

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRIA EN CIENCIAS

TESIS:

BARRERAS PARA LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN, 2018.

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

Presentada por:

Bachiller: AMELIA DELGADO HUAMAN

Asesora:

Dra. ELENA VEGA TORRES

Cajamarca, Perú

2022

COPYRIGHT © 2022 by
AMELIA DELGADO HUAMAN
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRIA EN CIENCIAS

TESIS APROBADA:

**BARRERAS PARA LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL HOSPITAL GENERAL DE
JAÉN, 2018.**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

Presentada por:

Bachiller: AMELIA DELGADO HUAMAN

JURADO EVALUADOR

Dra. Elena Vega Torres
Asesora

Dra. Albila Beatriz Domínguez Palacios
Jurado Evaluador

M.Cs. Insolina Raquel Díaz Rivadeneira
Jurado Evaluador

M.Cs. Lucy Dávila Castillo
Jurado Evaluador

Cajamarca, Perú

2022



Universidad Nacional de Cajamarca
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD
Escuela de Posgrado
CAJAMARCA - PERU



PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las ... *6.15 pm* horas, del día 14 de julio de dos mil veintidós, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca Filial Jaén, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. ALBILA BEATRIZ DOMÍNGUEZ PALACIOS, M. Cs. INSOLINA RAQUEL DÍAZ RIVADENEIRA, M. Cs. LUCY DÁVILA CASTILLO**, y en calidad de Asesora la **Dra. ELENA VEGA TORRES** Actuando de conformidad con el Reglamento Interno y el Reglamento de Tesis de Maestría de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada "**BARRERAS PARA LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN, 2018**", presentada por la **Bach. en Enfermería AMELIA DELGADO HUAMAN**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó... *aprobador* con la calificación de *bueno (1.6)* la mencionada Tesis; en tal virtud, la **Bach. en Enfermería AMELIA DELGADO HUAMAN**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que lo acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**

Siendo las ... *8 pm* horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

.....
Dra. Elena Vega Torres
Asesora

.....
Dra. Albila Beatriz Domínguez Palacios
Jurado Evaluador

.....
M. Cs. Insolina Raquel Díaz Rivadeneira
Jurado Evaluador

.....
M. Cs. Lucy Dávila Castillo
Jurado Evaluador

Se dedica este trabajo A:

Dios Todo poderoso por su infinita misericordia, amor, y por darme salud para así continuar mi vida.

Mis padres Flormira y Antonio por su gran amor y sacrificio, dedicación y apoyo constante para seguir estudiando.

Mis hermanos Maruja, Carmen y Raúl por alentarme en las diferentes actividades de mi formación profesional.

AGRADECIMIENTOS

A la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca por darme la oportunidad de estudiar y crecer profesionalmente.

A mi asesora **Dra. Elena Vega Torres**, por su apoyo incondicional, su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos y motivación ha logrado la construcción de esta tesis.

A las madres de niños lactantes, quienes proporcionaron la información necesaria a través del instrumento cuestionario, sin su apoyo este trabajo nunca se hubiera concluido.

A todos ellos mi sincero agradecimiento y eterna gratitud.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO.....	vi
ÍNDICE DE TABLA.....	viii
ÍNDICE DE ANEXOS.....	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
CAPÍTULO I.....	1
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO II.....	5
MARCO TEÓRICO.....	5
2.1. Antecedentes de la investigación.....	5
2.2. Base teórica.....	7
2.3 Teorías sobre el tema.....	18
CAPÍTULO III.....	21
MARCO METODOLÓGICO.....	21
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	21
3.2. Unidad de análisis.....	21
3.3. Población de estudio.....	21
3.4 Criterios de elegibilidad.....	21
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	22
3.6 Procesamiento y análisis de datos.....	23
3.7 Aspectos éticos de la investigación.....	23
CAPÍTULO IV.....	24
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	24
4.1. Resultados.....	24
4.2. Discusión.....	27
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	31
Conclusiones.....	31
Recomendaciones.....	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
ANEXOS.....	42

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1	Barreras maternas para la práctica de la lactancia materna exclusiva en niños, atendidos en el servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital General de Jaén, 2018.	24
Tabla 2	Barreras del infante para la práctica de la lactancia materna exclusiva en niños, atendidos en el servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital General de Jaén, 2018.	25
Tabla 3	Barreras de los servicios de salud para la práctica de la lactancia materna exclusiva en niños, atendidos en el servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital General de Jaén, 2018.	26

ÍNDICE DE ANEXOS

		Página
Anexo 1	Cuestionario sobre barreras para la práctica de la lactancia materna exclusiva.	43
Anexo 2	Constancia de validación por juicio de expertos.	46
Anexo 3	Prueba binomial por juicio de experto.	47
Anexo 4	Prueba de Cronbach	48
Anexo 5	Consentimiento informado	49
Anexo 6	Operacionalización de la variable.	50

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo Analizar las barreras para la práctica de la lactancia materna exclusiva en niños atendidos en el servicio de crecimiento y desarrollo del Hospital General de Jaén. Estudio de tipo descriptivo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 65 madres de niños lactantes durante los primeros seis meses de edad. Para la recolección de los datos se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado, validado por juicio de expertos ($p < 0.05$) y prueba piloto, cuya confiabilidad es de 0.82 según alfa de Cronbach. Se concluye que las barreras maternas para la práctica de la lactancia materna exclusiva son: la mayoría de las madres no dieron de lactar hasta los seis meses, más de la mitad no dieron lactancia materna exclusiva por motivos de trabajo, presentan pezones dolorosos, inician alimentación complementaria a los cuatro meses. En los servicios de salud, las barreras para la práctica de la lactancia materna exclusiva las madres durante el embarazo no asistieron a todos los controles, y la atención del parto en el EESS fue regular.

Palabras clave: Barreras para la práctica, lactancia materna exclusiva, servicio de crecimiento y desarrollo.

ABSTRACT

The objective of the research was to analyze the barriers to the practice of exclusive breastfeeding in children treated in the growth and development service of the General Hospital of Jaén. Descriptive, cross-sectional study. The sample consisted of 65 mothers of infants during the first six months of age. For data collection, the survey was used as a technique and a structured questionnaire as an instrument, validated by expert judgment ($p < 0.05$) and pilot test, whose reliability is 0.82 according to Cronbach's alpha. It is concluded that the maternal barriers for the practice of exclusive breastfeeding are: the majority of mothers did not breastfeed until six months, more than half did not breastfeed exclusively for work reasons, they have painful nipples, they start feeding Complementary after four months. In the health services, the barriers to the practice of exclusive breastfeeding, mothers during pregnancy did not attend all controls, and delivery care in the EESS was regular.

Keywords: Barriers to practice, exclusive breastfeeding, growth and development service.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de edad se considera la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable. Diversos estudios en países desarrollados y en desarrollo establecen que a pesar de que se conoce a nivel mundial las ventajas y propiedades de la lactancia materna, es una práctica progresivamente menos frecuente, sobre todo en áreas industrializadas (1).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que el riesgo de morir de los niños menores de un año alimentados artificialmente es de 3 a 5 veces mayor que para los alimentados del seno materno. La mayoría de las muertes relacionadas con la alimentación artificial se manifiesta por enfermedades diarreicas. En Latinoamérica se registraron 500 mil muertes/año, en menores de cinco años, por infecciones intestinales, asociado con la alimentación artificial siendo 14 veces mayor (2).

Estudios epidemiológicos, demostraron que las madres de las áreas urbanas les dan a sus hijos alimentación suplementaria o complementaria y generalmente este tipo de alimentación se inicia antes de los seis meses de edad, rara vez reciben lactancia materna exclusiva. En Guatemala se encontró elevada tasa de desnutrición infantil en las áreas rurales y marginales, lo que se relaciona con un destete temprano se considera una práctica riesgosa (3).

El ser madre es un problema social y de salud pública de alcance mundial. Generalmente las mujeres no están preparadas, para asumir la maternidad, sexualidad, la salud reproductiva, el autocuidado, y las relaciones afectivas con la familia, con su

pareja e hijo. Situaciones y desafíos que conducen a sentirse recargadas de trabajo y con carga emocional, constituyendo un riesgo para la Lactancia Materna Exclusiva (LME) (4).

Gómez (4) indicó que existen barreras para la práctica de la lactancia materna en las madres como: edad, escasos conocimientos sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva, la paridad. Además, las madres carecen de información sobre LME, escasa capacitaciones a los profesionales de la salud. También, existen barreras sociales que se manifiestan en las creencias influenciadas emocionalmente lo que involucra la exposición de la mama en público, lo cual es incómodo para muchas mujeres, por ser vistos como objetos sexuales en diversas culturas (5). Otra barrera para las madres que trabajan es tener horarios laborales poco flexibles y el escaso apoyo de los empleadores en la instalación de lactarios (6). Sin embargo, para Niño (7) las barreras pueden ser diversas y dependientes de varios factores maternos como: los psicológicos, sociológicos y físico.

En el Perú, en el año 2019 la prevalencia de la lactancia materna exclusiva fue de 65,6% de los niños menores de seis meses recibieron lactancia materna exclusiva. Los departamentos que presentaron mayor prevalencia fueron: Apurímac (99,2%), Arequipa (99,1%) y Ayacucho (99,0%); y los que presentaron menores prevalencia fueron: Loreto (76,0%), Amazonas (84,0%) y Cajamarca (86,1%) (8).

En el servicio de crecimiento y desarrollo del Hospital General de Jaén, las madres se enfrentan a barreras para la práctica de la lactancia materna exclusiva que le impiden amamantar a sus bebés a pesar de los beneficios que esta alimentación proporciona.

Al dialogar con algunas madres manifestaban diversos motivos para no dar de lactar a su niño: *“Que tienen poca leche y el niño tiene bajo peso, por lo que deciden darle*

formula”, “*Tienen dolor cuando dan de lactar por lo que prefieren darle formula*”, no tienen tiempo para dar de lactar a su niño porque trabajaban y/o estudian” .

Por lo expuesto, se formuló la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las barreras para la práctica de la lactancia materna exclusiva en niños atendidos en el servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital General de Jaén, 2018?

El objetivo general que guio la investigación estuvo dirigido a: Analizar las barreras para la práctica de la lactancia materna exclusiva en niños atendidos en el servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital General de Jaén. Y los objetivos específicos fueron: a) Identificar las barreras maternas que impiden la práctica de la lactancia materna exclusiva; b) Identificar las barreras del infante que impiden la práctica de la lactancia materna exclusiva; c) Identificar las barreras de los servicios de salud que impiden la práctica de la lactancia materna exclusiva.

El estudio encontró justificación, debido a que a nivel mundial existe una alta incidencia de niños con infecciones de las vías respiratorias y digestivas que pueden llegar a ser mortales, debido a que los niños no reciben lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad.

A pesar de que está comprobado que la lactancia materna exclusiva proporciona beneficios al niño como: favorece su crecimiento y desarrollo, reduce el riesgo de infecciones y refuerza el sistema inmune del niño, sin embargo, aún continúa el problema, debido a que no se ha identificado las barreras o factores que condicionan a este fenómeno.

En ese sentido los resultados de la investigación servirán de referencia para los estudiantes y profesionales de la salud que se interesan en enriquecer su nivel de conocimientos acerca de las barreras para la práctica de la lactancia materna exclusiva, asimismo permitirá a los directivos de los establecimientos de salud implementar medidas de intervención dirigidas a las barreras identificadas en el estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2. | Antecedentes de la investigación

A nivel internacional

Sámano et al. (9) investigaron Barreras y facilitadores para la práctica de lactancia materna exclusiva en un grupo de madres de la ciudad de México, 2018. Resultados: Los principales facilitadores para la LME fueron: buen acomodo del bebé (54%, n=270), paciencia-perseverancia (46%, n=230). Las variables asociadas a no practicar LME fueron: autopercepción negativa de LME (RM:7,48; IC95%:3,78-14,98), ser principal proveedora de ingreso (RM:2,42; IC95%:1,25-4,68) ser madre soltera (RM:1,92; IC95%:1,13-3,25), sentir que no sale leche (RM:2,31; IC 95%:1,27-4,20) y falta de información (RM:1,91; IC95%:1,01-2,98). Conclusión: Existe necesidad de contar con programas de educación pre y posnatal sobre la LME, así como de la extracción y conservación de leche oportuna en todos los grupos de madres, pero en especial a aquellas que trabajan fuera del hogar.

En España, Díaz (10) en el año 2017 investigó Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación con la lactancia materna. Los resultados fueron que las madres que habían dado lactancia materna o que actualmente lo daban estaban representado por un 88%. La edad media del destete fue 6,4 (DE 3.8) meses. La sensación de poca producción de leche fue el principal motivo de las mujeres para suspender la lactancia materna (29%) seguido de la incorporación al trabajo (18%). Las madres indicaron que la decisión de amamantar la habían tomado ellas mismas (67%). El hecho de combinar el trabajo diario que desempeñaban con la

actividad de amantar a su hijo (43%), dar el pecho en lugares públicos (39%), los despertares nocturnos (62%) y el menor aumento de peso del lactante (29%) fueron los inconvenientes más referidos. La incorporación laboral fue el principal motivo para elegir la lactancia artificial (34%) y para iniciar la lactancia parcial (39%).

Ahmad et al. (11) en el año 2016 estudiaron Intención y barreras para la lactancia materna entre madres jordanas- Asia: un estudio descriptivo de corte transversal que utiliza un método cuantitativo donde concluyen que los esfuerzos para la mejor intención hacia la lactancia materna se pueden lograr hacia los programas educativos estructurados y específicos para las mujeres a partir de circunstancias de bajos ingresos económicos y mediante los políticos que son los responsables de formación, de la modificación de las políticas relativas a las condiciones de trabajo para las madres jordanas que puedan amamantar a sus bebés de manera segura.

A nivel nacional

Carhuas (12) en el año 2015 investigó los factores asociados al abandono de la lactancia materna en el Centro de Salud Lima Metropolitano. Concluyó que no existe asociación entre los factores socioeconómicos (estado civil, el nivel educativo, la procedencia de la madre, el trabajo, ocupación y el ingreso económico) con el abandono de la LME según prueba estadística de Fisher. No existe asociación entre los factores culturales (conocimiento y creencias) con el abandono de la LME según prueba estadística de Fisher.

Del Carpio (13) en el año 2014 investigó Factores socioculturales que prevalecen el cumplimiento de la Lactancia Materna Exclusiva en madres Adolescentes en el Centro de Salud Nueva Esperanza el estudio fue de tipo cuantitativo utilizó como técnica la entrevista y como instrumento un cuestionario. Llegando a la conclusión:

Los factores socioculturales sí prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes. La principal causa fue la decisión materna influenciada por el factor cultural como las creencias en relación con la lactancia materna exclusiva.

2.2 Base Teórica

2.2.1. Lactancia materna exclusiva

Es un acto natural y un comportamiento aprendido, mediante el cual se proporciona un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes; asimismo, es parte del proceso reproductivo con repercusiones importantes y beneficiosas en la salud de la madre (14).

Lactancia materna exclusiva, es un proceso interactivo bidireccional entre la madre y el hijo con efecto en ambos, el éxito de ésta depende de la conducta del lactante combinada con la conducta materna, estimulada por apoyo social y guiada por el apoyo emocional, conocimientos e información a la madre (15).

La leche materna exclusiva es el único alimento que el niño necesita hasta cumplir los seis meses de edad. No hay leche evaporada o maternizada que pueda competir con ella. La leche materna está hecha para humanos y contiene todas las proteínas, minerales, calorías y grasas que el bebé necesita. El contenido de la leche materna cubre todas las necesidades del bebé, por lo menos hasta los seis meses de edad. Es tan perfecto el mecanismo de producción de leche materna que se ha probado que ella es de buena calidad, aun cuando la madre no esté bien alimentada. Sólo en casos extremos de malnutrición materna esa leche se ve afectada. Pero si la madre recibe suplementos alimenticios la leche mejora (16).

Beneficios de la lactancia materna exclusiva

La Lactancia materna es la manera natural de proveer a los bebés los nutrientes necesarios para su desarrollo, crecimiento y salud óptima. Es un alimento seguro, listo para consumirse, con anticuerpos que protegen a los infantes de enfermedades comunes, como la neumonía, una de las principales causas de muerte en niños a nivel mundial (17) (18).

La alimentación al seno materno debe ser exclusiva (incluyendo únicamente leche materna extraída del pecho, sin ningún otro tipo de alimento o bebida, a menos que sean soluciones rehidratantes, vitaminas o jarabes), empezando durante la primera hora a partir del nacimiento, debe ser a libre demanda, y las mamilas o chupetes deben evitarse (19) (20).

Garantizar la LME durante los primeros 6 meses de vida contribuye a la prevención de un millón y medio de muertes infantiles cada año, (18) el 95% cubre de los requerimientos del bebé hasta el cuarto mes, porcentaje que disminuye a 80% para el sexto mes y 32,5% hasta los 12 meses de edad (21).

Tipos de lactancia materna

Lactancia Materna Exclusiva: Ningún otro alimento o bebida ni aún agua es ofrecido al lactante, por lo menos los primeros seis meses de vida.

Lactancia materna predominante: Significa que la fuente principal de nutrientes es la leche materna, pero el lactante ha recibido otras sustancias a base de agua, jugos de fruta, entre otros.

Lactancia materna parcial: Se ofrece al menos un biberón con algún similar de la leche materna (18).

Tipos de leche materna

Calostro: Durante los primeros 4 días después del parto se produce el calostro, fluido amarillento y espeso de alta densidad y escaso volumen. Durante los primeros días se produce un volumen de 2 a 20 ml por cada toma, cantidad suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido (21). Esta leche contiene menor cantidad de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc. El betacaroteno le confiere el color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado. Contiene 2,9 g/100ml de grasa, 5,7g/100ml de lactosa y 2,3 g/100ml de proteína. Produce 57 Kcal. /100 ml (22).

El calostro contiene una gran cantidad de inmunoglobulina A (IgA), que, junto a la lactoferrina y a una gran cantidad de linfocitos y macrófagos, confieren al recién nacido una eficiente protección contra los gérmenes y alérgenos del medio ambiente estas inmunoglobulinas cubren el endotelio del tubo digestivo evitando la adherencia de los patógenos (23).

Leche de transición: Entre el 4-6 día se produce un aumento brusco en la producción de leche que sigue posteriormente aumentando hasta alcanzar un volumen de 600-700 ml día entre los 15 y 30 días postparto. Esta leche es de composición intermedia y va variando día a día hasta alcanzar la composición de la leche madura (23).

Leche madura: Tiene una gran variedad de elementos, de los cuales sólo algunos son conocidos. La variación de sus componentes se observa no sólo entre mujeres, sino

también, en la misma madre, a distintas horas del día, entre ambas mamas, entre lactadas, durante una misma mamada y en las distintas etapas de la lactancia. El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700 a 900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto, y aproximadamente 500 ml/día en el segundo semestre. Aporta 75 Kcal./ 100 ml (24).

Técnicas de la lactancia materna

La leche pasa de la madre al niño mediante la combinación de una expulsión y una extracción activas por parte del bebe. El niño, para realizar una succión efectiva del pecho, necesita crear una tetina con este. Esta tetina se forma, aproximadamente, con un tercio de pezón y dos tercios de areola y mama. En la succión del pecho, la lengua del bebe ejerce un papel fundamental, siendo el movimiento de la lengua en forma de ondas peristálticas de delante hacia detrás, el que ejerce la función de “ordeñar” los senos lactíferos, que es donde se acumula la leche una vez que esta se ha producido (25).

Posiciones para amamantar

La madre puede dar el pecho recostada o sentada. Cualquiera que sea la postura que adopte la madre, lo más importante es que el niño quede con su boca de frente a la altura del pecho, sin que tenga que girar, flexionar o extender el cuello. Debe introducir en su boca pezón y aréola (26).

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

Posición tradicional o de cuna. -El niño está recostado en decúbito lateral sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta.

Posición de cuna cruzada. La madre sujeta el pecho con la mano del mismo lado que amamanta, en posición de “U”. La otra mano sujeta la cabeza del niño por la espalda y la nuca. Esta postura necesita una almohada para colocar el cuerpo del bebé a la altura del pecho.

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

Posición sentada. El niño se sienta vertical frente al pecho, con sus piernas bien hacia un lado o bien montando sobre el muslo de la madre. La madre sujeta el tronco del niño con el antebrazo del lado que am amanta (25).

2.2.2. Barreras para la práctica de la lactancia materna exclusiva

Las barreras para la práctica de la lactancia materna exclusiva se clasifican en: maternas, del infante y de los servicios de salud.

a) Barreras maternas:

Motivos de no dar lactancia materna

Las madres generalmente abandonan la lactancia materna exclusiva antes 4 meses debido principalmente a la hipogalactia, la ganancia escasa de peso del bebe y el regreso de la madre al trabajo, la imagen corporal (27).

Por ello, es importante conocer los motivos que llevan a las mujeres al abandono de la lactancia materna para poder intervenir sobre ellos, promocionar la lactancia materna exclusiva y conseguir aumentar las tasas y duración de esta.

Trabajo

Segura-Millán citado por Romero et al. (28) indicaron que más del 80% de las mujeres realizan trabajos que demandan un rendimiento físico elevado, debido a que las madres laboran jornadas de ocho o más horas. Además, es importante que en el trabajo les brinden facilidades a la hora de lactancia, lo que significa una hora menos de labores, aplicada al principio o al final de la jornada de trabajo. También, deben contar con un ambiente implementado para la extracción y conservación adecuada de la leche materna durante el horario de trabajo, que reúne las condiciones que garantice su funcionamiento óptimo, como privacidad, comodidad e higiene; así como el respeto a la dignidad y la salud integral de las mujeres beneficiarias; y la salud integral del lactante hasta los dos primeros años de vida.

Actividades académicas

Las madres que tienen compromisos académicos no les facilita el cumplimiento de la lactancia materna exclusiva, ya que se percibe como sobrecarga y amenaza para el rendimiento académico de las madres (28).

Imagen corporal

Wang y Chen citado por Ferreira et al. (29) señalan algunos aspectos negativos en la imagen corporal de la mujer predicen una disminución en la intención y duración de la lactancia materna como la insatisfacción con la figura corporal, una imagen corporal negativa durante el embarazo, las madres se preocupan por recuperar

rápidamente la figura tras el parto o tienen la creencia de que dar pecho afecta negativamente a la forma del cuerpo y de los pechos

Problemas que se presentan al dar de lactar

Generalmente, las molestias son causadas por una mala técnica de la lactancia, las más comunes son:

Pezones dolorosos

El pezón doloroso se produce cuando el bebé le agarra mal al pecho repetidamente, o cuando succiona del pezón sin introducirse gran parte de areola en la boca, si sigue el dolor, debe interrumpir momentáneamente la lactancia y volver a colocarlo el bebé en el pecho. Y si persiste el dolor, puede haber una infección en los conductos galactóforos denominada mastitis (30).

Absceso mamario:

Es el resultado de un tratamiento inadecuado de la mastitis en donde se acumulan grandes cantidades de pus y cuyo tratamiento, además de antibióticos, es el drenaje y continuar el amamantamiento. El dolor puede interferir con el reflejo eyectolácteo haciendo que disminuya la cantidad de leche que se produce, además de un vaciamiento inadecuado. El manejo en estos casos se debe orientar a revisar la técnica de amamantamiento y solucionar la causa del dolor (31).

Grietas del pezón

Las grietas son disolución de la continuidad de la piel y se producen por una mala técnica de amamantamiento. Existe una maceración de saliva e inadecuada succión; las lesiones se inflaman, se ulceran y finalmente provocan intenso dolor en la mama

(32).

Ma titis: Es una infección de las mamas cuya puerta de entrada generalmente es una agreta y que se ve afectado e intersticio que rodea un lóbulo mamario. Se caracteriza por dolor, congestión y eritema localizado, es unilateral, acompañado de fiebre y escalofríos (18).

Congestión mamaria

Se da cuando existe un inadecuado vaciamiento lo que provoca que las mamas acumulen leche, un aumento en el tamaño de estas, produce endurecimiento y sensibilidad (32).

Mastalgia

Lactar no debe producir dolor, pero es el síntoma más frecuente. La causa principal es la mala posición de la boca del niño, cuando ésta no cubre la areola la presión de las encías se ejerce en el pezón ocasionando dolor. El dolor interfiere en la eyección de la leche provocando que el niño reciba poca cantidad de leche, inquietud y llanto (28).

Contacto piel a piel

El contacto piel con piel inmediatamente después del parto es muy beneficioso en muchos aspectos tanto para la madre como para el bebé. El contacto piel con piel ayuda a madres y al niño a relajarse y a conocerse el uno al otro. También ayuda al bebé a adaptarse a su nuevo entorno (33).

b) Barreras del infante

Pecho o biberón

Valdez citado Camey (34) indica que una de las barreras más importantes es cuando el niño rechaza el pecho. Este problema puede deberse a descargas excesivas de leche, el uso de mamones o bien, problemas propiamente del niño. Cuando los niños tienen problemas para mamar, éstos se diagnostican dentro de las primeras 24 horas o más, los cuales en su gran mayoría requieren de tratamiento especializado como: disfunción motora oral dentro de estas disfunciones tenemos: hipertonía, hipotonía y reflejo de eyección excesivo.

Problemas que presenta el niño

Labio leporino

Se denomina también, labio fisurado, o fisura labial al defecto congénito que consiste en una hendidura o separación en el labio superior (35).

Paladar hendido

Se trata de malformación en las estructuras que conforman el paladar, es menos visible porque no compromete al labio como en el caso de la fisura labial o labio leporino, sin embargo, suele causar dificultad para comer y beber, debido a la regurgitación que provoca a través de la nariz (35).

Tensión constante

En el niño se manifiesta la tensión a través del llanto, pero no cualquier tipo de llanto, es un llanto angustioso, y agudo. Las madres identifican los llantos de los niños (36).

Debilidad muscular

Es un signo clínico que presentan algunos bebés y se manifiesta con la flacidez, la falta de movilidad y la poca resistencia a los movimientos por parte del bebé (36).

Prematurez

En el prematuro la leche de madre es la que más beneficia al niño, porque reduce el desarrollo de enterocolitis necrotizante, que es una patología asociada a la prematuridad. Sin embargo, con la leche de fórmula se conseguirá un crecimiento y ganancia de peso más rápida a corto plazo, pero aumenta el riesgo de desarrollo de infecciones, y el desarrollo de enfermedades cardiometabólicas a largo plazo (37).

Intolerancia a la lactosa

La intolerancia a la lactosa es un problema digestivo, presenta una alteración en el gen encargado de producir la enzima lactasa, que impide la formación de esta enzima o su funcionamiento, por lo que no pueden digerir la leche materna ni la fórmula, sin embargo, no provoca ninguna reacción que pueda poner en peligro la vida del niño (38).

Hospitalización al momento de nacer

La hospitalización del lactante es un factor de riesgo de cese total o parcial de la lactancia materna exclusiva, sin embargo, en los casos en que no se contraindique la alimentación oral, la lactancia materna siempre resulta beneficiosa (39)

Por lo tanto, la hospitalización de los niños no debe interrumpir o ser un impedimento para la lactancia materna.

c) Barreras de los servicios de salud

Control prenatal completo

El control debe ser precoz, periódico completo, de calidad de amplia cobertura, siendo ofrecido a la mayor población posible garantizando su fácil accesibilidad (40).

Sesiones educativas

Es uno de los elementos del componente de educación para la salud junto con el reforzamiento de mensajes educativos durante las consultas; están dirigidas principalmente a la madre, donde se promueve la lactancia materna exclusiva (41).

Lugar de atención del parto

La asistencia al embarazo comienza en la consulta prenatal, a la que la mujer debe acudir tan pronto sospeche que está embarazada. La primera consulta prenatal debe realizarse en el curso de las primeras 12 semanas de gestación, idealmente antes de la 10 ava semana, lo cual posibilita una captación precoz de la gestante y una adecuada planificación de las acciones a realizar durante todo el periodo gestacional (42).

Trato del personal de salud

El buen trato a la paciente requiere que el personal de salud cumpla un marco normativo, que es el derecho que tiene todo paciente de estar protegido legalmente y que permita aplicar sanciones cuando se afecten los mismos” (43).

Tiempo que colocan al pecho al niño

La lactancia a demanda no tiene horarios establecidos, el horario de cada toma lo señala el bebé cuando tiene hambre. De este modo, la frecuencia de las tomas será la que el bebé necesite. Algunos bebés maman pocas veces al día con unas tomas largas, otros maman varias veces al día en tomas cortas. En cuanto a despertarles por las noches cuando se trata de bebés sanos que aumentan de peso, no es necesario despertarles para darles el pecho. Ellos mismos se despiertan cuando quieran mamar. Sin embargo, los recién nacidos no deben pasar más de tres horas sin alimentarse, incluso por la noche (44).

Biberón y fórmula láctea para su bebé

El dar pecho al recién nacido se ha relacionado con una disminución de infecciones respiratorias como: otitis y diarreas, así como con un menor riesgo de muerte súbita del lactante. Actualmente se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida de los niños (44).

Es decir, el pecho es el mejor alimento para los lactantes hasta los 6 meses de vida, sigue siendo parte importante de su dieta

2.3 Teorías sobre el tema

Teoría Psicoanalítica por Sigmund Freud

La teoría explica las fuerzas inconscientes que motivan al comportamiento humano, es decir, aquellos conflictos internos que aparecen durante la niñez y que afectan, a posteriori, a los comportamientos y emociones del individuo.

Los seres humanos son impulsados por instintos primarios, sobre todo sexuales y agresivos. Freud creía que cada etapa estaba dominada por una zona erógena. Cuando el niño succiona el pezón, no sólo recibe la nutrición del seno materno, también logra satisfacer su deseo sexual (45), (46).

La etapa oral va desde los 0 a los 2 años y se caracteriza por la obtención de placer a través de la boca. Dicha etapa ha sido dividida en dos fases: la primera o de succión, de 0 a 6 meses, cuya satisfacción está dada por el chupeteo. La segunda fase, sádico oral o canibalística que abarca de los seis meses a los dos años, en la que la forma de placer cambia con la aparición de los dientes, sustituyéndose el placer del chupeteo por el placer de masticar y saborear los alimentos. En la primera fase el niño encuentra satisfacción en su propio cuerpo, a diferencia de la segunda, en la que necesita un objeto con el que establece una relación psíquica. Durante ese tiempo es fundamental el contacto corporal-afectivo entre madre e hijo (47) (48).

En esta fase oral, la madre es el objeto sexual, primero como objeto parcial (seno) y luego como objeto total, estando el placer ligado fundamentalmente a la boca y a los labios.

Cuando el bebé recibe lactancia materna comprensión y amor de la madre, va a completar esta etapa. De lo contrario, si la madre no lo alimenta con regularidad, el niño(a) puede desarrollar problemas psicológicos (47) (48).

Por ello, al amamantar el niño succiona el seno materno, satisface su deseo sexual y agresivo, permitiéndole pasar a la siguiente etapa en el desarrollo de su personalidad. El amamantamiento, en lo que respecta a la madre, está sujeto a múltiples influencias sociales, económicas y culturales. Para poder amamantar de manera correcta las madres deben haber sido informadas al respecto, pero, además, deben contar con el

apoyo, estímulo, asistencia familiar y social para hacerlo de forma exitosa. Cuando las condiciones ideales para realizarlo no se dan y a esto se suman los factores de riesgo en ellas, pueden aparecer ciertos grados de ansiedad (49).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

El estudio corresponde a una investigación no experimental descriptiva de corte transversal los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de las personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. El estudio describió las dimensiones de las barreras para la práctica de la lactancia materna exclusiva en niños menores de seis meses. Investigación de corte transversal porque permitió describir las observaciones en un momento dado (50).

3.2. Unidad de análisis

Cada una de las madres con niños lactantes durante los primeros seis meses de edad atendidos en el servicio de CRED del Hospital General de Jaén.

3.3. Población de estudio

Estuvo constituida por 65 madres con niños lactantes durante los primeros seis meses de edad atendidos en el servicio de CRED en el Hospital General de Jaén.

3.4 Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión:

- Madres con niños lactantes durante los primeros seis meses de edad, atendidos en el servicio de CRED del Hospital General de Jaén.

- Madres con niños lactantes durante los primeros seis meses de edad que domicilian en la jurisdicción correspondiente al Hospital General de Jaén.

Criterios de exclusión:

- Madres que tienen problemas mentales

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario (Anexo 1), elaborado por la autora, el mismo que está dividido en dos sesiones: La primera parte considera los datos sociodemográficos; y la segunda parte contiene datos sobre barreras de la práctica de lactancia materna exclusiva, en tres dimensiones: Barreras maternas, barreras del infante y barreras de los servicios de salud. Instrumento que fue validado a través de cinco jueces expertos (Anexo 2) en el tema con el fin de evaluar claridad, precisión, pertinencia, congruencia de los ítems, amplitud del contenido, redacción de los ítems, luego se realizaron los ajustes correspondientes, posteriormente se aplicó la prueba binomial obteniéndose un valor $p < 0,05$ (Anexo 3). Posteriormente, se aplicó una prueba piloto a 20 madres que cumplieron con los criterios de inclusión, se evaluó con el coeficiente alfa de Cronbach alcanzando una confiabilidad de 0.82 (Anexo 4), que significa que el instrumento es confiable para su aplicación en el estudio.

Para la recolección de los datos se solicitó la autorización respectiva del Director del Hospital General de Jaén y se procedió a la aplicación del instrumento personalizado en una entrevista a través de un cuestionario, a las madres de niños atendidos en el servicio de CRED del HGJ durante los meses de agosto, setiembre, octubre del año 2018. El tiempo de aplicación del instrumento fue en 20 minutos en sala espera del servicio de CRED del Hospital General de Jaén.

3.6 Procesamiento y análisis de datos

La información obtenida fue tabulada y procesada a través del software SPSS Estatictics (Statistical Package Scieces Social) versión 21 para Windows. Los estadísticos aplicados serán de tipo descriptivo. Los datos fueron presentados en tablas para su posterior análisis e interpretación.

3.7 Aspectos éticos de la investigación

Principio de respeto a las personas

Principio que comprende el derecho a la autodeterminación y el derecho irrestricto a la información (51). Las madres decidieron libremente si participan o no en la investigación a través del proceso de consentimiento informado (anexo 5), se registró la autorización de la participación de cada una de las madres, y se aseguró la confidencialidad de la información.

Principio de beneficencia

Trata de no hacer daño, acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles (51). Ningunas de las participantes de esta investigación fueron expuestas a situaciones que afecten de manera integral a su persona.

Principio de justicia

Este principio consiste en brindar a las usuarias un trato justo sin negarle un servicio, una información o imponerle una responsabilidad u obligación indebida o exigirle más de lo requerido por la ley (51). Las madres del estudio fueron tratadas con amabilidad y respeto sin prejuicios, ni discriminaciones; se cumplieron los acuerdos y se establecieron espacios para aclarar dudas.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

El 83,1% de las madres que participaron en el estudio se encuentran entre 18-29 años, 86,2% de estado civil conviviente, 41,5% con grado de instrucción primaria, 63,1% de ocupación ama de casa, 46,2% tienen dos hijos y solo el 47,6% dio de lactar seis meses.

Tabla 1. Barreras maternas para la práctica de la lactancia materna exclusiva en niños atendidos en el servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital General de Jaén, 2018

Barreras maternas		N	%
Dio lactancia materna exclusiva	Si	31	47,6
	No	34	52,4
Porque no dio únicamente pecho	Trabajo	34	52,4
	Ninguno	31	47,6
	Pezones dolorosos	32	49,2
Problema al dar de lactar a su niño	Absceso mamario	4	6,2
	Mastitis	10	15,3
	Ninguno	19	29,2
Edad de inicio en otros alimentos	Cuatro meses	34	52,4
	Seis meses	31	47,6
Conoce la importancia de contacto piel a piel	SI	65	100,0

En la tabla 1, Se muestra que en las barreras para la práctica de la lactancia materna exclusiva en niños. Las madres no dieron de lactar hasta los seis meses (47,6%), no dieron lactancia materna exclusiva (52,4%), motivos trabajo (52,4%), presentan pezones dolorosos (49,2%), inicio de otros alimentos a los cuatro meses (52,4%), y la totalidad de las madres conocen la importancia del contacto piel a piel (100%).

Tabla 2. Barreras del infante para la práctica de la lactancia materna exclusiva en niños atendidos en el servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital General de Jaén, 2018

Barreras del infante		N	%
El niño prefiere pecho y no biberón	SI	57	87,4
	No	8	25,0
El niño presenta problemas (labio leporino, paladar hendido, debilidad muscular, prematurez	SI	2	3,1
	No	63	96,4
El niño presenta intolerancia a la lactosa	SI	0	0
	No	65	100,0
Al niño le hospitalizaron al momento de nacer, por periodos largos	SI	1	1,5
	No	64	98,5

En la tabla 2, los resultados indican que los niños prefieren pecho y no biberón (87,4%), no presentan anomalías congénitas (96,4%), no tienen intolerancia a la lactosa (100%) y no fueron hospitalizadas por periodos largos (98,5%).

Tabla 3. Barreras de los servicios de salud para la práctica de la lactancia materna exclusiva en niños, atendidos en el servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital, 2018

Barreras de los servicios de salud		N	%
Asistió a todos sus controles durante su embarazo	SI	31	47,6
	No	34	52,3
Recibió sesiones educativas sobre LME durante las primeras horas de vida	Si	57	87,7
	No	8	12,3
Establecimiento de salud de la atención del parto	Hospital	32	49,2
	C.S	16	24,6
	Clínicas	17	26,1
La atención del parto	Bueno	30	46,2
	Regular	35	53,8
En la primera hora de vida el RN fue colocado en el pecho piel a piel	Si	45	69,2
	No	20	30,8
Tiempo de nacido que coloco en el pecho a su niño	Inmediatamente	45	69,2
	De 1 a 2 horas	9	13,9
	De 3 a 4 horas	11	17,0
Le pidieron biberón/ formula en el Establecimiento Salud	Si	12	18,5
	No	45	81,5

La tabla 3 muestra, que el 52,3% de las participantes no realizaron todos sus controles durante el embarazo; 87,7% recibieron sesiones educativas sobre lactancia materna; el 49,2% la atención del parto fue en el Hospital General de Jaén de las cuales el 53,8% refirió que la atención fue regular; 69,2% de la primera hora de vida el RN fue colocado en el pecho piel a piel, al 81,5% no les pidieron en el EESS ni biberón ni fórmula.

4.2. Discusión

La lactancia materna exclusiva (LME) representa beneficio para la madre y el bebé, sin embargo, no se logra las cifras esperadas debido a las barreras que se presenta en la práctica de la lactancia materna exclusiva.

Respecto a las Barreras del infante de la preferencia por el pecho, los resultados muestran similitud con lo reportado por Aguilar (52) que 80,9% de los niños prefieren pecho y no biberón., razón importante para dar leche materna por ser el mejor alimento para los niños, ayuda a prevenir enfermedades, no tiene costo y tiene más vitaminas que otras leches.

Otra barrera del infante es el labio leporino y fisura palatina, señala el MINSA (53) que uno por cada 620 nacidos vivos presenta labio leporino y/o paladar hendido. Esta malformación congénita es más frecuente en los varones que en las mujeres, siendo una de las dificultades que presentan estos niños es la de ser amamantados directamente del pecho con lactancia materna, por lo que estos niños necesitan ser intervenidos quirúrgicamente. Pérez (54) indica que se debe concientizar a las madres de los beneficios que aporta la lactancia materna exclusiva a sus hijos y conseguir que se de lactancia materna con éxito.

Intolerancia a la lactosa los resultados del estudio son diferentes a los mostrados por Rodríguez (55) que los recién nacidos presentaron vómitos por lo que indica que debe haber un banco de leche en el servicio del neonato para promover la lactancia materna e identificar los factores de riesgo para contribuir a disminuir la incidencia de la intolerancia a la lactancia.

Otra dimensión a ser analizada son las barreras de los servicios de salud, considera a los controles prenatales durante el embarazo, los hallazgos son respaldados por Mendieta et al. (56) y Reyes (57) quienes encontraron que un gran porcentaje (66%) de las madres de los neonatos no cumplen con todos los controles prenatales. Además, los autores indicaron que en la medida que se incremente el porcentaje del control prenatal se podrá disminuir la incidencia de morbimortalidad tanto materna como neonatal.

En cuanto a las sesiones educativas sobre LME durante las primeras horas de vida. Los resultados son similares a los que encontraron Abba et al. (58) quienes señalan que las madres reciben información sobre la LME y que los profesionales de salud son los indicados de explicar claramente a las madres los beneficios de la lactancia materna exclusiva y la correcta técnica de amamantamiento y deben ser durante el control prenatal principalmente a las madres adolescentes primigestas.

Reyes (58) señala que las actividades de promoción de la salud, constituyen un pilar básico en la atención primaria se hace necesario que las madres entiendan que la lactancia natural no es responsabilidad sola de ella, sino también del padre quien debe darle apoyo, comprensión y estímulo para lograr que la lactancia sea exclusiva al menos hasta los seis meses de nacido el niño. Está demostrado que la lactancia materna tiene un impacto positivo tanto en el desarrollo y crecimiento de los niños, como en la salud de las madres, disminuyen la morbimortalidad, por ello, es importante facilitar y asegurar la información adecuada para promover las prácticas adecuadas de la lactancia materna exclusiva (59).

El Ministerio de la Mujer (60) respalda los hallazgos del estudio ya que revelan que se ha incrementado los partos institucionales atendidos, lo cual es beneficioso para la salud de la madre y el recién nacido. Sin embargo, en el estudio las participantes manifestaron que la atención del parto fue regular.

En el estudio se encontró que la mayoría de las madres colocan al recién nacido al pecho la primera hora de vida. Al respecto Gonzales et al. (61) indicó que el contacto piel a piel, es una técnica importante las primeras dos horas de vida, donde el recién nacido a de recuperarse del estrés del parto y adaptarse a la vida extrauterina.

En los resultados las madres refirieron que en el establecimiento de salud no les pidieron biberón/ fórmula. Al respecto Degan (62) considera que las madres les deben informar sobre las consecuencias del uso del chupón, biberón y succión digital. El uso prolongado de estos hábitos puede provocar un desarrollo inadecuado de la musculatura labial, causando una ausencia de sello de labio, que puede inducir al niño a establecer un patrón de mantener sus labios entreabiertos facilitando así la respiración oral. Además, la respiración nasal es imprescindible para un buen desarrollo de las funciones orofaciales.

La Academia Americana de Pediatría (AAP), citado por Gavin (63) recomienda que los bebés deben alimentarse exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida, después de introducir alimentos sólidos en la dieta del bebé, la lactancia materna debe continuar durante el primer año de vida e incluso durante más tiempo, si así lo desean la madre y el bebé.

La investigación se fundamenta en la teoría psicoanalítica de Freud, quien señala que la lactancia materna exclusiva constituye un momento único e irremplazable para entablar una relación entre madre y niño, y es una de las interacciones más

significativas en una relación y alimentación humana. El dar de lactar al niño no solo es alimentarlo sino también, satisfacer su deseo sexual, porque si no recibe lactancia materna con regularidad puede desarrollar problemas psicológicos que afectan el desarrollo de su personalidad (46), (47).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Las barreras maternas para la práctica de la lactancia exclusiva de los niños son: la mayoría de las madres no dieron de lactar hasta los seis meses, más de la mitad no dieron lactancia materna exclusiva por motivos de trabajo, presentan pezones dolorosos, inician otros alimentos a partir del cuatro meses.

Ningún niño presentó barrera infantil para la práctica de la lactancia materna exclusiva.

En los servicios de salud, las barreras para la práctica de la lactancia materna exclusiva fueron que las madres durante el embarazo no asistieron a todos los controles, y la atención del parto en el establecimiento de salud fue regular.

Recomendaciones

A los estudiantes y profesionales relacionadas con salud deben realizar otros estudios que permita identificar si existen otras barreras asociadas a la práctica de lactancia materna exclusiva además de las analizadas en este estudio, para efectuar comparaciones.

En los establecimientos de salud se debe fomentar los beneficios de la lactancia materna exclusiva a mujeres posparto e incluir a un miembro de la familia, por profesionales con experiencia y formación en lactancia materna, para mejorar las barreras maternas y de los servicios de salud que impiden la práctica de la lactancia materna exclusiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. OMS. Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. La función especial de los servicios de maternidad. Ginebra, 2010.
2. Organización Panamericana de la Salud – OPS. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Ginebra: Agencia Española de Cooperación Internacional; 2010.
3. Organización Panamericana de la salud, Organización Mundial de la Salud e Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. Encuesta Nacional Materno-Infantil 1998-1999.
4. Pinilla E, Domínguez CC, Nariño C, García A. Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva; 2015. [Consultado 12 mayo 2021]; 13(33): 59-70. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100004&lng=es
5. Swanson V, Power K, Kaur B, Carter H, Shepherd K. El impacto sobre el conocimiento y las influencias sociales sobre las creencias e intenciones de la lactancia materna de los adolescentes. Nutrición en Salud Pública. 2016; 9(3):297-305.
6. Asociación Dietética Americana. Declaración de posición: Romper las barreras para la lactancia materna. Diario de la Asociación Dietética Americana 2015.
7. Niño R, Silva G, Atalah E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Rev chil pediatr.2016; [Consultado 12 mayo; 2017]; 83(2):161-69. Disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062012000200007&script=sci_arttext.

8. Instituto Nacional de Estadística. Lactancia, nutrición desarrollo infantil temprano (DIT) de niños y niñas y nutrición de mujeres. Lima ; 2019 https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2019/pdf/cap010.pdf
9. Sámano R, Chico G, Armenteros T, Escamilla N, Piélago C, Aguilar J, Méndez S. Barreras y facilitadores para la práctica de lactancia materna exclusiva en un grupo de madres de la ciudad de México. [Tesis] 2018 [Consultado 12 mayo de 2020]; 68(1). Disponible en: <https://www.alanrevista.org/ediciones/2018/1/art-4/>
10. Díaz N, Ruzafa M, Ares S, Espiga I, De Alba C. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la Lactancia Materna. Esp Salud Pública [Internet]. 2016 [Consultado 15 mayo 2020]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL90/ORIGINALES/RS90C_MDG.pdf.
11. Ahmad Y, Vaghmour G, Moxham L. Intention and barriers towards breastfeeding among jordanian mothers- A cross sectional descriptive study using
12. Carhuas J. Factores asociados al abandono de la lactancia materna en el Centro de Salud Lima Metropolitano; 2015.
13. Del Carpio N. Factores socioculturales que prevalecen el incumplimiento de la Lactancia materna exclusiva en madres adolescentes en el centro de salud Nueva Esperanza. Lima; 2014.
14. Ministerio de Salud- MINSa. Norma Técnica Lactancia Materna. Lima; 2015.
15. Muñoz H. Lactancia natural. Rev. HCL. 2012; 1(1): 100-107. [Consultado 20

abril de 2017]. Disponible en: <http://www.redclinica.cl/html/archivos/14.pdf>

16. Peña M. Importancia de la Lactancia Materna. Nutrición en el Perú. [en línea]. 2014: 1(1): 14-15. [Consultado 12 noviembre 2017]. Disponible en: <http://radio.rpp.com.pe/nutricion/la-importancia-de-la-lactanciamaterna-exclusiva/>.
17. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Nutrición humana en el mundo en desarrollo. Capítulo 7: Lactancia Materna. 2015. [Consultado 15 de noviembre 2017]. Disponible en: <http://www.fao.org/DOCREP/006/W0073S/w0073s0b.htm#bm11x>.
18. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fact File: 10 facts on breastfeeding, Health benefits for infants.[Consultado 2 de mayo de 2018] Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/index1.html>.
19. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF Por qué es importante actuar y compartir información sobre la lactancia materna. 2015. [Consultado 3 de mayo de 2018] Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/ffl/04/>.
20. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática- INEGI. Mujeres y Hombres en México. 2016. [Consultado 8 de abril de 2018] Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100916.pdf.
21. Manual de lactancia Materna. Asociación Española De Pediatría. España 2010.
22. Rodríguez R, Schaef.L. Nuevos Conceptos de Lactancia, Promoción y Educación de los Profesionales de la Salud. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana –OSP. 2015.
23. Consejería de Salud de la Rioja. Guía de Lactancia Materna para Profesionales de la Salud. Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud

Pública y Consumo. 2016.

24. Organización Mundial de la Salud -OMS, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia- UNICEF. Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural: La Función Especial de los Servicios de Maternidad. Ginebra; 2016
25. Rutishauser J. Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: A review of the literature. *Aust J Nutr Diet* 1998; 55:51-61
26. Golber M. Demographic factors associated with the duration of mothers' breastfeeding. *Am J Health Studies* 2015; 13(4): 195-199.
27. Ruiz P, Martínez JM. Causas del abandono de la lactancia materna exclusiva en una zona básica urbana. *Ene.* [Internet]. 2015 [Consultado 6 setiembre de 2022] ; 8(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000200004&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000200004>.
28. Romero A, Danies J, Ortiz M. Lactancia materna y deserción escolar en estudiantes madres de una facultad en salud. Bogotá 2020. Disponible en: [Consultado 6 setiembre de 2022] <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/945/1171>
29. Ferreira CM, Jiménez J, Lisvona AM; Eller AD, Matta MF, Castro R. La imagen corporal de la mujer durante la lactancia materna efectos indirectos para la autoeficacia, la vergüenza y la percepción de limitaciones de percepciones para la vida personal
30. Childrens Minnesota. Preguntas frecuentes acerca de la lactancia materna: Dolor y molestias. [Consultado 6 setiembre de 2022] Disponible en :

<https://www.childrensmn.org/educationmaterials/parents/article/10344/preguntas-frecuentes-acerca-de-la-lactancia-materna-dolor-y-molestias/>

31. Gartner G. How long to breastfeed a baby. Heart and Soul 2014.
32. Valdez V. Leche humana: Lactancia para la madre y el niño. Chile: Mediterráneo 2014. 142. 46-79 p
33. Lucchini Raies Camila, Márquez Doren Francisca, Uribe Torres Claudia. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. Index Enferm [Internet]. 2014 Dic [Consultado 6 setiembre de 2022] ; 21(4): 209-213. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300007&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300007>.
34. Camey ME. Barreras para la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de edad en niños de una población rural de Guatemala.2000 [Consultado 6 setiembre de 2022]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8216.pdf
35. Centro para el control y la prevención de enfermedades. Defecto de nacimientos.2020. [Consultado 6 setiembre de 2022] .Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/birthdefects/cleftlip.html>
36. Martin D. Hipotonía muscular 2021. [Consultado 6 setiembre de 2022].Disponible en:<https://cefine.es/2021/02/hipotonia-muscular-en-bebes-que-es-como-se-detecta-y-que-tratamiento-seguir/>

37. Mayans E. Lactancia materna en prematuros. Madrid; 2017
- https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680675/mayans_fernandez_estefaniatfg.pdf?sequence=1
38. Health children. Intolerancia a la lactosa en los niños: preguntas frecuentes de los padres. [Consultado 6 setiembre de 2022]
- <https://www.healthychildren.org/Spanish/healthy-living/nutrition/Paginas/Lactose-Intolerance-in-Children.aspx>
39. Asociación Española de pediatría.Lactancia materna en niños hospitalizados. España;2018. [Consultado 6 setiembre de 2022].Disponible en:<https://enfamilia.aeped.es/noticias/lactancia-materna-en-ninos-hospitalizados#:~:text=La%20hospitalizaci%C3%B3n%20de%20los%20beb%C3%A9s,lactancia%20materna%20siempre%2>
40. Fabre E, Pérez H, González R. Consulta prenatal. En Obstetricia. González Merlo J. ed5ª: Masson; 2015.
41. Ministerio de Salud. Educación en salud. [Consultado 6 setiembre de 2022]
- Disponible en:http://bvs.minsa.gob.pe/local/PSNB/705_MS-PSNB461-4.pdf
42. Ministerio de Salud: Sala de prensa. [Consultado 12 de julio de 2018].
- Disponible en : <http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=51¬a=16806>.
43. Ministerio de Salud. Anuncian reglamento de ley para ejercicio del derecho de pacientes a la atención. [Consultado 6 setiembre de 2022] Disponible en:
andina.pe/agencia/noticia-anuncian-reglamento-ley-para-ejercicio-del-derecho-pacientes-a-atencion-570185.aspx

44. Asociación España de pediatría. España; 2014 ¿Pecho o biberón? . [Consultado 6 setiembre de 2022] .Disponible en:<https://enfamilia.aeped.es/vida-sana/pecho-biberon>
45. Freud A. The psychoanalytic study of infantile feeding disturbances. *Psychoanal Study Child*. 1946; 2: 119-132.
46. Abraham K. Essential papers on object loss. In: Franky RV. Cap 8. A short study of the development of the Libido, Viewed in the Light of Mental Disorders (Abridged). New York, London: New York University Press; 2014.
47. Sánchez PM, Hortelano SX. Libro Ecología infantil y maduración humana. Valencia, España: Publicaciones Orgón (ESTE.R); 2015.
48. Gorrita-Pérez RR, Bárcenas-Bellót Y, Gorrita-Pérez Y, BritoHerrera B. Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna. *Rev Cubana Pediatr [Internet]*. 2014 Jun [Consultado 2 de Mayo de 2018]; 86(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312014000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
49. Valdés-Martín S, Gómez-Vasallo A. Temas de pediatría. Ciudad de La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2014.
50. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Caracas: Mc. Graw Hill; 2015
51. Belmont. Principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación. [Consultado 27 de agosto de 2017]. Disponibl en: http://ori.hhs.gov/education/products/mass_cphs/training_staff/RCRspan/RCRBelmontReport.htm.

52. Aguilar M. Barreras para la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de edad en niños de una población rural de Guatemala. [Tesis] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas; 2000 [Consultado 26 febrero de 2019] Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8216.pdf
53. Ministerio de Salud. Niños con labio leporino y paladar hendido serán operados gratuitamente por el hospital de emergencias Villa el Salvador y organización Qorito. 2017. [Consultado 24 febrero de 2019] Disponible en: <https://heves.gob.pe/ninos-con-labio-leporino-y-paladar-hendido-seran-operados-gratuitamente-por-el-hospital-de-emergencias-villa-el-salvador-y-organizacion-qorito/>
54. Pérez L: Lactancia materna en el lactante enfermo con labio leporino y fisura palatina. Universidad de Valladolid. [Consultado 6 setiembre de 2022] Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17732/TFG-H452.pdf;jsessionid=A6A6A59BD80EE2C6B65E3EB17EB7877E?sequence=>
55. Rodríguez M. Necesidad de información de los padres de los niños hosphospitalizados en servicios de neurología y medicina del hospital del niño Lima; 2017.
56. Mendieta E, Bataglia V, Mir R, Céspedes E, Martínez C, Caballero C. Morbimortalidad neonatal en tres centros hospitalarios de referencia: análisis de los indicadores neonatales del sistema informático perinatal.2008 [Consultado 26 febrero de 2019] Disponible en: web: <http://www.spp.org.py>.

57. Reyes A. y Cazorla M. La importancia de la educación en la atención preventiva de la salud. [Tesis doctoral]. Universidad de Carabobo, Facultad de Ciencias de la Salud, Valencia;1998.
58. Abba MA, Koninck DM y Hamelin AM. A qualitative study of promotion of exclusive breastfeeding by health professionals in Niamey, Niger. *Int Breastfeed J.*2014.
59. Instituto Nacional de Estadística e Informática (NEI): Encuesta Demográfica y de Salud familiar – ENDES. Perú; 2014: 273 – 283
60. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Lactancia Materna. Un derecho Universal. Cuaderno sobre poblaciones vulnerables N° 10. 2013. Consulta 24.09.17 7:21
61. Gonzales I, Huespe M, Auchter M. Lactancia materna exclusiva: factores de éxito y/o fracaso. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina.* N°177 – [Consultado 10 marzo de 2020]. Disponible en http://med.unne.edu.ar/revista/revista177/1_177.pdf
62. Degan VV, Boni.RC. Mamadeira e chupeta esclareça todas as suas dúvidas Sao Paulo. Edit. Manole. 2007.
63. Gavin ML La alimentación del recién nacido. 2015. [Consultado 11 e mayo de 2020]. Disponible en. <https://kidshealth.org/CareSource/es/parents/feednewborn-esp.html#>

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE POSTGRADO

CUESTIONARIO SOBRE BARRERAS PARA LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Instrucciones:

Estimadas madres de familia, a continuación, se presentan preguntas que describen su situación frente a la lactancia materna exclusiva. Se solicita responder con sinceridad.

I. Datos generales de la madre

1. Edad en años:.....
2. Estado civil de la madre
 - 1) Soltera () 2) Conviviente () 3) Casada ()
 - 4) Divorciada () 5) Viuda ()
3. Nivel de Instrucción
 - 1) Ninguna () 2) Primaria () 3) Secundaria ()
 - 4) Superior ()
4. Ocupación
 - 1) Ama de casa () 2) Trabajadora dependiente ()
 - 3) Trabajadora independiente ()
5. Cuantos hijos ha tenido
 - 1) Uno () 2) Dos () 3) Tres () 4) Cuatro ()
6. Cuántos meses le ha dado de lactar
 1. Uno () 2. Dos () 3. Tres () 4) Cuatro () 5) Seis ()

II. Barreras para la práctica de lactancia materna

a) Barreras materna

7. Dio lactancia materna exclusiva a su niño (hasta seis meses)
 - Si () 2) No ()

8. ¿Por qué no dio a su niño únicamente pecho durante los primeros seis meses de vida?

- a. Trabajo () 2) Estudio () 3) Imagen corporal ()
4) Ninguno () 5) Otros: Especificar:.....

9. ¿Tuvo algún problema en el pecho al dar de lactar, como ejemplo:

- 1) Pezones dolorosos () 2) Absceso mamario () Grietas en el pezón ()
4) mastitis () 5) Congestión mamaria () 6) Ninguna ()

10. ¿A qué edad le dio otros alimentos a parte del pecho?

- a. 15 días () 2) 1mes () 3) 2meses () 4) 3meses ()
5) 4meses () 6) 5meses () 7) 6meses ()

11. ¿Conoce usted la importancia de contacto piel a piel desde la primera hora de nacimiento para el éxito de la lactancia materna exclusiva?

- 1) Sí () 2) No ()

b) Barreras del infante

12. ¿Su niño prefiere el biberón o su pecho?

- 1) Biberón () 2) Pecho ()

13. ¿Su niño presenta algunos de los siguientes problemas?

- 1) Labio leporino () 2) Paladar hendido () 3) Tensión constante ()
4) Debilidad muscular () 5) Prematurez () 6) Ninguno ()

14. ¿Su niño ha sido diagnosticado por el medico como “intolerante a la lactosa”, debido a diarreas frecuentes

- a. Si () 2) No ()

15. ¿Su niño ha sido hospitalizado al momento de nacer, por periodos largos?

- a. Si () 2) No () Cuanto tiempo.....

c) Barreras de los servicios de salud

16. ¿Ha recibido todos sus controles durante su embarazo?

- a. Si () 2) No ()

17. ¿Recibió usted sesiones educativas por parte del personal de salud, respecto a la lactancia materna exclusiva dentro de las primeras horas de vida?

- a. Sí () 2) No ()

18. ¿Dónde le atendieron su parto?

- a. Hospital () 2) Centro de Salud () 3) Puesto de Salud ()
4) Clínicas () 5) Otros Especificar:.....

19. ¿Cómo es el trato que le brinda el personal de salud?

- a. Bueno () 2) Regular () 3) Malo ()
)

20. ¿Al momento de nacer su bebe fue puesto de forma inmediata en su pecho piel a piel y lacto en la primera hora de vida?

- a. Si () 2) No ()

21. ¿Después de cuánto tiempo de nacido su bebe fue puesto a su pecho a mamar?

- 1)Inmediatamente () 2) Después de 1 – 2 horas () 3) Después de 3-4 hora ()
)
4) Después de 4 a más horas ()


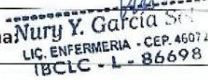
22. ¿Le pidieron biberón y/o formula láctea a su bebe en el establecimiento de salud al nacer?

- a. Si () 2) No ()

ANEXO 2

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

VALIDEZ		
APLICABLE	<input checked="" type="checkbox"/>	NO APLICABLE
APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES		
Validado por: 	C.I: Hospital General Jaen	Fecha: 19/9/18
Firma:  Nury Y. Garcia Sot LIC. ENFERMERIA - CEP. 46072 IBCLC - L - 86698	Teléfono: 972962189	E-mail: nuryony27@gmail.com
Tomado de Yadira Corral en validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos		

Agradezco su participación.

ANEXO 3

PRUEBA BINOMIAL DE JUICIO DE EXPERTOS

CONCORDANCIA ENTRE JUECES

Ítems	JUECES					Total	Valor Bimodial
	J1	J2	J3	J4	J5		
1	1	1	1	1	1	4	0,001
2	1	0	1	1	1	5	0,62
3	1	1	1	1	1	5	0,001
4	1	1	1	1	1	5	0,001
5	1	1	1	1	1	5	0,833
6	1	1	1	1	1	5	0,833

**Se ha considerado*

1: Si la respuesta es positiva

0: Si la respuesta es negativa

Si $p < 0,05$, el grado de concordancia es significativo. De acuerdo con los resultados obtenidos para cada ítem, los resultados son menores a 0,05 por lo tanto el grado de concordancia es significativo.

ANEXO 4

PRUEBA DE ALFA DE CROMBACH DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Estadísticos de fiabilidad

Alfa Cronbach Kr-22	N° de elementos
0,80	22

ANEXO 5

DATOS ESTADISTICOS COMPLEMENTARIOS

Tabla 4. Factores sociodemográficos de las madres de los niños atendidos en el servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital General de Jaén, 2018

Factores Sociodemográficos		Nº	%
Edad	18 – 29	54	83,1
	30 – 39	11	16,9
Estado civil	Conviviente	56	86,2
	Casada	7	10,8
	Soltera	2	3,1
Instrucción	Primaria	27	41,5
	Secundaria	26	40,0
	Superior	12	18,5
Ocupación	Ama de casa	41	63,1
	Trabajadora independiente	17	26,2
	Trabajadora dependiente	7	10,8
	Uno	16	24,6
Número de Hijos	Dos	30	46,2
	Tres	12	18,5
	Cuatro	7	10,8

ANEXO 6

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE POSTGRADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....de.....años de edad,
identificado con DNI n°,acepto participar en la investigación
denominada “Barreras para la práctica de la lactancia materna exclusiva en niños y
niñas atendidos en el servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital General de Jaén,
2018” con el objeto de contribuir con el trabajo propuesto.

Firma del participante

ANEXO 07

OPERALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	ITEMS	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE
				El niño ha sido hospitalizado al momento de nacer	Si No	Cualitativa	Nominal	Madre
			Barreras de los servicios de salud	Recibió todos sus controles en embarazo	Si No	Cualitativa	Nominal	
				Recibió usted sesiones educativas sobre LME	SI No	Cualitativa	Nominal	
				Lugar de atención del parto	Hospital Centro de salud Puesto de salud Clínicas	Cualitativa	Nominal	
				El trato que recibe del personal de salud	Bueno Regular malo	Cualitativa	Nominal	
				Al momento de nacer a su bebe le colocaron inmediatamente en su pecho	Si No	Cualitativa	Nominal	
				Al bebe lo colocaron al pecho después de que tiempo	Inmediatamente Después de 1-2 horas Después de 3- 4 horas Después de 4 a más horas	Cuantitativa	Intervalar	
				Le pidieron biberón y formula láctea para su bebé	Si No	Cualitativa	Nominal	

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	ITEMS	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE
				El niño ha sido hospitalizado al momento de nacer	Si No	Cualitativa	Nominal	Madre
			Barreras de los servicios de salud	Recibió todos sus controles en embarazo	Si No	Cualitativa	Nominal	
				Recibió usted sesiones educativas sobre LME	SI No	Cualitativa	Nominal	
				Lugar de atención del parto	Hospital Centro de salud Puesto de salud Clínicas	Cualitativa	Nominal	
				El trato que recibe del personal de salud	Bueno Regular malo	Cualitativa	Nominal	
				Al momento de nacer a su bebe le colocaron inmediatamente en su pecho	Si No	Cualitativa	Nominal	
				Al bebe lo colocaron al pecho después de que tiempo	Inmediatamente Después de 1-2 horas Después de 3- 4 horas Después de 4 a más horas	Cuantitativa	Intervalar	
				Le pidieron biberón y formula láctea para su bebé	Si No	Cualitativa	Nominal	