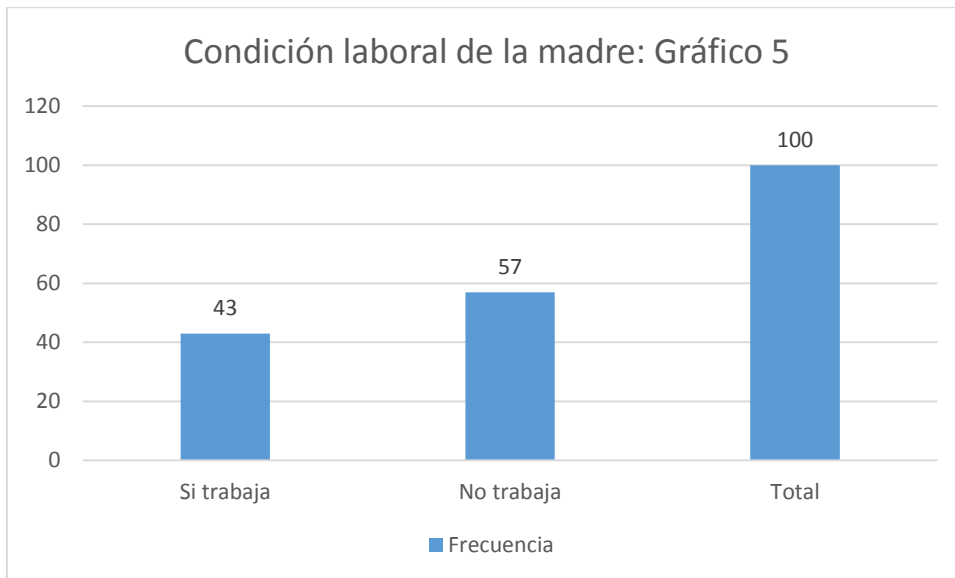
Respecto al estado civil, la unión libre fue la más frecuente con 47%. (ver gráfico 3).



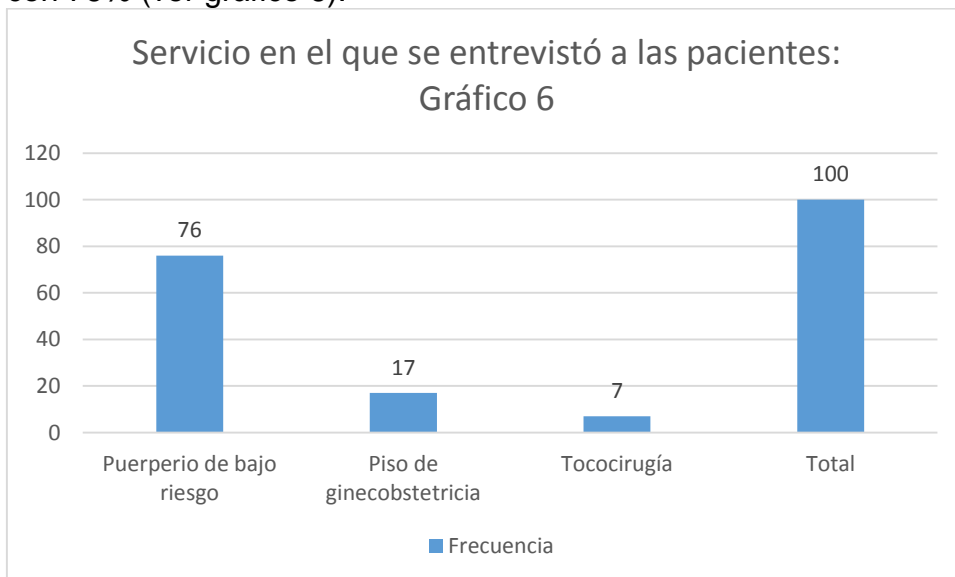
La escolaridad de la madre fue medida en años cursados, de los cuales tenemos que la mayoría corresponde a preparatoria con 60%. (ver gráfico 4).



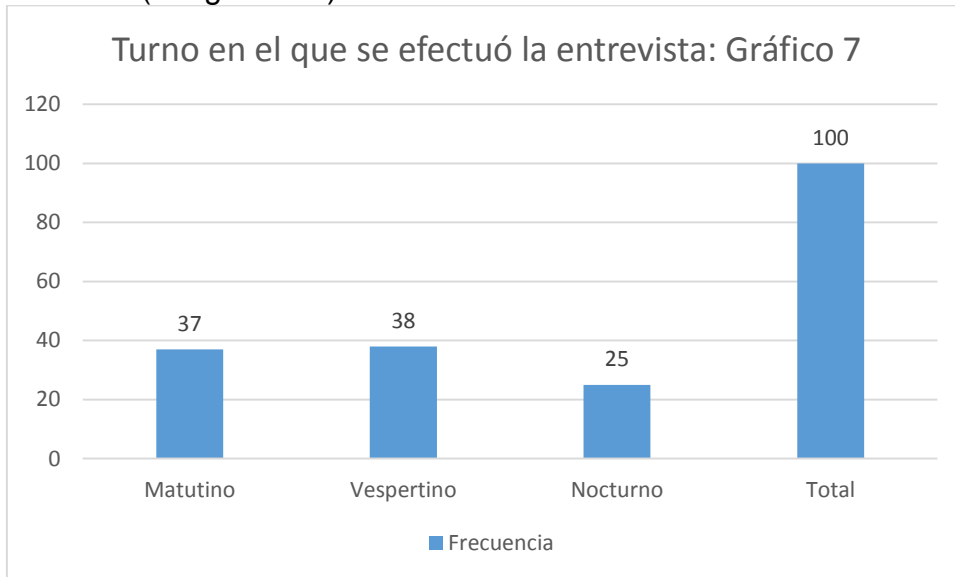
La condición laboral de la madre, se clasificó según si posee un trabajo o no. Resultado que la mayoría de las madres no tienen un empleo, 57%. (ver gráfico 5).



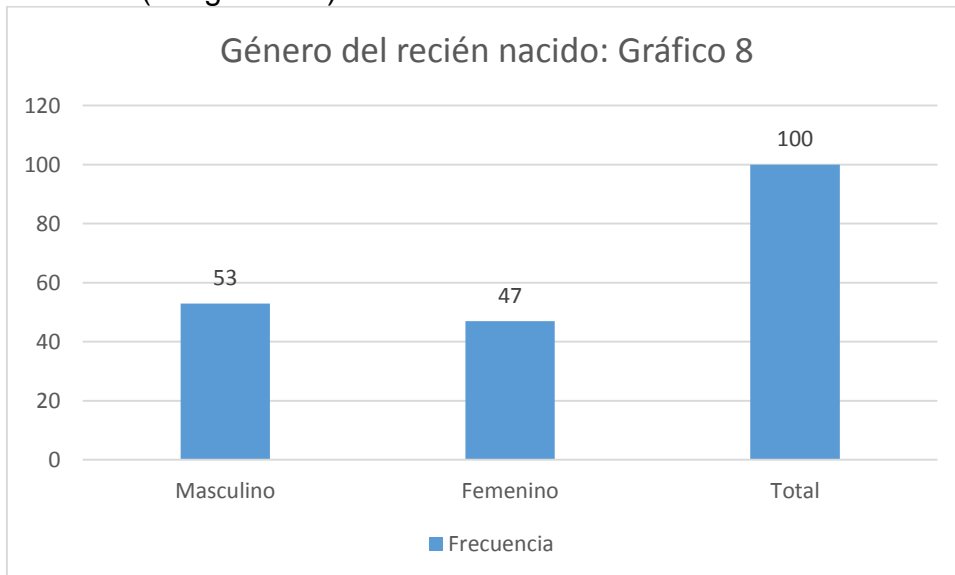
El servicio en el que más se entrevistó púérperas fue el puerperio de bajo riesgo con 76% (ver gráfico 6).



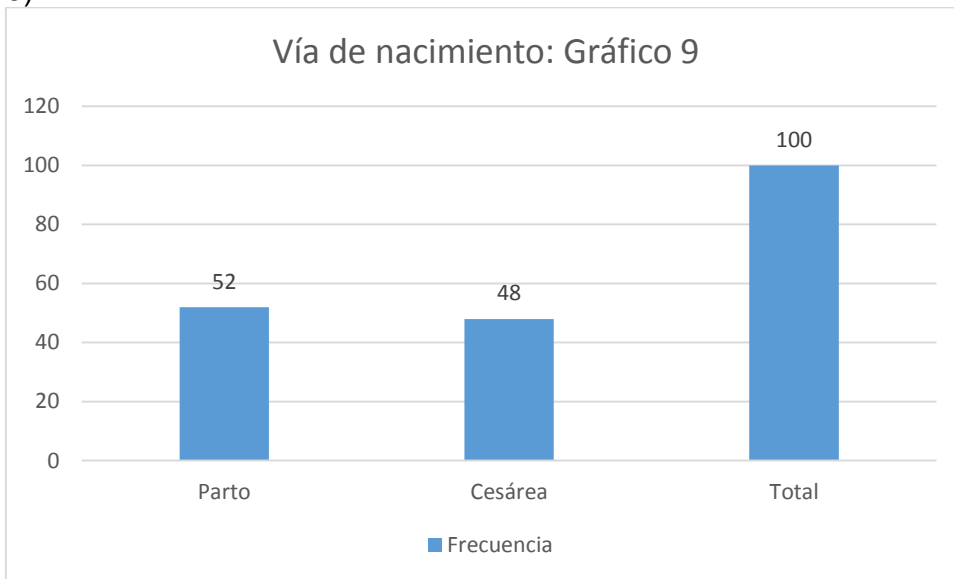
El turno en el cual se entrevistó la mayor cantidad de pacientes fue el vespertino con 38% (ver gráfico 7).



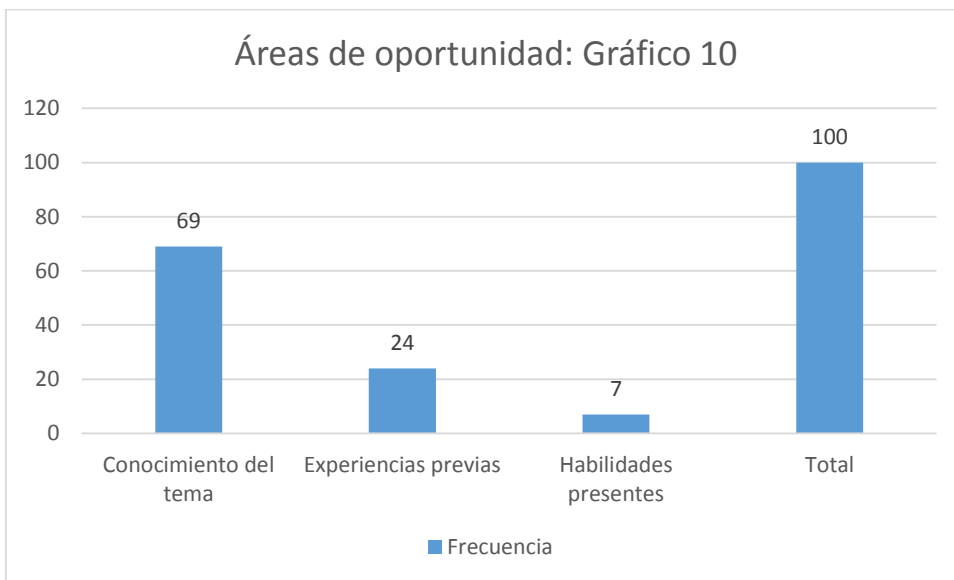
En cuanto al género prevalente de los nacimientos, tenemos que fue el masculino con 53% (ver gráfico 8).



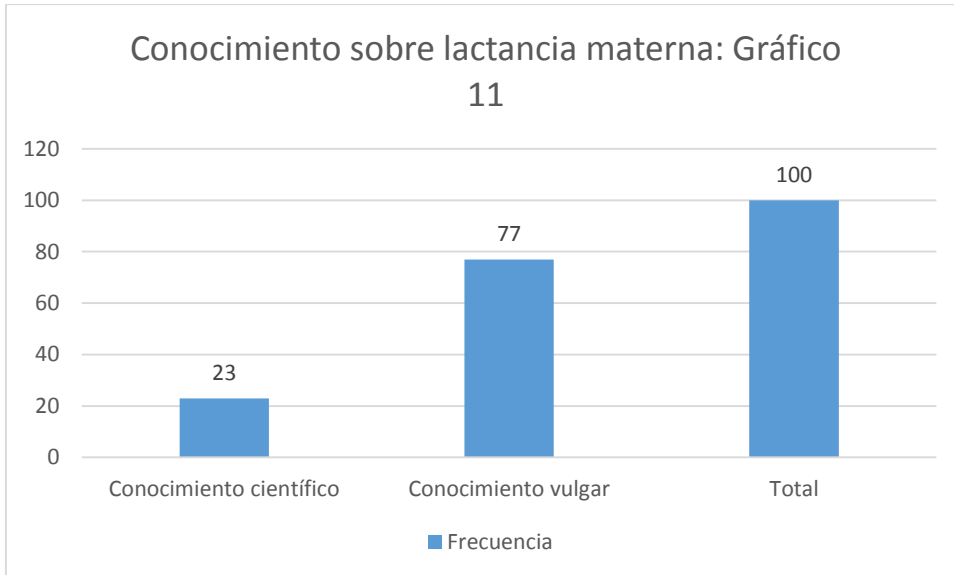
La vía de nacimiento más empleada fue la vaginal con un total del 52% (ver gráfico 9).



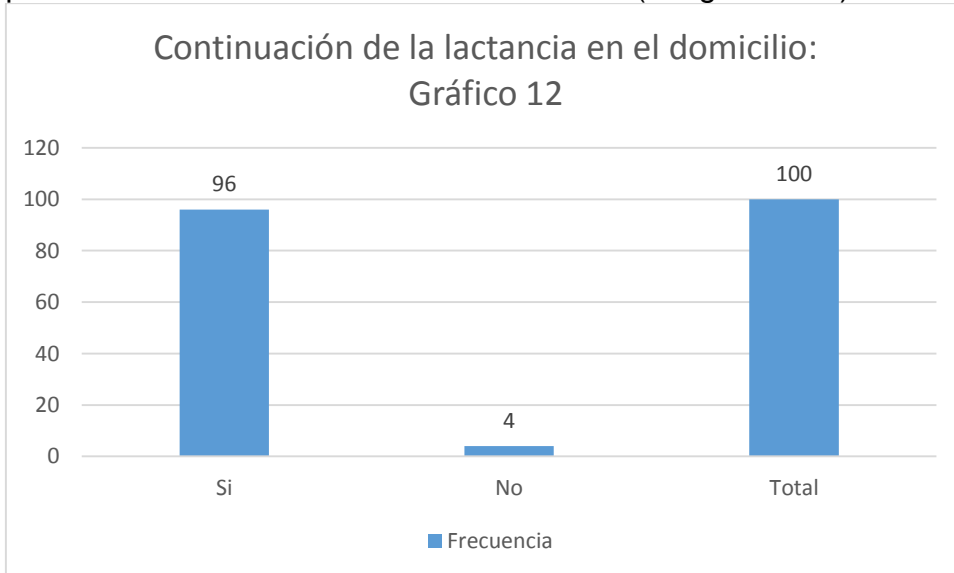
En cuanto a las áreas de oportunidad exploradas, tenemos que la sobresaliente fue el conocimiento sobre el tema de lactancia materna con un 69%. (ver gráfico 10).



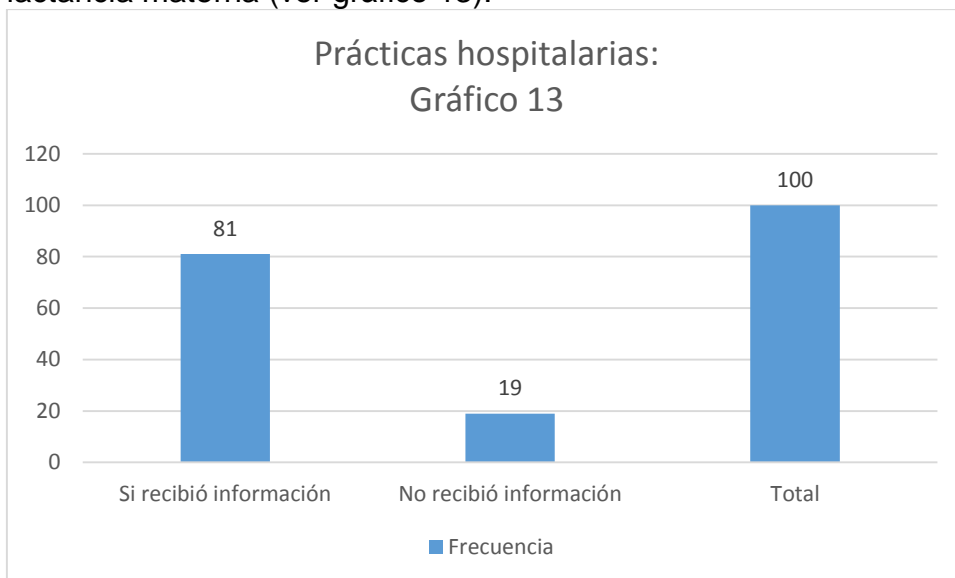
En cuanto al conocimiento sobre la lactancia materna, tenemos que el predominante fue el vulgar o empírico con un 77% (ver gráfico 11).



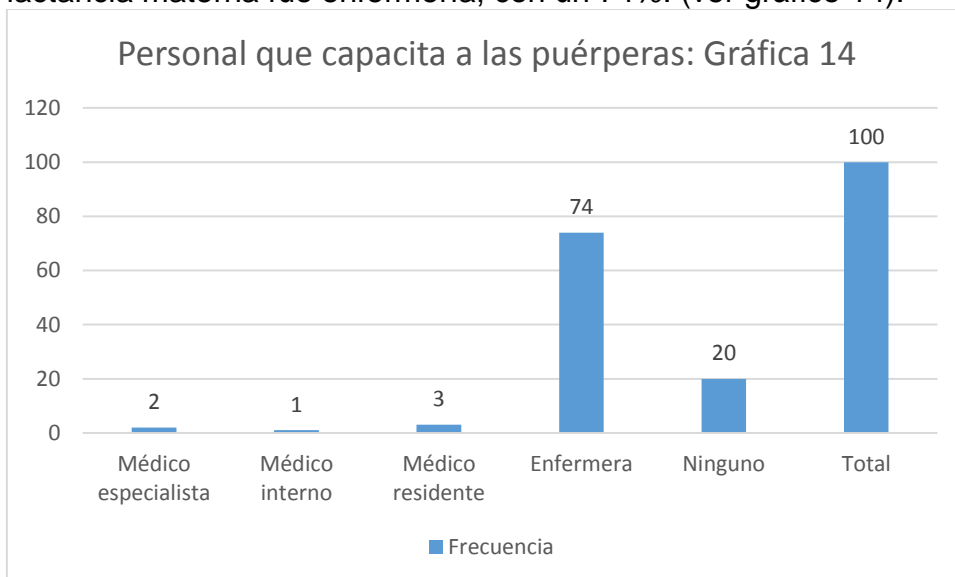
En lo referente a continuar la lactancia en el domicilio, se observa que la mayor parte de las madres están de acuerdo: 96% (ver gráfico 12).



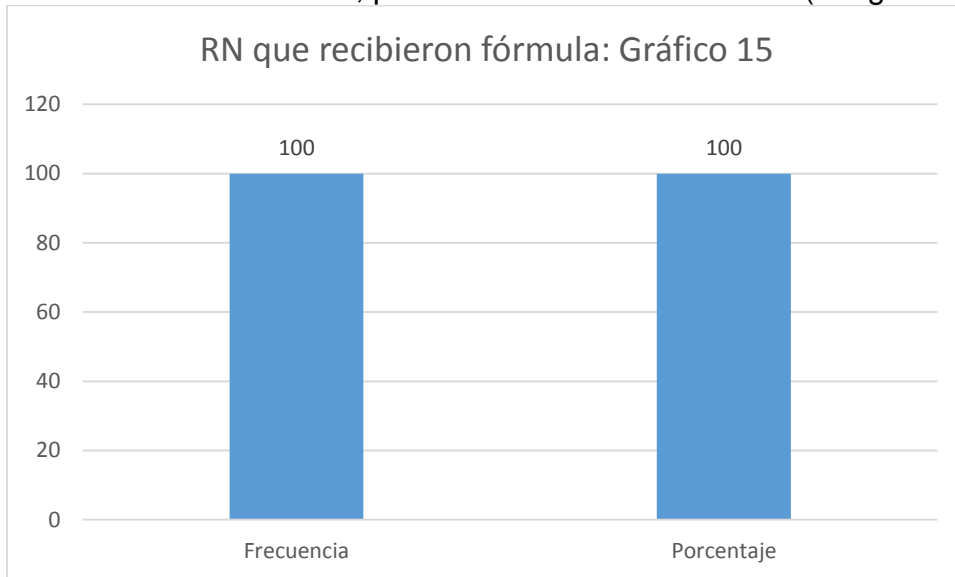
Conforme a lo obtenido sobre las prácticas hospitalarias, tenemos que la mayoría de las pacientes: 81% recibieron algún tipo de capacitación o información sobre lactancia materna (ver gráfico 13).



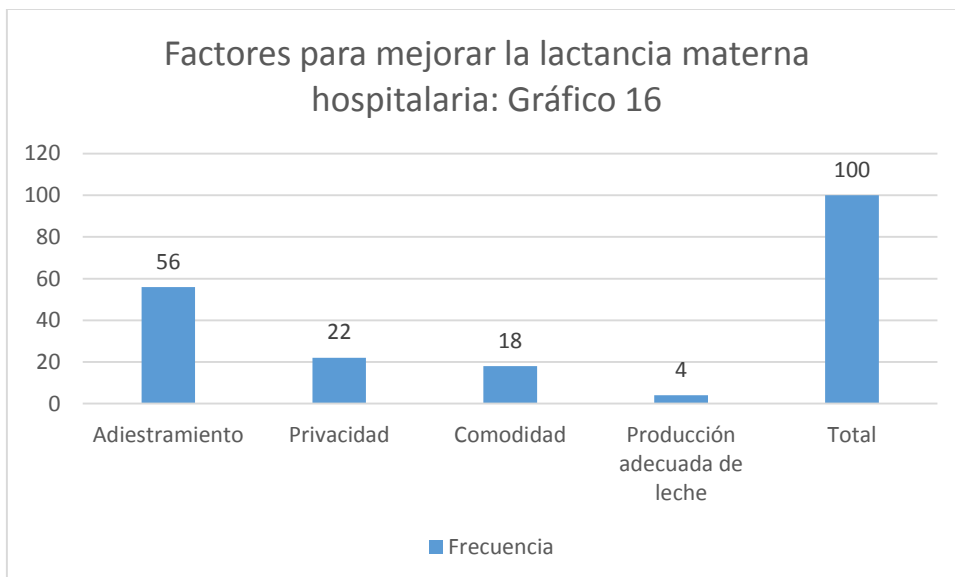
El personal que más se encuentra involucrado con la enseñanza, capacitación de la lactancia materna fue enfermería, con un 74%. (ver gráfico 14).



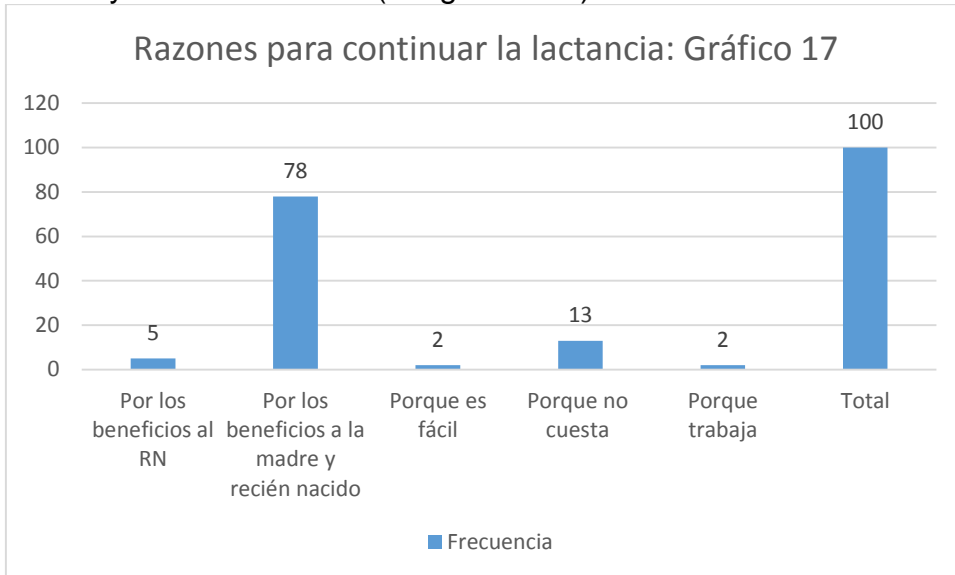
Prácticamente todos los recién nacidos, sin importar su condición, fueron alimentados con fórmula, posterior al nacimiento. 100% (ver gráfico 15).



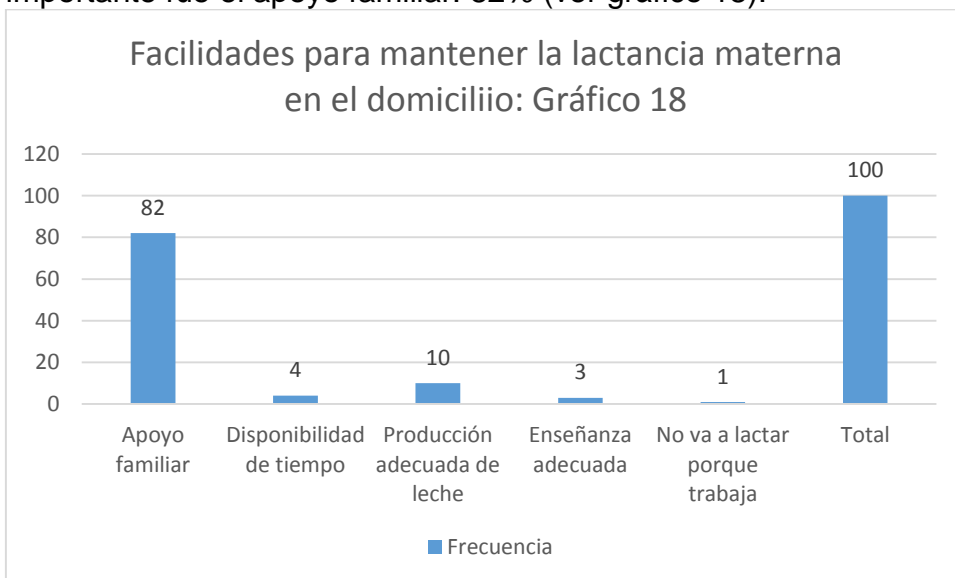
Las puérperas comentan que, para mejorar la lactancia materna en el hospital, el factor clave sería un adecuado adiestramiento por parte del personal del área de la salud hacia ellas, en un 56%. (ver gráfico 16).



Sobre las razones para mantener la lactancia materna, tenemos que las madres opinan en su mayoría que debe seguirse por los beneficios que aporta al recién nacido y a la madre: 78% (ver gráfico 17).



Respecto a las facilidades para continuar la lactancia en casa, se obtuvo que la más importante fue el apoyo familiar: 82% (ver gráfico 18).



Conforme a los cuestionarios efectuados, tenemos que la edad promedio en años fue de 27.3 +/- 5.6, con rangos de edad 18-43 años.

10. DISCUSIÓN

En el estudio realizado, se identificaron las siguientes áreas de oportunidad: conocimiento sobre lactancia materna, experiencias previas sobre lactancia materna y habilidades adquiridas para la lactancia materna. De las primeras tenemos que el 69% de la población tiene conocimientos empíricos sobre LM, lo cual se encuentra por debajo de lo reportado en la literatura. En el estudio de Borre Ortiz y Cortina Navarro³⁸ se consiguió un 85.6% de conocimientos sobre lactancia materna, en su obra titulada “Lactancia materna exclusiva: ¿La conocen las madres realmente?; situación que es distinta de lo constatado por Gerónimo-Carrillo³⁹ en su trabajo “Conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna en mujeres en periodo postparto de un hospital de tercer nivel”, donde se habló de un 67.3% de las pacientes. Referente a las experiencias previas de lactancia materna, se obtuvo que 24% del total de pacientes tuvieron lactancia en embarazos previos, en relación a 48.9% reportado por Borre Ortiz y Cortina Navarro, mencionado en su investigación como experiencias y técnicas adecuadas de lactancia materna. Otro ejemplo más claro es el de Gamboa D., López B, Esperanza Prada, y Cols.⁴⁰, quienes en su artículo “Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable”, mencionan que el 78.1% de las encuestadas tenía antecedentes de lactancia previa, siendo verdaderamente correctos en sólo 13% de las entrevistadas. En lo correspondiente a las habilidades adquiridas para lactar, se obtuvo un 7% del estudio realizado, lo cual comparado con el 9% de Gamboa D. y López B., refleja similitud en cuanto a la enseñanza de técnicas de lactancia. Sobre la calidad del conocimiento, nuestro estudio arrojó que un 23% de las entrevistadas poseían conocimientos científicos sobre lactancia, lo cual es similar en resultados si lo comparamos con el estudio de Gerónimo-Carrillo, pues en su estudio, lo reporta como conocimiento alto sobre lactancia en 24% de su muestra de 300 mujeres. En cuestión de la continuación de lactancia en el domicilio, el presente trabajo de investigación, arrojó que un 96% de pacientes seguirán con las prácticas, frente a un 90.7% reportado por Magaña Castillo y un 94.5% en lo obtenido por Gamboa D., López B., y Cols. Tales cifras se encuentran muy cercanas y reflejan aceptación común por parte de las madres. En lo referente a las prácticas hospitalarias para la lactancia materna se indagó sobre el adiestramiento, capacitación, técnica correcta para amamantar y uso de sucedáneos de leche materna, para lo cual ésta obra aportó que el 81% de pacientes recibieron algún tipo de consejería sobre LM con intervenciones de enfermería en un 74% y aporte de fórmula láctea en un 100% de los recién nacidos, en contraposición con lo descrito por autores como Sanabria y Coronel, quienes en el estudio “Perfil de lactancia materna en cuatro servicios de referencia neonatal”, reportaron 17% de alimentación con sucedáneo de leche materna hospitalaria y un 70% de pacientes que recibieron algún tipo de información sobre lactancia materna, donde se involucró en un 80% al personal de enfermería. En lo que concierne al estado civil de las pacientes, el presente trabajo reportó unión libre en 47%, casada 44%, soltera 9%, muy cercano a lo mencionado por Gerónimo-Carrillo y Magaña-Castillo, quienes obtuvieron por unión libre 58.7%, casadas 27.3%, y solteras 14%, cifras muy distintas de los mencionado por Borre Ortiz como madres que viven en pareja 81% y madres solteras 19%. Respecto a la tipología familiar, el estudio dio como resultado: 46% para familias nucleares, 47% para

familias nucleares simples, 3% monoparentales y 4% extensa, en contraposición con lo observado por Veliz Gutiérrez y Sanabria Ramos⁴¹, en “El periodo de lactancia materna, su relación con el tipo de familia, funcionamiento y apoyo familiar”; trabajo que recopila los siguientes datos: familias nucleares 22.3%, familias extensas 74.8% y familias ampliadas 2.9%. El estado socioeconómico que se evidenció en el trabajo expuesto fue de un 19% para estrato medio alto, 69% para estrato medio bajo y 12% para el estrato obrero, lo cual, contrastado con otros autores como Gamboa D., quien lo expone en su trabajo de investigación donde toma una muestra de 96 mujeres e investiga características sociodemográficas, de las cuales remarca los ingresos económicos a partir de un salario mínimo con 75% de las entrevistadas y 21% para aquellas que tienen el apoyo de más de 2 salarios mínimos, lo cual nos deja con la premisa de que sólo una minoría de la población tienen condiciones económicas adecuadas para garantizar una solvencia económica. Por dondequiera que se le analice, tenemos que el fomentar la lactancia materna, es uno de los programas prioritarios de nuestro medio, por los beneficios que ofrece, el bajo costo de su promoción y tintes expansivos, elementos que le convierten en un notable y novedoso tema de interminables mejoras para el desarrollo de una nación, por lo que se debería continuar investigaciones encaminadas a preservar sus objetivos y salvaguardar los pasos para una lactancia exitosa.

11. CONCLUSIONES

Respecto a las áreas de oportunidad, la más explorada fue el conocimiento sobre la lactancia materna.

En lo que concierne a las prácticas hospitalarias, tenemos que la mayor parte de las pacientes, recibieron información sobre lactancia materna.

Prácticamente todos los recién nacidos recibieron fórmula al nacimiento sin importar las condiciones del mismo o de la madre.

El personal que más capacita a las púerperas es el de enfermería.

La escolaridad de la madre, de manera predominante fue preparatoria.

El estado civil mayormente reportado fue unión libre.

El tipo de familia más encontrado en este estudio fue nuclear simple.

El estado socioeconómico más representativo fue el estrato medio bajo.

Las razones más importantes para lactar son los beneficios a la madre y recién nacido.

Las facilidades necesarias para continuar la lactancia en el domicilio, recaen en el apoyo familiar.

12. PROPUESTAS DE MEJORA

Es amplio el repertorio de áreas de oportunidad en las cuales se puede influir para la mejora institucional de la lactancia materna; en base a los resultados encontrados en nuestra población, se proponen los siguientes: Lograr la certificación en la iniciativa “Hospital Amigo del Niño y de la Niña” que incluye la capacitación del personal y a los derechohabientes. La creación de grupos de apoyo institucionales para promover la lactancia materna a partir de experiencias personales, así como cursos de capacitación para el personal de la salud, médico, enfermería y asistencial

(trabajadoras sociales, asistentes médicas, etc.), con la finalidad de involucrar la mayor cantidad de personas. De igual manera, promover la difusión de material visual interinstitucional alusivo a la lactancia materna, pudiendo tratarse de tríptico o folleto, que sea simple, llamativo e informativo. Inclusión del área de psicología en evaluaciones precoces para la detección de depresión postparto. Seleccionar con criterios médicos aquellos recién nacidos que verdaderamente requieren una fórmula láctea, para evitar el uso indiscriminado institucional. Promoción del apego inmediato, si las condiciones del recién nacido y la madre son propicias, ya que esto facilitaría la alimentación temprana con leche materna. Destinar espacios hospitalarios para que sirvan como bancos de leche e iniciar su promoción.

13. FORTALEZAS Y DEBILIDADES

Resulta de vital importancia, hablar de las fortalezas de este estudio, ya que las mismas otorgan validez a los resultados. La literatura recolectada, además de aportar información relevante sobre la lactancia materna, beneficios, indicaciones y formas de implementación, también nos habla de la importancia que guarda la misma como medida para disminuir la mortalidad global, y es ese respaldo, de fuentes como la OMS, Cochrane, las Clínicas Pediátricas de Norteamérica, Pediatrics, Lancet, Cambridge University Press, por mencionar algunos, el que permite colocarle como un estudio de validez. De igual manera, tenemos que el tamaño de la muestra es bastante aceptable para tener una idea general de las opiniones de las usuarias de servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social, en este caso, del estado, pues nos basamos en las experiencias observadas por las pacientes durante la atención de su embarazo. Asimismo, podemos mencionar el empleo de pacientes sanos, sin aparentes factores de riesgo que puedan influir en el sesgo del estudio. Por otra parte, al reunir opiniones de pacientes que tuvieron sus hijos tanto por parto como por cesárea, ayuda a ampliar más el panorama y posibles comentarios sobre las prácticas de lactancia materna. El hecho de saber que en nuestro hospital se emplean las fórmulas de manera indiscriminada, es un punto de fuerte peso, que evidencia un problema prioritario de resolverse. En otros aspectos, el rango de edades variable, los grados de escolaridad, empleo, convivencia con la pareja o familiares, pueden determinar diversos puntos de vista y evidenciar problemas susceptibles de mejora con la iniciativa “Hospital Amigo del Niño y de la Niña”.

Si hablamos, de las debilidades de este estudio, nos encontramos con aquellas áreas que no fueron exploradas tal es el caso de condiciones como el trato recibido por parte del personal de salud, la infraestructura del hospital, el estado de ánimo de la paciente, el dolor postparto, los efectos de la anestesia, inclusive situaciones especiales como la depresión postparto o los problemas personales de la paciente; tales hechos, podrían causar modificaciones importantes en el curso de las preguntas, a tal grado, que estas pudieran inducir a errores o respuestas forzadas por parte de las púerperas.

ANEXOS: FORMATOS DE RECOLECCION DE DATOS

ANEXO 1. FORMATO DE IDENTIFICACIÓN

1. Código del entrevistador
Especificar quien realizó la entrevista
2. Número de Seguridad Social de la Madre
Anotar únicamente los 10 dígitos del número institucional para la identificación de pacientes
3. Edad de la madre
Anotada en años
4. Estado civil actual
Especificar el tipo de relación que guarda la madre con el padre
5. Escolaridad de la madre
Especificar el último grado de estudios de la madre como completo o incompleto
6. Grado de estudios y estado laboral del jefe de familia
Determinar quién es el jefe de familia y si el tipo de ingreso familiar: fortuna heredada, honorarios profesionales, sueldo mensual, salario, donaciones.
7. Estado laboral de la madre
Comentar si la madre tuvo un trabajo previo al embarazo, si lo continuara o no
8. Condiciones de la vivienda y las personas que habitan en ella
Especificar si pertenece a alguno de los siguientes rubros: optima con lujos, optima sin lujos, buenas condiciones con espacio reducido, condiciones sanitarias regulares y espacio reducido, condiciones sanitarias inadecuadas, asimismo, mencionar si cohabita con otros familiares en su domicilio
9. Servicio en el que se entrevistó a la paciente
Mencionar el sitio donde se obtuvieron los datos de la entrevista
10. Día de la semana en el que se entrevistó a la paciente
Mencionar la fecha de la entrevista
11. Turno en el que se entrevistó a la paciente
Colocar el turno de atención a la paciente: Matutino, Vespertino, Nocturno
12. Fecha y hora de nacimiento del bebé
Colocar los datos del registro del bebé
13. Especificar el género del recién nacido
Anotar si es hombre o mujer
14. Tipo de vía de nacimiento del bebé
Especificar la forma de nacimiento: vaginal o abdominal.

ANEXO 2. CUESTIONARIO POSPARTO

1. ¿Qué entiende por lactancia materna?
2. ¿Cuáles son los beneficios de la lactancia materna para la mamá?
3. ¿Cuáles son los beneficios de la lactancia materna para el bebé?
4. ¿Podría explicarme cuál es la(s) técnica(s) que usa/usará para amamantar a su bebé?
5. En caso que la mujer no planea amamantar preguntar:
¿Qué la motivo a elegir otra forma de alimentar a su bebé diferente a la lactancia materna?
6. ¿Qué estrategias usará para alimentar a su bebé?
7. Durante el tiempo que ha permanecido en el hospital ¿Qué información le han brindado sobre lactancia materna? Y ¿Quién le ha proporcionado dicha información?
8. ¿Durante el tiempo que ha permanecido en el hospital alguien del personal le ha apoyado con técnicas de amamantamiento? ¿Quién?
9. ¿Durante el tiempo que ha permanecido en el hospital adicional a la información de lactancia materna algún miembro del personal del hospital le ha hablado de otras formas de alimentación para su bebé? ¿Quién?
10. Durante el tiempo que ha permanecido en el hospital ¿usted o algún miembro del personal de salud ha alimentado a su bebé con alguna fórmula infantil?
11. ¿Cuál fue la razón por la que usted o el personal de salud alimentaron con fórmula infantil (sucedáneo de leche materna) o suero al bebé?
12. ¿Durante el tiempo que ha permanecido en el hospital su bebé ha estado de manera permanente con usted? Si la respuesta es NO, preguntar ¿cuáles fueron las razones?
13. ¿Durante el tiempo que ha permanecido en el hospital usted ha visto, escuchado o recibido publicidad de fórmulas infantiles (o sucedáneas de leche materna)? ¿qué tipo de publicidad era?
15. Durante su estancia en el hospital ¿qué necesitaría o que le facilitaría el iniciar a amamantar a su bebé
16. ¿Usted tiene intención de seguir amamantando a su bebé cuando lleguen a casa?, ¿Qué razones ha tenido para decidir la forma de alimentar a su bebé (seno materno o fórmula infantil (o sucedáneo))
17. ¿Cuándo estén en casa qué necesitaría o que le facilitaría el continuar amamantando a su bebé?

Cierre

Con esta última pregunta hemos terminado nuestra entrevista, ¿tiene usted alguna inquietud? O ¿desea agregar algo que usted considere importante comentar y no se haya abordado?

¡Muchas gracias por su participación!

ANEXO 3. GUÍAS DE ENTREVISTA PARA LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO A LAS 6 HORAS POSTPARTO

Instrucciones para el entrevistador

- 1) Es importante que la entrevista se realice en privado (salvo aquellas en las que no sea posible).
- 2) Preséntese con la entrevistada y agradezca su disposición a participar en la entrevista.

Nos interesa tener una entrevista con usted con el propósito de ahondar en el tema de lactancia materna, estas preguntas están vinculadas con el cuestionario que le acabo de realizar.

Sus respuestas son completamente confidenciales y la información que nos proporcione sólo será utilizada para fines de este estudio. No tiene que contestar a ninguna pregunta que no quiera responder y puede terminar la entrevista en el momento que lo desee.

Esta entrevista puede durar alrededor de 30 minutos.

Con el fin de conocer si está interesada en participar y contar con su aprobación para la invitamos a leer y firmar el documento denominado "consentimiento informado".

- 3) Pregunte el nombre del niño o la niña, con el fin de referirse durante toda la entrevista únicamente a él o ella, aunque tenga más hijos. En caso que aún no tenga nombre utilice el genérico de "bebé".
- 4) Llene la hoja de identificación de la entrevista

Objetivo de la entrevista: Identificar las prácticas hospitalarias y creencias familiares que favorecen u obstaculizan el establecimiento de la lactancia materna en las primeras horas postparto

ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

| INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS) | | | |
|---|--|--|---|
| CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN | | | |
| Nombre del estudio: | Identificación de áreas de mejora para incidir positivamente en la lactancia materna exclusiva del Hospital General Regional No. 36 | | |
| Patrocinador externo (si aplica): | | | |
| Lugar y fecha: | Puebla, Pue., 10 de Julio de 2017 | | |
| Número de registro: | R-2017-2102-51 | | |
| Justificación y objetivo del estudio: | El presente estudio transversal pretende ser un complemento que coadyuve a identificar las áreas de oportunidad para fortalecer las acciones a nivel hospitalario y a nivel comunitario que contribuyan a promover, proteger y apoyar la lactancia materna, con el fin último de aumentar la lactancia materna exclusiva y prolongada en México. El objetivo es identificar oportunamente las áreas de mejora para incidir positivamente en la lactancia materna exclusiva en las prácticas hospitalarias y en mujeres que atendieron su parto en el Hospital General Regional No. 36 (HGR No. 36) | | |
| Procedimientos: | Se aplicará una encuesta y seguimiento a las madres que curen puerperio, atendidas en el HGR No. 36 que acepten ser participantes. | | |
| Posibles riesgos y molestias: | No queremos causarle ningún daño moral por invadir su persona ni hacerla sentir incómoda con algunas de las preguntas, por lo que si esto llegara a pasar, tenga la confianza de expresar a un servidor a fin de orientarla para tomar la mejor decisión. | | |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | Al permitir su participación en el estudio, usted obtendrá información sobre los 10 pasos y 3 anexos de la lactancia materna, los resultados de las encuestas nos apoyaran para poder hacer recomendaciones a la institución a los médicos tratantes de consulta externa y en un momento dado la podemos derivar con profesionales especializados en Lactancia materna a fin de brindarle la mayor asesoría y esclarecer todas sus dudas. | | |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: | Al contar con los resultados obtenidos nosotros reforzaremos las áreas donde usted puede mejorar su lactancia materna. | | |
| Participación o retiro: | Se podrá retirar del estudio en cualquier momento de que usted decida, sin que tenga repercusión alguna en el trato o la atención que usted solicite en la unidad, sin ser presionado para continuar con su participación. Se dará respuesta a las dudas que se tengan en relación al estudio. En ningún momento modificaremos nada en relación con su atención. | | |
| Privacidad y confidencialidad: | Toda la información otorgada por el participante será de carácter confidencial y solo será utilizado para este estudio en base a las Principios Éticos Internacionales en relación a los estudios de investigación. | | |
| En caso de colección de material biológico (si aplica): | <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> <td style="vertical-align: top;"> No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. </td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. | | |
| Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): | | | |
| Beneficios al término del estudio: | | | |
| En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: | | | |
| Investigador Responsable: | Dr. Omar Martínez Fernández | | |
| Colaboradores: | R3P Giovanni Díaz Martínez | | |
| En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comiteeticainv.imss@gmail.com | | | |
| _____ Nombre y firma del sujeto | _____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento | | |
| _____ Testigo 1 | _____ Testigo 2 | | |
| _____ Nombre, dirección, relación y firma | _____ Nombre, dirección, relación y firma | | |
| Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio | | | |

ANEXO 5. ESCALA DE GRAFFAR- MÉNDEZ CASTELLANOS

Nos ayuda a clasificar el nivel socioeconómico familiar. Consta de la evaluación de 4 variables: con un puntaje del 1 al 5.

Marque con una x el número que corresponde a su situación actual.

| Variables | Pt s. | Ítems |
|---|------------------|--|
| 1. Profesión del Jefe de Familia | 1 | Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior). |
| | 2 | Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores |
| | 3 | Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores. |
| | 4 | Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa). |
| | 5 | Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa). |
| 2.- Nivel de instrucción de la madre | 1 | Enseñanza Universitaria o su equivalente. |
| | 2 | Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media. |
| | 3 | Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior. |
| | 4 | Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria). |
| | 5 | Analfabeta. |
| | 1 | Fortuna heredada o adquirida. |
| | 2 | Ganancias o beneficios, honorarios profesionales. |

| | | |
|---|---|--|
| 3.-Principal fuente de ingreso de la familia | 3 | Sueldo mensual. |
| | 4 | Salario semanal, por día, entrada a destajo. |
| | 5 | Donaciones de origen público o privado. |
| 4.- Condiciones de alojamiento | 1 | Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo. |
| | 2 | Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios. |
| | 3 | Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2- |
| | 4 | Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias. |
| | 5 | Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas. |

Interpretación del Puntaje obtenido en la Escala de Graffar:

| Puntaje | Interpretación |
|---------|--------------------|
| 4-6 | Estrato alto |
| 7-9 | Estrato medio alto |
| 10-12 | Estrato medio bajo |
| 13-16 | Estrato obrero |
| 17-20 | Estrato marginal |

ANEXO 5. TIPOLOGÍA FAMILIAR DE IRIGOYEN

Clasificación de la familiar según su parentesco

| Tipo | Características |
|----------------------------------|---|
| Nuclear | Hombre y mujer sin hijos |
| Nuclear simple | Padre y madre con uno a tres hijos |
| Nuclear numerosa | Padre y madre con cuatro hijos o más |
| Binuclear | Padre y madre, en el que alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de una unión anterior |
| Monoparental | Padre o madre con hijos |
| Monoparental extendida | Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco |
| Monoparental extendida compuesta | Padre o madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco |
| Extensa | Padre y madre con hijos más otras personas con parentesco |
| Extensa compuesta | Padre y madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco |
| No parental | Familias con vínculos e parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (ej. Tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etc.) |

9. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ OMS. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Informe de la Secretaría. Ginebra: 55°. Asamblea Mundial de la Salud. 16 de abril de 2002. A55/15. <http://www.who.int/gb/EB-WHA/PDF/WHA55/EA5515.PDF>
- ² Healthy People 2010 National Health Promotion and Disease Prevention Objectives (2000) Washington D.C., Department of Health and Human Services. <http://www.helath.gov/healthypeople/Document/HTML/Volume2/16MICH.htm>
- ³ Temboury Molina MC, Polanco Allué I, Otero Puime A, Tomás Ros M, Ruiz Alvarez F, Marcos Navarrete MA. Influencia de la lactancia materna en la morbilidad y en la utilización de servicios sanitarios del lactante. *Comunitaria* 1991;1:16-20.
- ⁴ Heinig MJ. Host defense benefits of breastfeeding for the infant: Effect of breastfeeding duration and exclusivity. *Pediatr Clin North Am* 2002;48:105-23.
- ⁵ Rosato N. Lactancia materna e inmunidad. Nuevos aspectos. *Arch Arg Pediatr* 2008;106:385-6.
- ⁶ AAP. American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs. Transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics* 2001;108:776-89
- ⁷ Jain A, Concato J, Leventhal JM. How good is the evidence linking breastfeeding and intelligence?, *Pediatrics* 2002;109:1044-53.
- ⁸ Papp LM. Longitudinal associations between breastfeeding and observed mother-child interaction qualities in early childhood. *Child Care Health Dev* 2013;doi:10.1111/chc.12106.
- ⁹ Helland IB, Smith L, Saarem K, Saugstad OD, Drevon CA. Maternal supplementation with very long chain n-3 fatty acids during pregnancy and lactation on augments children's IQ at 4 years of age. *Pediatrics* 2003; 111:e39-e44.
- ¹⁰ Brenna JT, Lapillonne A. Background paper on fat and fatty acid requirements during pregnancy and lactation. *Ann Nutr Metab* 2009; 55:97-122.
- ¹¹ Gawrisch K, Soubias O. Structure and dynamics of polyunsaturated hydrocarbon chains in lipid bilayers significance for GPCR function. *Chem Phys Lipids* 2008;153:64-75.
- ¹² Victoria CG, Bahl R, Barros AJ, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016;387(10017):475-90.
- ¹³ Paulina Brahm, Verónica Valdés, Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar, *Rev Chil Pediatr*. 2017;88(1):7-14.
- ¹⁴ Section of Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*. 2012;129:e827-41
- ¹⁵ Scarati PD, Grummer-Strawn LM, Fein SB. A Longitudinal Analysis of Infant Morbidity and Extent of Breastfeeding in the United States. *Pediatrics* 1997;99(6):E5.
- ¹⁶ Hes C, Ofei A, Mincher A. Breastfeeding and Childhood Obesity Among African Americans: A Systematic Review. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2015;40(5):313-9.
- ¹⁷ Libraty DH, Capeding RZ, Obcena A, Brion JD, Tallo V. Breastfeeding During Early Infancy is Associated with Lower Incidence of Febrile Illnesses. *Open Pediatr Med Journal* 2013;24(7):40-1.

-
- ¹⁸ Ip S, Chung M, Raman G, et al. Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2007;(153):1-186.
- ¹⁹ Kelishadi R, Farajian S. The protective effects of breastfeeding on chronic non communicable diseases in adulthood: A review of evidence. *Adv Biomed Res*. 2014;3:3.
- ²⁰ Guillman MW, Rifas-Shiman SL, Camargo, CA Jr, et al. Risk of overweight among adolescents who were breastfed as infants. *JAMA* 2001;285:2451-7.
- ²¹ Singhal A, Cole TJ, Luca A. Early nutrition in preterm infants and later blood pressure: Two cohorts after randomised trials. *Lancet* 2001;357:423-9.
- ²² Amitay EL, Keinan-Boker L. Breastfeeding and Childhood Leukemia Incidence: A Meta-analysis and Systematic Review. *JAMA Pediatr* 2015;169(6):e151025.
- ²³ Horwood LJ, Darlow BA, Mogridge N. Breastmilk feeding and cognitive ability at 7-8 yers. *Arch Dis Child fetal Neonatal Ed*. 2001;84(1):F23-7.
- ²⁴ Horton S, Alderman H, Rivera JA. Hunger and Malnutrition. En: *Global Crises, Global Solutions: Costs and Benefits*. 2da.ede. Ed. Cambridge: Bjorn Lomborg. Cambridge University Press, 2009:305-333.
- ²⁵ Bhutta ZA, Ahmed T, Black RE, Cousens S, Dewey K, et al. What Works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet* 2008;2;371(9610):417-440.
- ²⁶ Betran AP, Onis M, Lauer JA, Villar J. Ecological study effect of breast feeding on infant mortality in Latin America. *Br Med J*. 2001;323:1-5.
- ²⁷ WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: A pooled analysis. *Lancet* 2000;355:451-455.
- ²⁸ Habicht JP, DaVanzo J, Butz WP. Mother's milk and sewage: their interactive effects on infant mortality. *Pediatrics* 1988;81(3):456-461.
- ²⁹ Winnicott D. *La familia y el desarrollo del individuo*. Cuarta edición. Editorial Hormé: Buenos Aires 1995.
- ³⁰ Jessica Marín Ospina, Ángela María Jiménez Urrego, Alejandro Botero Carvajal, Et al., Influencia de la lactancia materna en la formación del vínculo afectivo y en el desarrollo psicomotor en niños de 5 a 10 meses de edad hospitalizados en la sala de pediatría del Hospital Mario Correa Rengifo de la Ciudad de Cali, Colombia, *Rev Gastrohnutp* 2016;18(3)Supl3:e2;1-13.
- ³¹ Alvarado, B., Tabarez, R., Delisle, H. y Zunzunegui, M. (2003)
- ³² Martha Elba Alarcón Armendariz, Irma Rosa Alvarado Guerrero, et al., Duración de la lactancia y desarrollo psicomotor en infantes de un programa de seguimiento. *Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental y Universidad de Sevilla*. 2009;27(1)53-64.
- ³³ Smithers LG, Golley RK, Brazionis L, Lynch JW. Characterizing whole diets of Young children from developed countries and the association between diet and health: a systematic review. *Nutrition Reviews*. 2011;69(8):449-67.
- ³⁴ Pérez-Escamilla R, Curry L, Minhas D, Taylor L, Bradley E. Scaling up of breastfeeding promotion programs in low- and middle-income countries: the "breastfeeding gear" model. *Adv Nutr* 2012;3(6):790-800.DOI:10.3945/an.112.002873.

³⁵ Bradley EH, Curry L, Pérez-Escamilla R, Berg D, Bledsoe S, Ciccone D, et al. Dissemination, Diffusion and Scale Up of Family Health Innovations in Low-Income Countries. Yale Global Health Leadership Institute, 2011. Disponible en: <http://does.gatesfoundation.org/global-health/documents/yale-global-health-report.pdf>

³⁶ Salud Seguro Popular. México: Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Disponible en: http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=151%3A20110210&catid=5%3Acomunicados&Itemid=237&limitstart=1

³⁷ Teresita González de Cosío, Leticia Escobar-Zaragoza, Luz Dinorah González-Castell, Juan Ángel Rivera-Dommarco, Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. *Salud Pública de México*. 2013;55(2):s170-79.

³⁸ Yeis Miguel Borre Ortiz, Carolina Cortina Navarro, Gisela González Ruiz, Lactancia materna exclusiva: ¿La conocen las madres realmente?, *Rev. Cuid.* 2014;5(2): 723-30.

³⁹ Rodolfo Gerónimo Carrillo, Margarita Magaña Castillo, Eva Zetina Hernández, Yudit Herrera Castillo, Conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna en mujeres en periodo postparto de un hospital de tercer nivel, *Salud en Tabasco*, 2014;2(1): 14-20.

⁴⁰ Edna Magaly Gamboa D., Nahyr López B., Gloria Esperanza Prada G., Kelly Yanitze Gallo, Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable, *Departamento de Salud Pública*, 2007: 1(1): 1-17.

⁴¹ Jose Ángel Veliz Gutierrez, Giselda Sanabria Ramos, Ana María Gálvez González, El periodo de lactancia materna, su relación con el tipo de familia, funcionamiento y apoyo familiar, *Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente, Avances*, 2007: 9(2): 1-8.